

PREVENÇÃO DO VIH E DO SIDA NOS ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS: INVESTIGAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDES E COMPORTAMENTO SEXUAL

José Fernando A. Cruz, Maria Teresa Vilaça, Ana Cristina Sousa, A. Rui Gomes, Bárbara Melo, Manuel S. Araújo, Cláudia S. Dias, Mário C. Freitas & Maria de Lurdes Ruivo
Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho

Resumo – *No presente artigo apresentam-se os resultados de três estudos no domínio da prevenção do VIH/SIDA, relativos ao conhecimento, atitudes e comportamento sexual dos adolescentes e jovens adultos: 1) Conhecimento e atitudes dos adolescentes e jovens adultos face ao VIH/SIDA; 2) Atitudes e normas subjectivas de jovens adultos, face à utilização do preservativo; e 3) Comportamento, atitudes e práticas sexuais de estudantes universitários. Para além da discussão dos resultados dos estudos realizados, são apresentadas implicações para a investigação e prática no domínio da prevenção futura do VIH/SIDA.*

PALAVRAS CHAVE: Conhecimento; Atitudes; Comportamento sexual; SIDA/VIH; Adolescentes e jovens.
KEY WORDS: Knowledge; Attitudes; Sexual behavior; AIDS/HIV; Adolescents and young adults.

INTRODUÇÃO

A investigação e a intervenção psicológica tem vindo, ainda que lentamente, a dar um importante contributo não só para a compreensão dos factores comportamentais associados ao SIDA e à infecção do VIH, mas também para as intervenções dirigidas para a educação e prevenção, junto de diversos grupos e comunidades (ver Backer et al., 1988; Cruz, 1996; Cruz & Vilaça, 1996). De facto, a investigação efectuada até ao momento tem centrado a sua atenção quase exclusivamente nos grupos que têm as taxas mais elevadas de incidência do SIDA e da infecção do VIH e que têm sido identificados como grupos de “alto risco”. Pelo contrário, têm

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: José Fernando Azevedo Cruz, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710 Braga, Portugal. Telefone: 053-604258; Fax: 053-678987; E-mail: jcruz@iep.uminho.pt

sido poucos os estudos dirigidos para a mudança de atitudes e comportamentos de grupos que actualmente se podem considerar de "baixo risco", mas que são potenciais grupos de "alto risco". É o caso, por exemplo, dos jovens adultos heterossexuais com múltiplos parceiros(as) sexuais ou dos adolescentes na fase de "experimentarem" a sexualidade que acabaram de descobrir (O'Keeffe et al., 1990).

Com efeito, nos últimos tempos alguns estudos têm vindo a analisar o conhecimento, atitudes e comportamento face ao SIDA/VIH, em diversos grupos da população: minorias étnicas, homossexuais, profissionais da saúde e medicina, etc. Apesar disso, um grupo que não tem sido muito estudado é o dos adolescentes e jovens adultos. No entanto, devido ao seu estilo de vida, os adolescentes constituem um importante grupo para a intervenção tendo em vista a prevenção de um maior alastramento do SIDA. Os seus padrões de actividade sexual, as mudanças anatómicas e fisiológicas e o abuso de drogas, são alguns dos factores que contribuem para aumentar o estatuto de risco dos adolescentes (Hein, 1987; Vilaça & Cruz, 1996). Não admira por isso que, nos últimos anos, se tenha vindo a assistir a um reconhecimento consensual da necessidade de dirigir mais a atenção dos investigadores e especialistas para a investigação e intervenção junto de populações não relacionadas (directamente) com o SIDA e, mais concretamente, junto dos adolescentes e jovens adultos heterossexuais.

Para além dos "tradicionais" grupos de alto risco (homossexuais e consumidores de drogas intra-venosas), outros grupos de pessoas poderão estar em risco, sem se aperceberem ou terem consciência disso ou ainda porque ignoram os "avisos" relativos ao risco. É o caso dos adolescentes e jovens adultos que poderão ser considerados "em risco" porque "estão a tornar-se sexualmente activos e porque a investigação sugere que eles não tomam, enquanto grupo, precauções adequadas relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e doenças sexualmente transmitidas" (Baum & Nesselhof, 1988, p. 901). Daí que adolescentes e jovens adultos possam também estar em risco de infecção do VIH.

Além disso, tem vindo a ser comprovada a sua resistência a campanhas educativas e preventivas, resistência essa que se deve, em parte, aos valores e atitudes características e associadas ao período desenvolvimental em que se encontram e que podem inibir ou dificultar a mudança do comportamento. Por isso, o grupo dos adolescentes e jovens adultos constitui um desafio particularmente difícil na luta contra o SIDA. Alguns adolescentes e jovens adultos constituem, com efeito, um grupo que faz a "ponte" entre os que estão actualmente infectados e o grupo mais vasto dos adolescentes e jovens adultos: "este grupo 'ponte' constitui, no sentido comportamental, uma população de 'alto risco'" (Brooks-Gunn et al., 1988). Por outro lado, alguns estudos recentes sugerem que a mudança de comportamentos entre estudantes adolescentes e jovens adultos é muito pequena ou mesmo inexistente (e.g., DiClemente et al., 1990; Fisher & Misovich, 1990).

Seguidamente, apresentam-se os principais resultados de três estudos efectuados no âmbito de um projecto de investigação mais vasto sobre o comportamento e prevenção do SIDA nos adolescentes e jovens adultos, iniciado em 1992. No total, os três estudos realizados incluíram a participação de mais de 1.700 sujeitos, estudantes de ambos os sexos, que frequentavam os ensinos secundário (N = 856) e superior (N = 865), de Portugal.

ESTUDO 1

CONHECIMENTO E ATITUDES DOS ADOLESCENTES E JOVENS
FACE AO VIH/SIDA

Os objectivos principais deste estudo foram os seguintes: 1) Estudar e avaliar o grau de conhecimento dos adolescentes e jovens adultos no final da escolaridade obrigatória e cursos complementares, relativamente à infecção pelo VIH e SIDA; e 2) Examinar e determinar a natureza das atitudes face aos doentes com SIDA, com estilos de vida heterossexual e homossexual.

MÉTODO

Sujeitos

Este estudo contou com a participação de 856 estudantes, adolescentes e jovens adultos de ambos os sexos, provenientes de quatro escolas secundárias do norte do país (Vila Nova de Gaia, Santo Tirso, Guimarães e Braga). Todos eles eram estudantes do 9º ano unificado e do 10º e 11º ano complementares. As características demográficas adicionais da amostra poderão ser visualizadas no Quadro 1.

	N	%	M idades
TOTAL	856		16.9
Sexo masculino	383	45.6%	
Sexo feminino	457	54.4%	
9º ANO UNIFICADO	222		15.6
Sexo masculino	106	49.1%	
Sexo feminino	110	50.9%	
10º e 11º ANOS COMPLEMENTARES	634		17.3
Sexo masculino	277	44.4%	
Sexo feminino	347	55.6%	

Quadro 1 - Características da amostra

Instrumentos

- 1) **Inventário do Conhecimento sobre a Infecção VIH/SIDA** (Vilaça, 1994). Baseado num instrumento similar desenvolvido por Kelly e colaboradores (1989), trata-se de uma versão portuguesa adaptada à população-alvo do estudo, que inclui um total de 60 itens, cada um dos quais incluía três opções de resposta: a) correcto; b) errado; c) não sei. Este instrumento tinha como objectivo avaliar os seguintes aspectos: conhecimentos práticos acerca dos comportamentos de risco e de prevenção para o SIDA e infecção pelo VIH, assim como os conhecimentos básicos de epidemiologia e etiologia da doença. Exemplos de itens: "Os preservativos tornam a relação sexual completamente segura"; "As pessoas que têm o vírus do SIDA, geralmente sentem-se bastante doentes"; e "No estado que precede o SIDA o indivíduo apresenta anticorpos para o VIH". Este Inventário do conhecimento permite extrair um "score" ou nota global do grau de conhecimentos, baseada na soma total do número de itens respondidos correctamente, podendo por isso variar entre 0 e 60.
- 2) **Concepções e percepção de "práticas sexuais de alto risco"** (Bolton, 1992; Vilaça, 1994). Foi solicitado a todos os sujeitos, em resposta a uma pergunta aberta, que indicassem quais os comportamentos e práticas sexuais de alto risco para a transmissão do vírus do SIDA.
- 3) Versão adaptada do **"Questionário de Estigmatização dos Doentes com SIDA"** (Kelly et al., 1987, 1988; Vilaça, 1994). Este instrumento inclui um retrato e descrição (em cerca de 500 palavras) de um caso hipotético de um homem doente (identificado como "Rui"). No primeiro parágrafo identifica-se o Rui como tendo sido um bom estudante e sendo actualmente um jovem adulto, bom profissional de computadores, com muitos amigos. No segundo parágrafo, refere-se o crescente aumento de problemas de saúde e a dificuldade de adaptação da sua família a esta doença que lhe ameaça a vida. No terceiro parágrafo, fala-se da reacção do seu parceiro(a) romântico(a) com quem mantinha uma relação estável (vários anos de parceiro único) e que começa a afastar-se quando toma conhecimento da doença que o Rui tem. Por último, refere-se a inadaptação crescente do Rui à sua doença, devida em grande parte ao grande isolamento familiar e social. Foram oferecidos aos sujeitos quatro possíveis retratos de um homem doente, completamente idênticos excepto em dois aspectos: a) o doente do retrato foi identificado como tendo "SIDA" ou "leucemia"; e b) o nome do parceiro(a) romântico(a) foi identificado como sendo "Cristina" ou "Artur". Assim, cada um dos sujeitos deste estudo leu **um de quatro possíveis retratos**, que descreviam um homem homossexual ou heterossexual, com SIDA ou com leucemia.

Após a leitura de um dos possíveis retratos, os sujeitos respondiam a três inventários, destinados a avaliar as reacções do sujeito para com o doente retratado em três aspectos ou áreas principais:

- a) Escala de **avaliação prejudicial**, para avaliar atitudes prejudiciais relativamente ao doente descrito (12 itens respondidos numa escala tipo Likert de 6 pontos; 1=Discordo totalmente e 6=Concordo totalmente; Ex: "O Rui é responsável pela sua doença");
- b) Escala de **interacção social**, para avaliar as interacções ocasionais diárias que podem ocorrer com o doente retratado (7 itens, respondidos numa escala de 5 pontos; 1=Nunca e 5=Sempre; Ex: "Teria vontade de trabalhar no mesmo emprego que o Rui"); e
- c) Inventário de **avaliação interpessoal**, para avaliar social e interpessoalmente o retrato do referido doente e para descrever as suas características pessoais (21 itens ou adjectivos, respondidos numa escala de 6 pontos; 1=Discordo totalmente e 6=Concordo totalmente; Ex: "O Rui é inteligente").

RESULTADOS

Conhecimentos face à infecção VIH/SIDA

As Figuras 1, 2, 3 e 4, que se seguem, sintetizam os principais resultados obtidos, resultantes da análise item a item do Inventário de Conhecimento (ver Vilaça, 1994).

De um modo geral, entre 85 e 98% dos sujeitos responderam correctamente no que se refere aos principais meios de transmissão do SIDA. No entanto:

- a) Apenas cerca de 40% sabiam que no período de aleitamento, a mãe pode transmitir o VIH ao filho;
- b) Apenas cerca de 50% sabiam que as pessoas saudáveis que pertencem a grupos de risco não devem doar sangue;
- c) Cerca de 30% não sabiam que o VIH não se pode transmitir por transplante de tecidos e órgãos de pessoas infectadas;
- d) Cerca de 20% dos sujeitos acreditava que um indivíduo tem que ter muitos parceiros sexuais para se expor à SIDA; e
- e) Só cerca de 60% sabiam que a exposição ao VIH por parte dos utilizadores de droga, não se devia ao facto de o vírus estar contido nas drogas injectáveis.

Figura 1 - Conhecimento dos meios de transmissão do SIDA

De um modo geral, exceptuando três comportamentos ou situações que não originam a transmissão do VIH (tocar num doente com SIDA; beijar; tocar, acariciar ou abraçar) para os quais foi evidente um elevado grau de conhecimento (83 a 95%), foram evidentes menores níveis de conhecimento acerca de outros comportamentos. Por exemplo:

- Apenas cerca de 50% dos sujeitos respondeu correctamente à hipotética transmissão do VIH por mosquitos;
- Cerca de 40% não sabia que a doação de sangue pode ter riscos para o dador ou que o SIDA não se espalha através da tosse ou espirros;
- Cerca de 30% dos sujeitos também não respondeu correctamente à hipotética transmissão através da saliva, da partilha de utensílios de cozinha com um doente com SIDA, dos assentos dos sanitários e dos transportes públicos ou dos banhos públicos.

Figura 2 – Conhecimento dos comportamentos e situações que não levam à transmissão do VIH

O conhecimento dos comportamentos que diminuem o risco de infecção pelo VIH, apresentou uma percentagem relativamente elevada de respostas erradas. Mais concretamente:

- Cerca de 46% dos sujeitos pensava que os preservativos tornam a relação sexual completamente segura e uma percentagem aproximada (42%) pensava que quando se tem sempre um só parceiro sexual, não é necessário usar preservativo;
- Cerca de 30% não considerava que a protecção mais eficaz contra o SIDA fosse a abstinência sexual ou ter um único parceiro que nunca tivesse estado exposto ao VIH.

No entanto, a maior parte dos sujeitos (entre 80 e 97%) demonstrou conhecer outros comportamentos e situações de prevenção (ex: reduzir o nº de parceiros sexuais, evitar relações com prostitutas, desconhecidos ou parceiros ocasionais e utilização de seringas descartáveis e esterilizadas, entre outras).

Figura 3 – Conhecimento dos comportamentos e situações de prevenção da infecção do VIH

Por sua vez, os Quadros 2 e 3 apresentam os “scores” totais relativos ao **grau de conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA**, resultantes da soma total do nº de itens respondidos correctamente (“score” mínimo de 0 e máximo de 60), assim como a distribuição de frequências dos “scores” totais. As análises estatísticas efectuadas não encontraram quaisquer diferenças significativas no grau de conhecimento dos sujeitos em função do ano de escolaridade, idade ou sexo.

Embora a maior parte dos sujeitos (80 a 98%) tenha reconhecido que o VIH está essencialmente concentrado no sangue e nos fluidos sexuais, que o VIH deteriora o sistema de defesa da pessoa, que um seropositivo se tomar as devidas precauções pode continuar a realizar as suas actividades, que os heterossexuais também estão expostos à SIDA e que esta se caracteriza por uma debilitação geral do estado de saúde e aparecimento de várias infecções oportunistas, uma elevada percentagem de sujeitos respondeu incorrectamente.

- Cerca de 57% não sabia qual o período de incubação e apenas 26% dos sujeitos sabiam que o vírus não é muito resistente às condições do meio ambiente;
- Enquanto 48% sabia que o SIDA não começa desde o momento em que se contrai a infecção pelo VIH, só 20% dos sujeitos assinalaram correctamente que no estado que precede o SIDA o indivíduo apresenta anticorpos para o VIH e apenas 50% dos sujeitos sabia que o SIDA é a etapa final da infecção;
- Mais de metade dos sujeitos (51%) não sabia que uma pessoa recém infectada não apresenta manifestações clínicas de doenças; apenas cerca de metade dos sujeitos foi capaz de identificar o teste de anticorpos VIH como o meio de detecção do vírus; apenas 30% sabiam que o resultado negativo pode ocorrer mesmo em pessoas que têm o vírus; e só cerca de 14% sabiam que o resultado positivo pode ocorrer mesmo em pessoas que não têm o vírus.

Figura 4 – *Conhecimento sobre a etiologia e desenvolvimento do VIH e sobre a epidemiologia (sinais e sintomas)*

	Média	DP	Mínimo	Máximo
TOTAL DA AMOSTRA	40.1	6.9	12	55
9º ANO	39.3	7.1	14	54
10º e 11º ANOS	40.4	6.8	12	55

Quadro 2 – *Estatísticas descritivas do conhecimento face à infecção VIH/SIDA*

"Score" Total	Total		9º Ano		10º + 11º Anos	
	N	%	N	%	N	%
< 30	60	7.1	20	9.2	40	6.3
30 a 35	152	17.9	48	22.1	104	16.4
36 a 44	388	45.7	84	38.5	304	48.1
> 44	249	29.4	66	30.3	183	29.0

Quadro 3 – *Distribuição de frequências nos "scores" do Conhecimento face à Infecção VIH/SIDA*

Concepções acerca de práticas sexuais de alto risco

O Quadro 4 evidencia os resultados da análise de conteúdo relativamente a uma questão aberta colocada a todos os inquiridos, acerca da sua percepção de práticas sexuais de alto risco entre um casal.

Categorização - Práticas	N	%
RS sem preservativo	166	18.6
RS vaginal	119	13.4
RS anal	176	19.8
RS oral	158	17.8
RS com vários parceiros ou desconhecido (a)	93	10.5
Relação heterossexual	20	2.2
RS entre homossexuais	34	3.8
RS com prostitutas	15	1.7
RS com portadores do VIH e doentes com SIDA	28	3.1
Troca de fluídos sexuais ou sangue	19	2.1
Respostas não categorizadas - Outras	50	5.6

OBS. - RS = Relação sexual

Quadro 4 - Práticas sexuais de alto risco (Análise de conteúdo a uma questão aberta)

Atitudes de estigmatização de doentes com SIDA

As análises estatísticas (MANOVA's e ANOVA's) efectuadas, permitiram a identificação das principais atitudes dos adolescentes e jovens adultos, face aos doentes (ver Vilaça, 1994; Cruz et al., 1997).

As respostas para a Escala de **Avaliação Prejudicial** evidenciaram que, comparativamente aos doentes com leucemia, os doentes com SIDA eram vistos como significativamente mais responsáveis pela sua doença e mais perigosos para os outros. Paralelamente, foram evidentes atitudes significativamente diferentes em função da preferência sexual do doente (independentemente de terem SIDA ou leucemia), sugerindo assim avaliações significativamente diferentes para o retrato do doente homossexual e para o do doente heterossexual. Os homossexuais foram avaliados como significativamente mais responsáveis por estarem doentes, merecedores de menor simpatia e compreensão, mais merecedores do que lhes aconteceu e mais perigosos para as outras pessoas.

Quanto à **Avaliação Interpessoal** foram também evidentes diferenças significativas nas reacções dos sujeitos em função do tipo de doença e da preferência sexual: os jovens atribuem diferentes características da personalidade ao doente retratado, quando é descrito como tendo SIDA ou leucemia, e quando é identificado como sendo homossexual ou como heterossexual. Essa avaliação era claramente mais negativa quando o doente foi retratado como tendo SIDA ("versus" "leucemia"), sucedendo o mesmo quando foi retratado como homossexual ("versus" "heterossexual"). Adicionalmente, os doentes homossexuais foram sempre avaliados com características mais negativas do que os doentes heterossexuais, e os doentes homossexuais com SIDA mais negativamente do que os doentes com leucemia (homossexuais ou heterossexuais), em quase todos os itens (ex: inteligente, seguro, verdadeiro, delicado, educado, simpático, honesto, sociável, etc.)

Por último, relativamente à Escala de **Interação Social** não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos estudantes, em função da preferência sexual do doente. No entanto, essas diferenças foram significativas no que se refere à doença em causa. Os sujeitos do estudo mostraram uma predisposição significativamente menor para trabalharem com doentes com SIDA (comparativamente a trabalharem com doentes com leucemia).

Relações entre as variáveis em estudo

A análise das correlações entre as diferentes variáveis em estudo permitiu extrair os seguintes resultados significativos: a) Um maior grau de conhecimentos face à infecção VIH/SIDA parece estar associado com uma maior disponibilidade para a interação social com doentes de SIDA homossexuais ($r=.23$, $p<.05$) e heterossexuais ($r=.21$, $p<.05$), assim como a uma avaliação mais favorável e positiva dos doentes com SIDA homossexuais ($r=.21$, $p<.05$); e b) Quanto melhor ou de forma mais positiva são avaliadas as características pessoais dos doentes com SIDA, maior predisposição e disponibilidade evidenciam os adolescentes para interagirem diariamente com os doentes com SIDA, quer sejam homossexuais ($r=.49$, $p<.01$), quer sejam heterossexuais ($r=.72$, $p<.01$).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo sugerem e apontam para algumas conclusões principais.

1. Os adolescentes e jovens adultos desta amostra evidenciaram, em geral, um bom conhecimento sobre a infecção VIH e o SIDA, assim como sobre as suas formas de transmissão e prevenção. No entanto, foram evidentes graus de conhecimento apenas medianamente adequados, no que se refere à etiologia e desenvolvimento do VIH, à epidemiologia e aos sinais e sintomas do síndrome. O número médio de respostas correctas dadas pelos estudantes no Inventário

do Conhecimento foi de cerca de 67%, um valor comparável aos obtidos em estudos similares (e. g., Brooks-Gunn et al., 1988; Goodman et al., 1989; Hingson et al., 1992; Lucas, 1993).

2. De salientar, apesar disso, que uma percentagem baixa, mas assinalável, de adolescentes e jovens adultos obteve "scores" francamente maus no que se refere ao conhecimento face à infecção VIH/SIDA (cerca de 7% de estudantes do 9º ano e de 6% de estudantes dos 10º e 11º anos complementares).

3. A identificação correcta das práticas sexuais de alto risco (RS anal, RS sem preservativo, RS oral e RS vaginal foram as mais frequentemente assinaladas) permitiu evidenciar que os adolescentes reconhecem que o SIDA é sexualmente transmitida e que eles compreendem como ela é sexualmente transmitida. Estes resultados também sugerem que o conceito de grupos de risco (ex: "prostitutas", "homossexuais", "drogados", etc.) parece estar a ser substituído pelo conceito de comportamentos de risco relacionados com as vias de transmissão viral. No entanto, não deixa de ser também sugestivo que numa altura em que o crescimento da epidemia é cada vez maior na população heterossexual, a RS heterossexual tenha sido a prática sexual de alto risco menos frequentemente assinalada pelos adolescentes.

4. Os resultados obtidos também sugerem que se por um lado a maior parte dos adolescentes sabe que o contacto casual com doentes de SIDA não gera a transmissão do vírus, por outro lado, em cerca de 30% dos adolescentes desta amostra, parecem persistir ainda concepções erradas e/ou ausência de conhecimento em algumas situações que podem estar subjacentes à discriminação de doentes com SIDA e/ou levar a um medo exagerado de ser contaminado.

5. Relativamente às atitudes de estigmatização dos doentes com SIDA, merece particular realce algum mal estar, junto dos adolescentes e jovens adultos, relativamente à preferência homossexual de muitas das vítimas do SIDA. Os doentes homossexuais são considerados mais responsáveis, culpados e mais perigosos para os outros que os doentes heterossexuais. Embora ao nível da interacção social não se tenham verificado diferenças significativas, já no que se refere às características da personalidade foram evidentes percepções e avaliações mais negativas dos doentes homossexuais, comparativamente aos heterossexuais. Os doentes homossexuais eram percebidos, por exemplo, como menos inteligentes, menos verdadeiros, menos apaixonados, menos delicados e simpáticos, menos atraentes, mais merecedores do que lhes aconteceu e menos merecedores de compreensão. Ao evidenciarem as percepções negativas associadas às preferências sexuais dos doentes com SIDA, os resultados sugerem assim que alguns adolescentes continuam ainda a lidar com o SIDA não como uma doença letal e transmissível, mas sim como uma doença de homossexuais e outras minorias (Vilaça, 1994).

6. Por último, os dados recolhidos também apontam para a existência de uma forte associação, independentemente da preferência sexual do doente, entre o grau de conhecimento sobre a infecção VIH/SIDA, por um lado, e a interacção social e a avaliação das características pessoais dos doentes. Quer se trate de doentes homossexuais ou heterossexuais, quanto maior é o grau de conhecimentos dos adolescentes, mais positivamente são avaliados os doentes e maior é a predisposição para a interacção social com eles.

Em suma, o grupo dos adolescentes e jovens adultos parece constituir, de facto, um desafio particularmente difícil na luta contra o SIDA. Espera-se que os dados recolhidos possam contribuir, de alguma forma, não só para o desenvolvimento de programas de educação e prevenção do SIDA junto dos adolescentes e jovens adultos, mas também para preparar esta população para ver os doentes com SIDA sem qualquer tipo de julgamentos ou preconceitos negativos, tendo em vista uma maior compreensão e uma maior ajuda na redução do estigma face a estes doentes.

ESTUDO 2

ATITUDES E NORMAS SUBJECTIVAS DE JOVENS ADULTOS FACE À UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO

A Teoria da Acção Racional (Azjen, 1988; Azjen & Fishbein, 1980; Fishbein & Azjen, 1975) constitui, sem dúvida, um modelo teórico com evidentes implicações e aplicações práticas para a compreensão dos comportamentos de prevenção do SIDA e para a modificação de padrões comportamentais desajustados ou pouco adequados (ver Cruz & Melo, 1996; Cruz & Vilaça, 1996).

A premissa central desta teoria (TRA) é a de que as pessoas tomam decisões racionais com base numa consideração racional da informação disponível (Azjen, 1988; Fishbein & Azjen, 1975). Nesta perspectiva, assume-se que as pessoas são "actores racionais": quando estão a decidir um determinado curso de acção, as pessoas não agem espontaneamente, mas reflectem acerca das consequências da realização do comportamento, assim como das suas crenças acerca daquilo que as outras pessoas esperam que elas façam.

De acordo com o modelo da Teoria da Acção Racional o determinante imediato do comportamento é a intenção que a pessoa tem de o realizar. Por sua vez, os determinantes das intenções das pessoas são o carácter favorável das suas atitudes face ao comportamento e o nível de pressão normativa percebida para a realização do comportamento (norma subjectiva).

Além disso, este modelo propõe que as atitudes das pessoas face ao comportamento são uma função das suas crenças relativamente às consequências da realização do comportamento (crenças comportamentais), ponderada ou influenciada pelo valor colocado em cada uma das consequências (avaliações do resultado). Por outro lado, propõe-se que a norma subjectiva é uma função da percepção que as pessoas têm da pressão dos outros para realizarem o comportamento (crenças normativas), ponderada pela sua motivação para cumprirem, anuírem ou cederem a esses outros.

Assim, este estudo teve como objectivo geral um teste de hipóteses da Teoria da Acção Racional aos comportamentos de prevenção do SIDA e, mais concretamente, à **utilização pelos jovens adultos do preservativo como medida de "sexo seguro" no seu próximo encontro sexual**. Nesse sentido, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 – Existe uma associação positiva entre medidas directas e medidas (ponderadas) baseadas nas crenças, das atitudes e das normas subjectivas, relativamente à utilização do preservativo no próximo encontro sexual.

H2 – Existem diferenças significativas entre os jovens que tencionam utilizar preservativo no seu próximo encontro sexual e os que não tencionam fazê-lo, nas seguintes variáveis:
a) Atitude face à utilização do preservativo (crença comportamental e avaliação do resultado);
b) Norma subjectiva face à utilização do preservativo (crença normativa e motivação para cumprir ou anuir);

MÉTODO

Sujeitos

Participaram no estudo 168 estudantes universitários (152 do sexo feminino e 16 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 19 e os 36 anos ($M=23.6$; $DP=4.8$). Os sujeitos foram alunos do curso de Psicologia, de cursos de licenciaturas em ensino e/ou de cursos de Educação da Universidade do Minho.

Instrumento e Medidas

O instrumento utilizado foi o **“Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA”**, desenvolvido e adaptado (de diversos instrumentos) para a população portuguesa por Cruz (1994). O Questionário inclui quatro partes principais destinadas a avaliar os seguintes aspectos: 1) Percepção pessoal do risco de contrair o SIDA; 2) Comportamento sexual seguro nos últimos três meses; 3) Comportamento seguro no último encontro sexual; e 4) Atitudes face ao comportamento e às práticas sexuais.

Para efeitos do presente estudo, e para além de algumas questões relativas ao comportamento sexual, foram considerados os itens destinados a avaliar as atitudes face à **“utilização do preservativo no próximo comportamento sexual”**. Tal como recomendado por Ajzen e Fishbein (1980); Fishbein & Ajzen, (1975) todos os itens foram respondidos em escalas bipolares de 7 pontos, com os “scores” a variarem entre -3 e $+3$.

As variáveis em estudo foram operacionalizadas da forma que a seguir se descreve.

- 1) **Critério comportamental:** Utilização do preservativo no próximo encontro sexual.
- 2) **Intenção comportamental de utilizar preservativo:** O índice da intenção de utilizar (ou fazer o outro utilizar) preservativo no próximo encontro sexual, consiste na soma das respostas a 2 itens similares do Questionário. Exemplo: “Eu tenciono utilizar ou fazer com que o outro utilize um preservativo no meu próximo encontro sexual”. Os “scores” mais elevados reflectem níveis mais elevados de intenção comportamental.

3) **Atitude face à utilização do preservativo:** a) Uma **medida directa da atitude** resulta da soma das avaliações em 7 aspectos, relativos à afirmação-alvo "A utilização de preservativo no meu próximo encontro sexual será algo de...". "Scores" mais elevados reflectem uma atitude mais favorável face à utilização do preservativo; b) Uma **medida ponderada da atitude, baseada nas crenças**, resulta da soma dos produtos dos itens correspondentes "crença comportamental x avaliação do resultado"; c) A **crença comportamental** foi determinada pelas avaliações de probabilidade de cada um de seis resultados (3 custos e 3 benefícios) em consequência da utilização do preservativo (Exemplo: "redução do prazer sexual"). Esta avaliação da probabilidade de ocorrência de cada resultado ou consequência é multiplicada pela sua desejabilidade (**avaliação do resultado**).

4) **Norma subjectiva:** a) Uma **medida directa da norma subjectiva** avalia o grau de pressão social por outros significativos (pais, amigos, companheiro(a) que é percebida pela pessoa. O "score" total resulta da soma das avaliações para cada um dos três referentes significativos. "Scores" mais elevados reflectem índices mais elevados de aprovação social (por outros significativos), relativamente à utilização do preservativo; b) Uma **medida ponderada baseada nas crenças, da norma subjectiva**, resulta da soma dos produtos dos itens correspondentes – "crença normativa x motivação para cumprir ou anuir"; c) A **crença normativa** é avaliada através da medida directa da norma subjectiva; e d) A **motivação para cumprir ou anuir** é avaliada através da soma das respostas à questão relacionada com a maior ou menor disposição ou vontade da pessoa em cumprir ou anuir às expectativas dos três referentes específicos: amigos(as), pais e companheiro(a) actual.

O Quadro 5 permite visualizar os resultados obtidos relativamente ao comportamento sexual dos jovens envolvidos no presente estudo, durante os últimos três meses. Cerca de 71% dos jovens estiveram sexualmente activos durante este período, 24% não tiveram qualquer companheiro(a) e 5% tiveram mais de um companheiro(a). Do mesmo modo, cerca de 67% dos jovens nunca tinham utilizado o preservativo durante este período e apenas 10% o fizeram sempre. De referir também que cerca de 10% dos jovens tinham tido encontros sexuais casuais nos últimos três meses.

Paralelamente a análise dos dados relativos à medida da intenção de utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no próximo encontro sexual evidenciou que 19% estavam absolutamente seguros ou certos de que não o utilizarão, enquanto cerca de 29% dos jovens pareciam estar absolutamente certos de que o irão fazer no próximo encontro sexual.

Por sua vez, o Quadro 6 apresenta as estatísticas médias e descritivas para as diferentes variáveis estudadas.

Uma primeira análise pretendeu testar a primeira hipótese ao avaliar a associação entre as medidas directas da atitude e da norma subjectiva e as medidas ponderadas, baseadas nas crenças. Após o cálculo dos coeficientes de correlação (Pearson), verificou-se que apenas a correlação entre as duas medidas da atitude face ao uso do preservativo ($r=.51$, $p < .001$) apoia a primeira hipótese, relativamente à predição de que as atitudes e as normas subjectivas são

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA
TEVE ENCONTROS SEXUAIS?	
SIM	71.4%
Nº COMPANHEIROS(AS) SEXUAIS	
NENHUM(A)	23.8%
UM(A)	66.6%
MAIS DE UM(A)	04.8%
FREQUÊNCIA UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO	
0% DAS VEZES – NUNCA	66.7%
1 A 50% DAS VEZES – ALGUMAS VEZES	23.8%
51 A 99% DAS VEZES – MUITAS VEZES	00.0%
100% DAS VEZES – SEMPRE	09.5%
TEVE ENCONTROS SEXUAIS CASUAIS?	
SIM	09.5%
NÃO	90.5%

Quadro 5 – Comportamento sexual dos jovens adultos nos últimos três meses (N=168)

VARIÁVEL	Média	DP	Mínimo	Máximo
INTENÇÃO COMP. ⁽¹⁾ (*)	0.9	4.8	-6.0	6.00
ATITUDE – MD (*)	5.6	5.8	-6.0	15.0
ATITUDE – MP (*)	17.3	18.7	18.0	49.0
CRENÇA COMPORTAM.	7.5	6.6	-7.0	17.0
AVALIAÇÃO RESULTADO	12.4	4.2	00.0	18.0
NORMA SUBJ. – MD (*)	5.4	3.4	-2.0	9.0
NORMA SUBJ. – MP (*)	1.8	9.5	-27.0	18.0
CRENÇA NORMATIVA	5.4	3.4	-2.0	9.0
MOTIVAÇÃO	1.29	3.79	-9.0	9.0

(1) – Intenção de “utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no próximo encontro sexual”.

(*) MD – MEDIDA DIRECTA; MP – MEDIDA PONDERADA

Quadro 6 – Estatísticas descritivas relativas às medidas (directas e ponderadas) da atitude e norma subjectiva, para o total da amostra (N=168)

influenciadas pelas crenças comportamentais e pelas crenças normativas. A correlação obtida entre a medida directa e a ponderada da norma subjectiva ($r=.00$) não foi significativa do ponto de vista estatístico.

Tendo em vista a comparação entre os jovens que tencionam e os que não tencionam utilizar ou fazer utilizar o preservativo no próximo encontro sexual, foram constituídos dois grupos com base na mediana do "score" na medida de intenção comportamental: o grupo dos que tencionam utilizar o preservativo ($N=88$) e o grupo dos que não tencionam fazê-lo ($N=80$). Para analisar as diferenças entre ambos os grupos foram efectuadas análises de variância separadas, recorrendo-se para tal ao procedimento ANOVA do SPSS.

Como se poderá verificar no Quadro 7, foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos, não só ao nível da atitude mas também ao nível da norma subjectiva. As diferenças encontradas foram mais claras ao nível da atitude dos jovens face à utilização do preservativo no próximo encontro sexual. Mais concretamente, os dados recolhidos evidenciam que os jovens que tencionam utilizar (ou fazer utilizar) o preservativo no próximo encontro sexual, comparativamente aos que não o tencionam fazer, demonstram uma atitude muito mais favorável e positiva face ao uso do preservativo. Ambos os grupos diferem entre si não só em termos das suas crenças comportamentais, mas também ao nível da avaliação que fazem acerca dos resultados da utilização do preservativo no próximo encontro sexual que tiverem.

VARIÁVEL	Não Tencionam Utilizar Preserv. (N=80)	Tencionam Utilizar Preserv. (N=80)	F	p
	Média	Média		
ATITUDE – MD (*)	1.0	9.8	112.22	.00
ATITUDE – MP (*)	10.9	23.2	10.07	.00
CRENÇA COMPORTAM.	4.9	9.9	13.64	.00
AVALIAÇÃO RESULTADO	11.2	13.5	06.70	.01
NORMA SUBJ. – MD (*)	3.7	7.0	24.34	.00
NORMA SUBJ. – MP (*)	2.6	1.0	0.51	.47
CRENÇA NORMATIVA	3.7	7.0	24.34	.00
MOTIVAÇÃO	1.4	1.1	00.06	.79

(*) MD – MEDIDA DIRECTA; MP – MEDIDA PONDERADA

Quadro 7 – Diferenças na atitude e norma subjectiva entre os jovens que tencionam e os que não tencionam utilizar preservativo no próximo encontro sexual

Os resultados das análises à norma subjectiva (crença normativa e motivação para anuírem ou cederem), apenas evidenciaram diferenças significativas na crença normativa dos jovens. Aqueles que tencionavam utilizar o preservativo no próximo encontro sexual diferiam claramente dos que não o tencionavam fazer, já que evidenciaram níveis significativamente mais elevados de aprovação social por parte de outros significativos, relativamente à utilização do preservativo. Os jovens que tencionam utilizar o preservativo no seu próximo encontro sexual percebem que várias pessoas significativas (pais, amigos, companheiro(a)) desejam ou são favoráveis à utilização do preservativo no próximo encontro sexual.

DISCUSSÃO

De um modo geral, os resultados obtidos no presente estudo apoiam o modelo da Teoria da Acção Racional. As hipóteses formuladas para o presente estudo foram em grande parte comprovadas, tendo em conta, apesar disso, uma limitação importante deste estudo relacionada com o facto de a grande maioria de sujeitos que participaram serem do sexo feminino.

No entanto, se relativamente à influência e papel das atitudes nas intenções comportamentais os resultados são particularmente claros, o mesmo já não se poderá dizer relativamente à norma subjectiva, particularmente no que se refere à medida ponderada da norma subjectiva. Com efeito, para além da ausência de qualquer associação significativa entre a medida directa e a medida ponderada da norma subjectiva, não foi encontrada qualquer diferença significativa (na medida ponderada) entre os jovens que tencionam recorrer ao uso do preservativo no seu próximo encontro sexual e os que não tencionam fazê-lo. Uma hipótese explicativa para esta ausência de resultados significativos poderá estar no facto de a medida da crença normativa utilizada para o cálculo da medida ponderada da norma subjectiva, ser exactamente a mesma que foi utilizada como medida directa da norma subjectiva. Recorde-se aqui que, no caso da atitude face à utilização do preservativo, nenhuma medida utilizada no cálculo da medida ponderada da atitude, foi utilizada como medida directa da atitude. Estudos posteriores deverão seguir idêntico procedimento metodológico para a avaliação das normas subjectivas.

Apesar disso, e um modo geral, este estudo demonstrou como se poderá ganhar uma melhor compreensão acerca dos determinantes da escolha comportamental, recorrendo a medidas da atitude e norma subjectiva, baseadas nas crenças. Para além de ajudarem à explicação dos comportamentos de prevenção face à SIDA, estes resultados podem ter implicações evidentes para o desenvolvimento de programas de intervenção e prevenção do SIDA junto dos jovens, no sentido de os ajudar e encorajar a envolverem-se em opções comportamentais desejáveis ("sexo seguro").

As implicações da Teoria da Acção Racional para a prevenção do SIDA nos jovens são bem evidenciadas por Fishbein e Middlestadt (1989). De acordo com estes autores, para aplicar os pressupostos básicos da teoria da acção racional na prevenção primária do SIDA nos adolescentes e jovens adultos será necessário:

(1) Seleccionar o tipo de comportamento que se pretende mudar; escolher o comportamento que o indivíduo pode realizar se quiser, em vez de um que depende de um factor fora do controle pessoal. A escolha final do "critério comportamental" deve depender do domínio comportamental em questão e da população para a qual a intervenção será dirigida.

(2) Planificar o desenvolvimento da mensagem educativa considerando quatro aspectos. Primeiro, deve ser conduzida uma pesquisa para determinar se o comportamento a mudar na população-alvo está debaixo do controle normativo ou atitudinal e identificar as crenças comportamentais e/ou normativas salientes que estão subjacentes à atitude e norma subjectiva. Depois deverá ser decidido, em função do peso relativo da componente atitudinal e normativa, quais as crenças comportamentais e normativas que devem ser visadas na intervenção. Além disso, é importante identificar nessas crenças a discriminação entre pessoas que têm intenção de fazer ou não o comportamento em questão. Em terceiro lugar, devem ser avaliados os diferentes determinantes. É importante ter em atenção que a mudança em qualquer crença comportamental ou normativa pode não ser suficiente para produzir a mudança nas atitudes e normas subjectivas. Mudar uma crença pode ter impacto noutra crença e, dependendo da direcção desse efeito, o impacto pode facilitar ou inibir a mudança. Para uma intervenção com sucesso, têm que se mudar as implicações avaliativas ou normativas que estão subjacentes à estrutura cognitiva. No final, tem que se analisar a "regra de correspondência". Como à intenção tem que corresponder exactamente o comportamento que se deseja predizer, mudar ou compreender, então, também a maior parte das atitudes, normas subjectivas, crenças comportamentais e crenças normativas devem estar de acordo com a intenção.

(3) Desenvolver campanhas educativas que foquem directamente a intenção apropriada para o comportamento em termos do objectivo, acção, contexto e tempo. É importante ter cuidado em focar intenções de comportamentos que estão sob controle do indivíduo e ter em atenção que para se mudar ou reforçar uma dada intenção tem que se mudar ou fortalecer a atitude face à realização do comportamento e/ou da norma subjectiva com respeito a esse comportamento.

Neste sentido, os programas designados para prevenir a iniciação de uma actividade ou comportamento, podem ter que ser muito diferentes dos programas para a manter ou para a parar. Como muito bem salientaram Fishbein e Middlestadt (1989), um eficaz programa de mudança pode ser um ineficaz programa de manutenção e vice-versa.

ESTUDO 3

COMPORTAMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SEXUAIS DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Diversos estudos recentes têm evidenciado que a mudança de comportamentos sexuais nos estudantes universitários, em face da pandemia do VIH/SIDA, tem sido pequena ou mesmo

inexistente. Incluído no âmbito de um programa de investigação mais vasto, este estudo teve, entre outros, os seguintes objectivos: a) avaliação dos comportamentos e práticas sexuais dos estudantes universitários; b) atitudes face à utilização de comportamentos de sexo seguro (ex: utilização do preservativo); c) análise das práticas e comportamentos sexuais de risco na população universitária; e d) avaliação de práticas sexuais nos estudantes heterossexuais universitários (envolvimento em relações ocasionais e casuais *versus* envolvimento em relações monogâmicas, consideradas íntimas e estáveis), pelo menos nos últimos três meses.

MÉTODO

Sujeitos - Amostra

Os sujeitos deste estudo foram 697 estudantes universitários de ambos os sexos (502 do sexo feminino e 170 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 47 anos ($M=21.9$), sendo a quase totalidade dos sujeitos solteiros (93.2%).

Instrumento

Foi administrado a todos os sujeitos o **“Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção Face à SIDA”** (Cruz, 1994, 1996; Cruz et al., 1995), já descrito no estudo anterior, que pretende avaliar, entre outros, os seguintes aspectos: 1) a percepção pessoal do risco de contrair o SIDA; 2) o comportamento sexual nos últimos três meses; 3) o comportamento no último encontro sexual; e 4) as atitudes face ao comportamento e às práticas sexuais.

RESULTADOS

Relativamente às suas experiências sexuais, 37.6% dos sujeitos nunca tinham tido relações sexuais e 38.3% dos sujeitos tinham estado sexualmente activos nos últimos 3 meses. As idades da primeira relação sexual variavam entre os 5 e os 27 anos ($M=18.3$), sendo inferior no sexo masculino ($M=16.5$), comparativamente ao sexo feminino ($M=18.1$). Paralelamente, 3.4% dos sujeitos do sexo masculino e 3.6% do sexo feminino referiram a experiência e prática de relações sexuais de natureza homossexual.

Quando questionados acerca da importância de diversas fontes de informação e formação sexual nas suas vidas, a imprensa/TV, os amigos/colegas e o(a) companheiro(a) habitual, foram claramente as fontes de (in)formação percebidas como as mais importantes, menos-prezando o papel dos pais e outros familiares, bem como o papel dos professores e de companheiros(as) ocasionais/casuais (ver Figura 8).

No que se refere às atitudes face à utilização do preservativo no próximo encontro sexual, o Quadro 9 ilustra as respostas dadas. De salientar que apenas 7% e cerca de 9% dos sujeitos considerou claramente como “excitante” e “agradável”, respectivamente, a utilização do preservativo, um dado preocupante e a ter em conta nas campanhas de prevenção do VIH/SIDA, quando se sabe que a “excitação” e o “agradável” estão na essência e constituem parte integrante das relações sexuais e amorosas.

FONTE DE INFORMAÇÃO E FORMAÇÃO SEXUAL	MÉDIA (*)
PAIS	3.7
OUTROS FAMILIARES	3.0
IMPrensa / TELEVISÃO	5.7
COMPANHEIRO(A) HABITUAL	4.6
COMPANHEIRO(A) OCASIONAL	2.3
COLEGAS / AMIGOS(AS)	4.9
PROFESSORES(AS)	3.8

(*) – Avaliado numa escala 7 pontos, que variava entre 1 (=Nenhuma importância) e 7 (= Muita importância).

Quadro 8 – Importância percebida das fontes de (in)formação sexual

A UTILIZAÇÃO DO PRESERVATIVO NO PRÓXIMO ENCONTRO SEXUAL SERÁ ALGO DE (*):		
BOM	20.0%	50.5%
AGRADÁVEL	8.8%	35.8%
FAVORÁVEL	35.2%	69.4%
ÚTIL	51.1%	79.8%
EXCITANTE	7.0%	25.5%
SENSATO	59.8%	83.3%
BENÉFICO	50.7%	80.6%

(*) – Avaliado numa escala bipolar de 7 pontos com adjectivos dicotómicos (ex: Mau-Bom), cotada de -3 a +3. Os valores da coluna da esquerda reflectem a frequência de sujeitos que assinalou o valor máximo de uma atitude positiva (+3), enquanto a coluna da direita reflecte a frequência total de sujeitos que partilharam uma atitude globalmente positiva (valores entre +1 e +3).

Quadro 9 – Atitudes face à utilização do preservativo no próximo encontro sexual

Quanto à avaliação das estratégias ou comportamentos mais eficazes de protecção contra o VIH/SIDA (questão aberta solicitando as três mais eficazes), os sujeitos revelaram algum conhecimento, assinalando o uso do preservativo em maior frequência (ver Quadro 10). Apesar disso, é de referir que apenas metade dos sujeitos assinalou a exclusividade/fidelidade como uma das três estratégias mais eficazes, o mesmo acontecendo relativamente à abstinência sexual (apenas 14%) ou ao evitamento de sexo anal ou oral desprotegido (menos de 1% dos sujeitos).

ESTRATÉGIA OU COMPORTAMENTO	FREQUÊNCIA
USO DO PRESERVATIVO	81.1%
EXCLUSIVIDADE / FIDELIDADE	49.1%
ABSTINÊNCIA SEXUAL	13.5%
NÃO CONSUMIR DROGAS	12.8%
REDUÇÃO DO NÚMERO DE PARCEIROS	9.6%
CONHECIMENTO DO PASSADO DO NOVO PARCEIRO	9.2%
INFORMAÇÃO SEXUAL	9.2%
EVITAR CONTACTO COM GRUPOS DE ALTO RISCO	3.4%
EVITAR SEXO ORAL OU ANAL DESPROTEGIDO	0.7%

Quadro 10 – Três estratégias ou comportamentos mais eficazes na protecção contra o VIH/SIDA

Relativamente à prática de sexo seguro nos heterossexuais universitários, sexualmente activos nos últimos três (3) meses, os resultados são apresentados na Figura 5. Recorde-se aqui que um dos dos objectivos deste estudo consistia em avaliar o que era mais seguro nos estudantes universitários: o seu envolvimento em relações ocasionais e casuais, ou o envolvimento em relações amorosas, consideradas monogâmicas, íntimas e “estáveis”. Adicionalmente, na Figura 6, apresentam-se os principais resultados relativos às práticas sexuais dos estudantes universitários, na sua última relação ou encontro sexual.

- a) 4.8% das mulheres e 17% dos homens tinham-se envolvido em relações sexuais com **dois ou mais parceiros(as)**.
- b) 57.4% nunca ou quase nunca se recusaram a ter relações sexuais **casuais ou ocasionais** por falta de preservativo.
- c) 52.1% nunca abordou ou discutiu, com o(a) **parceiro(a) habitual**, o uso do preservativo.
- d) 29.2% consideraram **altamente improvável** a utilização do preservativo na próxima relação sexual (entre os quais 42.5% dos estudantes envolvidos em relações monogâmicas consideradas estáveis) e 26.6% tinha a **certeza absoluta** que não o fará no próximo encontro sexual (entre os quais 32.7% dos estudantes envolvidos em relações estáveis).
- e) 44.6% **nunca** utilizaram o preservativo nas suas relações sexuais (entre os quais 51.6% dos estudantes envolvidos em relações consideradas estáveis e 59.9% dos estudantes nas relações sexuais ocorridas durante a semana da "Queima das Fitas").
- f) 10% tinham-se envolvido em relações sexuais com "desconhecidos(as)" (4% dos quais eram estudantes envolvidos em relações consideradas estáveis).
- g) 16% dos estudantes tinham-se envolvido em práticas desprotegidas de **sexo anal** e 63.3% de **sexo oral**.
- h) 35.4% dos estudantes admitiu que o SIDA não fez mudar rigorosamente em **nada** o seu comportamento sexual (entre os quais se incluíam 41.4% dos estudantes envolvidos em relações estáveis).
- i) 24% **nunca** se tinham recusado a ter relações sexuais **casuais ou ocasionais** por falta de preservativo.

Figura 5 – *Comportamento e práticas sexuais dos estudantes, sexualmente activos, nos últimos três meses*

- a) 56.3% dos estudantes não usaram o preservativo (incluindo 64.1% dos estudantes envolvidos em relações consideradas estáveis) e 12.9% dos estudantes referiram que a última relação sexual não foi com parceiro(a) habitual (incluindo 4.8% dos estudantes que mantinham relações consideradas estáveis).
- b) Em 77.9% das últimas relações sexuais, ninguém pediu para usar o preservativo, apesar de 61.6% os ter disponíveis.
- c) A última relação sexual ocorreu sob o efeito de álcool em 5.2% dos casos e sob efeito de drogas em 1.5% dos casos.

Figura 6 – *Comportamento e práticas sexuais dos estudantes, sexualmente activos, na última relação sexual*

DISCUSSÃO

De um modo geral, os resultados obtidos neste estudo, parecem confirmar os resultados de estudos similares efectuados noutros países, nomeadamente nos Estados Unidos da América, junto de estudantes universitários (e.g., Fisher et al., 1996; Hammer et al., 1996; Misovich et al., 1997). Mais concretamente, um primeiro dado que ressalta do presente estudo, tem a ver com o facto de uma percentagem assinalável dos heterossexuais universitários envolvidos em relações amorosas monogâmicas, íntimas e estáveis se envolverem, pelo menos nos últimos três meses, em comportamentos sexuais de risco ou não seguros. Por outro lado, este estudo parece confirmar a tendência para prática da “monogamia em série” (Bowen & Michal-Johnson, 1989) num grupo considerável de estudantes heterossexuais, que se envolvem em relações com vários(as) parceiros(as), mesmo quando acham que estão envolvidos em relações consideradas íntimas, permanentes e seguras. Neste sentido, parece confirmar-se a evidência de estudos já efectuados para a relação negativa entre a intimidade e estabilidade da relação e comportamentos de sexo seguro, preventivos do VIH/SIDA (ex: utilização do preservativo).

Por outras palavras, parece confirmar-se que os estudantes heterossexuais apesar de se envolverem com vários parceiros ao longo dos seus cursos universitários, consideram as relações amorosas e íntimas como estáveis, permanentes e seguras, “enquanto duram” (ver Hammer et al., 1996; Misovich et al., 1996). Um dado pertinente, a este propósito, tem a ver com o facto de apenas metade dos sujeitos sexualmente activos nos últimos três meses, assinalar estar envolvido numa relação amorosa há um ano ou mais. Adicionalmente, os resultados do estudo sugerem, claramente, que nos heterossexuais universitários o envolvimento em relações sexuais de natureza ocasional ou casual com “desconhecidos” está mais associado a comportamentos de sexo seguro, preventivos do VIH/SIDA, comparativamente ao envolvimento em relações consideradas monogâmicas e estáveis. Parece assim confirmar-se a crença, partilhada por muitos estudantes universitários, de que não é necessário praticar o chamado “sexo seguro”, com um companheiro(a) que se conhece bem, de quem se gosta e em quem se confia (Hammer et al., 1996; Misovich et al., 1996).

Para além do facto de muitas das relações sexuais não protegidas dos estudantes universitários parecerem ocorrer naquilo que eles consideram e percebem como relações íntimas, estáveis e seguras, foi também evidente a elevada prevalência de elevados níveis de relações sexuais não protegidas, pelo uso do preservativo. As atitudes face à utilização do preservativo parecem estar subjacentes a tais práticas sexuais, facto bem evidenciado pela percentagem de estudantes que partilham atitudes total ou parcialmente positivas, face ao facto de tal utilização ser “excitante” ou “agradável”: menos de 10% com atitude totalmente positiva e menos de 40% com atitude parcialmente positiva. Estes resultados têm implicações práticas fundamentais, sobretudo para as futuras campanhas de prevenção do VIH/SIDA, recomendando o uso do preservativo. Com efeito, tais campanhas deverão centrar-se na mudança de atitudes dos jovens face à utilização do preservativo, enfatizando e salientando precisamente “quanto” e “como” o preservativo pode contribuir para dois aspectos que constituem a “essência” de uma relação sexual: ser uma experiência excitante e agradável.

Finalmente, os resultados relativos à importância percebida das fontes de (in)formação e educação sexual, atestam bem o crescente poder dos “media”, nomeadamente da imprensa escrita e da televisão, em tal função e papel, assim como o “papel menor”, percebido pelos estudantes universitários, relativamente aos agentes educativos que, supostamente, maiores responsabilidades deveriam ter em tal processo: os pais e os professores. Este dado parece sugerir assim que futuras acções de prevenção do VIH/SIDA deverão ter como grupos-alvo preferenciais não só os pais e familiares próximos, mas também os professores dos diferentes níveis de ensino.

CONCLUSÃO GERAL E IMPLICAÇÕES

Os resultados dos estudos realizados parecem ir de encontro a três “máximas” que deveriam constituir temas centrais de futuras campanhas de prevenção do VIH/SIDA: a) “Qualquer um de nós evidencia sinais ou sintomas de ser portador do VIH”; b) “Para utilizar o preservativo, são necessárias duas pessoas”; e c) “Muitas vezes, duas cabeças não pensam melhor do que uma só”.

No que se refere a necessidades e prioridades para o futuro, particularmente no domínio da educação e prevenção do SIDA junto dos adolescentes e jovens adultos, parecem ser prementes e urgentes as seguintes (Cruz & Vilaça, 1996):

- a) Dedicar mais esforço e atenção ao estudo de grupos geralmente considerados de “baixo risco”, mas que poderão constituir potenciais grupos de “alto risco” (ex: adolescentes e jovens adultos heterossexuais).
- b) Compreender as perspectivas dos adolescentes e jovens adultos e analisar como é que eles diferem entre si ao nível das atitudes, valores e comportamentos;
- c) Conhecer e compreender melhor a “ecologia comportamental” do sexo nos adolescentes e jovens adultos (antecedentes dos comportamentos relacionados com a actividade sexual, factores situacionais e consequências da actividade sexual);
- d) Considerar e ter em conta as necessidades e características específicas (sexo, meio social, estatuto socio-económico, idade, formação, fase desenvolvimental, etc.) dos diferentes grupos alvo de intervenções destinadas a reduzir os comportamentos de alto-risco;
- e) Determinar o papel desempenhado pelas normas e pressões do grupo na formação das atitudes e na mudança dos comportamentos face ao SIDA;
- f) Determinar os processos de influência social que podem contribuir para o risco do SIDA ou que podem gerar taxas mais elevadas de comportamentos de prevenção do SIDA;
- g) Explorar e determinar formas alternativas para melhor influenciar os adolescentes e jovens adultos;

- h) Analisar e compreender os factores comportamentais que podem alterar a eficácia das intervenções na adopção ou seguimento, a curto e longo-prazo, das recomendações e orientações de ordem preventiva;
- i) Determinar quais as componentes dos programas de intervenção (informação versus treino de competências) que são responsáveis por mudanças observadas no comportamento e nas atitudes dos indivíduos; e finalmente,
- j) Implementar e avaliar a eficácia diferencial de estratégias e programas de educação, prevenção e de mudança do comportamento, baseados em modelos teóricos bem fundamentados.

Resumindo, como Choi e Coates (1994) salientaram recentemente, com base numa revisão de estudos publicados sobre intervenções para a prevenção do SIDA, em primeiro lugar, parece tornar-se necessário e prioritário o desenvolvimento de estratégias de prevenção que além de serem melhores, sejam também mais eficazes. Paralelamente, porque o grande desafio da prevenção é o de ser capaz de promover e manter comportamentos de baixo risco a longo-prazo, torna-se para tal fundamental o estudo e análise dos métodos que promovem a manutenção da mudança de comportamentos.

Em segundo lugar, tornam-se necessários mais dados sobre potenciais efeitos secundários negativos de algumas intervenções preventivas como, por exemplo, programas de prevenção para adolescentes, troca de seringas ou campanhas televisivas para o uso do preservativo.

Em terceiro lugar, é fundamental aumentar a investigação na área da prevenção junto de populações em risco sobre as quais existem poucas ou nenhuma informação. É o caso, entre outras, jovens de minorias homo e bissexuais, jovens adultos não estudantes, pacientes com doenças sexualmente transmissíveis, militares, presos, etc..

Em quarto lugar, as intervenções comportamentais para a prevenção necessitam de ser apoiadas por uma base de investigação centrada na "epidemiologia comportamental" e por estudos básicos sobre a dinâmica do comportamento sexual e do uso de drogas. Tais estudos tornam-se essenciais para o desenvolvimento de novas formas de abordagem à redução do risco do VIH. Por exemplo, torna-se essencial a resposta a questões como: "Porque é que tem sido tão difícil introduzir ou manter o uso do preservativo em relações contínuas ou estáveis? Quais são os padrões e determinantes da escolha e troca de parceiros nas relações?".

Depois de mais de uma década da epidemia do VIH/SIDA é preocupante a falta de estudos de avaliação da eficácia e impacto de intervenções para a prevenção do VIH e SIDA, sobretudo em Portugal (Cruz & Vilaça, 1996). Claramente, "são necessários dados para apoiar a continuação dos programas que se verifica serem eficazes e para evitar a proliferação de programas percebidos como eficazes, quando na realidade não o são. Novas e mais eficazes estratégias de mudança do comportamento necessitam de ser desenvolvidas de uma forma rápida, avaliadas cuidadosamente e disseminadas rapidamente para o 'terreno' por forma a abrandar a pandemia global do VIH" (Choi & Coates, 1994, p. 1386).

REFERÊNCIAS

- Araújo, M.S., & Cruz, J.F. (1997, Fevereiro). *Percepção de controle pessoal e comportamentos de risco em jovens universitários*. Comunicação, em "poster", no "Congresso Nacional de Psicologia da Saúde". Braga: Universidade do Minho - Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Azjen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Azjen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Backer, T.E., Batchelor, W.F., Jones, J.M., & Mays, V.M. (1988). Special Issue: Psychology and AIDS. *American Psychologist*, 43 (11).
- Bandura, A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In DiClemente, R.J. (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. London: Sage Publications.
- Batchelor, W.F. (1984). AIDS. *American Psychologist*, 39, 1277-1278.
- Baum, A., & Nesselhof, S.E. (1988). Psychological research and the prevention, etiology, and treatment of AIDS. *American Psychologist*, 43, 900-906.
- Bor, R., Elford, G., Hart, G., & Sherr, L. (1990). AIDS care: Into the 1990's. *AIDS Care*, 2, 3-4.
- Brooks-Gunn, J., Boyer, C.B., & Hein, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. *American Psychologist*, 43, 958-964.
- Choi, K., & Coates, T. (1994). Prevention of HIV infection. *AIDS*, 8, 1371-1389.
- Cruz, J. F. (1997, Fevereiro). *Estudo do comportamento sexual dos estudantes universitários: Implicações para a prevenção do SIDA/VIH*. Comunicação, no "Congresso Nacional de Psicologia da Saúde". Braga: Universidade do Minho - Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Cruz, J. F., & Melo, B. (1996). A utilização do preservativo nos jovens adultos: Estudo preliminar das hipóteses da Teoria da Acção Racional para a prevenção do SIDA. In L. Almeida, J. Silvério e S. Araújo (Eds.), *Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (Vol. I). Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J. F., & Sousa, M.C. (1996, Novembro). *Prevenção do SIDA/VIH em jovens adultos: Um teste de hipóteses*. Comunicação, em "poster", no "IV Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia". Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cruz, J. F., & Vilaça, M. T. (1996). Prevenção do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: Contribuições da Psicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 219-242.
- Cruz, J.F., & Melo, B. M. (1996, Abril). *A utilização do preservativo nos jovens adultos: Estudo preliminar das hipóteses da Teoria da Acção Racional para a prevenção do SIDA*. Comunicação, em "poster", ao "II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia". Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, J.F., Araújo, M., & Gomes, A. (1996, Novembro). *Avaliação do comportamento sexual e dos comportamentos de risco do SIDA/VIH numa população de estudantes universitários*. Comunicação, em "poster", à "IV Conferência Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e Contextos". Braga, Universidade do Minho: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Cruz, J.F., Araújo, M.S., & Vilaça, M.T. (1996, Novembro). *Comportamento sexual e prevenção do SIDA/VIH em estudantes universitários*. Comunicação, em "poster", no "IV Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia". Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cruz, J.F., Vilaça, M.T., & Sousa, A.C. (1995, Dezembro). *Prevenção do SIDA: Conhecimento e atitudes dos adolescentes*. Apresentação, em "poster" na "Convenção Anual da APPORT—Associação dos Psicólogos Portugueses / 95". Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Desjarlais, D.C. & Friedman, S.R. (1988). The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users: A social learning conceptualization. *American Psychologist*, 43, 865-870.
- DiClemente, R., Forrest, K., Mickler, S., & Principal site investigators (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH-preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2, 201-212.
- DiClemente, R.J. (Ed.) (1992). *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. London: Sage Publications.
- Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Middlestadt, S. (1989). Using the theory of reasoned action as a framework for understanding AIDS-related behaviors. In V. Mays, G. Albee, & F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 93-110). Newbury Park: Sage.
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J.D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920.

- Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J.D., & Misovich, S. (1990). Evolution of college student's AIDS-related behavioral responses, attitudes, knowledge, and fear. *AIDS Education and Prevention*, 2, 322-337.
- Fisher, W.A., & Fisher, J.D. (1993). A general social psychological model for changing AIDS risk behavior. In J. Prior & G. Reeder (Eds.), *The social psychology of HIV infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D., & Rye, B. (1995). Understanding and promoting AIDS-preventive behavior: Insights from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14, 255-264.
- Flora, J.A., & Thoresen, C.E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist*, 43, 965-970.
- Hammer, J., Fisher, J.D., & Fitzgerald, P. (1996). When two heads aren't better than one: AIDS risk behavior in college-age couples. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 375-397.
- Kalichman, S. (1995). *Understanding AIDS: A guide for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, J., Murphy, D., Sikkema, K., & Kalichman, S. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 1023-1034.
- Lawrence, J., Brasfield, T., Jefferson, K., & Alleyne, E. (1995). Theoretical models applied to AIDS prevention. In A. Goreczny (Ed.), *Handbook of health and rehabilitation psychology*. NY: Plenum Press.
- Mann, J. (1992). *AIDS in the world 1992: A global epidemic out of control?* Cambridge, MA: Harvard University School of Public Health.
- Mann, J., Tarantola, D., & Netter, T. (1992). *AIDS in the world: A global report*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Misovich, S., Fisher, J., & Fisher, A. (1997). Close relationships and elevated HIV behavior: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*, 1, 72-107.
- O'Keeffe, M.K., Nesselhof-Kendall, S., & Baum, A. (1990). Behavior and prevention of AIDS: Bases of research and intervention. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 166-180.
- Omoto, A.M., & Snyder, M. (1990). Basic research in action: Volunteerism and society's response to AIDS. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 152-165.
- Terry, D., Gallois, C., & McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action: Its application to AIDS-preventive behavior. NY: Pergamon Press.
- Vilaça, M.T. (1994). *Conhecimento e atitudes dos adolescentes face à SIDA: Educação para a saúde nas escolas secundárias*. Dissertação de Mestrado não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Vilaça, M.T., & Cruz, J. F. (1996). *Conhecimento e atitudes dos adolescentes e jovens adultos face ao SIDA*. In L. Almeida, J. Silvério e S. Araújo (Eds.), *Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia (Vol.I)*. Braga: Universidade do Minho.
- Vilaça, M.T., & Cruz, J.F. (1996, Abril). *Conhecimento e atitudes dos adolescentes e jovens adultos face à SIDA*. Comunicação, em "poster", ao "II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia". Braga: Universidade do Minho.
- World Health Organization, Global AIDS Statistics (1992). *AIDS Care*, 4, 1.

PREVENTION OF HIV/AIDS IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS: RESEARCH ON KNOWLEDGE; ATTITUDES, AND SEXUAL BEHAVIOR

ABSTRACT

In the present article the results of three studies on HIV/AIDS prevention are presented: 1) HIV/AIDS knowledge and attitudes of adolescents and young adults; 2) Condom use, attitudes, and subjective norms of young adults; and 3) Behavior, attitudes, and sexual practices in college students. In addition to the presentation and discussion of the results of the studies, some implications for research and practice on future HIV/AIDS prevention programs are also suggested.

Agradecimentos

A preparação do presente trabalho foi apoiada, em parte, pela JNICT – Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (Proj. PCSH/C/PSI/300/92 – Comportamento e prevenção do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: Investigação e intervenção).

1997 Volume 2 Nº 2

Psicologia

Teoria, investigação e prática

PSICOLOGIA DA SAÚDE

Junho 1997 ISSN
0873-4976