

---

1997/1999

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Marina A. D. Carvalho

O Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais: Estudo dos Determinantes dos  
Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH em Jovens Adultos

ORIENTADOR: Prof. Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

SEMINÁRIO DE DISSERTAÇÃO DIRIGIDO POR: Prof. Doutora Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

---

DM  
CARV/MAI

Ao Prof. Doutor Américo Baptista pela sua orientação neste trabalho, por todo o apoio que me tem concedido e pela sua disponibilidade para me ensinar.

À Prof. Doutora Isabel Leal, pelo seu apoio e disponibilidade mas também pela sua compreensão.

A ambos pela constante motivação para que este processo terminasse.

Aos Drs. Joana Rosa, João Taborda, Isabel Santos, Beatriz Rosa, Paulo Mota e Fátima Lory por todas as facilidades que me concederam na recolha dos dados.

A todos os alunos que acederam participar nesta investigação.



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Centro de Documentação  
Registo: 14515  
Data: 18, 11, 2003  
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

## ÍNDICE

Resumo .....	vii
Abstract .....	x
INTRODUÇÃO .....	13
Comportamentos Associados à Transmissão do VIH .....	14
Vias de Transmissão .....	18
Comportamentos Sexuais .....	18
Uso de Drogas por Via Intravenosa .....	20
Transmissão Perinatal .....	21
Transfusões de Sangue e de Produtos Sanguíneos Derivados .....	21
Transmissão de e para os Profissionais de Saúde .....	22
Transmissão através do Contacto Casual e Modos Atípicos .....	22
Epidemiologia .....	23
Conclusão .....	25
Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH .....	26
Determinantes dos Comportamentos Preventivos na Transmissão da SIDA .....	31
Intervenções com vista à Mudança Comportamental .....	36
Conclusão .....	39
Modelos Explicativos dos Comportamentos Preventivos na Transmissão da SIDA .	42
Modelo de Crenças de Saúde .....	44
Teoria da Acção Racional .....	48
Teoria do Comportamento Planeado .....	50
Modelo Transteórico .....	52
Teoria da Motivação Protectora .....	53
Modelo de Redução do Risco da SIDA .....	54
Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais .....	57
Conclusão .....	61
Estado Actual da Investigação .....	63
Objectivo do estudo .....	68
O Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais: Estudo dos Determinantes dos Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH em Jovens Adultos .....	69

MÉTODO.....	70
Amostra .....	71
Instrumentos .....	72
Medidas de Informação Relativa à Prevenção da SIDA .....	73
Medidas de Motivação para Desempenhar Comportamentos Preventivos .....	74
Atitudes Acerca dos Actos Preventivos na Transmissão do VIH.....	75
Normas Subjectivas .....	75
Intenções Comportamentais .....	76
Medidas de Aptidões Comportamentais .....	77
Percepção de Dificuldade .....	77
Percepção de Eficácia .....	77
Medidas de Comportamentos Preventivos em Relação à Transmissão do VIH .....	78
Conversas acerca de Sexo Seguro .....	78
Acesso aos Preservativos .....	79
Uso de Preservativos Durante as Relações Sexuais .....	79
Teste do VIH .....	79
Medidas de Desejabilidade Social .....	80
Desenho da Investigação .....	80
Procedimento .....	81
RESULTADOS .....	82
Estudo das Características Psicométricas das Medidas .....	83
Diferenças de género relativamente à informação, motivação, aptidões comportamentais, comportamentos preventivos na transmissão do VIH e desejabilidade social .....	85
Valores normativos .....	86
Correlações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos na transmissão da SIDA .....	87
Estudo da desejabilidade social .....	90
Estudo das diferenças entre não utilizadores de preservativos, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes relativamente à informação, motivação, aptidões comportamentais, comportamentos preventivos e desejabilidade social .....	92
Teste do Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais através de análises multi-amostrais de equações estruturais.....	99

Participantes do sexo masculino .....	100
Participantes do sexo feminino .....	101
DISCUSSÃO .....	103
Referências .....	119

#### Lista de Figuras

FIGURA 1: Modelo de Crenças de Saúde .....	45
FIGURA 2: Teoria da Acção Racional .....	48
FIGURA 3: Teoria do Comportamento Planeado .....	50
FIGURA 4: Modelo de Redução do Risco da SIDA .....	55
FIGURA 5: Modelo Informação–Motivação–Aptidões Comportamentais .....	57
FIGURA 6: Centróides dos três grupos em relação às funções discriminantes .....	95
FIGURA 7: Variáveis que apresentaram correlações superiores a 0.30 com as funções discriminantes .....	97
FIGURA 8: Coeficientes estruturais estandardizados para os participantes do sexo masculino .....	101
FIGURA 9: Coeficientes estruturais estandardizados para os participantes do sexo feminino .....	102
FIGURA 10: Inclusão de variáveis no modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais .....	111
FIGURA 11: Sequência comportamental para a prevenção da infecção pelo VIH em jovens adultos .....	113

#### Lista de Tabelas

TABELA 1: Características demográficas da amostra total em função do género ...	71
TABELA 2: Análise da fidelidade .....	83
TABELA 3: Valores médios e desvios-padrão em função do género relativamente à informação, à motivação, às aptidões comportamentais, aos comportamentos preventivos na transmissão do VIH e à desejabilidade social .....	85
TABELA 4: Estatísticas descritivas para a amostra total .....	86

TABELA 5: Valores dos quartis das notas das medidas para a amostra total .....	86
TABELA 6: Correlações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos para os participantes do sexo masculino .....	88
TABELA 7: Correlações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos para os participantes do sexo feminino .....	90
TABELA 8: Diferenças entre os grupos de alta e baixa desejabilidade social relativamente à informação, à motivação, às aptidões comportamentais e aos comportamentos preventivos .....	91
TABELA 9: Diferenças entre não utilizadores, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes relativamente à informação, motivação, aptidões comportamentais, comportamentos preventivos e desejabilidade social .....	93
TABELA 10: Coordenadas dos centróides dos grupos para as duas funções discriminantes .....	94
TABELA 11: Variáveis ordenadas pela amplitude das correlações com as funções discriminantes .....	96
TABELA 12: Discriminação entre não utilizadores de preservativos, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes .....	98

## RESUMO

Esta investigação teve como objectivo o estudo dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), através do teste empírico do Modelo Informação–Motivação–Aptidões Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992), o qual postula que a informação relativa à prevenção da SIDA, a motivação para desempenhar comportamentos preventivos e as aptidões comportamentais para o desempenho desses comportamentos são preditores dos comportamentos preventivos ao nível da transmissão do vírus.

Participaram neste estudo 412 jovens adultos, 80 do sexo masculino e 332 do sexo feminino, com uma média de idades de 24.6 anos ( $DP = 4.6$  anos), os quais frequentavam os vários anos do curso de Psicologia numa universidade de Lisboa.

Após o seu consentimento informado, todos os participantes preencheram um protocolo de investigação constituído por uma folha de dados demográficos, por um questionário para avaliar a informação relativa à prevenção da SIDA, a motivação para desempenhar comportamentos preventivos, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos relacionados com a transmissão da doença (Misovich, Fisher & Fisher, 1998) e por uma escala para avaliar a desejabilidade social (Ballard, 1992).

Foram excluídos do estudo 62 estudantes, a maior parte devido a nunca terem tido qualquer relação sexual. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes da amostra inicial e os participantes incluídos relativamente às características demográficas da amostra.

O estudo das características psicométricas do questionário construído com base no modelo revelou valores de consistência interna, dados pelo  $\alpha$  de Cronbach, entre 0.74 (Percepção de Dificuldade) e 0.98 (Uso de Preservativos).

A análise multivariada da variância (MANOVA) efectuada com o objectivo de determinar a existência de diferenças nas variáveis em estudo em função do sexo e dos níveis de desejabilidade social (alta *versus* baixa) revelou um efeito multivariado significativo para a desejabilidade social ( $\lambda$  Wilks = 0.913;  $F(13; 286) = 2.101$ ;  $p = 0.014$ ) mas não para o sexo ( $\lambda$  Wilks = 0.978;  $F(13; 286) = 0.495$ ;  $p = 0.927$ ) nem para a interacção entre a desejabilidade social e o sexo ( $\lambda$  Wilks = 0.951;  $F(13; 286) = 1.132$ ;  $p = 0.332$ ).

Os resultados obtidos mostraram ainda a não existência de diferenças de género no que se refere à informação relativa à prevenção da doença, à motivação para desempenhar comportamentos preventivos, às aptidões comportamentais, aos comportamentos preventivos da transmissão da SIDA e à desejabilidade social ( $\lambda$  Wilks = 0.973;  $F(14; 335) = 0.655$ ;  $p = 0.817$ ).

O estudo das associações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos de acordo com o sexo, mostrou, no caso dos participantes do sexo masculino, a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre a motivação para desempenhar comportamentos preventivos e as aptidões comportamentais ( $r = 0.34$ ) e entre a motivação e os comportamentos preventivos ( $r = 0.53$ ), ambas significativas para  $p < 0.01$ . No caso dos participantes do sexo feminino, foram obtidas correlações também positivas e estatisticamente significativas entre a informação e as aptidões comportamentais ( $r = 0.19$ ), entre a motivação e as aptidões comportamentais ( $r = 0.20$ ) e entre estas e os comportamentos preventivos ( $r = 0.21$ ), todas significativas para  $p < 0.01$ .

A análise discriminante multivariada efectuada com o objectivo de analisar as variáveis que melhor discriminavam os participantes que não usavam preservativos, os participantes que os utilizavam esporadicamente e os que os utilizavam consistentemente revelou a existência de duas funções estatisticamente significativas (para a primeira função,  $\lambda$

$\text{Wilks} = 0.388$ ;  $\chi^2(8) = 273.923$ ;  $p = 0.000$  e, para a segunda função,  $\lambda \text{ Wilks} = 0.954$ ;  $\chi^2(3) = 12.244$ ;  $p = 0.007$ ), mostrando que os não utilizadores de preservativos se discriminavam dos utilizadores esporádicos e dos utilizadores consistentes relativamente ao acesso aos preservativos, às intenções comportamentais, às conversas sobre sexo seguro, às normas subjectivas e às atitudes acerca dos actos de prevenção. Os utilizadores esporádicos de preservativos discriminaram-se dos não utilizadores e dos utilizadores consistentes no que se refere à percepção de eficácia e de dificuldade.

O teste do modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais em amostras separadas de homens ( $N = 67$ ) e mulheres sexualmente activos ( $N = 235$ ) revelou valores de  $\chi^2 = 11.26$ ;  $gl = 7$ ;  $p = 0.128$ . O RMSEA foi de 0.06 ( $p = 0.129$ ), com um intervalo de confiança de 0 a 90%, o GFI foi de 0.99 o NNFI foi de 0.86, o CFI foi de 0.92 e o RFI foi de 0.76, todos revelando que os dados se ajustavam adequadamente ao modelo.

Concluimos apresentando as implicações dos resultados encontrados para investigações futuras e para o desenvolvimento de estratégias de educação e prevenção na área dos determinantes psicológicos dos comportamentos preventivos na transmissão do VIH.

## Abstract

The aim of this research was the study of the determinants of AIDS preventive behaviours. We tested the Information-Motivation- Behavioural Skills Model (Fisher & Fisher, 1992), which hypothesises that AIDS prevention information, motivation to perform preventive behaviours and behavioural skills predict AIDS preventive behaviours.

412 psychology students participated in this study, 80 men and 332 women, with a mean age of 24.6 years (SD = 4.6 years).

After their informed consent, all participants were requested to answer a research protocol composed by a section of demographic information, a questionnaire to measure AIDS prevention information, motivation to perform preventive behaviours, behavioural skills and AIDS preventive behaviours (Misovich, Fisher & Fisher, 1998) and a scale to measure social desirability (Ballard, 1992).

62 students were excluded, most due to lack of sexual intercourse experience. There were no statistically significant differences between all participants and included participants for the demographic characteristics.

The study of psychometric properties of the questionnaire, based on the model, revealed internal consistence values, Cronbach's  $\alpha$ , between 0.74 (perception of difficulty) and 0.98 (condom use).

The multivariate analysis of variance (MANOVA) performed to study the differences between sexes and social desirability (high *versus* low) revealed a significant multivariate effect for social desirability ( $\lambda$  Wilks = 0.913;  $F(13; 286) = 2.101$ ;  $p = 0.014$ ) but not for sex ( $\lambda$  Wilks = 0.978;  $F(13; 286) = 0.495$ ;  $p = 0.927$ ) or an interaction between social desirability and sex ( $\lambda$  Wilks = 0.951;  $F(13; 286) = 1.132$ ;  $p = 0.332$ ).

The results obtained showed no gender differences for AIDS prevention information, motivation to perform preventive behaviours, behavioural skills, AIDS preventive behaviours and social desirability ( $\lambda$  Wilks = 0.973;  $F(14, 335) = 0.655$ ;  $p = 0.817$ ).

The study of the associations between information, motivation, behavioural skills and preventive behaviours according to sex, revealed, for men, the existence of positive and statistically significant correlations between motivation to perform preventive behaviours and behavioural skills ( $r = 0.34$ ) and between motivation and preventive behaviours ( $r = 0.53$ ), both significant for  $p < 0.01$ . For women, we also found positive and statistically significant correlations between information and behavioural skills ( $r = 0.19$ ), motivation and behavioural skills ( $r = 0.20$ ) and between those and preventive behaviours ( $r = 0.21$ ), all significant for  $p < 0.01$ .

A multivariate discriminant analysis successfully discriminated the non-condom users, the sporadic condom users and consistent condom users, revealing two statistically significant functions. The first function ( $\lambda$  Wilks = 0.388;  $\chi^2(8) = 273.923$ ;  $p = 0.000$ ) discriminated non-condom users from sporadic and consistent condom users with the following variables, safe sex, subjective norms and attitudes about preventive acts. The second function ( $\lambda$  Wilks = 0.954;  $\chi^2(3) = 12.244$ ;  $p = 0.007$ ) discriminated sporadic condom users from non-condom users and consistent condom users. The discriminating variables were perception of difficulty and perception of efficacy.

The empirical test of the Information-Motivation-Behavioural Skills Model in separated samples of sexually active men ( $N = 67$ ) and women ( $N = 235$ ) showed adequate fit indices:  $\chi^2 = 11.26$ ;  $df = 7$ ;  $p = 0.128$ . RMSEA was 0.06 ( $p = 0.129$ ), with a confidence interval from 0 to 90%, GFI was 0.99, NNFI was 0.86, CFI was 0.92 and RFI was 0.76, all supporting the model.

We concluded presenting the implications of the findings for future research and for the development of educational and prevention strategies in the area of psychological determinants of AIDS preventive behaviours.

# INTRODUÇÃO

# Comportamentos Associados à Transmissão do VIH

A S.I.D.A., abreviatura para Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, é uma doença infecto-contagiosa para a qual não se conhece cura. Quando um indivíduo é infectado pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), o seu sistema imunitário deteriora-se progressivamente, tornando o organismo susceptível a infecções oportunistas e ao desenvolvimento de tumores, o que permite a progressão da doença (Kalichman, 1998a).

Sendo uma perturbação imunológica lenta e progressiva, a infecção primária pelo VIH refere-se a um período breve de sintomas de infecção aguda, o qual dura entre uma a duas semanas, podendo, no entanto, não acontecer para todas as pessoas infectadas pelo vírus. A seguir aos sintomas agudos de infecção, o organismo produz anticorpos contra o VIH. Durante a maior parte do período de infecção pelo VIH, os indivíduos parecem e sentem-se saudáveis, apesar de o vírus estar a esgotar os linfócitos *T-helper* e ser também passível de transmissão nesta fase. Ainda que assintomática, esta fase aumenta a vulnerabilidade à doença (Glasner & Kaslow, 1990).

Após longos períodos assintomáticos - neste momento, o período de incubação da doença em adultos pode até 10 a 12 anos - (Munoz, Sabin & Phillips, 1997), pode desenvolver-se todo um conjunto de doenças difusas e não específicas que têm já a ver com o último estágio de infecção pelo VIH, o qual é o resultado do aumento da carga viral e do progressivo esgotamento do sistema imunitário. Deste modo, o VIH pode infectar um indivíduo sem deixar sinais visíveis de doença por um grande período de tempo sendo, no entanto, esperado que a maior parte dos adultos infectados desenvolva SIDA nos 10 anos subsequentes à infecção. Uma vez activado, o VIH ataca as funções do sistema imunitário e nervoso do hospedeiro, originando um conjunto de condições como as infecções oportunistas e, no final, a morte (Lewis & Kashima, 1993).

Vários sistemas foram desenvolvidos para descrever e identificar os estádios da infecção. Os mais recentes baseiam-se na contagem do número de linfócitos *T-helper* ao longo da

infecção (Paul, Gilbert, Ziecheck, Jacobs & Sepkowitz, 1999). A perda quantitativa dos linfócitos *T-helper* tem sido a perturbação imunológica mais frequentemente citada como resultando da infecção pelo VIH, sendo a depleção dessas células que resulta na profunda imunossupressão que causa a SIDA. Tal como o número de células *T-helper*, a taxa entre estas e as células *cluster-determinant-4* (CD-4) é um indicador chave do funcionamento do sistema imunitário (Serra, Pombo, Corte-Real, Cunha & Melico-Silvestre, 1994).

A supressão da imunidade resulta num aumento substancial da susceptibilidade às doenças infecciosas e a outros processos de doença que são habitualmente controlados pela capacidade de resposta imunitária. Assim, o VIH afecta a imunidade através de várias formas, incluindo a perda directa de funções celulares e a diminuição de outras células do sistema imunitário, cujas funções são mediadas pelas primeiras (Kalichman, 1998b).

Outros factores têm sido associados à progressão do VIH para SIDA, sendo possível destacar os factores socio-demográficos (idade, etnia, género, via de transmissão), o estatuto geral de saúde e a história de doenças prévias (Cohen & Williamson, 1991).

No entanto, os avanços na gestão médica da doença no que se refere ao tratamento da infecção pelo VIH e à prevenção das doenças oportunistas têm permitido melhorar a quantidade e a qualidade de vida dos indivíduos que têm acesso aos cuidados de saúde (Chiasson et al., 1999). Dado que altera significativamente o curso da infecção, a medicação pode atrasar o aparecimento da doença, o que se traduz num aumento das expectativas de sobrevivência para os indivíduos infectados (Vitlinghoff et al., 1999).

A maior parte das abordagens ao tratamento da infecção pelo VIH tem tido por base a disrupção do ciclo de replicação viral, ao interferir com enzimas-chave neste processo. A primeira geração de medicações antiretrovirais consistia numa classe de medicamentos que atingiam a enzima transcriptase reversa, inibindo-a, sendo o primeiro deles o AZT (*Zidovudine*), desenvolvido nos anos 60. A segunda grande classe de antiretrovirais, os

inibidores da protease, foi aprovada em 1995 e é utilizada em combinação com os inibidores da transcriptase reversa. Por exemplo, a terapia da tripla combinação (ou cocktail da SIDA) consiste num inibidor da protease e em dois inibidores da transcriptase reversa (Jacobson & French, 1998). No entanto, o tratamento com dois inibidores da protease tem vindo a tornar-se mais comum (Deeks, Smith, Holodnly & Kahn, 1997).

Apesar de não garantirem a cura da doença mas apenas o seu controlo, os medicamentos antiretrovirais, tal como muitos outros tratamentos para as doenças oportunistas, requerem uma adesão cuidadosa aos complexos regimes de tratamento, a qual é essencial para atingir e manter os níveis terapêuticos. Deste modo, a adesão aos tratamentos pode, portanto, ser considerada num contexto mais abrangente de adesão comportamental (Jacobsen, Perry & Hirsch, 1990).

A investigação psicológica tem contribuído para uma compreensão de várias questões, as quais integram a prevenção primária da transmissão da doença (incluindo e compreendendo os estilos de vida e os comportamentos de risco a ela associados), mas também o ajustamento e as estratégias de *coping*, a avaliação e o tratamento das perturbações neurológicas e psicológicas associadas à SIDA e os seus efeitos sobre os prestadores de cuidados, a nível social e profissional (Bor, 1997).

O facto de a transmissão do VIH exigir uma interacção directa dos fluidos corporais e de os comportamentos que originam essa transmissão estarem mais relacionados com o ser humano que com o controlo ambiental, bem como o facto de não existir nenhuma vacina, mostram que a prevenção da infecção permanece a única forma eficaz de combater a epidemia.

Dado que não foi, até ao momento, desenvolvido qualquer medicamento completamente eficaz que permita curar a doença nem uma vacina preventiva, o encorajamento de comportamentos sexuais seguros, a evitação da partilha de agulhas e seringas e o rastreio do

sangue doado são os principais modos de controlar a doença no presente, pelo que os programas de prevenção são a forma mais eficaz de combater a transmissão da doença. A própria natureza dos modos de transmissão principais sublinha a necessidade de intervenções com vista à mudança comportamental.

### Vias de Transmissão

O VIH encontra-se em certos fluidos corporais, em particular no sangue, no sémen e nos fluidos utero-vaginais. A transmissão do VIH ocorre principalmente através de relações sexuais ou da partilha de agulhas contaminadas. O vírus também pode ser transmitido através de transfusões de sangue ou de produtos sanguíneos contaminados, bem como de uma pessoa infectada para o seu feto durante a gravidez ou na altura do nascimento (Beaglehole, Bonita & Kjellstrom, 1993).

Deste modo, os quatro modos principais de transmissão do VIH incluem o desempenho de comportamentos sexuais com troca de fluidos, o uso de equipamento de injeções contaminado, a transmissão vertical da mãe para o feto durante a gravidez, parto e nascimento ou amamentação e, finalmente, transfusões com sangue ou produtos sanguíneos contaminados.

### Comportamentos Sexuais

Uma das maiores fontes de risco de infecção pelo VIH são as relações sexuais desprotegidas, dado que muitos dos indivíduos que mantêm relações íntimas tiveram, em algum momento no passado, comportamentos sexuais de risco (Misovich, Fisher & Fisher, 1997).

As relações sexuais anais foram a primeira via de transmissão identificada, embora as relações sexuais vaginais sejam responsáveis pelo maior número de infecções no mundo. Entre os indivíduos heterossexuais, as mulheres encontram-se em risco particular de infecção e, entre os factores que as colocam em elevado risco, são de destacar o número de parceiros infectados com quem se podem envolver, a alta eficiência da transmissão do VIH do homem para a mulher (duas vezes mais elevada) e as muitas desigualdades ao nível das relações heterossexuais nas quais as mulheres podem estar em desvantagem no que respeita à negociação do uso de preservativos com os seus parceiros sexuais (European Group Study, 1992). Está também documentado que a infecção pode ocorrer após um só contacto sexual (Padian, Shiboski & Jewell, 1991).

No entanto, existem outros factores que influenciam os riscos relativos de infecção pelo VIH. As lesões provocadas por traumas das membranas mucosas podem aumentar a probabilidade de acesso do VIH às células infectadas. Os riscos de transmissão oral do VIH aumentam no caso de haver contacto com feridas ou lacerações orais ou genitais. De particular importância são as outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Dado que as vias de transmissão são as mesmas, o risco de infecção pelo VIH aumenta na presença de outras DSTs. A transmissão sexual do VIH é ainda influenciada pelas características genéticas das células hospedeiras, as estirpes virais e o estágio da infecção pelo VIH (Cohen, 1996). Estes e outros co-factores podem aumentar ou diminuir os riscos relativos de transmissão do VIH.

Desta forma, o risco de um indivíduo ser infectado pelo VIH através do contacto sexual é influenciado pelo número de diferentes parceiros, pela possibilidade da existência de infecção pelo VIH nesses parceiros e pela possibilidade de transmissão do vírus durante o contacto sexual com o parceiro infectado. Por outro lado, a transmissão do vírus pode ser afectada por vários factores, entre eles a concomitância de DSTs num dos parceiros, factores

comportamentais (tipo de comportamento sexual e uso do preservativo) e o nível de infecção do parceiro sexual, baseado no estágio clínico da doença (Beaglehole et al., 1993).

### Uso de Drogas por Via Intravenosa

A transmissão do VIH associada ao uso de drogas intravenosas inclui, para além do uso das mesmas, o contacto sexual com e de utilizadores de drogas intravenosas. Dada a prevalência do VIH entre os utilizadores de drogas intravenosas, o risco de transmissão sexual aumenta significativamente.

Por via intravenosa, a transmissão do VIH ocorre quando são utilizadas agulhas, seringas e outro equipamento por uma pessoa infectada, os quais são partilhados com outros indivíduos. O sangue residual contamina o equipamento podendo transmitir directamente o VIH a um parceiro que o partilhe.

A partilha de injeções e seringas ocorre habitualmente no contexto sociocultural da toxicodependência. Os utilizadores partilham o equipamento quando estão a aprender a injectar-se, quando mostram aos outros como injectar-se e enquanto parte de relacionamentos íntimos. O aluguer ou a venda de seringas e agulhas utilizadas pode, também, ser uma forma de suportar financeiramente a dependência (Friedman et al., 1998).

Por outro lado, muitos utilizadores de drogas intravenosas podem ter parceiros sexuais múltiplos pelo que, para além de o VIH ser transmitido entre os utilizadores de drogas intravenosas através da partilha de equipamento, quer com amigos, quer com estranhos, é de realçar que, uma vez infectados, os utilizadores de drogas intravenosas podem transmitir o VIH aos seus parceiros sexuais, os quais podem nem sequer injectar drogas (Anderson et al., 1999).

Deste modo, a relação entre a utilização de drogas e o contacto sexual como modo de transmissão do VIH é forte. Os indivíduos (nomeadamente as mulheres) podem trocar sexo

por drogas ou por dinheiro para obter droga, podem não se perceberem em risco no caso das trocas sexuais por drogas intravenosas e, no entanto, estão em risco também devido ao tipo de parceiro escolhido, envolvido na venda das substâncias (Pearlman et al., 1999; Planes, 1994a).

### Transmissão Perinatal

As mulheres grávidas infectadas com o VIH podem transmitir o vírus ao seu feto ou recém-nascido. A infecção da mãe aos seus descendentes ocorre quando o VIH passa a placenta, usualmente durante o 2º e 3º trimestres de gravidez e pelo contacto com o sangue materno infectado e os fluidos vaginais durante o parto e o nascimento. Para além disso, o VIH está presente no leite materno, tornando possível a ocorrência da transmissão durante a amamentação (Semba et al., 1999).

No entanto, o risco de transmissão vertical do VIH pode ser reduzido pelo uso de medicação antiretroviral por parte da mãe (Lindegren et al., 1999).

### Transfusões de Sangue e Produtos Sanguíneos Derivados

Antes do rastreio do sangue, os hemofílicos estavam vulneráveis à infecção pelo VIH devido a múltiplas transfusões sanguíneas e a tratamentos com componentes sanguíneos combinados a partir de dadores múltiplos. Para além destes factos, os hemofílicos infectados com o VIH transmitiam, sem o saber, a infecção aos seus parceiros sexuais e as mulheres infectadas com o VIH devido a transfusões sanguíneas infectavam frequentemente os seus recém-nascidos (Chorba, Holman & Evatt, 1993).

Com a adopção de políticas de saúde ao nível do rastreio do sangue doado, o risco de contrair a infecção pelo VIH através desta via de transmissão diminuiu significativamente, devido à pesquisa sistemática de anticorpos anti-VIH (Lackritz, 1998; Teixeira, 1993).

### Transmissão de e para os Profissionais de Saúde

Os procedimentos médicos e dentários invasivos podem permitir uma exposição bidirecional ao VIH. Os profissionais de saúde que servem doentes infectados com o VIH podem ficar infectados quando têm feridas abertas expostas ao sangue do doente mas a transmissão do VIH pode também ocorrer a partir dos prestadores de cuidados de saúde para os doentes, devido à exposição directa ao sangue infectado durante um procedimento invasivo ou através do uso de instrumentos médicos contaminados. Contudo, os dados existentes apontam para a existência de um número pouco significativo de profissionais de saúde infectados a partir dos doentes. (Center for Diseases Control, 1991).

### Transmissão através de Contacto Casual e Modos Atípicos

Dado que o VIH foi isolado noutras secreções corporais para além do sangue, sémen e fluidos vaginais, é crença comum que o contacto com as primeiras acarreta risco de infecção pelo VIH.

Apesar de o vírus poder ser encontrado nas lágrimas, na saliva e na urina, não existe evidência que o contacto com estes fluidos resulte em infecção. Outros comportamentos e mecanismos mediadores que também se acreditava apresentarem algum risco não têm sido suportados por estudos epidemiológicos, nomeadamente no que se refere à transmissão do VIH através dos insectos. Outros modos teoricamente possíveis de transmissão como, por exemplo, as tatuagens, dado que envolvem picadas de agulhas, não mostraram também riscos significativos de infecção pelo VIH (Castro et al., 1988; Greif & Hewitt, 1998).

Deste modo, para além do contacto sexual e da partilha de agulhas e/ou seringas, o contacto próximo não apresenta risco de transmissão do VIH.

## Epidemiologia

O VIH/SIDA afecta todos os continentes e virtualmente todos os países do mundo. Os modelos matemáticos mostram uma expansão contínua, estimando-se que cerca de 30.6 milhões de pessoas em todo o mundo tenham sido infectadas com o VIH e que 10.4 milhões tenham desenvolvido SIDA (Mann & Tarantola, 1996).

O primeiro caso de SIDA foi identificado em 1981 nos EUA tendo, no final desse ano, o número de casos aumentado para 257 e passado para mais de 2.000 no final de 1983. Nos EUA, é relatado um novo caso de SIDA de 15 em 15 minutos. Por dia, aproximadamente 1000 pessoas no mundo são infectadas pelo VIH e aproximadamente 1000 bebés nascem infectados com o VIH em todo o mundo. De 30 em 30 minutos morre uma pessoa no mundo devido às complicações da doença (Kalichman, 1998a).

Em particular, a transmissão heterossexual do VIH é responsável pelo maior número de casos de SIDA no mundo. Na Europa, o número de casos de SIDA resultante da transmissão heterossexual do VIH aumentou de 11% em 1990 para 16% em 1995, enquanto que o número de casos devido ao uso de drogas intravenosas permaneceu estável e a transmissão homossexual diminuiu (Mann & Tarantola, 1996).

Dado que o tempo médio de latência que medeia o ponto de infecção e o diagnóstico de SIDA tem uma expectativa de vários anos, a maior parte dos indivíduos entre os 20 e os 29 anos com SIDA foram, provavelmente, infectados durante a sua adolescência e início da idade adulta.

O risco entre os adolescentes e jovens adultos varia de acordo com as suas características demográficas, sendo a prevalência da co-ocorrência de infecções sexuais e o aumento das taxas do VIH particularmente problemáticos, dada a frequência de comportamentos sexuais de risco nesta população (Kalichman, 1998b). Os indivíduos com perturbações mentais

crónicas estão também em risco acrescido de infecção pelo VIH (Carey, Carey & Kalichman, 1997), dado que, para além dos riscos inerentes às outras populações, podem ser influenciados pelos sintomas da perturbação mental e por dificuldades ao nível das aptidões sociais interpessoais. Outras populações que devem ser consideradas também em risco acrescido de infecção pelo VIH são os sem abrigo e os presos.

Em Portugal, o número de casos diagnosticados com SIDA aumentou de um, em 1983, para um total de 6037, até Julho de 1999. Se considerarmos a distribuição de casos em função do género e das diferentes faixas etárias, verifica-se que é na faixa etária dos 25 aos 34 anos que se encontra um número de indivíduos infectados significativamente diferente de qualquer outra faixa etária (N = 2622, dos quais somente 410 são mulheres). Relativamente à distribuição dos casos de SIDA por categorias de transmissão, o maior número de casos regista-se em indivíduos toxicodependentes (cerca de 47%), surgindo em segundo e terceiro lugar os heterossexuais e os homossexuais, respectivamente com 26 e 20 % dos casos (Caetano, 1999; Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 1998).

Estes dados confirmam que a infecção pelo VIH e a SIDA não são características de determinados grupos de risco mas que, pelo contrário, existem determinados comportamentos que, quando desempenhados, colocam qualquer indivíduo em risco de contrair o VIH, numa determinada situação.

É hoje em dia reconhecido que os padrões comportamentais dos jovens adultos que se referem a relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros e o aparecimento do VIH nesta população fazem com que este grupo apresente um risco significativo de infecção pelo VIH (Caron, Davis, Wynn & Roberts, 1992; Fisher & Misovich, 1990; MacDonald et al., 1990).

Muitos jovens adultos, apesar das estratégias de educação e prevenção que lhes são dirigidas, continuam a desempenhar comportamentos que os colocam em risco. Estes comportamentos incluem o consumo de álcool e drogas antes das relações sexuais, actividades sexuais com parceiros múltiplos (Basen-Engquist, 1992) e práticas sexuais desprotegidas ou inconsistentes (Cochran, Keidan & Kalechstein, 1990), pelo que o estudo dos determinantes dos comportamentos preventivos relacionados com a transmissão do VIH nesta população se torna pertinente, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento de intervenções com vista à mudança comportamental.

### Conclusão

Os casos de SIDA têm uma taxa de mortalidade muito elevada apesar de novos medicamentos poderem ter um efeito retardador.

Os estudos epidemiológicos têm sido determinantes na identificação da epidemia, na determinação do seu padrão de transmissão, na identificação de factores de risco e também ao nível da avaliação da eficácia de intervenções objectivadas para o tratamento da doença e para a prevenção e controlo da epidemia (Beaglehole et al., 1993).

No entanto a prevenção da infecção pelo VIH só é possível se, em primeiro lugar, os indivíduos evitarem contactos com sangue, sémen ou fluidos vaginais infectados e, em segundo lugar, se o vírus for interceptado após a exposição, mas antes do início da infecção. Infelizmente, as tecnologias relativas aos profiláticos pós-exposição não estão suficientemente disponíveis, pelo que as intervenções sociais com vista à prevenção da transmissão do VIH são a opção mais viável para reduzir o risco de infecção.

# Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH

Qualquer actividade que potencie a troca de fluidos corporais que não incorpore um comportamento preventivo adequado (por exemplo, o uso de preservativos) não é segura, a não ser que ambos os parceiros saibam que não são seropositivos. Dado que, de um modo geral, a percentagem de indivíduos que fez o teste do VIH é baixa, para a maior parte das pessoas sexualmente activas, as relações sexuais que envolvem a troca potencial de fluidos corporais podem contribuir para o risco da doença, a não ser que seja utilizado o preservativo.

Berrios et al. (1993) efectuaram uma investigação com o objectivo de determinar a prevalência dos comportamentos de teste dos anticorpos do VIH em adultos, tendo os resultados apontado para taxas de 35% de indivíduos heterossexuais que haviam efectuado o teste e que tinham relações sexuais desprotegidas com parceiros múltiplos.

Apesar dos progressos da epidemia, as investigações efectuadas mostram que os adolescentes e os jovens adultos não modificaram de modo significativo os padrões dos seus relacionamentos, tendo, pelo contrário, aumentado a probabilidade de se tornarem sexualmente activos e adoptarem outros comportamentos de risco, independentemente de estarem mais informados sobre a doença e as suas formas de transmissão.

StLawrence e Brasfield (1991) estudaram os comportamentos de risco que contribuem substancialmente para as causas conhecidas de morte, doença e problemas sociais em adolescentes e jovens adultos, entre eles, os comportamentos sexuais relacionados com a transmissão do VIH e a SIDA. Os resultados obtidos revelaram taxas elevadas de DSTs bem como que cerca de 34% dos participantes tinha relações sexuais com quatro ou mais parceiros (principalmente no caso dos mais velhos e do sexo masculino), que cerca de 14 % consumiam álcool e drogas em conjunto com as actividades sexuais e que cerca de 64% dos participantes do sexo masculino usavam preservativos. Os resultados mostraram ainda um conhecimento moderado em relação à SIDA.

O consumo de álcool e drogas por parte de muitos adolescentes e jovens adultos coloca-os em risco acrescido de infecção pelo VIH. As taxas de DSTs continuam a aumentar, mesmo na época da SIDA. Dado que os comportamentos associados à aquisição e transmissão das DSTs são também comportamentos associados à transmissão do VIH, esta questão é da maior importância. Para além disso, a presença de uma DST pode aumentar a probabilidade de transmissão do VIH (Boyer & Kegeles, 1991).

Também relativamente aos aspectos relacionados com o uso, acesso e aquisição de preservativos, os resultados obtidos por Catania, Coates, Kegeles et al. (1992) apontaram para uma baixa prevalência do uso do preservativo em comunidades heterossexuais e homossexuais bem como para a importância dos aspectos comunicacionais relacionados com a negociação do uso dos preservativos e as atitudes em relação aos mesmos. As crenças relacionadas com o uso dos preservativos surgiram como factores preditores somente para os homens, tendo os autores sugerido que os programas de promoção do uso do preservativo devem fortalecer as aptidões comunicacionais sexuais e ensinar as pessoas a ter prazer no uso dos preservativos bem como a reduzir as barreiras psicológicas relacionadas com a sua aquisição e uso.

Outro estudo efectuado por Catania, Coates, Stall et al. (1992) com o objectivo de avaliar a prevalência de comportamentos sexuais de risco em adultos heterossexuais, mostrou uma baixa utilização de preservativos. Somente cerca de 17 % dos indivíduos que tinham parceiros sexuais múltiplos e 13% dos que tinham parceiros sexuais de risco utilizavam preservativo.

Os resultados encontrados por Catania et al. (1993) mostraram também uma relação entre o uso consistente de preservativos ao longo do tempo e a idade, bem como com o grau de escolaridade, no sentido de indivíduos mais velhos e com um nível de habilitações literárias mais elevado utilizarem preservativos de forma mais consistente.

Num estudo efectuado na população adulta portuguesa com o objectivo de avaliar a prevalência dos comportamentos de risco associados à transmissão do VIH, a prevalência de comportamentos preventivos (nomeadamente o uso do preservativo), o conhecimento, as crenças e as atitudes relevantes para a prevenção da epidemia e as fontes de obtenção de informação acerca da SIDA, Lucas (1993) obteve resultados que mostraram que cerca de 12% dos homens estudados tinha tido uma DST. As mulheres iniciavam a sua vida sexual aos 18 anos enquanto que os homens o faziam cerca de dois anos mais cedo. Cerca de 27% dos homens admitiu ter habitualmente relações extra-conjugais, comparativamente com 5% das mulheres. Cerca de 8% dos indivíduos admitiu ter tido relações sexuais com utilizadores de drogas por via intravenosa. As relações sexuais de troca pareceram ser pouco frequentes (4%), apesar de significativas, dado que envolvem riscos acrescidos para os vários parceiros envolvidos. Os dados obtidos mostraram ainda uma reduzida utilização de preservativos de forma sistemática nas situações de risco acrescido.

Catania, Coates, Golden et al. (1994) examinaram os factores relacionados com o uso do preservativo em adultos heterossexuais, tendo os resultados obtidos mostrado que uma maior frequência de utilização do preservativo estava associada com a identificação do comportamento sexual como apresentando risco de infecção pelo VIH, com níveis mais elevados de prazer na sua utilização e com um compromisso para usar preservativos e uma comunicação sexual adequada. Foram ainda encontradas diferenças de género e relativamente ao estado civil, tendo os autores sugerido que os programas de intervenção devem estimular os indivíduos a fazer avaliações pessoais do risco, ensinar aptidões sexuais básicas e encaminhar os indivíduos que necessitem de apoio para os serviços apropriados.

Kann et al. (1998) avaliaram os comportamentos de risco relacionados com a saúde em estudantes, nomeadamente os comportamentos relacionados com gravidezes indesejadas e

DSTs (incluindo a infecção pelo VIH), tendo verificado que cerca de 43% dos estudantes sexualmente activos não tinham utilizado preservativo na sua última relação sexual.

Na realidade, os resultados obtidos nestes estudos apontam, quase sempre, para uma baixa utilização de preservativos durante as relações sexuais e para taxas também baixas de comportamentos de teste do VIH. De referir que a crença de que o grau de conhecimento do parceiro é uma condição suficiente para ter relações sexuais desprotegidas está também relacionada com uma menor probabilidade de usar preservativos (Misovich, Fisher & Fisher, 1996).

Por outro lado, estudos efectuados com o objectivo de avaliar a estabilidade temporal das mudanças comportamentais mostraram que, apesar de as preocupações acerca das DSTs (incluindo a SIDA) serem maiores, a frequência de uso de preservativos não tem apresentado alterações significativas (Cochran et al., 1990). Ku, Sonenstein e Pleck (1993) obtiveram mesmo resultados que indicaram que, à medida que os jovens aumentavam os seus níveis de actividade sexual, diminuía o uso que faziam de preservativos.

Resultados similares foram obtidos por Melnick e colaboradores (1993) que concluíram que, apesar de os jovens adultos que participaram no seu estudo terem reduzido o número de parceiros e passado a ter um maior cuidado na selecção dos mesmos, continuaram a ter relações sexuais sem preservativos com mais que um parceiro no ano que antecedeu o estudo.

Estes resultados vêm mostrar a importância dos esforços da educação para a saúde com o objectivo de mudar os comportamentos de risco relacionados com a infecção pelo VIH.

## Determinantes dos Comportamentos Preventivos na Transmissão da SIDA

As investigações efectuadas até à data têm mostrado a existência de um conjunto de diferentes variáveis que podem explicar a variância da disposição individual em adoptar comportamentos de saúde.

Muitas das investigações existentes focaram a sua atenção no papel desempenhado pelas variáveis demográficas ao nível da adopção de comportamentos sexuais seguros.

A idade, por exemplo, parece apresentar uma relação curvilínea com a intenção em adoptar comportamentos preventivos: os adolescentes e os jovens adultos desempenham comportamentos de maior risco para a saúde do que as crianças ou os adultos mais velhos (Coates, 1990; Walter, Vaughan, Gladis et al., 1993; Walter, Vaughan, Ragin et al., 1993).

O género sexual tem também sido relacionado com os comportamentos de saúde de um modo geral, embora a evidência empírica relativa às diferenças de género no que se refere à disposição individual em adoptar estratégias sexuais seguras seja contraditória (Buunk, Bakker, Siero, van den Eijnden & Yzer, 1998; Cochran & Peplau, 1991; Goldman & Harlow, 1993). Apesar de nem todos os estudos encontrarem diferenças de género, estes resultados vêm mostrar a importância do papel desempenhado por esta variável na compreensão dos factores preditores dos comportamentos de redução do risco sexual.

Alguns investigadores têm ainda considerado o estatuto socio-económico como um determinante dos comportamentos preventivos da saúde, o qual apresenta uma relação positiva com a incidência de outros comportamentos de saúde, em particular no que se refere a comportamentos sexuais preventivos. Também o grau de escolaridade tem sido associado a uma maior probabilidade de infecção pelo VIH (Coates, 1990).

Para além das variáveis demográficas, outras variáveis psicossociais influenciam a adopção de comportamentos de saúde e, mais especificamente, de comportamentos

preventivos relacionados com a transmissão do VIH. A influência do grupo de pares (Coates, 1990), os estilos de resolução de problemas e as estratégias de *coping* (Folkman, Chesney, Pollack & Phillips 1992), bem como a percepção de controlo sobre a saúde (Kelly et al., 1990) são algumas das variáveis, entre outras, que têm também sido estudadas.

Vários autores relataram a importância de factores contextuais como, por exemplo, o consumo de álcool e drogas em conjunto com as relações sexuais no envolvimento em comportamentos de risco relacionados com a transmissão do VIH no final da adolescência e início da idade adulta (Coates, 1990; Dekin, 1996; Ekstrand & Coates, 1990; Gordon, Carey & Carey, 1997; Kusseling, Shapiro, Greenberg & Wenger, 1996; Miller, Plant, Plant & Duffy, 1995; Walter, Vaughan, Ragin et al., 1993), embora outros autores tenham obtido resultados que sugeriram que os indivíduos que consumiam álcool e/ou drogas em conjunto com as relações sexuais não apresentavam uma probabilidade necessariamente maior de ter relações sexuais de risco (Leigh & Miller, 1995; Senf & Price, 1994).

O estudo da relação entre o consumo de álcool e as actividades sexuais em estudantes universitários levou Carroll e Carroll (1995) a concluir que, de um modo geral, homens e mulheres apresentam semelhanças nos seus comportamentos, sugerindo que ambos podem desempenhar comportamentos que os colocam em risco de infecção pelo VIH.

Na generalidade, os resultados obtidos pelos vários estudos nesta área apontam para uma diminuição das aptidões comportamentais para negociar o uso de preservativos sob a influência de álcool e/ou drogas.

Têm também sido efectuadas várias investigações no sentido de mostrar a importância da identificação e da avaliação dos determinantes psicológicos dos comportamentos preventivos relacionados com a transmissão da SIDA.

Os estudos acerca do papel desempenhado pelas crenças e pelo conhecimento dos comportamentos de risco relacionados com a transmissão do VIH ao nível da determinação

dos comportamentos preventivos têm apresentado resultados que apontam, quase sempre, para um baixo poder explicativo destas variáveis acerca do envolvimento dos jovens em comportamentos de risco (Cruz & Vilaça, 1996; Cruz et al. 1997; Dekin, 1996; Greenlee & Ridley, 1993; Keller, 1993; Kelly et al., 1990; Manning, Balson, Barenberg & Moore, 1989; Mickler, 1993; Roscoe & Kruger, 1990; StLawrence, 1993; Walter, Vaughan, Gladis et al., 1993; Wulfert & Wan, 1993), embora outros estudos apontem para que esse mesmo conhecimento seja um factor preditor dos comportamentos de risco (Coates, 1990; Ekstrand & Coates, 1990; Kelly, 1992).

Estes resultados sugerem a existência de um bom nível de conhecimento acerca da SIDA e das suas formas de transmissão. No entanto, esse conhecimento não parece ser, na maior parte dos estudos, condição suficiente para a mudança comportamental. Mickler (1993) e Costa e Lima (1998) sugerem que o baixo poder explicativo do conhecimento da SIDA enquanto determinante dos comportamentos preventivos relacionados com a transmissão da SIDA pode ser explicado pela “ilusão de invulnerabilidade única” ou pela caracterização da SIDA como um problema exterior ao grupo.

De facto, de entre os factores preditores dos comportamentos de redução do risco de contrair SIDA em jovens adultos heterossexuais, muitos estudos obtiveram resultados que suportaram as hipóteses de que as percepções de vulnerabilidade pessoal e a história comportamental prévia predizem as preocupações acerca da contracção de DSTs as quais, por sua vez, predizem a mudança comportamental (Coates, 1990; Cochran & Peplau, 1991; Gladis, Michela, Walter & Vaughan, 1992; Goldman & Harlow, 1993; Kelly, StLawrence & Brasfield, 1991; Kelly et al., 1990; Mickler, 1993; StLawrence, 1993).

Apesar de os padrões apontarem, mais uma vez, para diferenças de género, estes resultados parecem suportar interpretações motivacionais da percepção de invulnerabilidade,

o que tem implicações para o desenvolvimento dos modelos de mudança dos comportamentos de risco.

A baixa percepção do risco de infecção pelo VIH é apontada como um dos motivos que levam os jovens adultos a não praticar relações sexuais protegidas (Kusseling et al., 1996; Malloy, Fisher, Albright, Misovich & Fisher, 1997; Wulfert & Wan, 1993). Outras razões que parecem estar relacionadas com a prática de relações sexuais de risco referem-se à indisponibilidade de acesso aos preservativos e a dimensões relacionadas com a personalidade como, por exemplo, o pessimismo (Fontaine, 1994) e a procura de sensações sexuais (Kalichman et al., 1994; Kalichman & Rompa, 1995), as quais podem explicar partes da variância residual dos comportamentos preventivos da SIDA (Booth-Kewley & Vickers, 1994; van der Velde, van der Pligt & Hooykaas, 1994)

Apesar da consciência de que a infecção pode ser prevenida, as taxas elevadas de desempenho de comportamentos de risco relacionados com a transmissão da SIDA sugerem que os indivíduos utilizam regras de decisão enviesadas (heurísticas) para determinar o seu próprio risco potencial de infecção, bem como o risco dos outros (Malloy et al., 1997).

As investigações até à data contribuíram primariamente para uma descrição compreensiva dos factores psicológicos e psicosociais relacionados com os comportamentos de risco.

Estudos de coorte e estudos transversais identificaram factores como as normas sociais como preditores significativos do sucesso ou da dificuldade de redução do risco sexual em homossexuais do sexo masculino, adolescentes e adultos heterossexuais (Buunk et al., 1998; Caceres, Marin, Hudes, Reingold & Rosasco, 1997; Catania, Coates, Kegeles et al., 1989; Catania et al., 1991; Catania, Dolcini, Coates et al., 1989; Fisher & Misovich, 1990; Kelly et al., 1990).

O papel da percepção de auto-eficácia enquanto aptidão comportamental para a adoção e manutenção de comportamentos sexuais preventivos tem sido corroborado em várias investigações. A percepção de auto-eficácia para negociar o uso do preservativo com um parceiro sexual é um factor preditor de comportamentos sexuais seguros em adolescentes e em jovens adultos (Aspinwall, Kemeney, Taylor, Schneider & Dudley, 1991; Basen-Engquist, 1992; Basen-Engquist & Parcel, 1992; Bryan, Aiken & West, 1997; Buunk et al., 1998; Coates, 1990; Dekin, 1996; Goh, Primavera & Bartalini, 1996; Goldman & Harlow, 1993; Kelly, 1992; Wulfert & Wan, 1993). Deste modo, apesar de os indivíduos saberem que os comportamentos sexuais seguros reduzem o risco de infecção, só os adoptam se acreditarem que são capazes de os desempenhar.

Os efeitos dos factores culturais sobre o uso de preservativos, nomeadamente as crenças relacionadas com os papéis sexuais tradicionais, a coerção sexual, o conforto sexual, e a auto-eficácia do uso do preservativo foram estudados por Márin, Gómez, Tschann e Gregorich (1997), tendo os resultados obtidos mostrado que os homens com mais crenças relacionadas com os papéis sexuais tradicionais relataram mais comportamentos sexuais coercivos e menos conforto sexual e, conseqüentemente, uma menor percepção de auto-eficácia em relação ao uso de preservativos. Por sua vez, o uso do preservativo era determinado por uma maior percepção de auto-eficácia no seu uso e por normas sociais relacionadas com o uso do preservativo mais fortes.

Estes resultados vão de encontro aos dados dos estudos que mostram que a uma maior frequência do uso do preservativo estão associadas melhores aptidões comunicacionais sexuais e uma percepção de prazer mais elevada (Catania, Coates, Kegeles et al., 1989), um maior suporte social e atitudes mais positivas acerca do uso do preservativo (Catania, Coates, Stall et al., 1991), o que sugere que as intervenções com adolescentes e jovens adultos devem

ajudar a otimizar as aptidões comunicacionais, dirigir-se a aspectos motivacionais e ensinar os indivíduos a ter prazer em actividades sexuais protectoras.

Também Bell (1996) efectou um estudo com o objectivo de avaliar se domínios psicossociais como o bem estar emocional, o funcionamento cognitivo e a motivação para a mudança podiam ser determinantes causais dos comportamentos de risco relacionados com a transmissão da SIDA ou recursos para a mudança comportamental, tendo concluído que os mesmos desempenhavam um papel mais importante como causa que como recurso.

No estudo dos determinantes da reincidência em comportamentos sexuais de risco, Kelly et al. (1991) observaram que, em indivíduos homossexuais do sexo masculino, voltar a ter comportamentos sexuais de risco estava relacionado com a idade (indivíduos mais novos), com uma história mais prolongada de relações sexuais anais passivas com parceiros múltiplos, com um maior número de parceiros sexuais no passado, com consumo de álcool e drogas antes das relações sexuais e com a crença de que a infecção é largamente determinada por factores externos como a sorte ou o acaso.

### Intervenções com vista à Mudança Comportamental

Apesar de os preservativos reduzirem o risco de transmissão pelo VIH, o seu uso não é muito consistente nos adolescentes e em jovens adultos, pelo que a única forma de limitar a sua transmissão é através da redução ou eliminação dos comportamentos de risco.

Assim, os programas de intervenção devem ser baseados em modelos e teorias dos comportamentos de risco, de forma a poderem ser delineados com o objectivo de modificar os factores que levam a comportamentos de risco indesejáveis.

Muitas das investigações que avaliam os determinantes dos comportamentos preventivos da SIDA efectuam também intervenções com vista à redução do risco, o que permite avaliar a sua eficácia.

Kelly, StLawrence, Hood e Brasfield (1989) efectuaram uma intervenção com o objectivo de reduzir comportamentos sexuais de risco, através da educação acerca do risco de transmissão do VIH, do treino da assertividade sexual e do desenvolvimento de sistemas de suporte imediatos e auto-afirmativos. Os resultados obtidos mostraram uma diminuição da frequência dos comportamentos sexuais de risco, um aumento das aptidões comportamentais para recusar a coerção sexual e uma melhoria do conhecimento do risco de transmissão da SIDA, bem como um aumento das práticas sexuais seguras. A manutenção da mudança verificou-se ainda durante os oito meses subsequentes.

Miller, Booraem, Flowers e Iversen (1990) implementaram um programa de prevenção da transmissão do VIH, através da criação de grupos de discussão na comunidade, enfatizando aspectos relacionados com a informação, as atitudes e os comportamentos associados à infecção e transmissão do vírus. Os resultados obtidos mostraram mudanças positivas na informação, nas atitudes e comportamentos, bem como uma associação da informação e da mudança de atitudes às mudanças comportamentais.

Kelly, StLawrence, Diaz, et al. (1991) e Kelly et al. (1992) concluíram também que as intervenções que utilizam os líderes de opinião ou líderes da população para conseguir concretizar mudanças podem produzir ou acelerar modificações nos comportamentos da população que representam um risco relativamente à infecção pelo VIH.

Estes estudos confirmaram ainda os resultados que sugerem que a falta de conhecimento não é uma dimensão crítica relativamente aos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA (Bastani et al., 1996; Ramsun, Marron & Mathias, 1993; Simkins, 1994).

Schneider e colaboradores (1994) avaliaram a eficácia de um programa de educação acerca da prevenção da transmissão do VIH/SIDA em contexto universitário, tendo os resultados mostrado que muitos dos estudantes tinham já comportamentos preventivos em relação à transmissão do VIH, no sentido da redução do risco de infecção. Deste modo, uma limitação deste estudo tem a ver com a dificuldade em mostrar mudanças significativas nos comportamentos, em termos da eficácia da intervenção, dado que os estudantes já tinham um bom conhecimento acerca do VIH/SIDA e relatavam desempenhar práticas sexuais seguras.

Levy et al. (1995) avaliaram também a eficácia de um programa de intervenção sobre os comportamentos sexuais de risco e os comportamentos preventivos em estudantes que tinham iniciado a sua vida sexual recentemente. Os resultados mostraram o impacto do programa em certos comportamentos preventivos e na frequência das actividades sexuais no mês antecedente. A avaliação pós-intervenção mostrou o impacto do programa nas intenções dos estudantes para desempenharem comportamentos preventivos específicos.

Bryan, Aiken e West (1996) efectuaram uma intervenção com o objectivo de aumentar a frequência do uso do preservativo em jovens adultos do sexo feminino sexualmente activos. A avaliação da eficácia da intervenção mostrou aumentos dos auto-relatos relativos à frequência do uso de preservativos até seis meses após a intervenção, bem como mudanças positivas na percepção de benefícios relacionados com o uso de preservativos, nas atitudes em relação ao uso e aos utilizadores de preservativos, na percepção de aceitação da sexualidade, no controlo sobre o encontro sexual, na percepção de auto-eficácia do uso do preservativo e nas intenções em usar preservativos.

## Conclusão

Os resultados obtidos pelos diferentes estudos apontam, de um modo geral, para uma baixa utilização de preservativos, bem como para baixos índices de comportamentos de teste do VIH, e também para dificuldades ao nível dos aspectos comunicacionais relacionados com a negociação do uso de preservativos e o acesso e a aquisição dos mesmos, mostrando que a informação e o conhecimento acerca da doença e das suas formas de transmissão não influenciam significativamente a redução de comportamentos sexuais de risco, promovendo desse modo comportamentos preventivos ao nível da transmissão da SIDA.

As investigações objectivadas com vista à mudança comportamental vêm mostrar a importância do desenvolvimento e implementação de programas de educação para a saúde. No entanto, no desenho e planeamento deste tipo de intervenções devem ser tidas em consideração as necessidades de determinados grupos em particular, aos quais as mesmas se devem dirigir especificamente.

A maior parte dos estudos assume que a informação relacionada com o VIH/SIDA não é, por si, suficiente para influenciar os comportamentos de risco para a saúde. Com vista à mudança, para além de terem motivos para alterar os seus hábitos de risco, as pessoas necessitam de possuir recursos, meios comportamentais e o suporte social para efectuarem essa mudança. Ou seja, não é suficiente ter informação ou querer mudar para efectuar essa mudança. São necessárias determinadas aptidões comportamentais e também motivação para a mudança. É ainda necessário ter em consideração que é diferente ter aptidões de auto-regulação e ser capaz de as utilizar de forma eficaz e consistente em circunstâncias que podem ser complexas. Assim, para haver sucesso é necessário acreditar na auto-eficácia para exercer controlo pessoal (Bandura, 1994).

Por outro lado, as crenças que as pessoas têm acerca da sua motivação e auto-regulação comportamental desempenham um papel crucial quando os indivíduos consideram alterar hábitos que são prejudiciais para a saúde.

Tendo em consideração que os estudantes são, muitas vezes, o alvo de campanhas de informação sobre a SIDA e também pelo acesso às fontes de informação, não surpreende que o seu conhecimento acerca dos comportamentos preventivos da SIDA seja, no geral, elevado. Mas, o conhecimento acerca da SIDA, um preditor do risco antes observado, parece ser uma influência comportamental menos saliente dado que, apesar das campanhas educacionais aumentarem os níveis gerais do conhecimento do risco de transmissão da SIDA, isso não se traduz, por si, em mudança comportamental (DiClemente, Forrest & Mickler, 1990).

Parece existir, portanto, todo um conjunto de determinantes (biológicos, psicológicos e psicossociais) dos comportamentos preventivos relacionados com a transmissão da SIDA que facilitam, interferem ou impedem o desempenho de comportamentos sexuais preventivos em adolescentes e em jovens adultos. Se, por um lado, os factores biológicos se referem a determinadas mudanças fisiológicas que os indivíduos produzem no seu organismo devido ao consumo de álcool e drogas, as quais podem facilitar ou inibir os comportamentos de risco, ao nível dos factores psicológicos, é de destacar o uso de contraceptivos orais e a aversão aos preservativos (factores comportamentais) bem como as crenças sobre os riscos associados às relações sexuais desprotegidas e sobre a invulnerabilidade individual, as expectativas de resultados e de auto-eficácia e as capacidades comunicacionais, a assertividade e a auto-estima (factores cognitivos). Finalmente, os factores psicossociais referem-se às pressões sociais por parte dos outros significativos e à insuficiência de recursos necessários para a prevenção da doença (Planes, 1994b).

Para além destes aspectos, McKirnan, Ostrow e Hope (1996) afirmam a necessidade de concepções inovadoras que enfatizem os processos afectivos, não racionais, implicados na

tomada de decisão e nos riscos que os indivíduos correm. De acordo com os modelos da psicologia social, os autores propõem que, para muitos indivíduos, o risco sexual não está ligado à falta de normas ou padrões muito rígidos, mas antes a um desejo de escapar da consciência cognitiva dessas mesmas normas e padrões demasiado rigorosos. Tomar consciência do risco da infecção pelo VIH pode originar ansiedade pelo que a fadiga, o fatalismo ou outro afecto negativo acerca da doença podem levar as pessoas a desviar-se cognitivamente da situação sexual e a não seguir as suas normas ou intenções acerca da segurança.

Em resumo os diferentes estudos efectuados na área dos determinantes dos comportamentos associados à transmissão da SIDA obtiveram resultados que permitem concluir da existência de uma complexidade de factores que podem combinar-se entre si e divergir de população para população.

Mais uma vez, estes dados mostram que as intervenções com vista à prevenção da doença devem focar-se em modelos teóricos consistentes, cujo poder predictivo esteja demonstrado, bem como levar em consideração as especificidades da população à qual se dirigem.

Modelos Explicativos dos  
Comportamentos Preventivos  
na Transmissão do VIH

Os métodos comportamentais utilizados antes e durante a relação sexual com a finalidade de reduzir o risco incluem o uso de preservativos e a prática de actividades sexuais seguras, bem como o aumento dos comportamentos assertivos, os quais têm sido os alvos principais das intervenções com vista à redução dos comportamentos sexuais de risco.

De facto, as teorias de modificação comportamental adaptadas à redução do risco de infecção pelo VIH definem, invariavelmente, os seus objectivos em termos do uso de preservativos, relações sexuais seguras e práticas com eles relacionadas.

A mudança comportamental deve ser o foco principal dos objectivos das estratégias de intervenção e prevenção do risco de infecção pelo VIH, dado que é desejável um verdadeiro impacto no curso da epidemia. Isto porque, apesar da importância das modificações em diversas variáveis relacionadas com o risco de infecção pelo VIH no que se refere à promoção da mudança comportamental, é a própria mudança nos comportamentos de risco que previne a infecção.

A transmissão do VIH e os comportamentos que reduzem os riscos dessa transmissão são determinados por atitudes e comportamentos. Aggleton, O'Reilly, Slutkin e Davies (1994) focaram a importância dos factores individuais e sociais como determinantes dos comportamentos sexuais relacionados com riscos, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de intervenções com vista à redução da incidência de novos casos de infecção pelo VIH.

Dadas as dificuldades em mudar comportamentos, as estratégias que facilitam o processo de mudança devem ser consideradas. Apesar de o objectivo final ser a adopção de um comportamento em particular, os modelos teóricos que incluem componentes cognitivos podem ser úteis e facilitar a concretização desse objectivo.

Porque a epidemia do VIH continua a desenvolver-se através dos comportamentos, as teorias psicológicas e sociais a propósito do comportamento humano e da mudança

comportamental podem representar um grande contributo para o delineamento e o desenvolvimento das intervenções de redução de comportamentos de risco de infecção. Construídas com base em constructos cognitivo-atitudinais e afectivo-emocionais, as teorias de modificação comportamental permitem a identificação de variáveis associadas ao risco e à mudança, as quais podem ser incluídas em programas de redução do risco de infecção pelo VIH.

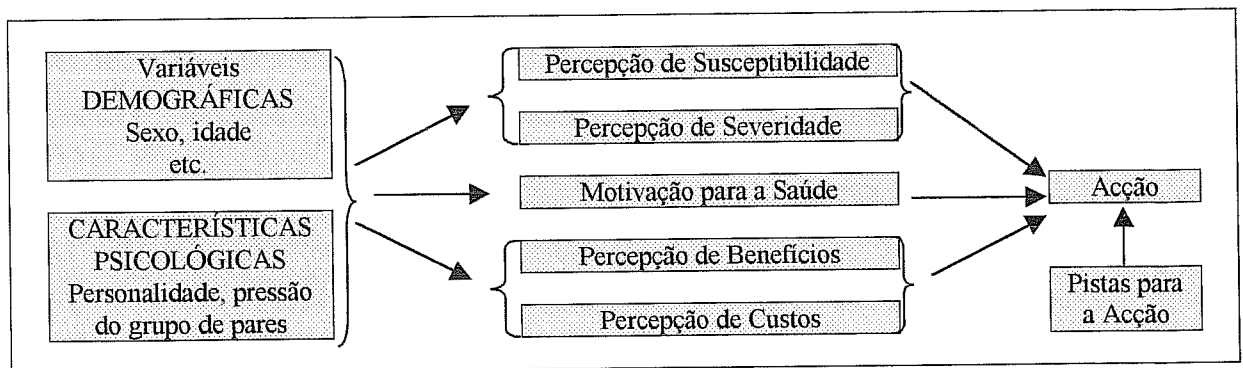
Deste modo, são vários os modelos ou tentativas de compreensão dos comportamentos de risco em relação à transmissão do VIH, os quais utilizam constructos como, por exemplo, a percepção de auto-eficácia, as aptidões e intenções comportamentais, as crenças e o conhecimento acerca do VIH e da SIDA, as atitudes e a motivação, as normas e a percepção de susceptibilidade em relação à contracção do vírus.

### Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS, Rosenstock, 1974), inicialmente desenvolvido como forma de explicação das respostas individuais a sintomas de doença, ao seu diagnóstico e tratamento, bem como das razões pelas quais os indivíduos não aderem a intervenções na área da saúde pública e aos programas médicos, é um modelo que tem sido aplicado à redução do risco de infecção pelo VIH (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994).

Este modelo propõe que a prontidão individual para adoptar acções de prevenção da saúde resulta de uma avaliação do grau de ameaça associado à doença (percepção de susceptibilidade e severidade da doença), bem como de uma análise dos custos e dos benefícios da tomada de acção (ver figura 1).

Figura 1  
Modelo de Crenças da Saúde



A dimensão relativa à percepção de susceptibilidade reflecte a percepção individual de vulnerabilidade ou risco de contrair a doença, enquanto que a percepção de severidade se refere às crenças individuais acerca da gravidade das consequências associadas à doença. As consequências positivas do desempenho do comportamento preventivo incluem estimativas da redução do risco e sentimentos de segurança, os quais são vistos como os benefícios percebidos sobre a tomada de acção. Estes benefícios são pesados contra os aspectos negativos (as barreiras percebidas relativamente ao desempenho do comportamento preventivo), os quais incluem estimativas de custos físicos, psicológicos, financeiros e outros, que podem decorrer do desempenho do comportamento (Rosenstock et al., 1994).

O MCS postula ainda que todas as suas dimensões têm que estar presentes de forma a ser possível passar da crença à acção. Contudo, algumas modificações efectuadas ao modelo original vieram mostrar o papel desempenhado por variáveis como a auto-eficácia, pistas internas e externas relacionadas com a acção e o valor da saúde para o indivíduo (Sheeran & Abraham, 1998).

Com a emergência do VIH e da SIDA, este modelo tem sido aplicado à avaliação de comportamentos sexuais como, por exemplo, o uso de preservativos durante as relações sexuais e as relações sexuais com parceiros múltiplos.

Apesar de a maior parte das investigações acerca da eficácia do modelo ter inicialmente estado limitada a populações brancas homossexuais, este modelo encontra-se entre os modelos mais estudados no que se refere aos motivos pelos quais os adolescentes e os jovens adultos desempenham comportamentos que os colocam em risco de contraírem o VIH/SIDA (Abraham, Sheeran & Abrams, 1992; Allard, 1989; Basen-Engquist, 1992; Boyer & Kegeles, 1991; Brock & Beazley, 1995; Gielen, Faden, O'Campo, Kass & Anderson., 1994; Lollis, Johnson & Antoni, 1997; Mahoney, Thombs & Ford, 1995; Manning, Barenberg, Gallese & Rice, 1989; Montgomery et al., 1989; Rosenthal, Hall & Moore, 1992).

No entanto, os resultados obtidos são contraditórios. Relativamente às diferenças de género, os resultados são inconsistentes para homens e mulheres. De um modo geral, os resultados obtidos mostraram que o modelo não prediz os comportamentos de risco para o sexo masculino e só o faz parcialmente para o sexo feminino. O uso do preservativo também não tem sido explicado de forma significativa por este modelo. Para as mulheres, a percepção de susceptibilidade à doença associa-se consistentemente com a adopção de múltiplos comportamentos preventivos.

Mas, quando o constructo que se refere à percepção de auto-eficácia é introduzido no modelo, em conjunto com a percepção de susceptibilidade, ambos permitem diferenciar os utilizadores esporádicos dos utilizadores consistentes e dos não utilizadores de preservativos. No geral, o conhecimento da SIDA não é um factor preditor dos comportamentos sexuais de risco apesar de, em termos gerais, ser bom, o que está de acordo com os dados da literatura.

Estes resultados sugerem uma utilização limitada e diferencial do MCS para predizer os comportamentos sexuais preventivos na transmissão do VIH em adolescentes e em jovens adultos, dado que as diferenças de género e relativamente ao tipo de parceiro são explicadas em termos de determinantes múltiplos do comportamento sexual, incluindo os relacionados com os papéis sexuais (Rosenthal, Hall & Moore, 1992) e com factores culturais (Yep, 1993).

Numa revisão dos estudos que utilizaram o MCS, Carmel (1990) sugeriu que investigações posteriores discriminassem entre diferentes padrões de mudança comportamental potencial (aceitação de novos comportamentos, mudança ou manutenção de comportamentos existentes), bem como o alargamento do modelo conceptual e a utilização de um modelo similar em diferentes populações.

Deste modo, apesar de a utilidade preditiva do modelo ter sido demonstrada para um vasto conjunto de comportamentos de saúde, as investigações acerca da capacidade do MCS para prever comportamentos de redução do risco de transmissão do VIH têm mostrado resultados inconclusivos.

A falta de suporte empírico convincente para este modelo na área dos determinantes dos comportamentos preventivos da SIDA pode ser devida à dificuldade que os investigadores têm tido em operacionalizar os componentes do modelo de modo consistente, bem como à pouca atenção que, por vezes, tem sido dada às características da população alvo. A sua focalização na saúde ou nas consequências da doença enquanto comportamentos de saúde discretos, que não implicam mudanças com impacto em aspectos importantes das relações interpessoais (como é o caso dos comportamentos preventivos na transmissão do VIH) pode também obstar à obtenção de resultados consistentes (Conner & Norman, 1998).

A operacionalização do modelo somente com constructos cognitivos relacionados com as atitudes pode estar relacionada com a maior parte da variância não explicada, podendo contribuir para a sua limitada capacidade preditiva. A inclusão de variáveis (barreiras ou benefícios) relacionadas com a cultura e com aspectos de socialização, bem como variáveis afectivas (bem estar subjectivo) e de personalidade, também operacionalizadas como barreiras ou benefícios para os comportamentos de prevenção da saúde poderia contribuir para explicar os comportamentos sexuais de risco e, portanto, aumentar a eficácia do modelo (Sheeran & Abraham, 1998).

## Teoria da Acção Racional

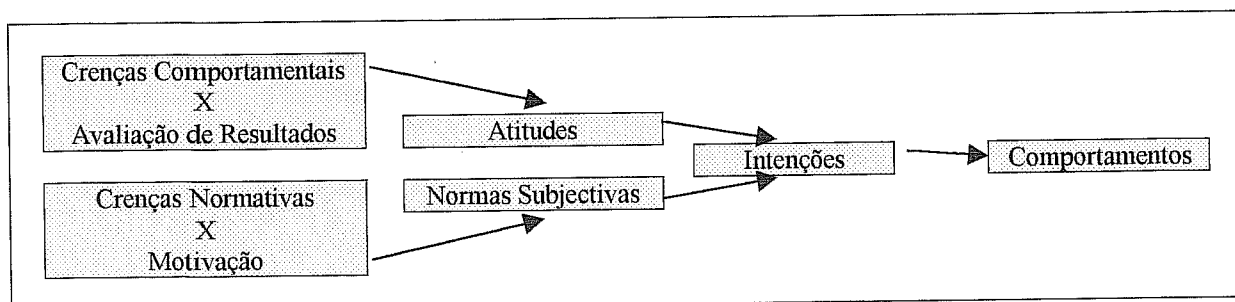
Em comparação com o MCS, a Teoria da Acção Racional (TAR, Ajzen & Fishbein, 1980) tem tido mais sucesso empírico nas suas predições ao nível da explicação dos determinantes dos comportamentos preventivos em relação à transmissão da SIDA.

A TAR, que tal como o MCS tem as suas raízes na psicologia social, postula que um comportamento é função da intenção individual em executar esse determinado comportamento. Por sua vez, as intenções são a função de dois determinantes básicos, um pessoal e outro que reflecte a pressão social. O primeiro determinante são as avaliações positivas ou negativas do desempenho do comportamento do indivíduo, ou seja, as suas atitudes. O outro determinante da intenção é denominado de normas subjectivas e reflecte a percepção individual dos outros significativos e das suas opiniões sobre se o indivíduo deve ou não tomar uma acção em particular.

Deste modo, a TAR inclui a atitude individual perante um comportamento, bem como a informação da rede social relativa a esse comportamento.

Ainda de acordo com a TAR, as atitudes são uma função das crenças. Para além disso, as pessoas consideram as implicações das suas acções antes de decidirem adoptar, ou não adoptar, um determinado comportamento (Terry, Gallois & McCamish, 1993) (ver figura 2).

Figura 2  
Teoria da Acção Racional



Este modelo tem também sido aplicado para prever comportamentos de saúde, mais especificamente na área da prevenção da transmissão do VIH/SIDA (Basen-Engquist & Parcel, 1992; Cruz et al., 1997; Cruz & Melo, 1996; Fisher, Fisher & Rye, 1995; Lewis & Kashima, 1993; Moore, Rosenthal & Boldero, 1993; Nucifora, Gallois & Kashima, 1993; Richard & van der Pligt, 1991; Ross & McLaws, 1992; Timmins, Gallois, Terry, McCamish & Kashima, 1993; Vilaça & Cruz, 1996; Warwick, Terry & Gallois, 1993), estando demonstrada a sua aplicabilidade ao uso do preservativo.

A comparação da utilidade relativa do MCS e da TAR no contexto do uso do preservativo em jovens adultos mostrou que o poder preditivo da última é superior ao do MCS, permitindo concluir acerca da necessidade de desenvolvimento de intervenções com vista à prevenção da transmissão da SIDA que modifiquem as intenções, as atitudes e as normas respeitantes ao desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da doença (Abraham, Sheeran & Orbell, 1998).

Mas, apesar destas evidências, existem alguns pontos fracos na TAR que estão inter-relacionados, nomeadamente os enviesamentos relacionados com a individualização dos constructos e a sua linearidade (em particular em relação à assumida direcção de causalidade) (Kippax & Crawford, 1993).

Esta teoria baseia-se também na premissa de que os comportamentos estão sob o controlo directo dos indivíduos, como podemos inferir pela natureza volitiva das intenções. Contudo, em muitas instâncias, os indivíduos não controlam directamente as suas acções pelo que a TAR apresenta limitações que se referem à explicação dos comportamentos nestas circunstâncias devido às dificuldades apresentadas para lidar com a influência do contexto social, quer a nível interpessoal, quer colectivamente.

A maior parte dos comportamentos que têm sido examinados utilizando a TAR baseiam-se em decisões individuais. Mas, no que se refere ao uso do preservativo, a decisão

envolve negociações com a outra parte, o que aumenta a complexidade e ameaça o poder preditivo do modelo.

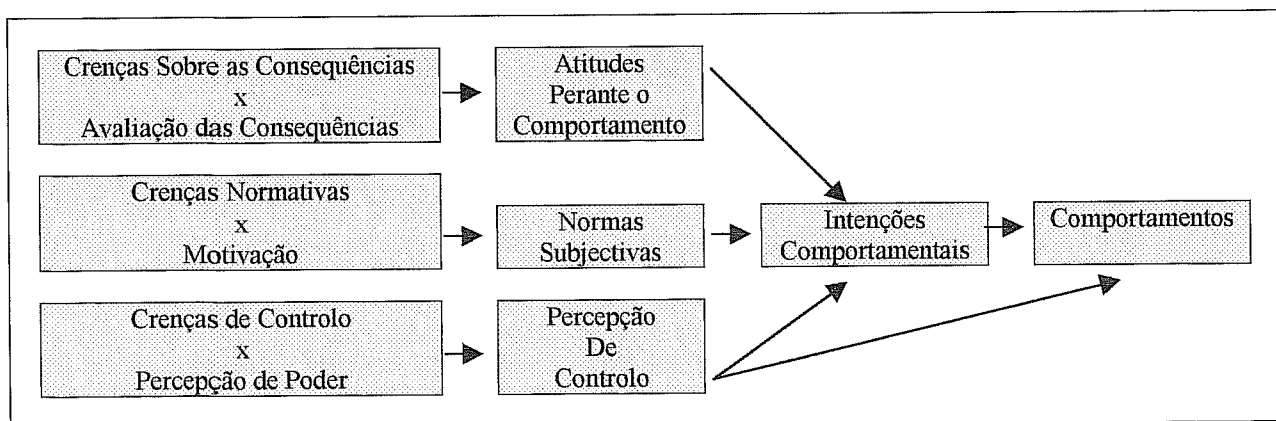
A consideração do papel desempenhado pela percepção de controlo veio permitir o desenvolvimento de uma extensão desta teoria e aumentar o seu poder preditivo em condições em que o indivíduo tem pouco controlo ou uma baixa percepção de controlo em relação ao desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA.

### Teoria do Comportamento Planeado

Em resposta às limitações da TAR foi desenvolvida a Teoria do Comportamento Planeado (TCP, Ajzen & Madden, 1986), a qual pressupõe que a percepção de controlo constitui um constructo central na explicação da mudança comportamental.

A TCP prediz que, em condições em que o indivíduo tenha um controlo limitado ou, então, uma percepção limitada desse controlo, estas crenças têm que ser consideradas em conjunto com as percepções acerca do comportamento, as atitudes, as normas e as intenções (Conner & Sparks, 1998; Terry, Gallois & McCamish, 1993) (ver figura 3).

Figura 3  
Teoria do Comportamento Planeado



A TCP salienta o papel das intenções, conceptualizadas como planos de acção que visam objectivos comportamentais, os quais resultam de atitudes (positivas ou negativas) para com os comportamentos, das normas subjectivas e da percepção de controlo (interno e externo) desses mesmos comportamentos (Ajzen & Madden, 1986).

De acordo com a TCP, as atitudes, as normas subjectivas e a percepção de controlo são factores preditores das intenções comportamentais, as quais predizem o comportamento. A TCP postula ainda que a percepção de controlo pode ter um efeito directo sobre o comportamento, sem a mediação das intenções comportamentais.

No geral, os resultados dos estudos efectuados com o objectivo de testar o poder preditivo da TCP (Kashima, Gallois & McCamish, 1993; Morrison, Rogers & Baker, 1995; Nucifora et al., 1993; Orbell, Hodgkins & Sheeran, 1997) evidenciaram a sua capacidade ao nível da compreensão dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA, permitindo concluir acerca da sua eficácia na explicação de alguns dos determinantes desses comportamentos.

No entanto, a importância do papel desempenhado pela percepção de controlo sobre as intenções individuais e o comportamento sugere a necessidade de uma melhor operacionalização do constructo.

A natureza dos problemas de controlo em determinados contextos em particular também deve ser identificada, nomeadamente porque a TCP se refere à percepção de controlo e não a questões que se referem ao controlo real (Conner & Sparks, 1998).

Muitos factores de controlo interno (como, por exemplo, as emoções) estão potencialmente sob o controlo pessoal (Richard, van der Pligt & de Vries, 1995). Mas, dadas as limitações de recursos individuais para o controlo dos factores externos, estes têm uma maior probabilidade de interferir com as tentativas de agir de acordo com as intenções individuais (Terry, 1993).

### Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico (MT; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) foca processos relacionados com determinados estádios de mudança. Segundo este modelo, o mecanismo de mudança dá-se pela movimentação entre estádios de prontidão para a acção.

O MT postula que os indivíduos não passam directamente de comportamentos antigos para comportamentos novos mas progridem antes por uma sequência de estádios: pré-contemplação (em que não pretendem fazer qualquer mudança), contemplação (consideram a possibilidade de mudar), preparação (realizam pequenas mudanças), acção (empenham-se activamente num novo comportamento) e manutenção (da mudança ao longo do tempo).

Os diferentes estádios de mudança fornecem uma dimensão temporal que dá informação acerca de mudanças particulares que podem ocorrer nas atitudes, nas intenções e no comportamento. O modelo postula ainda um conjunto de variáveis-resultado que constituem os custos e benefícios da mudança e da auto-eficácia (Sutton, 1997).

Os poucos estudos baseados na aplicabilidade deste modelo aos comportamentos de prevenção da transmissão do VIH em adolescentes e jovens adultos mostraram que os indivíduos que tinham maior número de comportamentos preventivos se situavam mais à frente nos estádios de mudança (em relação ao uso de preservativos, por exemplo), comparativamente com os outros (Stark et al. 1998). De um modo geral, os resultados obtidos sugerem que este modelo pode ajudar a compreender comportamentos relacionados com a contracepção e com o uso do preservativo (Bowen & Trotter, 1995; Galavotti et al., 1995; Grimley & Lee, 1997; Grimley, Prochaska, Velicer & Prochaska, 1995; Prochaska, Reeding, Harlow, Rossi & Velicer, 1994), tendo em consideração as diferenças de género e relativamente aos estádios de mudança (Polacsek, Celentano, O'Campo & Santelli, 1999).

### Teoria da Motivação Protectora

De acordo com a Teoria da Motivação Protectora (TMP, Rippetoe & Rogers, 1987), as fontes de informação (ambientais *versus* intrapessoais) influenciam os componentes do modelo, os quais originam respostas adaptativas (intenções comportamentais) ou desadaptativas (evitamento, negação).

Essas respostas (*coping*) relativamente a uma ameaça à saúde são o resultado de dois processos avaliativos: um processo de avaliação da ameaça e um processo de avaliação do *coping*, no qual as opções comportamentais para diminuir a ameaça são avaliadas. A avaliação do grau de ameaça à saúde e a avaliação das respostas de *coping* resulta na intenção em desempenhar respostas adaptativas (motivação protectora) ou pode levar a respostas desadaptativas, as quais representam um risco acrescido de infecção.

De acordo com a TMP, o processo de avaliação da ameaça considera os componentes que se referem à percepção de vulnerabilidade e percepção de gravidade. O processo avaliativo de *coping* respeita aos componentes relevantes para a avaliação dessas respostas: a eficácia das respostas e a auto-eficácia.

A motivação para a protecção é o resultado da avaliação de ameaça e do *coping*, ou seja, é uma variável mediadora cuja função é activar, sustentar e dirigir comportamentos de saúde protectores, facilitando a adopção de comportamentos adaptativos (Boer & Seydel, 1998).

Os resultados obtidos pelos poucos estudos que testaram a TMP ao nível da explicação dos determinantes dos comportamentos preventivos em relação à transmissão da SIDA em jovens adultos indicam que os seus componentes que determinam a motivação para a protecção podem estar dependentes até atingirem a fase do processo de tomada de decisão e que, apesar de parecer adequada, a TMP teria melhor poder preditivo se integrasse outras variáveis, nomeadamente o comportamento sexual prévio, de modo a melhorar a compreensão

dos determinantes dos comportamentos de saúde relacionados com a transmissão do VIH (Eppright, Tanner & Hunt, 1994; van der Velde & van der Pligt, 1991).

Assim, apesar das contribuições das teorias de mudança comportamental da psicologia geral para a redução do risco de infecção pelo VIH, existe uma necessidade, que é reconhecida, de modelos que tenham em consideração a complexidade dos comportamentos sexuais e do consumo de substâncias relacionado com esses mesmos comportamentos (Kelly & Kalichman, 1995).

Deste modo, os modelos de redução do risco de infecção pelo VIH demonstram grande especificidade no que se refere aos comportamentos preventivos na transmissão do VIH. Dois modelos que surgiram nesta área são o Modelo de Redução do Risco da SIDA (MRRS, Catania, Kegeles & Coates, 1990) e o Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992; J.D. Fisher & Fisher, 1992).

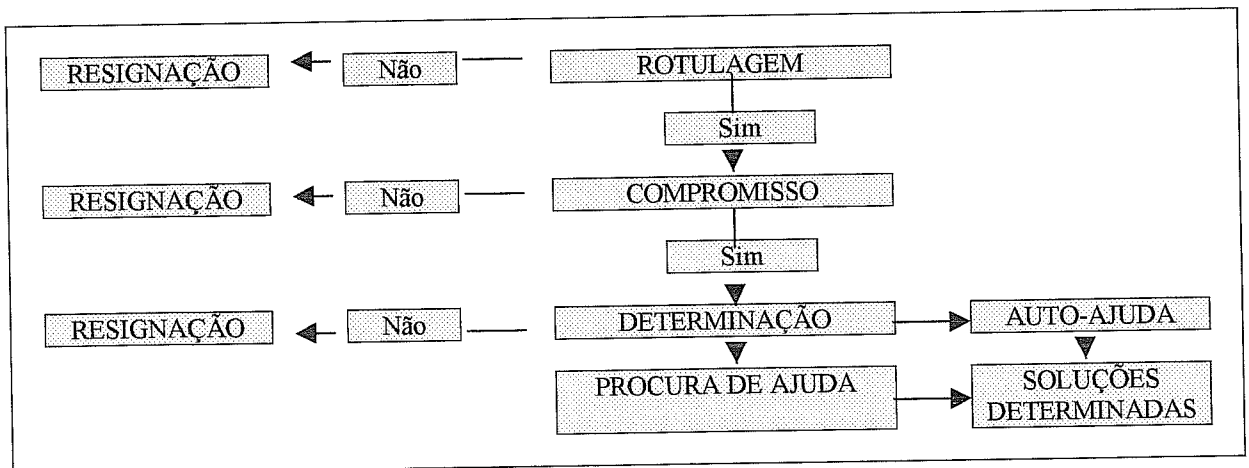
#### Modelo de Redução do Risco da SIDA

O MRRS (Catania, Kegeles e Coates, 1990) foi desenvolvido com o objectivo de explicar a prática de comportamentos sexuais de risco especificamente no contexto da infecção pelo VIH e incorpora variáveis relacionadas com as crenças de saúde e variáveis específicas dos comportamentos sexuais e da doença como, por exemplo, o prazer da prática sexual e o contacto pessoal com indivíduos com SIDA. É, portanto, um modelo aplicável ao estudo dos esforços individuais para evitar contrair o VIH por via sexual.

O seu suporte geral deriva de outros modelos acerca da resolução de problemas e integra elementos do MCS, da teoria da auto-eficácia, das influências emocionais e dos processos interpessoais.

Tal como o modelo transteórico, o MRRS é um modelo de estádios, pelos quais um indivíduo progride através de processos de mudança comportamental. Os três estádios postulados por este modelo como sendo necessários à redução das actividades sexuais de risco são: (1) reconhecer que essa actividade torna a pessoa vulnerável à contracção do VIH, (2) tomar a decisão de alterar os comportamentos sexuais de risco e comprometer-se com essa decisão (por exemplo, mudando as atitudes em relação ao uso de preservativos ou aumentando a auto-eficácia em relação ao uso do mesmo), e (3) ultrapassar as barreiras para promover essa decisão, barreiras essas que podem incluir problemas de comunicação sexual e procura de ajuda quando é necessário aprender estratégias de redução desses comportamentos (Boyer & Kegeles, 1991) (ver figura 4).

Figura 4  
Modelo de Redução do Risco da SIDA



Cada um destes estádios inclui constructos identificados em várias investigações, os quais são essenciais para desempenhar comportamentos de saúde ou de baixo risco (Catania, Kegeles & Coates, 1990).

Assim, para evitar a infecção, as pessoas que desempenham actividades sexuais de risco, têm que perceber que os seus comportamentos as colocam em risco de infecção pelo VIH e são, portanto, problemáticos. Mas, a identificação dos comportamentos sexuais como

um problema, pode não levar por si à mudança comportamental sem que haja um compromisso forte de mudança dessas actividades. Também a determinação de soluções pode requerer negociações complexas com o parceiro.

Por outro lado, o uso do termo estágio não significa unidirecionalidade e irreversibilidade mas antes uma forma de comunicação. Este modelo centra o seu foco em factores psicossociais que podem influenciar a etiquetagem dos comportamentos de risco como problemáticos, facilitar o compromisso de mudança em relação a esses comportamentos e procurar promover soluções dirigidas à sua redução.

Integrando conceitos da medicina comportamental e dos estudos acerca da sexualidade humana, este modelo especifica a importância diferencial no atingir dos objectivos de cada estágio do modelo.

Para além disso, o modelo tem em conta factores que podem influenciar a motivação individual no que se refere à continuação do processo de mudança ao longo do tempo (Catania, Kegeles & Coates, 1990).

O MRRS tem sido estudado no que se refere às razões pelas quais as pessoas adoptam comportamentos preventivos em homossexuais (Catania et al., 1991), em jovens adultos (Catania, Coates & Kegeles, 1994), em mulheres infectadas com o VIH (Kline & VanLandingham, 1994) e em diferentes etnias (Dolcini, Coates, Catania, Kegeles & Hauck, 1995).

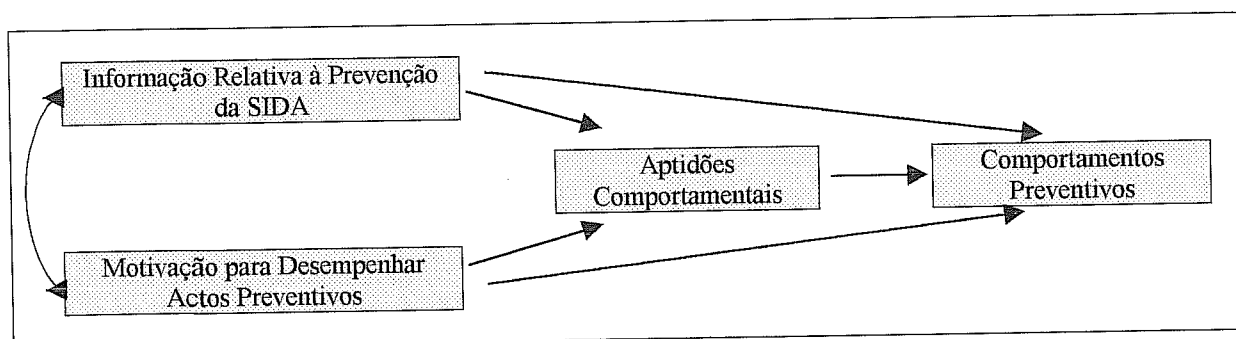
Os resultados obtidos sugerem a importância dos factores psicossociais relacionados com os parceiros, apontando para associações entre o uso de preservativos e o compromisso de os utilizar bem como para a importância da comunicação sexual, no sentido de proteger a saúde.

### Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais

Num outro modelo explicativo dos comportamentos de redução do risco de infecção pelo VIH, o Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais (MIMAC), Fisher e Fisher (1992) propuseram uma conceptualização tridimensional dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA. Este modelo tem a sua origem a partir da TAR e integra também aspectos do MCS e da teoria da auto-eficácia.

O MIMAC postula que a informação acerca das formas de transmissão e dos métodos de prevenção ao nível da transmissão do VIH é uma condição necessária mas não suficiente para a redução dos comportamentos de risco em relação à transmissão da SIDA. Para que esse conhecimento se traduza em acções (comportamentos), os indivíduos têm que estar motivados. Assim, a motivação para a mudança também afecta directamente, quer a informação acerca do risco, quer a informação acerca da redução do risco (ver figura 5).

Figura 5  
Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais



A motivação diz respeito às atitudes individuais em relação aos comportamentos de prevenção da transmissão da SIDA, à percepção de suporte normativo para o desempenho desses comportamentos e às intenções comportamentais individuais relativamente ao seu desempenho. As atitudes (positivas ou negativas) referem-se à avaliação que o indivíduo faz do comportamento alvo, no sentido de ser a favor ou contra o desempenho desse

comportamento. O julgamento subjectivo dos indivíduos em relação ao grau de aprovação ou desaprovação do desempenho do comportamento por parte de outros significativos respeita às normas subjectivas e tem a ver com um julgamento global da pressão percebida para desempenhar o comportamento. As intenções comportamentais estão relacionadas com os julgamentos da probabilidade subjectiva do modo como o indivíduo tenciona comportar-se (avaliação da força da intenção numa dimensão de probabilidade subjectiva).

No seu todo, o componente motivação do modelo é a TAR. A relação directa entre intenções e comportamentos é também assumida, pelo que o modelo prediz ainda o comportamento directamente a partir dos componentes da TAR.

Este modelo postula ainda que as aptidões comportamentais relacionadas com acções preventivas são uma forma comum de a informação e a motivação resultarem na mudança de comportamentos preventivos.

Portanto, são estes dois componentes que determinam se as pessoas têm as aptidões necessárias para levar a cabo as medidas de redução do seu risco individual e, em conjunto com estas aptidões, determinam os comportamentos actuais preventivos na transmissão do VIH.

Ou seja, o modelo assume que a informação e a motivação activam as aptidões comportamentais para dar origem a comportamentos de redução do risco, especificando ainda que esses mesmos constructos são, de um modo geral, independentes: indivíduos bem informados não estão necessariamente motivados a praticar essa prevenção bem como indivíduos muito motivados não estão, necessariamente, bem informados acerca dos comportamentos preventivos.

As aptidões comportamentais tornam-se especialmente importantes quando a mudança comportamental requiere competências complexas, como, por exemplo, iniciar a utilização do preservativo ou discutir a realização do teste do VIH com um parceiro sexual. A este nível, o

modelo identifica um conjunto de aptidões que são assumidas como sendo necessárias universalmente para a prevenção da transmissão do VIH: auto-aceitação da sexualidade, aquisição de informação comportamentalmente relevante, negociação da prevenção da SIDA com o(s) parceiro(s) e actos públicos de prevenção (comprar preservativos, fazer o teste do VIH), bem como reforços instrumentais consistentes (do próprio ao próprio e ao parceiro) relativos aos comportamentos preventivos.

A teoria da auto-eficácia de Bandura (1994) é também introduzida neste modelo no que se refere à crença na capacidade individual para utilizar as aptidões comportamentais no reportório proposto como uma aptidão comportamental final para a adopção de comportamentos preventivos. O uso de preservativos requer não só algumas aptidões técnicas mas também negociação interpessoal (Coates, 1990). Convencer um parceiro resistente a ter relações sexuais seguras pode exigir um alto sentimento de auto-eficácia para ter controlo sobre as suas actividades sexuais (Conner & Sparks, 1998).

Finalmente, os comportamentos preventivos em relação à transmissão do VIH/SIDA referem-se a avaliações da ocorrência ou desempenho comportamental, algum tempo após a avaliação dos componentes e variáveis predictoras anteriores.

Uma das vantagens deste modelo tem a ver com o facto de os seus constructos derivarem de três dos modelos mais utilizados, constructos esses que foram combinados de modo a poderem ser utilizados no contexto da investigação acerca dos determinantes dos comportamentos preventivos em relação à transmissão da SIDA.

Outra das suas vantagens é a sua parsimónia e especificidade, dado que engloba constructos variados nos factores primários. O facto de derivar de um produto de análises conceptuais de intervenções de redução do risco de infecção pelo VIH que foram bem sucedidas permite também demonstrar uma relação directa entre o modelo teórico e o desenvolvimento da intervenção.

Este modelo tem sido utilizado para explicar os determinantes psicológicos dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA em diferentes populações em risco, incluindo homossexuais do sexo masculino (Fisher, Fisher, Williams & Malloy, 1994), adolescentes (Fisher, Williams, Fisher & Malloy, no prelo), doentes mentais (Carey, Carey & Kalichman, 1997), heterossexuais adultos solteiros (Gordon, Carey & Carey, 1997), indivíduos que mantêm relações íntimas e que por essa razão, tendem a desempenhar um menor número de comportamentos preventivos (Misovich, Fisher & Fisher, 1996) e jovens adultos e estudantes universitários (Aplasca et al., 1995; Dekin, 1996; J. D. Fisher & Fisher, 1998; Fisher & Misovich, 1990; Fisher, Fisher & Rye, 1995; Fisher et al., 1994; Fisher et al., 1996; Goh, 1993; Goldman & Harlow, 1993; Grenlee & Ridley, 1993; Keller, 1993; MacDonald et al., 1990; Walter, Vaughan, Gladis et al., 1993; Walter, Vaughan, Ragin et al., 1993; Zimmerman & Olson, 1994).

Sendo o modelo mais testado na literatura que se refere à prevenção do VIH, as suas proposições foram confirmadas em estudos correlacionais dos determinantes do risco e dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA em diversas populações (Carey et al., 1997; Fisher et al., 1994; Weinhardt, Carey & Carey, 1997) e em investigações acerca das intervenções experimentais baseadas no modelo (Fisher et al., 1995). Os resultados obtidos mostraram que os testes efectuados utilizando modelos de equações estruturais suportam fortemente o modelo (J. D. Fisher & Fisher, 1998).

As intervenções efectuadas com base neste modelo com o objectivo de reduzir comportamentos de risco em estudantes universitários mostraram uma melhoria significativa da informação em relação à transmissão da SIDA, da motivação e das aptidões comportamentais, bem como mudanças relacionadas com o acesso aos preservativos, com a capacidade de negociar relações sexuais seguras e com uma maior frequência do uso do preservativo durante as relações sexuais (Aplasca et al., 1995).

Utilizando análises de percursos, J. D. Fisher e Fisher (1992) mostraram que a informação, a motivação e as aptidões comportamentais predizem os resultados comportamentais de redução do risco. Para além disso, este modelo dá-nos uma heurística que é útil para descrever componentes de intervenções que são comuns a intervenções de modificação de comportamentos baseadas na maior parte das teorias gerais de mudança comportamental.

### Conclusão

Apesar da existência de vários trabalhos empíricos que utilizam os principais modelos da cognição social para predizer os comportamentos preventivos na transmissão da SIDA, existem poucos trabalhos empíricos que comparam o poder preditivo dos diferentes modelos.

A comparação da sua utilidade preditiva ao nível da redução dos comportamentos de risco em relação à transmissão da SIDA foi avaliada por Zimmerman e Olson (1994) e Gillespie (1997), tendo os resultados obtidos sugerido uma prevalência de modelos como a TAR e a TCP, comparativamente com o MCS. Quer a TAR quer a TCP fornecem guias teóricos sobre mudança comportamental suportados empiricamente, os quais têm probabilidade de resultar em mudança comportamental (Abraham et al., 1998).

A maior parte dos modelos anteriormente abordados foram desenvolvidos especificamente com o objectivo de predizer comportamentos de saúde (MCS, TMP), focando-se na noção de ameaça, avaliada pela percepção de susceptibilidade e gravidade. A TCP não inclui explicitamente variáveis emocionais, pelo que há autores que sugerem que esta teoria se limita à parte racional de uma decisão de saúde (Norman & Conner, 1998).

Em segundo lugar, a maior parte dos modelos da cognição social acerca dos comportamentos de preventivos na transmissão da SIDA foca a sua atenção na percepção das

consequências do desempenho de um comportamento de saúde (Weinstein, 1993). Por exemplo, na TCP, o foco é colocado nas crenças comportamentais, no MCS refere-se aos custos e benefícios do desempenho de um determinado comportamento de saúde, enquanto que na TMP se centra na eficácia da resposta.

Finalmente, a TAR, a TCP, a TMP e o MIMAC incluem uma variável que medeia a relação entre outras variáveis da cognição social e o comportamento. Na TAR, na TCP e no MIMAC são as intenções comportamentais, enquanto que na TMP é a motivação para a protecção. O MCS não inclui uma medida de intenção comportamental. Quer a TCP e o IMAC, quer a TMP postulam também uma relação directa entre a auto-eficácia (ou percepção de controlo comportamental) e o comportamento, para além da relação entre este e a intenção comportamental (Weinstein, 1993).

Vários autores tentaram ainda incorporar variáveis tidas em consideração por vários modelos como, por exemplo, variáveis predictoras derivadas do MCS, das teorias da cognição social e de modelos da influência social (Walter, Vaughan, Gladis et al., 1993), constructos da teoria da aprendizagem social, do MCS, da TAR e relacionados com estilos de *coping* (Basen-Engquist, 1992), variáveis derivadas da TCP e do modelo da elaboração verosímil (Mulvihill, 1996) e variáveis psicossociais que derivaram do MCS, da teoria da auto-eficácia e da TMP (Aspinwall et al., 1991), com o objectivo de aumentar a variância explicada. Também Buysse e Van Oost (1997) partiram da teoria dos papéis sexuais para explicar os comportamentos sexuais seguros, o que está de acordo com os resultados obtidos por Amaro (1995) que argumenta que estes modelos baseados na cognição apresentam falhas na consideração do contexto social e cultural dos comportamentos sexuais, incluindo os papéis sexuais. Outras variáveis têm ainda sido sugeridas como factores potencialmente preditores dos comportamentos de saúde como, por exemplo, a percepção de inadequação moral do desempenho de um comportamento (Richard & van der Pligt, 1991).

# Estado Actual da Investigação

A necessidade crescente no que se refere ao desenvolvimento de investigações que avaliem a eficácia de intervenções sistematizadas, baseadas em teorias e nas quais sejam identificados os determinantes da mudança dos comportamentos de risco em relação à transmissão do VIH parece evidente (Kelly & Murphy, 1992).

Mas, tendo em consideração a evidência empírica e os problemas e críticas apontados aos modelos apresentados, o estado actual da investigação na área dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA é caracterizado por várias contradições.

Kowalewski, Henson e Longshore (1997) numa revisão dos estudos quantitativos acerca das percepções de risco de infecção pelo VIH, argumentaram que as contradições que surgem na literatura são devidas (1) a delineamentos transversais que confundem a interpretação dos resultados, (2) a confusão na operacionalização dos constructos e inconsistências na avaliação, (3) a considerações insuficientes de sub-grupos específicos ou de diferenças comportamentais e (4) à falta de atenção relativamente a normas situacionais e outros factores contextuais que influenciam a percepção de risco e o comportamento.

As inconsistências e contradições nas evidências empíricas parecem estar ligadas à dificuldade de obtenção de relatos consistentes, nomeadamente no que se refere aos comportamentos relacionados com a transmissão da SIDA. Rauth, StLawrence & Kelly (1991), numa revisão dos estudos que efectuaram avaliações retrospectivas desses comportamentos, obtiveram resultados que mostraram uma maior consistência nos relatos quando avaliados relativamente a períodos de tempo curtos, diminuindo essa fidelidade à medida que o espaço de tempo decorrido entre a avaliação e o desempenho comportamental aumentava. Estes resultados têm implicações óbvias no que se refere à estabilidade temporal da concordância dos relatos comportamentais, dada a importância da história de comportamentos prévios em relação ao comportamento actual.

É também necessário ter em consideração que muitos comportamentos de saúde são determinados pelos comportamentos individuais prévios embora esta relação seja, na maior parte dos casos, mediada por variáveis cognitivas. É ainda importante ter em atenção que, em muitos casos, os comportamentos de saúde podem ser, por natureza, automáticos ou espontâneos, sendo portanto, necessário focar também a atenção nos processos espontâneos que podem influenciar os comportamentos.

Um outro problema que respeita às investigações nesta área tem a ver com ambiguidades e confusões terminológicas em relação à definição de alguns constructos. Dada a existência de alguns termos e designações que são utilizados indistintamente, isso representa uma limitação ao aumento do conhecimento empírico.

Em particular, alguns autores consideram o constructo de percepção de controlo comportamental como equivalente ao de percepção de auto-eficácia, a qual tem a ver com a confiança nas capacidades individuais para agir com sucesso sobre as intenções (Bandura, 1982; Schwarzer & Fuchs, 1998). A auto-eficácia promove a formação de intenções e otimiza o desempenho durante a acção, tendo um efeito directo sobre o comportamento, especialmente quando este é percebido como estando menos sujeito ao controlo individual (Ajzen, 1991; Madden, Ellen & Ajzen, 1992). No entanto, apesar de relacionados, estes conceitos não devem ser vistos como sinónimos. Apesar de as percepções de auto-eficácia poderem reflectir a extensão da percepção de controlo individual sobre o meio, essas percepções baseiam-se primariamente na consideração de factores de controlo internos, em vez de factores externos. É este tipo de factores que tem a ver com o controlo comportamental pelo que a percepção de controlo comportamental se refere à percepção individual da facilidade ou dificuldade em desempenhar um comportamento. Este conceito pode ainda ser contrastado com o conceito de locus de controlo, enquanto uma expectativa generalizada relativamente estável em diferentes situações, enquanto que a percepção de

controle comportamental é específica de um comportamento podendo, portanto, variar consideravelmente.

Para além das críticas atrás apresentadas existem questões adicionais que se referem a dificuldades metodológicas evidentes na literatura.

Um primeiro problema diz respeito às características das amostras e ao número de indivíduos que fazem parte de cada investigação. Catania, Gibson, Chitwood e Coates (1990) sugerem que níveis elevados de erros de medida podem distorcer as estimativas dos comportamentos sexuais de risco e enfraquecer o trabalho epidemiológico nesta área, originando sobre ou sub-relatos. A fraca estabilidade temporal na avaliação das mudanças dos comportamentos sexuais de risco a longo prazo pode também estar relacionada com processos básicos como a memória (Rauth, StLawrence & Kelly, 1991).

Segundo Catania, Gibson, Chitwood et al. (1990), estes erros de medida e os enviesamentos à participação são influenciados pelos participantes, pelo instrumento de medida e mesmo pelo entrevistador. Outro tipo de enviesamento refere-se à motivação individual para responder às questões. Por outro lado, os enviesamentos relacionados com dificuldades de auto-revelação sexual (ou seja, dificuldades em revelar informação sexual em diferentes situações) e com a desejabilidade social (enviezamento na auto-apresentação) sugerem que a validade dos auto-relatos deva ser corroborada por medidas psicofisiológicas e/ou pelo estudo da concordância com os relatos do parceiro.

Dado que a desejabilidade social é geralmente vista como a tendência em alguns indivíduos para se apresentarem de forma mais favorável, apesar dos seus verdadeiros sentimentos acerca de um assunto, esta tendência pode ser problemática, não só devido ao seu potencial de enviesamento das respostas individuais mas também porque pode mascarar as relações entre duas ou mais variáveis, ou então produzir relações espúrias que não existem na realidade (Moorman & Podsakoff, 1992).

Por outro lado, as diferenças de gênero relativas aos factores associados ao uso do preservativo observadas em muitos estudos têm implicações que sugerem que estes modelos devem ser desenvolvidos separadamente para cada sexo (Goldman & Harlow, 1993; Helweg-Larsen & Collins, 1994; Sacco, Levine, Reed & Thompson, 1991; Wulfert & Wan, 1993).

Em resumo, parece ser possível afirmar que muitas das limitações e críticas apontadas a algumas destas investigações se referem, de um modo geral, à significância e representatividade das amostras bem como às suas características particulares, à utilização de amostras sem uma especificação adequada dos determinantes mais significativos para essas populações, à não consideração das diferenças individuais, à utilização inadequada de instrumentos de avaliação, à falta de clarificação e especificação dos procedimentos metodológicos, à não consideração das aptidões comportamentais em função de comportamentos concorrentes, à utilização de desenhos de investigação inadequados e, por último, à existência de um número reduzido de estudos longitudinais e de estudos empíricos que comparem o poder preditivo dos diferentes modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos sexuais de risco em relação à infecção pelo VIH.

## Objectivo do Estudo

Esta dissertação de mestrado teve como objectivo principal o estudo, na população universitária portuguesa, de um modelo de redução do risco de infecção pelo VIH, o Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais. Tal como foi atrás referido, este modelo foi desenvolvido por Fisher e Fisher (1992) e testa a importância da informação relativa à prevenção da SIDA, da motivação para desempenhar actos preventivos da doença e das aptidões comportamentais como factores preditores dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA. Pretendeu-se também explicitar este modelo de acordo com o género.

Dada a prevalência da infecção pelo VIH e da SIDA na população portuguesa de jovens adultos independentemente das vias de transmissão comportamental, o estudo empírico de um modelo teórico que considere a complexidade dos determinantes psicológicos dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA revela-se de grande importância, como vista ao posterior desenvolvimento de programas de promoção da saúde consistentes, cuja eficácia seja passível de avaliação e que possibilitem a adopção de comportamentos de saúde, nomeadamente no que se refere à prevenção da infecção pelo VIH.

Deste modo, foram colocadas as seguintes questões de investigação. Quais as relações entre os diferentes constructos deste modelo? Será que o modelo, na nossa população, tem uma estrutura idêntica à da população universitária em que foi desenvolvido e testado? Será, ainda, possível encontrar diferenças de género na população portuguesa em relação aos constructos em estudo e, será também possível saber como variam as relações entre os diferentes constructos de acordo com o género? Finalmente, será que existem diferenças entre os indivíduos que não utilizam preservativos, os que utilizam preservativos esporadicamente e os que os utilizam consistentemente, relativamente à informação, à motivação e às aptidões comportamentais?

O Modelo Informação-Motivação-  
Aptidões Comportamentais: Estudo dos  
Determinantes dos Comportamentos  
Preventivos na Transmissão do VIH em  
Jovens Adultos

# MÉTODO

## Amostra

Participaram nesta investigação 412 estudantes universitários de ambos os sexos (332 do sexo feminino e 80 do sexo masculino), com uma média de idades de 24.5 anos (4.6 anos), os quais frequentavam os vários anos do curso de Psicologia de uma universidade de Lisboa. O método de amostragem foi por conveniência.

A quase totalidade da amostra era constituída por indivíduos solteiros (N = 353), apenas 43 eram casados ou viviam em união de facto, 13 eram separados e um era viúvo.

Relativamente à religião, o catolicismo salientou-se como a religião maioritariamente professada por 291 participantes enquanto que 79 afirmaram não ter religião e 42 tinham outra religião.

A tabela 1 apresenta mais detalhadamente os dados relativos às características demográficas da amostra total em função do género.

**Tabela 1**  
**Características demográficas da amostra total em função do género**

	Sexo Masculino (N = 80)		Sexo Feminino (N = 332)		$\chi^2$
	N	%	N	%	
<b>Estado Civil</b>					1.456
Solteiro	67	83.8	286	86.7	
Casado/Em união de facto	11	13.8	32	9.7	
Divorciado/Separado	2	2.5	11	3.3	
Viúvo			1	0.3	
<b>Frequência Universitária</b>					3.848
1º ano	10	12.5	59	17.8	
2º ano	35	43.8	124	37.3	
3º ano	21	26.3	108	32.5	
4º ano	12	15	35	10.5	
5º ano	2	2.5	6	1.8	
<b>Religião</b>					10.067**
Sem religião	22	27.5	57	17.2	
Católica	45	56.3	246	74.1	
Outras religiões	13	16.3	29	8.7	
<b>Etnia</b>					1.272
Branca	67	95.7	296	98	
Negra	3	4.3	6	2	
	Sexo Masculino		Sexo Feminino		t
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	
Idade	25.09	4.45	23.89	4.72	2.056 *

\* p < 0.05; \*\* p < 0.01

O estudo das diferenças de género no que se refere às características demográficas da amostra evidenciou diferenças estatisticamente significativas na idade ( $t(410) = 2.056$ ;  $p = 0.04$ ), com os participantes do sexo masculino a revelarem-se significativamente mais velhos, comparativamente com os do sexo feminino, tendo também sido encontradas diferenças estatisticamente significativas para a religião ( $\chi^2(2) = 10.067$ ;  $p = 0.007$ ).

Tendo em vista os objectivos do presente estudo, foram excluídos da amostra: (a) os estudantes que relataram nunca ter tido qualquer actividade sexual em toda a sua vida ( $N = 56$ ) bem como os que não responderam a essa questão ( $N = 2$ ); (b) os estudantes que não preencheram o protocolo de investigação até ao final ( $N = 3$ ); e (c) um estudante cujas respostas às questões relacionadas com o número de parceiros sexuais no mês anterior se afastavam muito da amplitude de resultados do grupo.

Com base nestes critérios, foram retidos para análise 350 indivíduos (74 homens sexualmente activos e 276 mulheres sexualmente activas).

As características dos estudantes que foram retidos para análise, comparativamente com as características dos estudantes da amostra inicial mostraram ser semelhantes no que se refere às características demográficas ( $p \geq 0.05$ ).

### Instrumentos

O questionário utilizado nesta investigação foi constituído para servir como um instrumento de auto-avaliação baseado no MIMAC com o objectivo de avaliar a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos ao nível da transmissão da SIDA em jovens adultos (Misovich, Fisher & Fisher, 1998).

Foi administrado a todos os estudantes que participaram nesta investigação um questionário que incluía uma primeira parte destinada à recolha de dados demográficos, sendo

as secções seguintes destinadas a avaliar a informação acerca da prevenção da SIDA, a motivação para desempenhar actividades preventivas da transmissão da SIDA, as aptidões comportamentais, os comportamentos relacionados com a transmissão da SIDA existindo, por último, uma secção destinada a avaliar a desejabilidade social.

Cada um dos instrumentos utilizados irá ser apresentado em seguida de uma forma mais detalhada.

### Medidas de Informação Relativa à Prevenção da SIDA

A Informação acerca da Prevenção da SIDA foi avaliada pelo Questionário de Relações e Saúde, em três dimensões que têm relevância para a prática de comportamentos preventivos: (a) informação acerca da prevenção da SIDA, enfatizando temas como o conhecimento da eficácia dos preservativos na prevenção da SIDA e o conhecimento de vias prováveis e improváveis da transmissão do VIH; (b) informação especificamente relevante para os estudantes universitários a propósito das taxas de infecção do VIH na população portuguesa, do conhecimento acerca dos locais de compra de preservativos na universidade e do facto de os estudantes poderem ser seropositivos sem mostrarem qualquer sintoma; e (c) as heurísticas da informação sobre a SIDA ou seja, as regras que os indivíduos invocam para efectuar julgamentos rápidos mas incorrectos acerca das razões para praticar (ou não) sexo seguro, julgamentos esses que estão directamente associados à frequência de comportamentos de risco relacionados com a SIDA (Misovich et al., 1996).

As respostas a este questionário foram dadas em escalas de tipo Likert com um formato de cinco pontos desde 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente). Para obter o resultado da Escala de Informação Relativa à Prevenção da SIDA, cada item foi

recodificado no valor de 1 (para os itens verdadeiros) ou 0 (para os itens falsos), de modo a controlar o erro de tendência central, bem como as respostas extremas. Após a recodificação, a pontuação em cada um dos itens foi somada de modo a ser obtido um resultado global para a Escala de Informação Relativa à Prevenção na Transmissão da SIDA.

O estudo das características psicométricas desta escala, numa população de estudantes universitários, mostrou um valor de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, de 0.75, tendo sido obtido um valor médio de questões respondidas correctamente de 33.5. Fisher et al. (1996) forneceram dados acerca da sua validade que mostram que os seus resultados melhoraram significativamente em resposta a uma intervenção dirigida à informação relativa à prevenção da SIDA, o que não aconteceu no grupo de controlo. Fisher et al. (1994) e Fisher et al. (1995) obtiveram ainda dados que confirmaram o papel deste constructo tal como é formulado pelo modelo, utilizando uma variedade de itens semelhantes em diferentes populações.

### Medidas de Motivação para Desempenhar Comportamentos Preventivos

Esta escala foi baseada nos conceitos da TAR, tendo a motivação sido avaliada relativamente às atitudes perante os actos preventivos na transmissão da SIDA, às normas subjectivas que respeitam a esses actos e às intenções comportamentais relacionadas com a prevenção da doença.

Para cada um de oito comportamentos preventivos da SIDA, os primeiros 3 itens avaliaram as atitudes acerca de actos preventivos na transmissão da SIDA. O item seguinte avaliou as normas subjectivas dos participantes, ou seja, as suas percepções acerca do desejo dos outros significativos para que desempenhe o comportamento em questão. Finalmente, o

último item avaliou a intenção comportamental dos indivíduos para desempenhar o comportamento preventivo em questão.

### Atitudes acerca dos Actos Preventivos na Transmissão do VIH

De modo a determinar as suas atitudes perante o desempenho de comportamentos específicos de prevenção da SIDA, os participantes assinalaram o seu desempenho em 8 comportamentos de prevenção em três escalas de diferenciais semânticos de 5 pontos (bom/mau, terrível/ótimo, agradável/desagradável).

Estas pontuações foram recodificadas de forma a que cada item fosse pontuado de 1 (avaliação negativa) a 5 (avaliação positiva), sendo todos eles posteriormente somados de modo a obter um resultado para a Escala de Atitudes acerca dos Actos Preventivos na Transmissão da SIDA.

O valor de consistência interna obtido para esta sub-escala,  $\alpha$  de Cronbach foi de 0.86, apresentando um valor médio de 65.9, numa amostra de estudantes universitários. A evidência da sua validade foi dada em diferentes populações e pela melhoria das atitudes em relação aos comportamentos preventivos da SIDA em consequência de uma intervenção com vista à prevenção da doença, enquanto que as condições de controlo não tiveram qualquer impacto nestes resultados (Fisher et al., 1996).

### Normas Subjectivas

Para avaliar as percepções generalizadas de suporte social para a prática de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA, foi pedido aos indivíduos para assinalarem até que ponto acreditavam que a maior parte das pessoas que era importante para eles pensava que deveriam desempenhar cada um de oito comportamentos preventivos, numa

escala tipo Likert de cinco pontos que varia de 1 (completamente verdade) a 5 (completamente falso). Os resultados foram somados de modo a constituir uma medida global das Normas Subjectivas respeitantes à prática de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA.

O estudo das suas características psicométricas numa amostra de estudantes universitários revelou um valor de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, de 0.87 e um valor médio de 20.4. Os resultados obtidos mostraram ainda evidências da validade desta sub-escala ao nível da capacidade para predizer intenções comportamentais de prevenção da SIDA em diferentes populações (Fisher et al., 1996).

#### Intenções Comportamentais

De modo a medir as intenções comportamentais dos participantes relativamente ao desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA, foi-lhes pedido para assinalarem a probabilidade que teriam de desempenhar cada um dos oito comportamentos num período de tempo especificado, numa escala tipo Likert de cinco pontos que varia de 1 (muito provável) a 5 (muito pouco provável). A pontuação dada a cada item foi somada de forma a obter uma medida das Intenções Comportamentais com vista à prevenção da transmissão da SIDA.

O estudo das características psicométricas desta sub-escala mostrou valores  $\alpha$  de Cronbach de 0.80 numa população de estudantes universitários e valores médios de 18.7, bem como evidências da sua validade no que se refere a mudanças pós-intervenção (Fisher et al., 1996) e da sua capacidade para predizer os comportamentos de prevenção da transmissão da SIDA ao longo do tempo e em diferentes amostras (Fisher et al., 1994).

## Medidas de Aptidões Comportamentais

As aptidões comportamentais em relação à transmissão da SIDA foram avaliadas com duas sub-escalas que se referem à percepção de dificuldade e à percepção de eficácia no desempenho de comportamentos preventivos ao nível da transmissão da doença.

### Percepção de Dificuldade

A percepção de dificuldade referiu-se ao grau de dificuldade que os participantes pensavam que teriam em relação ao desempenho de 12 comportamentos preventivos ao nível da transmissão da SIDA.

Os itens desta sub-escala têm um formato de resposta numa escala tipo Likert de cinco pontos, que varia de 1 (muito difícil) a cinco (muito fácil). As respostas dadas foram somadas de modo a obter um resultado global de Percepção de Dificuldade relativamente aos comportamentos preventivos da SIDA.

Num estudo com estudantes universitários, foi obtido um valor de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, de 0.74, com um valor médio para a escala de 44.8. A evidência da sua validade foi dada por resultados que mostraram que a percepção de dificuldade relativamente ao desempenho de comportamentos preventivos se alterou em consequência de uma intervenção, o que não aconteceu com o grupo de controlo (Fisher et al., 1996).

### Percepção de Eficácia

De modo a avaliar ao grau de eficácia que os participantes acreditavam que podiam ter em 24 comportamentos preventivos na transmissão da SIDA, foi-lhes pedido para assinalarem as suas respostas numa escala tipo Likert de cinco pontos que varia de um (muito eficaz) a 5 (muito pouco eficaz), as quais foram depois recodificadas e somadas de modo a obter um

resultado total no que se refere à sua Percepção de Eficácia no desempenho de comportamentos preventivos.

O estudo das características psicométricas desta sub-escala revelou um valor de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, numa amostra de estudantes universitários, de 0.88, com um valor médio de resultados de 90. O estudo da sua validade mostrou sensibilidade à mudança após uma intervenção com vista à prevenção da SIDA, não tendo sido verificadas alterações no grupo de controlo (Fisher et al., 1996).

### Medidas dos Comportamentos Preventivos em relação à Transmissão do VIH

Os comportamentos preventivos em relação à transmissão do VIH foram avaliados com quatro sub-escalas que medem conversas acerca de sexo seguro, acesso aos preservativos, uso de preservativos e comportamentos de teste do VIH.

#### Conversas acerca de Sexo Seguro

Esta sub-escala foi avaliada com dois itens com o objectivo de saber se os participantes tinham tido conversas acerca da prevenção da SIDA com parceiros sexuais e se tinham tentado persuadir o seu parceiro sexual a praticar somente relações sexuais seguras, utilizando preservativos. As respostas dadas aos dois itens foram somadas para obter um indicador das conversas acerca de relações sexuais seguras. Relativamente ao estudo das suas características psicométricas, Misovich et al. (1998) apresentaram valores de intercorrelação de 0.42 para os dois itens

### Acesso aos Preservativos

Foi também avaliado com dois itens que questionavam os participantes acerca da frequência com que tinham adquirido preservativos e até que ponto é que os mantiveram facilmente acessíveis. Estes dois itens, relativamente aos quais foi obtida uma intercorrelação de 0.51 (Misovich et al., 1998), foram somados de modo a criar um indicador comportamental do acesso aos preservativos.

### Uso de Preservativos durante as Relações Sexuais

Foi avaliado com três itens, tendo os participantes sido questionados acerca da frequência com que usavam preservativo durante as relações sexuais. Devido aos seus diferentes formatos de resposta, estes três itens foram estandarizados e somados de modo a obter um indicador do uso do preservativo.

O valor de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, obtido numa amostra de estudantes universitários, foi de 0.98 (Misovich et al., 1998).

### Teste do VIH

Os comportamentos de teste dos anticorpos do VIH foram avaliados por dois itens que questionavam os participantes acerca da realização do teste do VIH e acerca de marcações para efectuar o teste. Os dois itens apresentaram uma intercorrelação de 0.49 (Misovich, et al., 1998) e foram somados de forma a constituir um indicador de comportamentos de teste do VIH.

## Medidas de Desejabilidade Social

A desejabilidade social, ou seja, a tendência geral para a apresentação do indivíduo no sentido positivo ou negativo, foi avaliada pela SDS-SF (*Social Desirability Scale – Short Form*; Ballard, 1992), que é uma versão reduzida da *Social Desirability Scale* (Crowne & Marlowe, 1960), constituída por 13 itens retirados da escala original e com um formato de resposta de escolha forçada (Verdadeiro ou Falso), itens esses que descrevem comportamentos aprovados culturalmente mas com uma baixa probabilidade de ocorrência.

O resultado total da SDS-SF é obtido através do somatório das respostas dadas a cada um dos itens, indicando os resultados mais elevados uma maior desejabilidade social.

O estudo das suas características psicométricas mostrou valores de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, de 0.70.

Embora a medida de desejabilidade social utilizada não seja específica do contexto sexual, é no entanto, sensível ao género e às diferenças culturais ao nível das crenças acerca da apropriabilidade dos relatos de tipos específicos de comportamentos sexuais (Ballard, 1992).

A SDS-SF foi apresentada em conjunto com o questionário de auto-avaliação que testa os constructos teóricos do modelo.

## Desenho da investigação

Este estudo é um estudo transversal, na medida em que os estudantes universitários foram avaliados relativamente aos constructos medidos pelo modelo num só momento, constituindo-se, posteriormente, grupos de forma a permitir efectuar também um estudo

comparativo, com base nas diferenças de género, dos níveis de desejabilidade social e relativamente à frequência do uso de preservativos.

### Procedimento

Foram efectuados pedidos de autorização a vários professores do curso de Psicologia de uma universidade de Lisboa, no sentido de cederem algum tempo do seu horário de aula para permitir a administração colectiva do protocolo de investigação nesse contexto. Posteriormente foram combinados com esses professores os dias em que a administração dos protocolos iria ser efectuada.

Após a descrição geral do objectivo do estudo, foi pedido aos participantes para lerem a folha de rosto do protocolo de investigação. Nesta folha, era pedido o seu consentimento informado para a realização do estudo, tendo também sido garantida a confidencialidade dos dados, o seu anonimato e a sua liberdade de participação. Caso os participantes concordassem com o que lhes estava a ser exposto, era-lhes pedido para preencherem o protocolo. Todas as dúvidas relativas às diferentes instruções do questionário foram esclarecidas individualmente, garantindo assim os aspectos relacionados com a confidencialidade.

O protocolo de investigação demorou aproximadamente 45 minutos para ser completado. Os dados para esta investigação foram recolhidos entre Março e Abril de 1999.

# RESULTADOS

Os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada e os procedimentos e análises estatísticas foram efectuados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 8.0, 1997) e do LISREL 8.30 (Jöreskog & Sörboom, 1993) através do qual foram modeladas as equações estruturais, utilizando análises multi-amostrais para testar os modelos em amostras separadas de estudantes universitários sexualmente activos. Para todos os procedimentos e análises estatísticas foi utilizado um intervalo de confiança de 95%.

### Estudo das Características Psicométricas das Medidas

Os índices de consistência interna das escalas e sub-escalas do questionário foram calculados através do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

A tabela 2 mostra os valores de consistência interna, das correlações médias inter-itens e da amplitude das correlações item-total obtidos para cada uma das escalas, com excepção dos relativos às conversas sobre sexo seguro, ao acesso aos preservativos e ao teste do VIH. Dado que cada uma destas sub-escalas é composta somente por dois itens, apenas foi calculado o valor da correlação entre os dois itens que as compõem (ver tabela 2).

Tabela 2  
Análise da Fidelidade

	$\alpha$ de Cronbach	Correlações Médias inter-itens	Correlação Item-total
Informação acerca da doença	0.78	0.08	0.04 - 0.49
Motivação	0.95	0.32	0.14 - 0.75
Atitudes	0.93	0.34	0.18 - 0.74
Normas Subjectivas	0.88	0.45	0.19 - 0.80
Intenções Comportamentais	0.81	0.33	0.15 - 0.73
Aptidões Comportamentais	0.91	0.22	0.20 - 0.67
Percepção de Dificuldade	0.74	0.19	0.22 - 0.48
Percepção de Eficácia	0.91	0.29	0.32 - 0.66
Comportamentos Preventivos	0.86	0.38	0.06 - .092
Conversas acerca de sexo seguro		0.39	
Acesso aos preservativos		0.43	
Uso do preservativo	0.98	0.94	0.93 - 0.97
Teste do VIH		0.52	
	KR-20		
Desejabilidade Social	0.65		

No que se refere aos constructos primários avaliados, foram obtidos valores de consistência interna,  $\alpha$  de Cronbach, que variaram de 0.78 para a Informação Relativa à Prevenção da SIDA a 0.95 para a Motivação para Desempenhar Comportamentos Preventivos na transmissão da SIDA, tendo as correlações médias inter-itens variado de 0.08 (Informação Relativa à Prevenção da SIDA) a 0.38 (Comportamentos Preventivos na transmissão da SIDA). A amplitude das correlações item-total variou de 0.04 a 0.49 para a Informação Relativa à Prevenção da SIDA, de 0.14 a 0.75 para a Motivação para Desempenhar Comportamentos Preventivos na transmissão da SIDA, de 0.20 a 0.67 para as Aptidões Comportamentais e de 0.06 a 0.92 para os Comportamentos Preventivos relacionados com a Transmissão da SIDA.

Relativamente às sub-escalas da Motivação para Desempenhar Comportamentos Preventivos da SIDA, foram obtidos valores  $\alpha$  de Cronbach de 0.93 para as Atitudes acerca de Actos Preventivos, 0.88 para as Normas Subjectivas e 0.81 para as Intenções Comportamentais, tendo as correlações médias inter-itens variado de 0.33 a 0.45.

As sub-escalas das Aptidões Comportamentais evidenciaram valores  $\alpha$  de Cronbach de 0.74 (Percepção de Dificuldade) e 0.91 (Percepção de Eficácia). Foram também obtidos valores de correlações médias inter-itens de 0.19 e 0.29, tendo a amplitude da correlação item-total variado entre 0.22 e 0.48 e entre 0.32 e 0.66 para as sub-escalas relativas à Percepção de Dificuldade e à Percepção de Eficácia, respectivamente.

Foi ainda obtido um valor  $\alpha$  de Cronbach de 0.98 para a sub-escala dos Comportamentos Preventivos na transmissão da SIDA relativa ao Uso do Preservativo, tendo sido obtidas correlações médias inter-itens de 0.39 para as Conversas sobre Sexo Seguro, 0.43 para o Acesso aos Preservativos e 0.52 para os Comportamentos de Teste do VIH.

Por último, a análise da consistência interna da medida de desejabilidade social, através do Kuder-Richardson (KR-20) revelou um valor de 0.65.

Diferenças de Género Relativamente à Informação, à Motivação, às Aptidões Comportamentais, aos Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH e à Desejabilidade Social

A tabela 3 mostra os valores médios e os desvios padrão em função dos sexos para a informação relativa à prevenção da SIDA, a motivação para desempenhar comportamentos preventivos, as aptidões comportamentais, os comportamentos preventivos na transmissão da doença e a desejabilidade social.

Tabela 3

Valores médios e desvios padrão em função dos géneros relativamente à informação, à motivação, às aptidões comportamentais, aos comportamentos preventivos na transmissão do VIH e à desejabilidade social

	Sexo Masculino (N = 74)		Sexo Feminino (N = 276)	
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP
Informação	33.39	3.21	33.31	3.45
Motivação	119.25	26.11	120.71	25.92
Atitudes	76.54	15.25	77.36	14.68
Normas Subjectivas	21.43	7.26	21.58	7.83
Intenções Comportamentais	20.88	7.38	21.32	7.37
Aptidões Comportamentais	126.04	18.99	126.99	20.13
Percepção de Dificuldade	44.03	6.81	44.23	6.77
Percepção de Eficácia	82.01	14.82	82.71	15.49
Comportamentos Preventivos	6.64	5.08	6.44	5.48
Conversas acerca de sexo seguro	0.82	0.84	0.89	0.81
Acesso aos preservativos	2.63	2.10	2.14	2.20
Uso do preservativo	3.94	4.11	4.24	4.39
Teste do VIH	0.58	0.28	0.74	0.32
Desejabilidade Social	7.65	2.87	7.84	2.54

Com o objectivo de comparar os valores médios obtidos em relação a estas variáveis de acordo com o sexo, foi efectuada uma análise de variância multivariada (MANOVA) que revelou não existir qualquer efeito multivariado significativo do género ( $\lambda$  Wilks = 0.973;  $F(14; 335) = 0.655$ ;  $p = 0.817$ ).

## Valores Normativos

Dado que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente aos constructos em estudo, os valores normativos relativamente à informação, à motivação, às aptidões comportamentais, aos comportamentos preventivos e à deseabilidade social são apresentados para a amostra total. Apresentam-se na tabela 4 as estatísticas descritivas e na tabela 5 os valores dos quartis para a amostra total (ver tabelas 4 e 5).

Tabela 4  
Estatísticas Descritivas para a amostra total

	$\bar{x}$	DP	Moda	Mediana	Amplitude	Assimetria	Curtose
Informação Acerca da SIDA	33.33	3.40	34	34	15-41	-.996	.265
Motivação	120.40	25.93	120.4	120.40	40-186	-.404	.481
Atitudes	77.19	14.79	77.19	77.19	24-114	-.590	1.562
Normas Subjectivas	21.54	7.70	8	22	8-38	-.219	-.811
Intenções Comportamentais	21.23	7.37	24	23	8-38	-.210	-.821
Aptidões Comportamentais	126.79	19.87	128	127	58-176	-.218	.269
Percepção de Dificuldade	44.19	6.77	41	44.19	19-58	-.470	.230
Percepção de Eficácia	82.56	15.34	87	83	27-119	-.320	.438
Comportamentos Preventivos	6.49	5.39	6.49	6.49	0-22	1.090	.871
Conversas acerca de sexo seguro	0.87	0.82	0.87	0.87	0-3	1.127	1.049
Acesso aos preservativos	2.24	2.19	0	2	0-7	.446	-1.023
Uso do preservativo	4.18	4.32	0	4.18	0-12	.700	-.823
Teste do VIH	0.70	0.31	0	0	0-2	4.921	24.767
Desejabilidade Social	7.80	2.61	9	8	0-13	-.375	-.136

Tabela 5  
Valores dos quartis das notas das medidas para a amostra total

	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Informação	0 - 32	34	36 - 46
Motivação	0 - 107	120	136 - 200
Atitudes	0 - 70	77	86 - 120
Normas	0 - 16	22	27 - 40
Intenções	0 - 15	23	27 - 40
Aptidões	0 - 115	127	139 - 180
Percepção de Dificuldade	0 - 40	44	49 - 60
Percepção de Eficácia	0 - 74	83	91 - 120
Comportamentos	0 - 2	6.5	6.5 - 22
Conversas sobre sexo seguro	0	0.9	1 - 3
Acesso a preservativos	0	2	4 - 7
Uso de preservativos	0	4.2	7 - 12
Teste do VIH	0	0	0 - 2
Desejabilidade Social	0 - 6	8	10 - 13

## Correlações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos na transmissão da SIDA

As relações entre as variáveis avaliadas foram analisadas através de uma matriz de correlações de Pearson, de acordo com o sexo.

Para os participantes do sexo masculino, no que respeita aos factores primários, foram obtidas correlações positivas e estatisticamente significativas entre a motivação para desempenhar comportamentos preventivos e as aptidões comportamentais ( $r = 0.34$ ) e entre a motivação e os comportamentos preventivos ( $r = 0.53$ ). Todas as correlações foram significativas para  $p < 0.01$ .

A motivação correlacionou-se positiva e significativamente com a percepção de eficácia ( $r = 0.31$ ;  $p = 0.007$ ) e com a percepção de dificuldade ( $r = 0.26$ ;  $p = 0.024$ ), bem como com as conversas acerca de sexo seguro ( $r = 0.50$ ;  $p = 0.000$ ), o uso de preservativos ( $r = 0.52$ ;  $p = 0.000$ ) e os comportamentos de teste do VIH ( $r = 0.31$ ;  $p = 0.007$ ).

Foram também obtidas correlações positivas e estatisticamente significativas entre as atitudes acerca de actos preventivos e as outras variáveis (à excepção do acesso aos preservativos), as quais variaram de 0.32 (com a percepção de dificuldade) a 0.77 (com as intenções comportamentais), ambas significativas para  $p < 0.01$ . As associações entre as normas subjectivas e os comportamentos preventivos foram também positivas e estatisticamente significativas, à excepção da correlação com os comportamentos de teste do VIH, e variaram entre 0.23 (com o acesso aos preservativos) ( $p = 0.05$ ) e 0.56 (com as conversas sobre sexo seguro) ( $p = 0.000$ ). As intenções comportamentais correlacionaram-se também de modo positivo e estatisticamente significativo com a percepção de eficácia, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos, tendo as correlações variado de

0.26 (com a percepção de eficácia) ( $p = 0.024$ ) a 0.68 (com os comportamentos preventivos) ( $p = 0.000$ ).

As conversas sobre sexo seguro associaram-se positiva e significativamente ao acesso aos preservativos ( $r = 0.32$ ) e ao uso dos mesmos ( $r = 0.61$ ), bem como aos comportamentos preventivos no geral ( $r = 0.78$ ) e o uso de preservativos correlacionou-se significativamente com o acesso aos mesmos ( $r = 0.52$ ), tendo todas as correlações sido significativas para  $p < 0.01$ . Finalmente, os comportamentos de teste do VIH correlacionaram-se de modo significativo com o uso de preservativos ( $r = 0.29$ ;  $p = 0.013$ ) (ver tabela 6).

Tabela 6

Correlações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos para os participantes do sexo masculino

	A	B	B1	B2	B3	C	C1	C2	D	D1	D2	D3
A-Informação	-											
B-Motivação	.09											
B1-Atitudes	.08	.92**										
B2-Normas Subjectivas	.01	.78**	.56**									
B3-Intenções	.18	.88**	.77**	.72**								
C-Aptidões Comport.	.12	.34**	.45**	.11	.28**							
C1-P. Dificuldade	.18	.26*	.32**	.10	.21	.72**						
C2-P.Eficácia	.07	.31**	.42**	.10	.26*	.95**	.47**					
D-Comportamentos	.01	.53**	.40**	.50**	.68**	-.06	.01	-.08				
D1-Conversas	-.08	.50**	.36**	.56**	.57**	-.02	-.09	.02	.78**			
D2-Acesso a preserv.	-.09	.21	.14	.23**	.31**	.10	.19	.04	.59**	.32**		
D3-Uso de preserv.	.09	.52**	.45**	.42**	.63**	.14	.14	.12	.77**	.61**	.52**	
D4-Teste do VIH	.04	.31**	.34**	.14	.28*	.14	.18	.10	-.01	.01	.03	.29*

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

No caso dos participantes do sexo feminino, e no que se refere aos factores primários, foram obtidas correlações positivas e estatisticamente significativas entre a informação sobre a prevenção da SIDA e as aptidões comportamentais ( $r = 0.19$ ), entre a motivação para desempenhar comportamentos preventivos e as aptidões comportamentais ( $r = 0.20$ ), entre a motivação e os comportamentos preventivos ( $r = 0.40$ ), bem como entre as aptidões

comportamentais e os comportamentos preventivos ( $r = 0.21$ ). Todas as correlações foram significativas para  $p < 0.01$ .

Foram também obtidas correlações positivas e estatisticamente significativas entre a informação relativa à prevenção da SIDA e a percepção de dificuldade ( $r = 0.14$ ;  $p = 0.025$ ), bem como entre a informação e a percepção de eficácia ( $r = 0.18$ ;  $p = 0.002$ ) e entre a informação e o acesso aos preservativos ( $r = 0.13$ ;  $p = 0.032$ ).

As correlações positivas e estatisticamente significativas obtidas entre as atitudes e todas as outras variáveis variaram de 0.13 (com os comportamentos de teste do VIH) ( $p = 0.032$ ) a 0.71 (com as intenções comportamentais) ( $p = 0.000$ ). As associações entre as normas subjectivas e as restantes variáveis foram também positivas e estatisticamente significativas, à excepção da correlação com o teste do VIH, tendo variado entre 0.12 (com a percepção de eficácia) ( $p = 0.039$ ) e 0.78 (com as intenções comportamentais) ( $p = 0.000$ ). As intenções comportamentais correlacionaram-se também de forma estatisticamente significativa com todas as outras variáveis, tendo as correlações variado de 0.14 (com a percepção de eficácia) ( $p = 0.025$ ) a 0.56 (com o uso de preservativos) ( $p = 0.000$ ).

Foram ainda obtidas correlações estatisticamente significativas entre a percepção de dificuldade e a percepção de eficácia ( $r = 0.57$ ), bem como com o acesso aos preservativos ( $r = 0.29$ ) e o uso de preservativos ( $r = 0.23$ ), todas significativas para  $p < 0.01$ . A percepção de eficácia associou-se positiva e significativamente ao acesso aos preservativos ( $r = 0.33$ ;  $p = 0.000$ ) e ao uso dos mesmos ( $r = 0.27$ ;  $p = 0.000$ ) mas negativamente aos comportamentos de teste do VIH ( $r = -0.12$ ;  $p = 0.046$ ).

Por sua vez, as conversas sobre sexo seguro associaram-se significativamente com o acesso ( $r = 0.39$ ) e o uso de preservativos ( $r = 0.56$ ). Finalmente, o uso de preservativos correlacionou-se significativamente com o acesso aos mesmos ( $r = 0.66$ ). Todas as correlações foram significativas para  $p < 0.01$  (ver tabela 7).

Tabela 7

Correlações entre a informação, a motivação, as aptidões comportamentais e os comportamentos preventivos para os participantes do sexo feminino

	A	B	B1	B2	B3	C	C1	C2	D	D1	D2	D3
A-Informação	-											
B-Motivação	-.01											
B1-Atitudes	-.01	.95**										
B2-Normas Subjectivas	.05	.76**	.61**									
B3-Intenções	.04	.82**	.71**	.78**								
C-Aptidões Comport.	.19**	.20**	.23**	.16**	.18**							
C1-P. Dificuldade	.14*	.28**	.31**	.20**	.23**	.78**						
C2-P.Eficácia	.18**	.14*	.16**	.12*	.14**	.96**	.57**					
D-Comportamentos	-.03	.40**	.35**	.35**	.49**	.21**	.18**	.19**				
D1-Conversas	-.06	.39**	.34**	.38**	.48**	.10	.10	.09	.76**			
D2-Acesso a preserv.	.13*	.32**	.28**	.30**	.39**	.35**	.29**	.32**	.67**	.39**		
D3-Uso de preserv.	.07	.43**	.38**	.41**	.56**	.28**	.23**	.27**	.76**	.56**	.66**	
D4-Teste do VIH	.10	.15*	.13*	.07	.15*	-.11	-.06	-.12*	.12	.06	.05	.09

\* p < 0.05; \*\* p < 0.01

### Estudo da Desejabilidade Social

Tendo por base a mediana dos resultados dos participantes em relação à desejabilidade social, foram constituídos dois grupos: um grupo de baixa desejabilidade social, composto por 152 indivíduos com notas abaixo da mediana e um grupo de alta desejabilidade social, composto por 150 indivíduos com notas acima da mediana. Foram excluídos 48 participantes que apresentavam notas de desejabilidade social iguais à mediana.

Para determinar a existência de diferenças significativas nas variáveis em estudo em função do sexo e da desejabilidade social (baixa desejabilidade social *versus* alta desejabilidade social) foi efectuada uma MANOVA.

Os resultados obtidos revelaram um efeito multivariado significativo para a desejabilidade social ( $\lambda$  de Wilks = 0.913;  $F(13; 286) = 2.101$ ;  $p = 0.014$ ), mas não para o sexo ( $\lambda$  de Wilks = 0.978;  $F(13; 286) = 0.495$ ;  $p = 0.927$ ). Também não foi encontrada uma

interacção estatisticamente significativa entre a desejabilidade social e o sexo ( $\lambda$  de Wilks = 0.951;  $F(13; 286) = 1.132$ ;  $p = 0.332$ ).

As análises subsequentes dos valores dos Fs univariados permitiram verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação às aptidões comportamentais no geral ( $F(1; 350) = 7.111$ ;  $p = 0.008$ ) e, em particular, à percepção de eficácia ( $F(1; 350) = 10.016$ ;  $p = 0.002$ ) (ver tabela 8).

Tabela 8

Diferenças entre os grupos de alta e baixa desejabilidade social relativamente à informação, à motivação, às aptidões comportamentais e aos comportamentos preventivos

	Baixa Desejabilidade Social (N = 152)		Alta Desejabilidade Social (N = 150)		F
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	
Informação	33.79	2.73	33.05	3.15	1.041
Motivação	120.84	26.09	117.81	26.91	0.298
Atitudes	76.92	15.13	76.25	15.39	0.047
Normas Subjectivas	21.66	8.06	20.84	7.51	0.794
Intenções Comportamentais	21.42	7.51	20.73	7.43	0.176
Aptidões Comportamentais	122.75	20.94	129.85	18.83	7.111 **
Percepção de Dificuldade	43.31	7.55	44.27	6.12	0.528
Percepção de Eficácia	79.44	15.16	85.48	14.98	10.016 **
Comportamentos Preventivos	7.00	5.64	6.05	5.29	1.736
Conversas acerca de preservativos	0.89	0.83	0.85	0.81	0.044
Acesso aos preservativos	2.30	2.12	2.06	2.17	0.208
Uso do preservativo	4.41	4.43	3.95	4.26	0.049
Teste do VIH	0.87	0.34	0.61	0.31	0.021

\*\*  $p < 0.01$

Os resultados obtidos revelaram que o grupo de participantes com níveis altos de desejabilidade social relatou uma maior percepção de eficácia ( $\bar{M} = 85.48$ ;  $\bar{DP} = 14.98$ ) e mais aptidões comportamentais ( $\bar{M} = 129.85$ ;  $\bar{DP} = 18.83$ ), comparativamente com o grupo de participantes com níveis baixos de desejabilidade social ( $\bar{M} = 79.44$ ;  $\bar{DP} = 15.16$  e  $\bar{M} = 122.75$ ;  $\bar{DP} = 20.94$ , respectivamente).

O estudo das correlações entre a desejabilidade social e as restantes variáveis foi analisado para a amostra total através dos coeficientes de correlação de Pearson, tendo sido obtidas correlações estatisticamente significativas entre a desejabilidade social e as aptidões

comportamentais ( $r = 0.18$ ) e entre a desejabilidade social e a percepção de eficácia ( $r = 0.20$ ), ambas significativas para  $p < 0.01$ .

Estudo das diferenças entre não utilizadores de preservativos, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes relativamente à informação, motivação, aptidões comportamentais, comportamentos preventivos e desejabilidade social

Os participantes foram divididos de acordo com os seus relatos que respeitavam à frequência com que usaram preservativos no mês que antecedeu a recolha dos dados, tendo, deste modo, sido constituídos três grupos: um grupo de participantes que relatou nunca utilizar preservativos ( $N = 147$ ), um segundo grupo constituído por participantes que relataram utilizar preservativos somente algumas vezes ( $N = 59$ ) e, finalmente, um terceiro grupo de participantes que relataram utilizar sempre preservativos ( $N = 58$ ).

Para analisar as relações entre as variáveis em estudo e o uso de preservativos foram efectuadas análises da variância unifactoriais. Posteriormente, tendo em vista a análise das variáveis que melhor discriminavam os não utilizadores de preservativos dos utilizadores esporádicos e dos utilizadores consistentes, foi ainda efectuada uma análise discriminante multivariada, pelo método *stepwise*.

A tabela 9 mostra os valores médios e os desvios padrão para os três grupos. O estudo das diferenças entre os não utilizadores de preservativos, os utilizadores esporádicos e os utilizadores consistentes evidenciou a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação às atitudes acerca dos actos preventivos ( $F(2; 264) = 28.369$ ;  $p = 0.000$ ), às normas subjectivas ( $F(2; 264) = 31.840$ ;  $p = 0.000$ ), às intenções comportamentais ( $F(2; 264) = 88.146$ ;  $p = 0.000$ ), à motivação para desempenhar comportamentos preventivos na

transmissão da SIDA ( $F(2; 264) = 39.714; p = 0.000$ ), à percepção de dificuldade ( $F(2; 264) = 9.707; p = 0.000$ ) e de eficácia ( $F(2; 264) = 16.027; p = 0.000$ ), às aptidões comportamentais ( $F(2; 264) = 17.716; p = 0.000$ ), às conversas acerca de sexo seguro ( $F(2; 264) = 57.023; p = 0.000$ ), ao acesso aos preservativos ( $F(2; 264) = 131.028; p = 0.000$ ), aos comportamentos de teste do VIH ( $F(2; 264) = 4.371; p = 0.014$ ) e aos comportamentos preventivos na transmissão do VIH ( $F(2; 264) = 180.725; p = 0.000$ ).

Tabela 9

Diferenças entre não utilizadores, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes relativamente à informação, motivação, aptidões comportamentais, comportamentos preventivos e desejabilidade social

	N. U. (N = 147)		U. E. (N = 59)		U. C. (N = 58)		F	NU vs UE	NU vs UC	UE vs UC
	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP	$\bar{x}$	DP				
Informação	33.21	3.53	33.05	3.15	34.05	3.20	1.594			
Motivação	105.90	25.62	123.36	21.87	137.19	20.53	39.714***	*	*	*
Atitudes	70.21	15.07	78.20	12.54	86.05	12.08	28.369***	*	*	*
Normas	17.77	7.42	22.67	7.31	26.23	6.50	31.840***	*	*	*
Intenções	15.79	6.35	23.63	5.68	26.83	4.70	88.146***	*	*	*
Aptidões	123.28	20.30	125.72	14.34	140.07	16.40	17.716***		*	*
P. Dificuldade	42.81	7.19	44.38	5.71	47.31	5.81	9.707***		*	*
P. Eficácia	80.47	15.63	81.34	11.33	92.74	13.51	16.027***		*	*
C. Preventivos	2.31	2.45	10.79	3.89	12.68	6.61	180.725***	*	*	*
Conversas	0.43	0.62	1.20	0.97	1.66	0.95	57.023***	*	*	*
Acesso	1.08	1.55	3.75	1.71	4.78	1.69	131.028***	*	*	*
Teste do VIH	0.08	0.82	0.51	0.29	0.12	0.42	4.371*		*	
Desej. Social	7.80	2.60	7.61	2.57	7.88	2.68	0.172			

\*\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$

N. U. = Não Utilizadores; U. E. = Utilizadores Esporádicos; U. C. = Utilizadores Consistentes

A tabela 9 mostra ainda que as análises *post-hoc* entre os três grupos, através do método de Tukey, revelaram que o grupo de utilizadores consistentes de preservativos diferiu do grupo de utilizadores esporádicos e do grupo de não utilizadores em relação às dimensões da motivação, aptidões comportamentais e em relação aos comportamentos preventivos, no sentido de os primeiros relatarem estar mais motivados, possuir mais aptidões comportamentais, conversarem mais sobre sexo seguro e terem mais acesso aos preservativos comparativamente com os outros dois grupos e de terem mais comportamentos de teste do

VIH comparativamente com os não utilizadores de preservativos. O grupo de utilizadores esporádicos de preservativos diferiu do grupo de não utilizadores relativamente às dimensões da motivação, às aptidões comportamentais e aos comportamentos preventivos, no sentido de estarem mais motivados, relatarem ter mais patidões comportamentais, conversarem mais sobre sexo seguro e terem um maior acesso aos preservativos, comparativamente com os não utilizadores de preservativos.

Para completar esta análise foi efectuada uma análise discriminante multivariada, pelo método *stepwise*, que permitiu discriminar com sucesso os três grupos, evidenciando duas funções discriminantes estatisticamente significativas: para a primeira função,  $\lambda$  Wilks = 0.388;  $\chi^2$  (8) = 273.923;  $p$  = 0.000 e, para a segunda função,  $\lambda$  Wilks = 0.954;  $\chi^2$  (3) = 12.244;  $p$  = 0.007. As coordenadas dos centróides dos três grupos para as duas funções estão representadas na tabela 10.

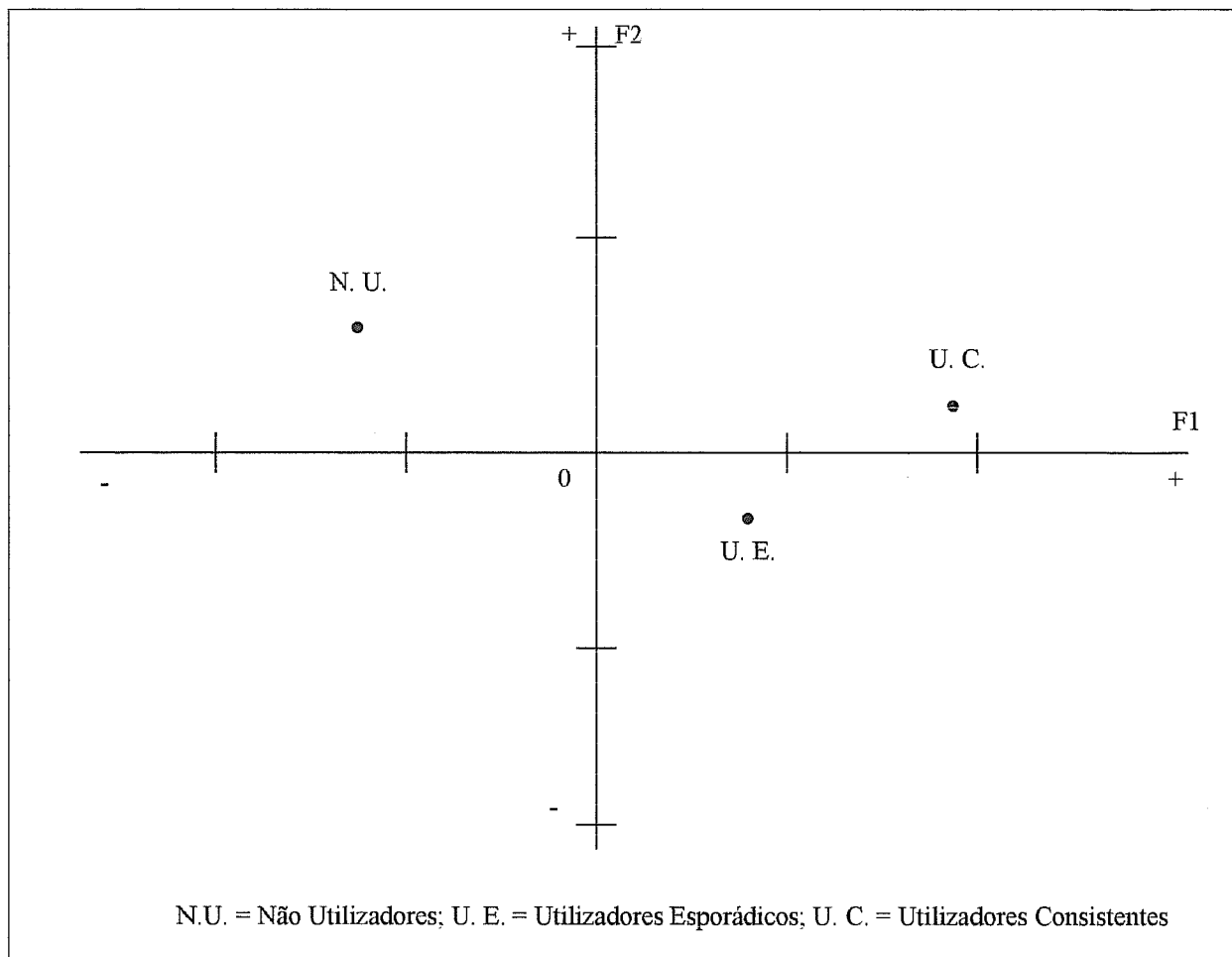
Tabela 10

Coordenadas dos centróides dos grupos para as duas funções discriminantes

	Função	
	1	2
Não Utilizadores de Preservativos (N.U.)	-1.13	0.50
Utilizadores Esporádicos (U. E.)	0.93	-0.38
Utilizadores Consistentes (U. C.)	1.93	0.26

A partir destas coordenadas foi elaborado o gráfico que representa os três grupos (não utilizadores de preservativos, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes) pelos seus centróides no espaço das funções discriminantes (ver figura 6).

Figura 6  
Centróides dos três grupos em relação às funções discriminantes



A representação gráfica das duas funções discriminou os três grupos, encontrando-se o grupo dos não utilizadores de preservativos representado graficamente do lado negativo pela primeira função e do lado positivo pela segunda função. O grupo dos utilizadores esporádicos de preservativos ficou representado do lado positivo pela primeira função e do lado negativo pela segunda função. Finalmente, o grupo de utilizadores consistentes de preservativos ficou graficamente representado do lado positivo por ambas as funções.

A representação gráfica das duas funções mostra que a primeira função discriminou os utilizadores consistentes e os utilizadores esporádicos dos não utilizadores de preservativos enquanto que a segunda função discriminou os não utilizadores e os utilizadores consistentes dos utilizadores esporádicos de preservativos.

A descrição de cada uma das funções a partir das variáveis ordenadas pela amplitude das correlações com as duas funções discriminantes pode ser observada na tabela 11. Foram consideradas como sendo estatisticamente significativas as correlações acima de 0.30 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998).

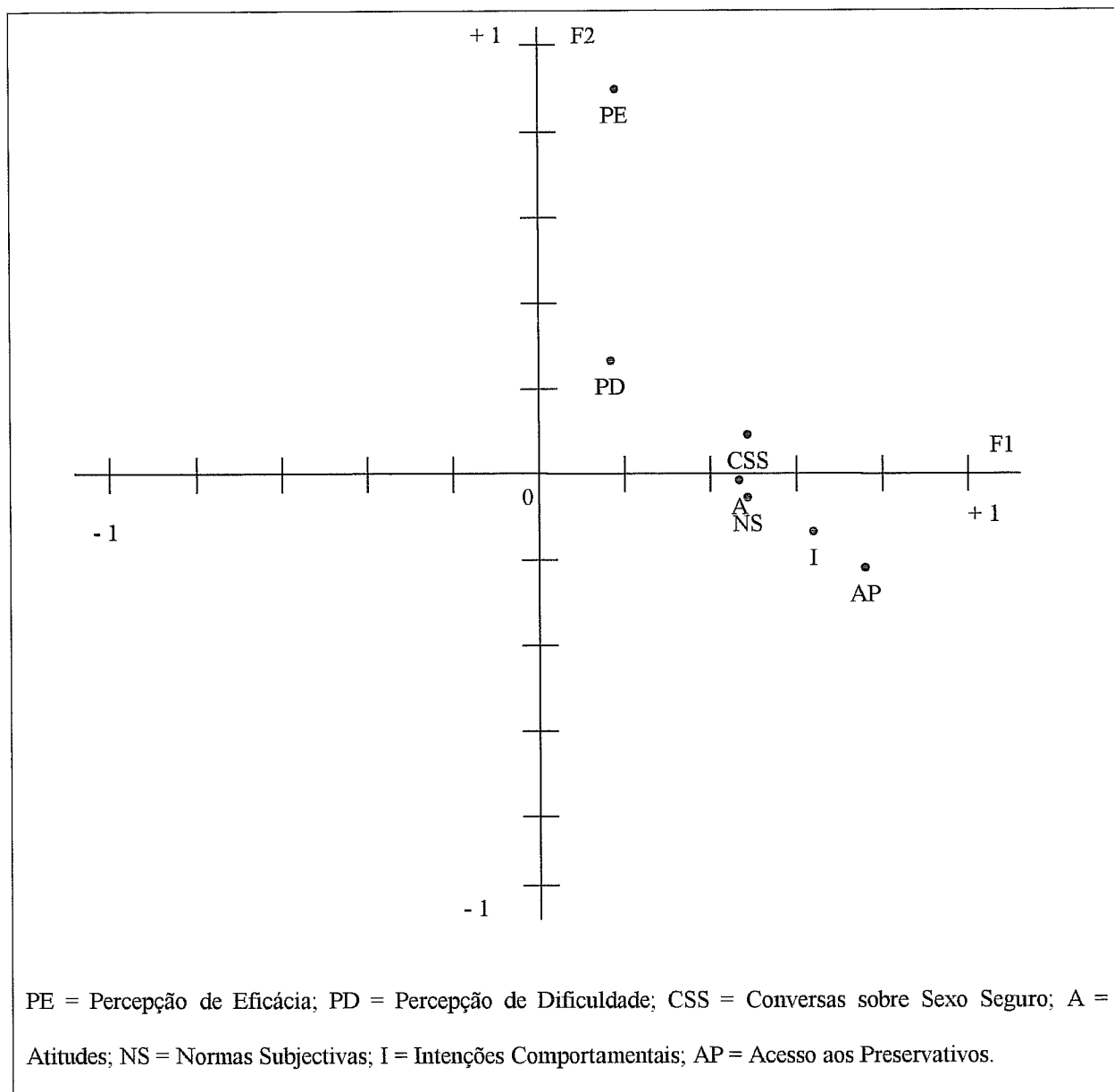
Tabela 11  
Variáveis ordenadas pela amplitude das correlações com as funções discriminantes

Variáveis	Função 1	Função 2
<b>Acesso aos Preservativos</b>	<b>0.76</b>	-0.20
<b>Intenções Comportamentais</b>	<b>0.62</b>	-0.12
<b>Conversas sobre Sexo Seguro</b>	<b>0.50</b>	0.12
<b>Normas Subjectivas</b>	0.49	-0.07
<b>Atitudes</b>	0.46	0.01
<b>Percepção de Eficácia</b>	0.22	<b>0.91</b>
<b>Percepção de Dificuldade</b>	0.21	<b>0.36</b>
Teste do VIH	0.06	-0.06

Desta forma, a primeira função ficou definida pelo lado positivo pelo acesso aos preservativos, pelas intenções comportamentais, pelas conversas sobre sexo seguro, pelas normas subjectivas e pelas atitudes acerca dos actos preventivos enquanto que a segunda função ficou definida, também pelo lado positivo, pela percepção de eficácia e pela percepção de dificuldade (ver figura 7).

Figura 7

Variáveis que apresentaram correlações superiores a 0,30 com as funções discriminantes



Adicionalmente, a tabela 12 mostra ainda que a análise da classificação discriminante indicou que cerca de 91% dos não utilizadores de preservativos, cerca de 42% dos utilizadores esporádicos e cerca de 67% dos utilizadores consistentes foram classificados correctamente.

Tabela 12

Discriminação entre não utilizadores de preservativos, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes

Resultados da Classificação				
Grupo Actual	Nº Casos	Grupo Predicto		
		Não Utilizadores	Utilizadores Esporádicos	Utilizadores Consistentes
Não Utilizadores	147	134 (91.2%)	9 (6.1%)	4 (2.7%)
Utilizadores Esporádicos	59	20 (33.9%)	25 (42.4%)	14 (23.7%)
Utilizadores Consistentes	58	4 (6.9%)	15 (25.9%)	39 (67.2%)

Nº de participantes correctamente classificados: 75 %

A comparação da medida do poder classificativo da função discriminante ( $\text{Press } Q = 85.05$ ) com um valor crítico baseado na distribuição do  $\chi^2$  (6.63;  $p < 0.01$ ) mostrou que a percentagem de classificações correctas é significativamente maior que a que seria esperada devido ao acaso pelo que é possível interpretar as funções discriminantes com o objectivo de desenvolver os perfis dos grupos.

Assim, os resultados globais da classificação, com 75% do total dos participantes correctamente classificados, mostraram que os utilizadores consistentes e os utilizadores esporádicos se diferenciaram dos não utilizadores de preservativos no que se refere ao acesso aos preservativos, às intenções comportamentais, às conversas sobre sexo seguro, às normas subjectivas e às atitudes acerca dos actos preventivos e que os não utilizadores e os utilizadores consistentes de preservativos se discriminaram dos utilizadores esporádicos relativamente à percepção de eficácia e à percepção de dificuldade.

## Teste do Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais através de análises multi-amostrais de equações estruturais

A estimativa dos parâmetros de medida e dos componentes estruturais do modelo foi efectuada através do programa estatístico *Lisrel* 8.30 para o *Windows*, segundo o método da verosimilhança máxima.

À excepção do constructo Informação Relativa à Prevenção da SIDA, todos os outros constructos tinham pelo menos dois indicadores de medida os quais foram operacionalizados no capítulo correspondente aos instrumentos.

Tal como foi especificado, o modelo incluiu quatro constructos com cinco parâmetros estruturais que representam os efeitos causais postulados e uma covariância estrutural que representa a relação entre os constructos Informação Relativa à Prevenção da SIDA e Motivação para Desempenhar Comportamentos Preventivos na Transmissão da SIDA, ou seja, é um modelo com quatro constructos e seis parâmetros. Estes parâmetros medem as relações entre as quatro variáveis descritas no modelo (ver figura 5).

A validade do modelo foi testada tendo em consideração o ajustamento do padrão de covariâncias observado à especificação teórica, através dos índices de bondade do ajustamento. A percentagem da variância explicada para as aptidões comportamentais e para os comportamentos preventivos na transmissão da SIDA foi estimada de acordo com o género.

Foram utilizadas análises multi-amostrais para testar o modelo em amostras separadas de estudantes do sexo masculino ( $N = 67$ ) e do sexo feminino ( $N = 235$ ) sexualmente activos. Nas análises multi-amostrais, os parâmetros do modelo eram idênticos para as duas amostras, tendo sido consideradas as covariâncias em função do género.

Os índices de ajustamento obtidos são apresentados de seguida. A medida  $\chi^2$  de ajustamento dos dados ao modelo nas duas amostras foi estimada em 11.26;  $gl = 7$ ;  $p = 0.128$ . O facto de o seu valor não ter sido significativo indica que os dados se ajustaram ao modelo nas duas amostras.

Os outros índices de ajustamento mostraram também estar dentro de limites aceitáveis sugerindo também um ajustamento apropriado: o RMSEA foi de 0.06 ( $p = 0.1298$ ), com um intervalo de confiança de 0 a 90 %. O GFI revelou um valor igual a 0.99, O NNFI foi igual a 0.86, o CFI foi igual a 0.92 e o RFI mostrou um valor igual a 0.76. Os índices que fornecem indicações da parsimónia do modelo mostraram também um ajustamento aceitável dos dados ao modelo: PGFI = 0.70 e NC = 1.82.

As relações entre os constructos do modelo de acordo com os coeficientes estruturais estandarizados podem ser observadas para a amostra de participantes do sexo masculino e para a amostra de participantes do sexo feminino em separado (ver figuras 8 e 9).

### Participantes do Sexo Masculino

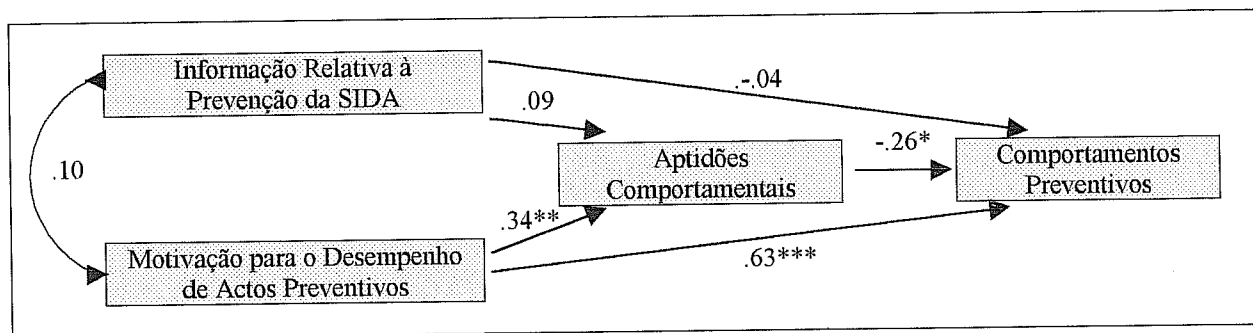
A análise dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA na amostra de homens sexualmente activos revelou que a informação relativa à prevenção da SIDA e a motivação para desempenhar comportamentos preventivos na transmissão da doença eram constructos não relacionados.

A informação acerca da prevenção da SIDA não revelou qualquer efeito significativo relativamente às aptidões comportamentais embora a motivação para o desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA tenha apresentado um efeito significativo sobre os mesmos.

Por sua vez, as aptidões comportamentais mostraram um efeito significativo, embora de forma negativa, com os comportamentos preventivos na transmissão da doença, enquanto que a informação relativa à prevenção da SIDA não se associou significativamente aos comportamentos preventivos e a motivação para o desempenho desses comportamentos mostrou uma associação significativa com os mesmos (ver figura 8).

Figura 8

Coefficientes estruturais estandarizados para os participantes do sexo masculino



A análise dos valores dos  $R^2$  na amostra de homens sexualmente activos mostrou que os constructos do modelo explicaram aproximadamente 9% da variância das aptidões comportamentais e cerca de 20% da variância dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA.

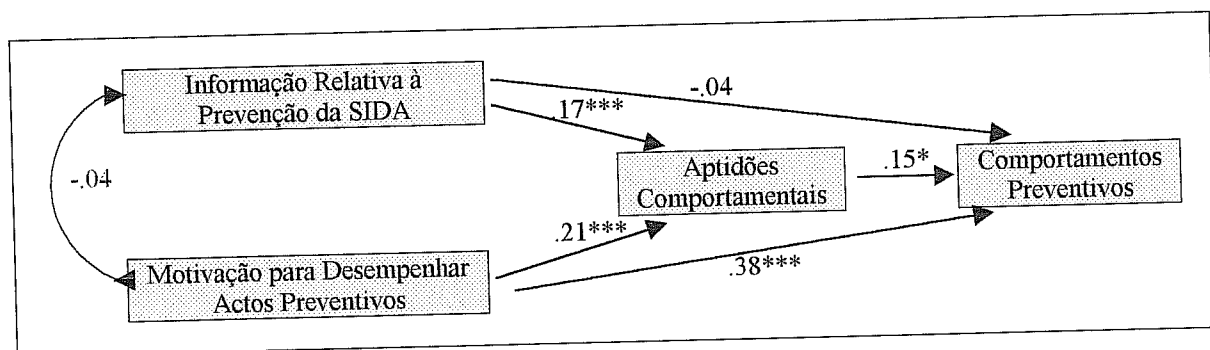
#### Participantes do Sexo Feminino

A análise dos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA na amostra de mulheres sexualmente activas revelou também que a informação relativa à prevenção da SIDA e a motivação para desempenhar comportamentos preventivos na transmissão da doença eram constructos não relacionados, tal como é postulado pelo modelo.

A informação acerca da prevenção da SIDA mostrou ter um efeito positivo e significativo em relação às aptidões comportamentais, tendo o mesmo acontecido com a motivação para o desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA. Por sua vez, as aptidões comportamentais bem como a motivação para desempenhar os comportamentos preventivos revelaram um efeito significativo sobre os comportamentos preventivos na transmissão da SIDA.

A informação relativa à prevenção da SIDA mostrou, mais uma vez, não estar relacionada com os comportamentos preventivos na transmissão da doença (ver figura 9).

Figura 9  
Coeficientes estruturais estandardizados para os participantes do sexo feminino



A análise dos valores de  $R^2$  na amostra de mulheres sexualmente activas, evidenciou que os constructos do modelo explicaram aproximadamente 8% da variância das aptidões comportamentais e cerca de 20% da variância dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA.

# DISCUSSÃO

Este estudo tinha como objectivo principal o teste empírico do modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992) numa população de jovens adultos. Pretendia-se igualmente analisar as diferenças entre os géneros relativamente aos constructos do modelo, as relações entre os mesmos, bem como as diferenças entre não utilizadores de preservativos, utilizadores esporádicos e utilizadores consistentes relativamente às variáveis em estudo.

Como estas medidas não foram utilizadas na população portuguesa, efectuámos em primeiro lugar o estudo das suas propriedades psicométricas. De um modo geral, os resultados obtidos demonstraram valores de consistência interna e homogeneidade adequados (Briggs & Cheek, 1986; Nunnally, 1978), sendo mesmo mais elevados que os valores da versão original no que respeita às medidas da informação relativa à prevenção da SIDA, da motivação para desempenhar comportamentos preventivos e à medida das aptidões comportamentais que se refere à percepção de eficácia. Foram obtidos valores semelhantes em relação às sub-escalas da percepção de dificuldade e do uso de preservativos (Misovich, Fisher & Fisher, 1998).

Os relatos de desejabilidade social não interagiram com o género mas associaram-se positivamente com as percepções de aptidões comportamentais, revelando um possível enviezamento no sentido de uma auto-apresentação mais favorável ao nível da percepção individual do grau de eficácia no desempenho dos comportamentos preventivos na transmissão do VIH. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Catania et al. (1990), que foca a importância do papel desempenhado por variáveis como a desejabilidade social e a auto-revelação sexual ao nível dos auto-relatos de variáveis relacionadas com os comportamentos de risco da transmissão do VIH.

A não existência de diferenças entre os géneros em relação à informação relativa à prevenção da SIDA, à motivação para desempenhar comportamentos preventivos, às aptidões comportamentais, aos comportamentos preventivos e à desejabilidade social não está de

acordo com muitos dos resultados referenciados na literatura (Basen-Engquist, 1992; Dekin, 1996; Fisher e Misovich, 1990; Grenlee e Ridley, 1993; Manning et al., 1989, entre outros). De acordo com Buunk et al. (1998), Cochran e Peplau (1991) e Goldman e Harlow (1993), a existência de resultados contraditórios ao nível da disposição individual para adoptar comportamentos sexuais seguros (dado que nem todos os estudos demonstram a existência de diferenças de género em relação aos determinantes dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA) sugere que estas diferenças podem ser devidas a questões metodológicas referentes ao modo como são operacionalizados os constructos, bem como às especificidades da população em estudo.

O estudo das relações entre as variáveis mostrou que, no caso dos participantes do sexo masculino, os participantes mais motivados tinham uma percepção mais elevada das suas aptidões comportamentais e desempenhavam mais comportamentos preventivos relacionados com a transmissão da doença. Para os participantes do sexo feminino, uma maior informação acerca da prevenção da SIDA associou-se a uma maior percepção de aptidões comportamentais e com um maior acesso aos preservativos. As participantes mais motivadas tinham uma maior percepção de aptidões comportamentais e desempenhavam mais comportamentos preventivos. As aptidões comportamentais associaram-se também directamente aos comportamentos preventivos que se referem ao acesso e uso de preservativos, confirmando os dados da literatura (Catania et al., 1989; Catania et al., 1991; Catania, Coates, Kegeles et al., 1992; Catania, Coates, Golden et al., 1994; J. D. Fisher & Fisher, 1998; Fisher, Fisher & Rye, 1995; Marin, Gomez & Tschann, 1993; Marin, Gomez, Tschann & Gregorich, 1997; Marin, Tschann, Gomez & Gregorich, 1998; Soet, Dilorio & Dudley, 1998; Stark et al., 1998). Deste modo, os resultados obtidos sugerem que, no que se refere aos participantes do sexo masculino, a motivação tinha uma relação directa sobre os comportamentos preventivos enquanto que, para os participantes do sexo feminino, essa

relação, embora existisse, era mediada pelas aptidões comportamentais. Ou seja, para os participantes do sexo masculino, o facto de possuírem aptidões comportamentais para o desempenho de comportamentos preventivos não tinha uma associação significativa com o desempenho desses mesmos comportamentos.

Estes resultados colocam novamente em evidência o papel desempenhado pelo componente motivacional no desempenho de comportamentos de risco *versus* comportamentos preventivos em relação à transmissão do VIH, em particular no que respeita às intenções para desempenhar esses mesmos comportamentos.

Os resultados encontrados no estudo das diferenças entre os participantes que não utilizavam preservativos, os participantes que os utilizavam esporadicamente e os participantes que os usavam consistentemente mostraram, mais uma vez, a importância da motivação e das aptidões comportamentais para o desempenho de comportamentos preventivos, bem como das conversas acerca de sexo seguro e do acesso aos preservativos, sugerindo a existência de um padrão comportamental para os indivíduos que utilizavam sempre preservativos e os indivíduos que, pelo contrário, nunca utilizavam preservativos. Os indivíduos que não utilizavam preservativos estavam menos motivados, falavam menos sobre sexo seguro, tinham menos acesso aos preservativos e desempenhavam menos comportamentos de teste do VIH, comparativamente com os utilizadores esporádicos e os utilizadores consistentes. Os utilizadores consistentes de preservativos estavam mais motivados, relataram mais aptidões comportamentais e mais conversas sobre sexo seguro, acesso aos preservativos e comportamentos de teste do VIH. Brien, Thombs, Mahoney e Wallnau (1994) e Mahoney, Thombs e Ford (1995) obtiveram resultados que mostraram também que os não utilizadores de preservativos e os utilizadores esporádicos tinham uma menor percepção de auto-eficácia relativa ao desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA, comparativamente com os utilizadores consistentes.

Tendo como objectivo o desenvolvimento de relações causais e predição dos comportamentos de risco relacionados com a transmissão da SIDA em jovens adultos sexualmente activos de ambos os sexos, foi executado um teste empírico do modelo Informação–Motivação–Aptidões Comportamentais que validou a sua adequação nesta população. A percentagem da variância explicada, embora mais baixa no caso dos participantes do sexo feminino, foi superior aos valores obtidos por Fisher et al., (1994). Os dados mostraram-se adequados para ambos os sexos. Foram, no entanto, encontradas variações em relações específicas observadas entre os constructos para cada um deles.

Os resultados obtidos mostraram que, para os participantes do sexo masculino, a motivação para o desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA teve um efeito directo sobre os comportamentos preventivos. Os participantes que estavam motivados para desempenhar comportamentos preventivos na transmissão da SIDA expressavam directamente a sua motivação através, por exemplo, do uso de preservativos, pelo que os efeitos da informação relativa à prevenção da doença foram menos visíveis. No entanto, apesar de a motivação para desempenhar comportamentos preventivos exercer um efeito directo sobre as aptidões comportamentais, estas relacionaram-se inversamente com os comportamentos preventivos, ou seja, os participantes com mais aptidões comportamentais eram os que desempenhavam menos comportamentos preventivos o que mostra nesta população resultados contrários aos encontrados por Fisher et al. (1994), Fisher et al. (1996) e Fisher, Fisher & Rye (1995).

É possível que estes resultados possam ter sido influenciados por aspectos relacionados com a desejabilidade social dos participantes mas que reflectam também o efeito de variáveis mediadoras da relação entre as aptidões comportamentais e o desempenho de comportamentos preventivos da transmissão da SIDA, as quais não foram avaliadas no presente estudo e que se relacionaram de modo diferente, de acordo com os géneros.

A percepção de risco tem sido sugerida em diversas investigações como um elemento importante ao nível da mudança de comportamentos sexuais entre os indivíduos que desempenham comportamentos que os colocam em risco de infecção pelo VIH (James, Gillies & Bignell, 1991). Assim, apesar de os participantes do sexo masculino relatarem ter aptidões comportamentais para o desempenho de comportamentos preventivos, podem não os desempenhar dado que não se percebem em risco de contraírem o vírus. Esta relação tem sido bem documentada na literatura, apontando os resultados obtidos para a influência directa da percepção de risco ao nível do desempenho de comportamentos de preventivos *versus* de risco (Costa & Lima, 1998; Edhe, Holm & Robbins, 1995; Eversly et al., 1993; Goldman & Harlow, 1993; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Shepherd, 1993; Kalichman, 1994; Polacsek et al., 1999; Seal, 1996; van der Velde, van der Pligt & Hooykaas, 1994). A caracterização da doença como um problema que não pertence ao grupo no qual o indivíduo se insere, como um problema que nunca o irá afectar porque só acontece aos outros, ilusão da invulnerabilidade única, (Mickler, 1993) está também directamente relacionada com a percepção de invulnerabilidade e com enclivamentos relacionados com disposições da personalidade como o optimismo (Fontaine, 1994).

É ainda possível que os indivíduos, apesar de estarem conscientes que a infecção pode ser evitada, desempenhem comportamentos que os colocam em risco de contrair o vírus dado que usam regras de decisão enclivadas para determinar o risco potencial do seu comportamento ou do comportamento dos outros, o que leva a que se percepcionem como correndo um baixo risco de infecção (Malloy, Fisher, Albright, Misovich & Fisher, 1997).

Por outro lado, Bandura (1994) sugere a distinção entre ter aptidões comportamentais e saber utilizá-las. É, assim, necessário ter em consideração que é diferente ter aptidões de auto-regulação e ser capaz de as utilizar de forma eficaz e consistente em circunstâncias

complexas, como é o caso do contexto sexual. Para haver sucesso é necessário acreditar na auto-eficácia para exercer controlo pessoal.

Os factores de ordem relacional parecem também poder ter influenciado os relatos do comportamento sexual. Apesar de receberem menos atenção que os factores de ordem individual no que se refere à sua associação com o uso de preservativos, variáveis como o tempo de duração do relacionamento e o grau de compromisso em relação ao mesmo associam-se a uma menor frequência de uso de preservativos (Civic, 1999). O uso de preservativos tende a ser elevado no início de um relacionamento, declinando à medida que este prossegue (Ku, Sonenstein & Pleck, 1994). Também o uso de contraceptivos orais pode mediar a relação entre os factores relacionais e o uso de preservativos, pelo que investigações futuras devem ter em consideração as características dos relacionamentos, nomeadamente o tempo de duração da relação.

No caso dos participantes do sexo feminino, a informação relativa à prevenção da doença mostrou não influenciar significativamente os comportamentos preventivos, sendo o seu efeito mediado pelas aptidões comportamentais relativas ao desempenho dos comportamentos preventivos.

O baixo poder explicativo da informação acerca da prevenção da SIDA ao nível do envolvimento em actividades sexuais de risco mostra que o conhecimento do VIH, das suas vias de transmissão e modos de prevenção não confere, por si só, um efeito protector contra os comportamentos de risco relacionados com a transmissão do VIH. Ou seja, não é por estarem bem informados acerca das vias de transmissão e dos modos de prevenção da infecção que os indivíduos deixam de desempenhar comportamentos que os podem por em risco de contrair a doença.

Podemos verificar que o estudo da importância diferencial da informação, da motivação e das aptidões comportamentais em função da idade, da cultura e do género, dada a

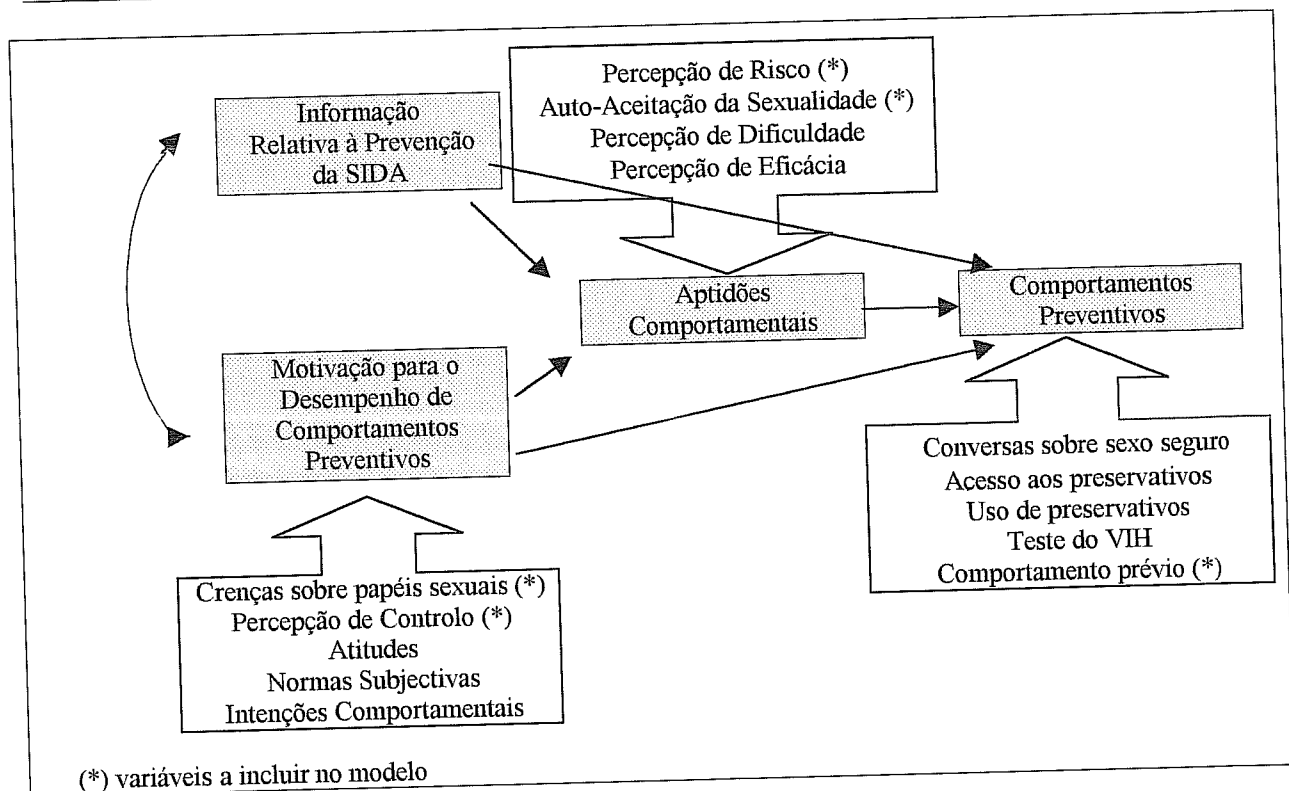
possibilidade de existência de variáveis que podem aumentar o poder preditivo do modelo, é de grande importância.

Estes dados, bem como o facto de a variância explicada pelo modelo ser relativamente baixa levam-nos a sugerir a inclusão neste modelo de variáveis que aumentem o seu poder explicativo, permitindo uma melhor compreensão dos determinantes psicológicos dos comportamentos associados à prevenção da doença. É evidente, na nossa sociedade, o papel desempenhado pelas crenças relacionadas com os papéis sexuais tradicionais e pela aceitação da sexualidade, bem como pelas atitudes afectivas e a percepção de controlo sobre o encontro sexual. Os resultados obtidos neste estudo sugerem ainda a importância da avaliação das percepções individuais de risco relacionadas com a contracção do VIH, bem como de variáveis de nível relacional e dos comportamentos prévios associados à transmissão do VIH. Em geral, as mulheres jovens sentem-se menos confortáveis que os homens relativamente a questões que respeitam à sexualidade. Os sentimentos negativos acerca da sexualidade associam-se habitualmente a comportamentos sexuais de risco como as relações sexuais desprotegidas, enquanto que a aceitação da sexualidade se correlaciona positivamente com o uso de preservativos (Bryan, Aiken & West, 1997). Deste modo, a inclusão de variáveis relativas às aptidões comportamentais como, por exemplo, a percepção de risco, a auto-aceitação da sexualidade e as crenças acerca de papéis sexuais tradicionais, e de variáveis de nível relacional podem ser integradas no modelo, contribuindo para aumentar a variância explicada.

Por outro lado, a operacionalização da percepção de dificuldade, enquanto percepção individual da facilidade ou dificuldade em desempenhar determinado comportamento, parece semelhante à de percepção de controlo, tal como é postulada pela TCP, pelo que seria relevante considerar a importância também desempenhada por questões que se referem ao controlo real, nomeadamente ao nível dos factores externos (ver figura 10).

Figura 10

Inclusão de variáveis no modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais



Apesar de algumas limitações, os resultados obtidos sugerem que o modelo pode servir como uma base conceptual para o desenvolvimento de intervenções com vista à redução do risco de transmissão da SIDA que sejam implementadas em populações como a de jovens adultos.

Assim, dado que a motivação para o desempenho de comportamentos preventivos na transmissão da SIDA apresentou efeitos consistentes sobre os mesmos nas duas amostras, o ênfase na mudança de atitudes perante o desempenho individual de actos de prevenção da infecção pelo VIH e na mudança das percepções do suporte social para o desempenho desses actos parece ser um componente crucial das intervenções comportamentais com vista à redução do risco de transmissão da doença que são dirigidas a esta população. Embora os efeitos das aptidões comportamentais tenham sido inconsistentes de acordo com o género, uma intervenção que forneça as oportunidades para o ensaio, melhoria e optimização das

competências comportamentais para a prevenção da transmissão do VIH ou que ensine os indivíduos a utilizá-las (por exemplo, competências para negociar relações sexuais protegidas e manter a abstinência em relação às relações sexuais desprotegidas, para falar sobre sexo seguro antes e durante o contacto sexual e para sair de situações de sexo desprotegido) é também importante. Deste modo, uma intervenção deste tipo, deve dirigir-se a dificuldades previamente identificadas numa população alvo em relação a estes constructos, maximizando as previamente existentes nessas áreas, em vez de intervir intuitivamente (Fisher & Fisher, 1992).

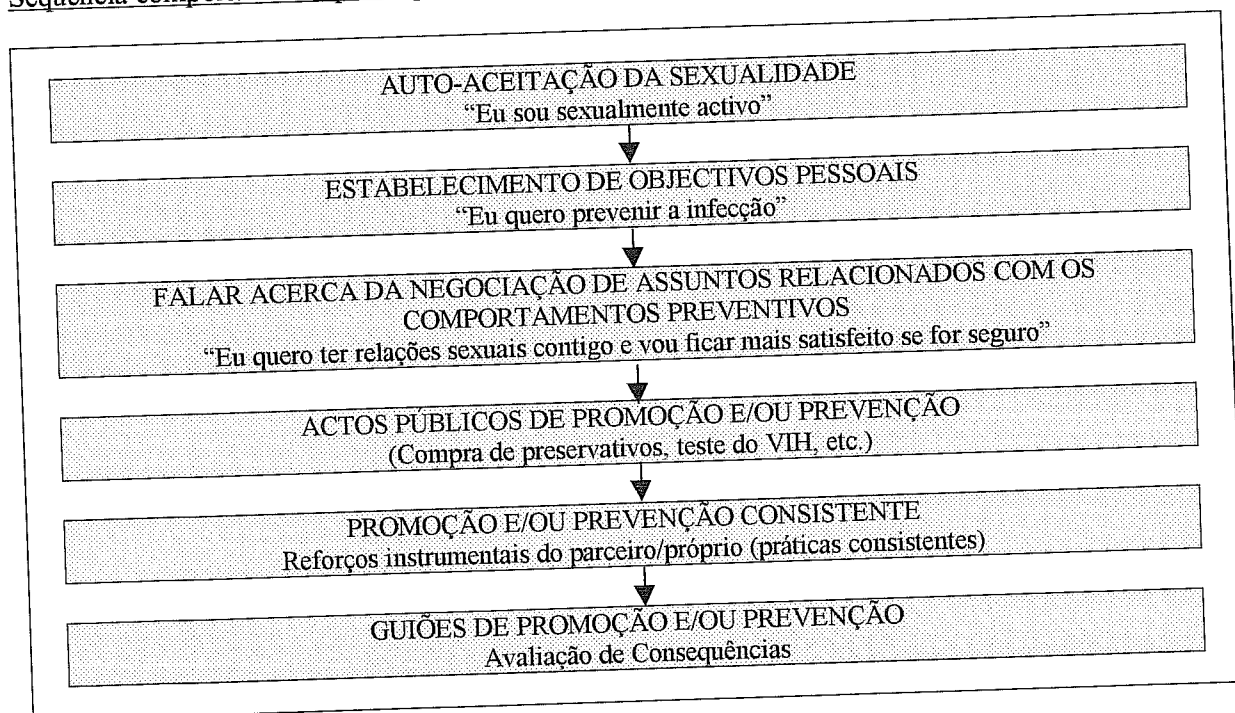
Tendo uma base teórica que permite a compreensão dos determinantes dos comportamentos preventivos, o MIMAC fornece ainda uma metodologia para desenvolver intervenções baseadas na teoria e nos dados empíricos obtidos com o objectivo de promover esses comportamentos entre os comportamentos de saúde e ao nível das diferentes populações de interesse.

Misovich, Fisher e Fisher (1998) propõem a aplicação do MIMAC à elaboração, desenvolvimento e avaliação de intervenções com vista à redução do risco de transmissão do VIH envolvendo três fases de actividades. Uma primeira fase teria como objectivo a utilização de estratégias de avaliação de modo a determinar empiricamente vantagens e desvantagens no que se refere aos níveis de informação, motivação, aptidões comportamentais e comportamentos relacionados com a prevenção da transmissão da SIDA na população alvo. Estas técnicas de identificação podem, portanto, ser aplicadas para criar intervenções com base conceptual e empírica dirigidas a populações alvo, tal como a que está em foco no presente estudo. Em segundo lugar, a intervenção deve ser construída de modo a dirigir-se aos défices existentes bem como ao aproveitamento das vantagens previamente identificadas na primeira fase, com o objectivo de criar mudanças nas variáveis avaliadas, no sentido de facilitar a modificação dos comportamentos de risco em relação à SIDA. Por

último, a avaliação da eficácia da intervenção deve ser conduzida segundo uma metodologia rigorosa de forma a determinar a extensão dessas mudanças, a curto e longo termo.

Tendo em consideração que os comportamentos preventivos em relação à transmissão da SIDA envolvem a função sexual, a prevenção da infecção pelo VIH e de outras DSTs, a utilização de contraceptivos e o ajustamento sexual à idade, entre outros, a utilização alargada deste modelo ao nível da sua compreensão e promoção possibilita a proposta de uma sequência de comportamentos de relativos à prevenção do VIH e das doenças sexualmente transmissíveis (Fisher & Fisher, 1998) (ver figura 11).

Figura 11  
Sequência comportamental para a prevenção da infecção pelo VIH em jovens adultos



Tendo em conta que a mudança comportamental é a única forma de prevenção primária da doença, as prioridades para a investigação aplicada na área dos determinantes dos comportamentos de risco relacionados com a SIDA devem considerar a integração de estratégias de modificação das normas sociais e do grupo de pares, facilitar a aquisição de

competências cognitivas e comportamentais necessárias à implementação e manutenção da mudança, avaliar adequadamente a vulnerabilidade ao risco, fortalecer a motivação para a mudança e avaliar factores situacionais que possam interferir com a implementação dessa mudança (Aspinwall et al, 1991; Catania, Kegeles & Coates, 1990, Fisher & Fisher, 1992a; Kelly & Murphy, 1992). Deste modo, as abordagens de intervenção cognitivo-comportamental devem ensinar e encorajar a utilização de aptidões com vista a efectuar mudanças ao nível dos comportamentos de redução do risco de transmissão da SIDA.

Outro nível de prevenção da infecção pelo VIH diz respeito às intervenções na comunidade que modificam as normas sociais encorajadoras dos comportamentos de risco e promovem a aceitação social dos comportamentos preventivos, bem como as intervenções ao nível da mobilização comunitária que combinam os meios de comunicação social, o marketing social, e elementos dirigidos às políticas de saúde (Kalichman, 1998b; Kelly, Murphy, Sikkema & Kalichman, 1993).

Finalmente, abordamos as limitações deste estudo. Em primeiro lugar, a investigação foi conduzida com o objectivo de avaliar os determinantes psicológicos dos comportamentos de risco em relação à transmissão do VIH em jovens adultos que eram sexualmente activos, o que funcionou como critério de exclusão para alguns dos participantes. Deste modo, os estudantes não activos sexualmente não foram estudados dado que o objectivo estava centrado nos jovens adultos sexualmente activos e porque as razões podiam ser heteogéneas (variando devido a decisões individuais, à falta de oportunidade, ou à intenção de prevenir uma gravidez indesejada e DSTs). Portanto, os resultados não podem ser generalizados enquanto um contributo da abstinência sexual como comportamento preventivo da transmissão da SIDA.

O facto de as aptidões comportamentais terem sido medidas com auto-relatos, os quais são influenciados pelas aptidões comportamentais reais e pelas aptidões comportamentais

percebidas, bem como por outras variáveis, nomeadamente a desejabilidade social, podem ter limitado a validade dos resultados.

O presente estudo envolveu uma concepção multivariada dos comportamentos tipicamente associados ao desempenho de sexo seguro enquanto medida critério. Assim, sugere-se que estudos futuros avaliem individualmente os diferentes componentes das práticas sexuais seguras e os utilizem como medidas critério isoladas em testes separados do modelo, por exemplo, no que se refere ao uso de preservativos. Na maior parte dos casos, quando as investigações se referem a práticas sexuais seguras, estão a considerar o uso de preservativos, pelo que uma melhor avaliação dos seus auto-relatos, caracterizando-os no que se refere: (a) à frequência de uso habitual e ao seu uso na última relação sexual; (b) às respostas alternativas (em escala tipo Likert); (c) ao período de referência (uso de preservativos durante toda a vida, no último mês, etc.); (d) às especificidades do parceiro (parceiro novo, etc) e (e) às especificidades da actividade sexual (relações sexuais vaginais ou anais) pode permitir uma melhor consistência das respostas e avaliar mais eficazmente o seu uso (Cecil & Zimet, 1998; Weir, Roddy, Zekeng, Ryan & Wong, 1998).

Ajzen e Fishbein (1980) sugeriram também que as associações entre as medidas das atitudes acerca dos actos preventivos e as medidas dos comportamentos preventivos são mais fortes se essas variáveis forem avaliadas ao mesmo nível de especificidade, sugerindo a utilização de medidas específicas em vez de medidas gerais. Uma análise ainda mais apropriada, segundo os autores, consistiria em considerar as atitudes individuais em conjunto com acções que possam competir com as primeiras, permitindo, dessa forma, avaliar a força relativa da atitude individual em relação às atitudes que se referem a acções concorrentes, em vez de dar mais importância à força da atitude individual acerca do desempenho de um comportamento. Os autores argumentam ainda que, quando um comportamento representa

uma escolha entre duas ou mais alternativas, os componentes da TAR devem ser avaliados em relação a cada alternativa em separado.

No entanto, a avaliação das crenças e atitudes individuais relativamente a toda uma gama de alternativas comportamentais contextualizadas pode resultar num questionário demasiado extenso pelo que, uma hipótese alternativa é a avaliação das atitudes relativas ao desempenho (ou não desempenho) do comportamento em questão relativamente a duas alternativas evidentes.

Investigações futuras na área dos determinantes dos comportamentos de risco relacionados com a transmissão do VIH devem focar a sua atenção no teste da generalidade do modelo noutras populações cujos comportamentos as colocam em risco de infecção pelo VIH, nomeadamente os adolescentes. Dado o tempo que medeia a infecção inicial e o desenvolvimento da doença, é provável que muitos jovens adultos que foram infectados tenham contraído o VIH no início da sua adolescência, pelo que o desenvolvimento de programas de redução do risco a partir de investigações acerca dos determinantes psicológicos dos comportamentos preventivos nesta população é de toda a pertinência.

Os dados obtidos neste estudo sugerem que o sucesso dos esforços de prevenção da infecção pelo VIH será mais provável se a investigação acerca da sexualidade humana for integrada de forma mais eficaz nos programas de prevenção da transmissão da doença, dado que as tentativas para dirigir a prevenção da doença sem considerar os relacionamentos sociais e as necessidades emocionais, comportamentais e sociais, não se têm revelado eficazes (Kelly & Kalichman, 1995; Smith & Lathrop, 1993).

O estudo comparativo do poder preditivo dos diferentes modelos que têm sido aplicados à mudança dos comportamentos de risco relacionados com a transmissão da SIDA, nomeadamente a Teoria da Acção Racional (Ajzen & Fishbein, 1980), a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Madden, 1986), o Modelo de Redução do Risco da SIDA

(Catania, Kegeles & Coates, 1990) e o Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) teria também implicações aplicáveis às intervenções dirigidas para a mudança comportamental.

A análise do estado actual do conhecimento na área dos determinantes psicológicos dos comportamentos de risco em relação à transmissão da SIDA evidencia a complexidade e especificidade dos vários processos e factores psicológicos interdependentes, pelo que as implicações para investigações futuras aqui sugeridas visam contribuir para uma melhor compreensão dos determinantes dos comportamentos de risco.

A evidência empírica mostra ainda a necessidade de desenhos de investigação complexos, recorrendo a abordagens multivariadas, de preferência multi-método e/ou multi-traço, e a estudos longitudinais que avaliem a eficácia das estratégias de intervenção com vista à redução dos comportamentos de risco de infecção pelo VIH. Na realidade, teria toda a pertinência a conjunção da investigação básica (ao nível do desenvolvimento de metodologias de avaliação, por exemplo) com a investigação aplicada (no que se refere à avaliação da eficácia de diferentes intervenções), com vista ao desenvolvimento do conhecimento baseado teoricamente.

Desta forma, ao considerar as necessidades específicas da população para a qual se dirige, de acordo com um modelo teórico de base e segundo uma metodologia de avaliação rigorosa e eficaz, é possível saber quais as razões pelas quais uma determinada intervenção resulta e quais as condições que facilitaram o seu sucesso, bem como os motivos que podem ter levado uma intervenção a ser mal sucedida ou a não resultar.

Em geral, os resultados obtidos nesta investigação podem ser vistos como apresentado implicações gerais para o desenho e desenvolvimento de intervenções de redução do risco de transmissão da SIDA, dado que indicam que a informação relativa à prevenção da SIDA, a motivação para desempenhar comportamentos preventivos e as aptidões comportamentais

são, cada um, determinantes importantes dos comportamentos preventivos na transmissão da doença e actuam em conjunto, de forma particular mas generalizável, sobre os comportamentos preventivos. Assim, espera-se que esta abordagem, tal como outras que estão a ser actualmente desenvolvidas, tenha contribuído para a investigação e intervenção futuras na área dos determinantes psicológicos dos comportamentos de risco relacionados com a SIDA e, conseqüentemente, para diminuir o impacto do VIH e da SIDA sobre a saúde.

## Referências

- Abraham, C., Sheeran, P. & Orbell, S. (1998). Can social cognitive models contribute to the effectiveness of HIV-preventive behavioural interventions? A brief review of the literature and a reply to Joffe(1996; 1997) and Fife-Schaw (1997). British Journal of Medical Psychology, *71*, 297-310.
- Abraham, S. C. S., Sheeran, P. & Abrams, D. (1992). Health beliefs and the promotion of HIV-preventive intentions among teenagers: a Scottish perspective. Health Psychology, *11*, 363-370.
- Aggleton, P. O'Reilly, K., Slutkin, G. & Davies, P. (1994). Risking everything? Risk behaviour, behaviour change, and AIDS. Science, *265*, 341-345.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. Organizational Behavior and Human Decision Processes, *50*, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviours. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: attitudes, intentions and perceived behavioural control. Journal of Experimental Social Psychology, *22*, 453-474.
- Allard, R. (1989). Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. American Journal of Public Health, *79*, 448-452.
- Amaro, H. (1995). Love, sex and power: considering women's realities in HIV prevention. American Psychologist, *50*, 437-447.
- Anderson, J. E., Wilson, R. W., Barker, P., Doll, L., Jones, T. S. & Holtgrave, D. (1999). Prevalence of sexual and drug-related HIV risk behaviours in the U.S. adult

population: results of the 1996 National Household Survey on Drug Abuse. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 21, 148-156.

Aplasca, M. R., Siegel, D., Mandel, J. S., Santana-Arciaga, R. T., Paul, J., Hudes, E. S., Monzon, O. T. & Hearst, N. (1995). Results of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. AIDS, 9, 7-13.

Aspinwall, L. G., Kemeney, M. E., Taylor, S. E., Schneider, S. G. & Dudley, J. P. (1991). Psychological predictors of gay men's AIDS risk reduction behaviour. Health Psychology, 10, 432-444.

Ballard, R. (1992). Short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Psychological Reports, 71, 1155-1160.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, 122-147.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), Preventing AIDS: theories and methods of behavioural interventions (pp. 25-59). NY: Plenum Press.

Basen-Engquist, K. (1992). Psychosocial predictors of "safer sex" behaviours in young adults. AIDS Education and Prevention, 4, 120-134.

Basen-Engquist, K. & Parcel, G.S. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behaviour. Health Education Quarterly, 19, 263-277.

Bastani, R., Erickson, P. A., Marcus, A. C., Maxwell, A. E., Capell, F. J., Freeman, H. & Yan, K. X. (1996). AIDS-related attitudes and risk behaviours: a survey of a random sample of California heterosexuals. Preventive Medicine, 25, 105-117.

Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellstrom, T. (1993). Basic epidemiology. Geneva: World Health Organisation.

- Bell, D. C. (1996). The effect of psychosocial domains on AIDS risk behaviours. Drugs & Society, *9*, 37-55.
- Berrios, D. C., Hearst, N., Coates, T. J., Stall, R., Hudes, E. S., Turner, H., Eversly, R., & Catania, J. A. (1993). HIV antibody testing among those at risk for infection. Journal of the American Medical Association, *270*, 1576-1580.
- Boer, H. & Seydel, (1998). Protection motivation theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviours. Buckingham: Open University Press.
- Booth-Kewley, S. & Vickers, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behaviour. Journal of Personality, *62*, 281-298.
- Bor, R. (1997). AIDS. In Baum, A., Newman, S., Weinmann, J., West, R., & McManus, C. (Eds.), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 343-347). UK: Cambridge University Press.
- Bowen, A. M. & Trotter, R. (1995). HIV risk in intravenous drug users and crack cocaine smokers: predicting stage of change for condom use. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 238-248.
- Boyer, C. B. & Kegeles, S. M. (1991). AIDS risk and prevention among adolescents. Social Science and Medicine, *33*, 11-23.
- Briggs, S. & Cheek, J. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. Journal of Personality, *54*, 106-148.
- Brien, T. M., Thombs, D. L., Mahoney, C. A. & Wallnau, L. (1994). Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. Journal of American College Health, *42*, 167 – 174.
- Brock, G.C. & Beazley, R.P. (1995). Using the health belief model to explain parents' participation in adolescents' at-home sexuality education activities. Journal of School Health, *65*, 124-128.

Bryan, A. D., Aiken, L. S., & West, S. G. (1997). Young women's condom use. The influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounters and perceived susceptibility to common STD's. Health Psychology, *16*, 468-479.

Buunk, B. P., Bakker, A. B., Siero, F. W., Van den Eijnden, R. J. & Yzer, M. C. (1998). Predictors of AIDS-preventive behavioural intentions among adult heterosexuals at risk for HIV-infection: extending current models and measures. AIDS Education and Prevention, *10*, 149-172.

Buysse, A. & Van Oost, P. (1997). "Appropriate" male and female safer sexual behaviour in heterosexual relationships. AIDS Care, *9*, 549-561.

Caceres, C. F., Marin, B. V., Hudes, E. S., Reingold, A. L. & Rosasco, A. M. (1997). Young people and the structure of sexual risks in Lima. AIDS, *11*, 67-77.

Caetano, M. (1999). Os jovens e a SIDA. Informação SIDA e outras doenças infecciosas, *II*, 8.

Carey, M. P., Carey, K. B. & Kalichman, S. C. (1997). Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. Clinical Psychology Review, *17*, 271-291.

Carmel, S. (1990). The health belief model in the research of AIDS-related preventive behaviour. Public Health Reviews, *18*, 73-85.

Caron, S. L., Davis, C. M., Wynn, R. L. & Roberts, L. W. (1992). "America responds to AIDS", but did college students? Differences between March, 1987 and September, 1988. AIDS Education and Prevention, *4*, 18 - 28.

Carrol, J. L. & Carroll, L. M. (1995). Alcohol use and risky sex among college students. Psychological Reports, *76*, 723-726.

Castro, K. G., Lifson, A. R., White, C. R., Bush, T. J., Chamberland, M. E., Lekatas, A. M., & Jaffe, H. W. (1988). Investigations of AIDS patients with no previously identified risk factors. Journal of the American Medical Association, *259*, 1338-1342.

Catania, J. A., Coates, T. J. & Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS risk reduction model: psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. Health Psychology, *13*, 548-555.

Catania, J.A., Kegeles, S.M. & Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behaviour: an AIDS risk reduction model (ARRM). Health Education Quarterly, *17*, 53 – 72.

Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D. & Coates, T. J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioural research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. Psychological Bulletin, *108*, 339-362.

Catania, J. A. Coates, T. J., Kegeles, S. M., Ekstrand, M., Guydish, J. R., & Bye, L. L. (1989). Implications of the AIDS risk-reduction model for the gay community: the importance of perceived sexual enjoyment and help-seeking behaviours. In V. M. Mays, G. W. Albee & S. F. Schneider (Eds.), Primary prevention of AIDS. Psychological Approaches (vol. XIII). NP: Sage Publications.

Catania, J. A., Coates, T. J., Golden, E., Dolcini, M. M., Peterson, J., Kegeles, S., Siegel, D., & Fullilove, M. T. (1994). Correlates of condom use among black, hispanic and white heterosexuals in San Francisco: the AMEN longitudinal survey. AIDS Education and Prevention, *6*, 12-26.

Catania, J. A., Coates, T. J., Kegeles, S., Fullilove, M. T., Peterson, J., Marin, B., Siegel, D., & Hulley, S. (1992). Condom use in multi-ethnic neighbourhoods of San Francisco: the population-based AMEN (AIDS in multi-ethnic neighbourhoods) study. American Journal of Public Health, *82*, 284-287.

Catania, J. A., Coates, T. J., Peterson, J., Dolcini, M. M., Kegeles, S., Siegel, D., Golden, E., & Fullilove, M. T. (1993). Changes in condom use among black, hispanic, and white heterosexuals in San Francisco: the AMEN cohort study. The Journal of Sex Research, *30*, 121-128.

Catania, J. A., Dolcini, M. M., Coates, T. J., Kegeles, S. M., Greenblat, R. M., Puckett, S., Corman, M., & Miller, J. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: implications for AIDS-related health interventions. The Journal of Sex Research, *26*, 514-524.

Catania, J. A., Coates, T. J., Stall, R., Bye, L., Kegeles, S. M., Capell, F., Henne, J., McCusick, L., Morin, S., Turner, H., & Pollack, L. (1991). Changes in condom use among homosexual men in San Francisco. Health Psychology, *10*, 190-199.

Catania, J. A., Coates, T. J., Stall, R., Turner, H., Peterson, J., Hearst, N., Dolcini, M. M., Hudes, E., Gagnon, J., Wiley, J., & Graves, R. (1992). Prevalence of AIDS-related risk factors and condom use in the United States. Science, *258*, 1101-1106.

Cecil, H. & Zimet, G. D. (1998). Meanings assigned by undergraduates to frequency statements of condom use. Archives of Sexual Behaviour, *27*, 493 – 505.

Centre for Disease Control (1991). Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. Morbidity and Mortality Weekly Report, *40*, 1-9.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (1998). Boletim Informativo. Julho.

Chiasson, M. A., Berenson, L. Li, W., Schwartz, S., Singh, T., Forlenza, S., Mojica, B. A. & Hamburg, M. A. (1999). Declining HIV/AIDS mortality in New York City. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, *21*, 59-64.

- Chorba, T. L., Holman, R. C. & Evatt, B. L. (1993). Heterosexual and mother-to-child transmission of AIDS in the haemophilia community. Public Health Reports, 108, 99-105.
- Civic, D. (1999). The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. AIDS Education and Prevention, 11, 343 – 352.
- Coates, T. J. (1990). Strategies for modifying sexual behaviour for primary and secondary prevention of HIV disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 57-69.
- Cochran, S. D. & Peplau, L. A. (1991). Sexual risk reduction behaviours among young heterosexual adults. Social Science and Medicine, 33, 25-36.
- Cochran, S. D., Keidan, J. & Kalechstein, A. (1990). Sexually transmitted diseases and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Changes in risk reduction behaviours among young adults. Sexually Transmitted Diseases, 17, 80-86.
- Cohen, M. S. (1996). O papel do médico na prevenção. Postgraduate Medicine, 6, 10-16.
- Cohen, S. & Williamson, G. (1991). Stress and infectious disease in humans. Psychological Bulletin, 109, 5-24.
- Conner, M. & Norman, P. (1998). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviours. Buckingham: Open University Press.
- Conner, M. & Sparks, P. (1998). The theory of planned behaviour and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviours. Buckingham: Open University Press.
- Costa, C. & Lima, L. (1998). O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA. Psicologia, XII, 41-62.

Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.

Cruz, J. F. & Melo, B. T. (1996). A utilização do preservativo nos jovens adultos: estudo preliminar das hipóteses da teoria da acção racional para a prevenção da SIDA. In L. Almeida, J. Silvério & S. Araújo (Eds.), Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia (Vol. I). Braga: Universidade do Minho.

Cruz, J. F. & Vilaça, M. T. (1996). Prevenção da SIDA/Vih nos adolescentes e jovens adultos: contribuições da psicologia. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1, 219-241.

Cruz, J. F., Vilaça, M. T., Sousa, A. C., Gomes, A. R., Melo, B., Araújo, M. S., Dias, C. S., Freitas, M. C. & Ruivo, M. L. (1997). Prevenção do VIH e da SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2, 279-304.

Deeks, S. G., Smith, M., Holodny, M., & Kahn, J. (1997). HIV-1 protease inhibitors: a review for clinicians. Journal of the American Medical Association, 277, 145-153.

Dekin, B. (1996). Gender differences in HIV-related self-reported knowledge, attitudes, and behaviours among college students. American Journal of Preventive Medicine, 12, 61-66.

DiClemente, R. J., Forrest, K. A., & Mickler, S. (1990). College students' knowledge and attitudes about AIDS and changes in HIV preventive behaviours. AIDS Education and Prevention, 2, 201-212.

Dolcini, M. M., Coates, T. J., Catania, J. A., Kegeles, S. M. & Hauck, W. W. (1995). Multiple sexual partners and their psychosocial correlates: the population-based AIDS in multiethnic neighbourhoods (AMEN) study. Health Psychology, 14, 22-31.

Edhe, D. M., Holm, J. E., & Robbins, G. M. (1995). The impact of Magic Johnson's serostatus disclosure on unmarried college students' HIV knowledge, attitudes, risk perception, and sexual behavior. Journal of American College Health, 44, 55 – 58.

Ekstrand, M. L. & Coates, T. J. (1990). Maintenance of safer sexual behaviours and predictors of safer sex: the San Francisco Men's Health Study. American Journal of Public Health, 80, 973-977.

Eppright, D. R., Tanner, J. F. & Hunt, J. B. (1994). Knowledge and the ordered protection motivation model: tools for preventing AIDS. Special issue: linking theory to policy. Journal of Business Research, 30, 13-24.

European Group Study (1992). Risk factors for male to female transmission of HIV. British Medical Journal, 298, 411-415.

Eversly, R. B., Newstetter, A., Avins, A., Beirnes, D., Haynes-Sanstad, K., Hearst, N. (1993). Sexual risk and perception of risk for HIV infection among multiethnic family-planning clients. American Journal of Preventive Medicine, 9, 92 – 95.

Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behaviour. Psychological Bulletin, 111, 455 – 474.

Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1998). Contributions of the information-motivation-behavioural skills model to HIV prevention. International Conference on AIDS, 12, 910.

Fisher, J. D. & Misovich, S. J. (1990). Evolution of college students' AIDS related behavioural responses, attitudes, knowledge and fear. AIDS Education and Prevention, 2, 322 – 337.

Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L. & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behaviour: effects of an intervention emphasising AIDS risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population. Health Psychology, 15, 114-123.

Fisher, J. D., Fisher, W. A., Williams, S. S. & Malloy, T. E. (1994). Empirical tests of an information – motivation - behavioural skills model of AIDS preventive behaviour. Health Psychology, *94*, 238 – 250.

Fisher, W. A. & Fisher, J. D. (1992). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: a conceptual model and educational tools. Canadian Journal of Human Sexuality, *1*, 99-106.

Fisher, W. A. & Fisher, J. D. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behaviour: theory and method. In R. Rosen, C. Davis & H. Ruppel (Eds.), Annual Review of Sex Research (Vol. IX). Iowa: Society for the Scientific Study of Sex.

Fisher, W. A., Fisher, J. D. & Rye, B. J. (1995). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: insights from the Theory of Reasoned Action. Health Psychology, *14*, 255 – 264.

Fisher, W. A., Williams, S. S., Fisher, J. D. & Malloy, T. E. (no prelo). Understanding AIDS risk behaviour among sexually active urban adolescents: an empirical test of the Information-Motivation-Behavioural Skills Model. AIDS and Behaviour.

Folkman, S., Chesney, M. A., Pollack, L. & Phillips, C. (1992). Stress, *coping* and high-risk sexual behaviour. Health Psychology, *11*, 218-222.

Fontaine, K. R. (1994). Effect of dispositional optimism on comparative risk perceptions for developing AIDS. Psychological Reports, *74*, 843-846.

Friedman, S. R., Furst, R. T., Jose, B., Curtis, R., Neaigus, A., Des Jarlais, D. C., Goldstein, M. F. & Ildefonso, G. (1998). Drug scene roles and HIV risk. Addiction, *93*, 1403-1416.

Gallavotti, C., Cabral, R. J., Lansky, A., Grimley, D. M., Riley, G. E. & Prochaska, J. O. (1995). Validation of measures of condom and other contraceptive use among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. Health Psychology, *14*, 570-578.

- Gielen, A. C., Faden, R. R., O'Campo, P., Kass, N. & Anderson, J. (1994). Women's protective sexual behaviours: a test of the health belief model. AIDS Education and Prevention, *6*, 1-11.
- Gillespie, C. C. (1997). Women's HIV risk reduction efforts and traditional models of health behaviour: a review and critique. Women Health, *3*, 1-30.
- Gladis, M. M., Michela, J. L., Walter, H. J. & Vaughan, R. D. (1992). High school student's perceptions of AIDS risk: realistic appraisal or motivated denial?. Health Psychology, *11*, 307-316.
- Glasner, P. D. & Kaslow, R. A. (1990). The epidemiology of human immunodeficiency virus infection. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *58*, 13-21.
- Goh, D. S. (1993). Effects of HIV/AIDS information on attitudes toward AIDS: a cross-ethnic comparison of college students. Journal of Psychology, *127*, 611-618.
- Goh, D. S., Primavera, C. & Bartalini, G. (1996). Risk behaviours, self-efficacy, and AIDS prevention among adolescents. Journal of Psychology, *130*, 537-546.
- Goldman, J. A. & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behaviour in college students. Health Psychology, *12*, 489-498.
- Gordon, F. M., Carey, M. P. & Carey, K. B. (1997). Effects of a drinking event on behavioural skills and condom use attitudes in men: implications for HIV risk from a controlled experiment. Health Psychology, *16*, 490-495.
- Greenlee, S. P. & Ridley, D. R. (1993). AIDS and college students: a survey of knowledge, attitudes and beliefs. Psychological Reports, *73*, 490.
- Greif, J. & Hewitt, W. (1998). The living canvas. Advanced Nurse Practice, *6*, 26-31.
- Grimley, D. M. & Lee, P. A. (1997). Condom and other contraceptive use among a random sample of female adolescents: a snapshot in time. Adolescence, *32*, 771-779.

- Grimley, D. M., Prochaska, J. O., Velicer, W. F. & Prochaska, G. E. (1995). Contraceptive and condom use adoption and maintenance: a stage paradigm approach. Health Education Quarterly, *22*, 20-35.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). Multivariate data analysis. NJ: Prentice-Hall.
- Helweg-Larsen, M. & Collins, B. E. (1994). The UCCLA Multidimensional Condom Use Attitudes Scale: documenting the complex determinants of condom use in college students. Health Psychology, *13*, 224-237.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A. P., Lavin, J., Britton, P. J., & Sheperd, J. B. (1993). Safer sex knowledge, behavior, and attitudes of inner-city women. Health Psychology, *12*, 481 – 488.
- Jacobson, M. A. & French, M. (1998). Altered natural history of AIDS-related opportunistic infections in the era of potent combination antiretroviral therapy. AIDS, *12*(Suppl. A), 157-163.
- Jacobsen, P. B., Perry, S. W., & Hirsch, D. (1990). Behavioural and psychological responses to HIV antibody testing. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *58*, 31-37.
- James, N. J., Gillies, P. A. & Bignell, C. J. (1991). AIDS-related risk perception and sexual behaviour among sexually transmitted disease clinic attenders. International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS, *2*, 264 – 271.
- Jöreskog, K. & Sörbom, D. (1993). LISREL8 user's reference guide. Chicago: Scientific Software International, Inc..
- Kalichman, S. C. (1994). Magic Johnson and public attitudes toward AIDS: a review of empirical findings. AIDS Education and Prevention, *6*, 542 – 557.
- Kalichman, S. C. (1998a). Understanding AIDS. Advances in research and treatment. Washington: American Psychological Association.

Kalichman, S. C. (1998b). Preventing AIDS. A sourcebook for behavioural interventions. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K. & Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: scale development and predicting AIDS-risk behaviour among homosexual active men. Journal of Personality Assessment, *62*, 385-397.

Kalichman, S. C. & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity and predicting HIV risk behaviour. Journal of Personality Assessment, *65*, 586-601.

Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Hill, C. V., Grunbaum, J. A., Blumson, P. S., Collins, J. L. & Kolbe, L. J. (1998). Youth risk behaviour surveillance – United States, 1997. Morbidity and Mortality Weekly Report, *47*, 1-89.

Kashima, Y., Gallois, C. & McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action and co-operative behaviours: it takes two to use a condom. British Journal of Social Psychology, *32*, 227-239.

Keller, M. L. (1993). Why don't young adults protect themselves against sexual transmission of HIV? Possible answers to a complex question. AIDS Education and Prevention, *5*, 220-233.

Kelly, J. A. (1992). AIDS prevention: strategies that work. The AIDS Reader, *July/August*, 135-141.

Kelly, J. A. & Kalichman, S. C. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV/AIDS prevention efforts: key research issues and directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 907 – 918.

Kelly, J. A. & Murphy, D. A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: prevention and treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *60*, 576-585.

Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkema, K. J. & Kalichman, S. C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. American Psychologist, *48*, 1023-1034.

Kelly, J. A., StLawrence, J. S. & Brasfield, T. L. (1991). Predictors of vulnerability to AIDS risk behaviour relapse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *59*, 163-166.

Kelly, J. A., StLawrence, J. S., Hood, H. V. & Brasfield, T. L. (1989). Behavioural intervention to reduce AIDS risk activities. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *57*, 60-67.

Kelly, J. A., StLawrence, J. S., Brasfield, T. L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R. E., Hood, H. V., Smith, J. E., Kilgore, H. & McNeill, C. Jr. (1990). Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behaviour. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *58*, 117-120.

Kelly, J. A., StLawrence, J. S., Diaz, Y. E., Stevenson, L. Y, Hauth, A. C., Brasfield, T. L., Kalichman, S. C., Smith, J. E. & Andrew, M. E. (1991). HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. American Journal of Public Health, *81*, 168-171.

Kelly, J. A., StLawrence, J. S., Stevenson, L. Y, Hauth, A. C, Kalichman, S. C., Diaz, Y. E., Brasfield, T. L., Koob, J. J., & Morgan, M. G. (1992). Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. American Journal of Public Health, *82*, 1483-1489.

Kippax, S. & Crawford, J. (1993). Flaws in the theory of reasoned action. In D. J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.), The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Kline, A. & VanLandingham, M. (1994). HIV-infected women and sexual risk reduction: the relevance of existing models of behaviour change. AIDS Education and Prevention, 6, 390-402.

Kowalewski, M. R., Henson, K. D. & Longshore, D. (1997). Rethinking perceived risk and health behaviour: a critical review of HIV prevention research. Health Education and Behaviour, 24, 313-325.

Ku, L., Sonenstein, F. L. & Pleck, J. H. (1993). Young men's risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases, 1988 through 1991. American Journal of Public Health, 83, 1609-1615.

Ku, L., Sonenstein, F. L. & Pleck, J. H. (1994). The dynamics of young men's condom use during and across relationships. Family Planning Perspectives, 26, 246 – 251.

Kusseling, F. S., Shapiro, M. F., Greenberg, J. M. & Wenger, N. S. (1996). Understanding why heterosexual adults do not practice safer sex: a comparison of two samples. AIDS Education and Prevention, 8, 247-257.

Lackritz, E. M. (1998). Prevention of HIV transmission by blood transfusion in the developing world: achievements and continuing challenges. AIDS, 12 (Suppl. A), 81 – 86.

Leigh, B. C. & Miller, P. (1995). The relationship of substance use with sex to the use of condoms among young adults in two urban areas of Scotland. AIDS Education and Prevention, 7, 278-284.

Levy, S. R., Perhats, C., Weeks, K., Handler, A. S. Zhu, C. & Flay, B. R. (1995). Impact of a school-based AIDS prevention program on risk and protective behaviour for newly sexually active students. Journal of School Health, 65, 145-151.

Lewis, V. J. & Kashima, Y. (1993). Applying the theory of reasoned action to the prediction of AIDS-preventive behaviour. In D. J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.),

The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Lindegren, M. L., Byers, R. H. Jr., Thomas, P., Davis, S. F., Caldwell, B., Rogers, M. Gwinn, M., Ward, J. W. & Fleming, P. L. (1999). Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. Journal of the American Medical Association, *282*, 531-538.

Lollis, C. M., Johnson, E. H. & Antoni, M. H. (1997). The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. AIDS Education and Prevention, *9*, 551-563.

Lucas, J. S. (1993). A sexualidade desprevenida dos portugueses. Lisboa: McGraw-Hill.

MacDonald, N. E., Wells, G. A., Fisher, W. A., Warren, W. K., King, M. A., Doherty, J. A. & Bowie, W. R. (1990). High risk STD/HIV behaviour among college students. Journal of the American Medical Association, *263*, 3155 – 3259.

Madden, T. J., Ellen, P. & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behaviour and the theory of reasoned action. Personality and Social Psychology Bulletin, *18*, 3-9.

Mahoney, C. A., Thombs, D. L. & Ford, O. J. (1995). Health belief and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. AIDS Education and Prevention, *7*, 32-49.

Malloy, T. E. Fisher, W. A., Albright, L., Misovich, S. J., & Fisher, J. D. (1997). Interpersonal perception of the AIDS risk potential of persons of the opposite sex. Health Psychology, *16*, 480-486.

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

Manning, D. T., Balson, P. M., Barenberg, N. & Moore, T. M. (1989). Susceptibility to AIDS: what college students do and don't believe. Journal of American College Health, 38, 67-73.

Manning, D. T., Barenberg, N., Gallese, L. & Rice, J. C. (1989). College students' knowledge and health beliefs about AIDS: implications for education and prevention. Journal of American College Health, 37, 254-259.

Márin, B. V., Gomez, C. A. & Tschann, J. M. (1993). Condom use among Hispanic men with secondary female sexual partners. Public Health Reports, 108, 742 – 750.

Márin, B. V., Gómez, C. A., Tschann, J. M., & Gregorich, S. E. (1997). Condom use in unmarried latino men: a test of cultural constructs. Health Psychology, 16, 458-467.

Márin, B. V., Tschann, J. M., Gomez, C. A. & Gregorich, S. (1998). Self-efficacy to use condoms in unmarried Latino adults. American Journal of Community Psychology, 26, 53 – 71.

McKirnan, D. J., Ostrow, D. G. & Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: a psychological model of HIV-risk sexual behaviours. AIDS Care, 8, 655-669.

Melnick, S. L., Jeffery, R. W., Burke, G. L., Gilbertson, D. T., Perkins, L. L., Sidney, S., McCreath, H. E., Wagenknecht, L. E. & Hulley, S. B. (1993). Changes in sexual behaviour by young urban heterosexual adults in response to the AIDS epidemic. Public Health Reports, 108, 582-588.

Mickler, S. E. (1993). Perceptions of vulnerability: impact on AIDS-preventive behaviour among college students. AIDS Education and Prevention, 5, 43-53.

Miller, P., Plant, M., Plant, M. & Duffy, J. (1995). Alcohol, tobacco, illicit drugs, and sex: an analysis of risky behaviours among young adults. International Journal of Addictions, 30, 239-258.

Miller, T. E., Booraem, C. Flowers, J. V. & Iversen, A. E. (1990). Changes in knowledge, attitudes, and behaviour as a result of a community-based AIDS prevention program. AIDS Education and Prevention, *2*, 12-23.

Misovich, S. J., Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1996). The perceived AIDS-preventive utility of knowing one's partner well: a public health dictum and individuals' risky sexual behaviour. Canadian Journal of Human Sexuality, *5*, 83-90.

Misovich, S.J., Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behaviour: evidence and possible underlying psychological processes. Review of General Psychology, *1*, 72-107.

Misovich, S. J., Fisher, W. A. & Fisher, J. D. (1998). A measure of AIDS prevention information, motivation and behavioural skills. In C. M. Davis, W. H. Yarber, R. Bauserman, G. Scheer & S. L. Davis (Eds.), Handbook of Sexuality Related Measures. Newbury Park, CA: Sage.

Montgomery, S. B., Joseph, J.G., Becker, M. H., Ostrow, D. G., Kessler, R. C., & Kirscht, J. P. (1989). The HBM in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: how useful? AIDS Education and Prevention, *1*, 303-323.

Moore, S. M., Rosenthal, D. A. & Boldero, J. (1993). Predicting AIDS-preventive behaviour among adolescents. In D. J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.), The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Moorman, R. H. & Podsakoff, P. M. (1992). A meta-analytic review and empirical test of the potential confounding effects of social desirability responses in organisational behaviour research. Journal of Occupational and Organisational Psychology, *65*, 131-149.

Morrison, D. M., Rogers, M. & Baker, S. A. (1995). Determinants of condom use among high-risk heterosexual adults: a test of the theory of reasoned action. Journal of Applied Social Psychology, *25*, 651-676.

Mulvihill, C. K. (1996). AIDS education for college students: review and proposal for a research-based curriculum. AIDS Education and Prevention, 8, 11-25.

Munoz, A., Sabin, C. A. & Phillips, A. N. (1997). The incubation period of AIDS. AIDS, 11 (Suppl. A), 69 – 76.

Norman, P. & Conner, M. (1998). The role of social cognition models in predicting health behaviours: future directions (cap.7). In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviours. Buckingham: Open University Press.

Nucifora, J., Gallois, C. & Kashima, Y. (1993). Influences on condom use among undergraduates: testing the theories of reasoned action and planned behaviour. In D. J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.), The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Nunnally, J.C. (1978). Psychometric theory. NY: McGraw-Hill.

Orbell, S. Hodgkins, S. & Sheeran, P. (1997). Implementation intentions and the theory of planned behaviour. Personality and Social Psychology Bulletin, 23, 945-964.

Padian, N. S., Shiboski, S. C., & Jewell, N. P. (1991). Female-to-male transmission of human immunodeficiency virus. Journal of the American Medical Association, 266, 1664-1667.

Paul, S., Gilbert, H. M., Ziecheck, W., Jacobs, J. & Sepkowitz, K. A. (1999). The impact of potent antiretroviral therapy on the characteristics of hospitalised patients with HIV infection. AIDS, 13, 415-418.

Perlman, D. C., Henman, A. R., Kochems, L., Paone, D., Salomon, N. & Des Jarlais, D. C. (1999). Doing a shotgun: a drug use practice and its relationship to sexual behaviours and infection risk. Social Science and Medicine, 48, 1441-1448.

Planes, M. (1994a). Factores que influyen en los comportamientos sexuales de prevención al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los adictos a las drogas por vía parenteral (ADVD). Annuario de Psicología, *61*, 57-69.

Planes, M. (1994b). Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Infancia y Aprendizaje, *67-68*, 245-260.

Polacsek, M., Celentano, D. D., O'Campo, P. & Santelli, J. (1999). Correlates of condom use stage of change: implications for intervention. AIDS Education and Prevention, *11*, 38-52.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. American Psychologist, *47*, 1102 – 1113.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S. & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. Health Education Quarterly, *21*, 471-486.

Ramsun, D. L., Marion, S. A. & Mathias, R. G. (1993). Changes in university students' AIDS-related knowledge, attitudes and behaviours, 1998 and 1992. Canadian Journal of Public Health, *84*, 275-278.

Rauth, M. R., StLawrence, J. S. & Kelly, J. A. (1991). Reliability of retrospective assessments of sexual HIV risk behaviour: a comparison of biweekly three-month and twelve-month self-reports. AIDS Education and Prevention, *3*, 207-214.

Richard, R., van der Pligt, J. & de Vries, N. (1995). Anticipated affective reactions and prevention of AIDS. British Journal of Social Psychology, *34*, 9-21.

Richard, R. & van der Pligt, J. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. Journal of Community and Applied Social Psychology, *1*, 105-116.

Ripptoe, P. A. & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection motivation theory on adaptative and maladaptative *coping* with a health threat. Journal of Personality and Social Psychology, *52*, 596-604.

Roscoe, B. & Kruger, T. L. (1990). AIDS: late adolescents' knowledge and its influence on sexual behaviour. Adolescence, *25*, 39-48.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behaviour. Health Education Monographs, *2*, 354-386.

Rosenstock, M., Strecher, V. & Becker, M. (1994). The health beliefs model and HIV risk behaviour change. In R. DiClemente & J. Peterson (Eds.), Preventing AIDS: theories, methods and behavioural interventions (pp. 5 – 24). NY: Plenum.

Rosenthal, D. A., Hall, C. & Moore, S. M. (1992). AIDS, adolescents and sexual risk taking: a test of the Health Belief Model. Australian Psychologist, *27*, 166-171.

Ross, M. W. & McLaws, M. L. (1992). Subjective norms about condoms are better predictors of use than attitudes. Health Education Research, *7*, 335-339.

Sacco, W. P., Levine, B., Reed, D. L., & Thompson, K. (1991). Attitudes about condom use as an AIDS-relevant behaviour: their factor structure and relation to condom use. Psychological Assessment, *3*, 265-272.

Schneider, D., Greenberg, M. R., Devanas, M., Sajja, A., Goodhart, F. & Burns, D. (1994). Evaluating HIV/AIDS education in the university setting. Journal of American College Health, *43*, 11-14.

Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1998). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviours. Buckingham: Open University Press.

Seal, D. W., Agostinelli, G. (1996). College students' perceptions of the prevalence of risky sexual behaviour. AIDS Care, *8*, 453 – 466.

Semba, R. D., Kumwenda, N., Hoover, D. R., Taha, T. E., Quinn, T. C., Mtimavalye, L., Biggar, R. J., Broadhead, R., Miotti, P. G., Sokoll, L. J., van der Hoeven, L. & Chipangwi, J. D. (1999). Human immunodeficiency virus load in breast milk, mastitis and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. Journal of Infectious Diseases, 180, 93-98.

Senf, J. H. & Price, C. Q. (1994). Young adults, alcohol and condom use: what is the connection?. Journal of Adolescent Health, 15, 238-244.

Serra, J. E., Pombo, V. Corte-Real, R., Da Cunha, S. & Melico-Silvestre, A. (1994). Comparative study of various biological markers in infection by HIV1. Acta Medica Portuguesa, 7 (Suppl. 1), 9-14.

Sheeran, P. & Abraham, C. (1998). The Health Belief Model. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviours. Buckingham: Open University Press.

Simkins, L. D. (1994). Update on AIDS and sexual behaviour of college students: seven years later. Psychological Reports, 74, 208-210.

Smith, I. L. & Lathrop, L.M. (1993). AIDS and human sexuality. Canadian Journal of Public Health, 84, 14-18.

Soet, J. E., Dilorio, C. & Dudley, W. N. (1998). Women's self-reported condom use: intra and interpersonal factors. Women Health, 27, 19 – 32.

SPSS. (1998). SPSS 8.0 users guide. Chicago: Autor.

Stark, M. J., Tesselaar, H. M., O'Connell, A. A., Person, B., Galavotti, C., Cohen, A. & Walls, C. (1998). Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STD's: implications for intervention development. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 967-978.

StLawrence, J. S. (1993). African-American adolescent's knowledge, health-related attitudes, sexual behaviour, and contraceptive decisions: implications for the prevention of adolescent HIV infection. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 104-112.

StLawrence, J. S. & Brasfield, T. L. (1991). Report on the Mississippi Youth Risk Behavior Survey: profile of a generation at risk. Mississippi State Department of Education.

Sutton, S. (1997) Theory of planned behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Wienmann, R. West & C. McManus (Eds.), Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. UK: Cambridge University Press.

Teixeira, J. A. C. (1993). Psicologia da Saúde e SIDA. Lisboa: ISPA.

Terry, D. J., Gallois, C. & McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Terry, D. (1993). Self-efficacy expectancies and the theory of reasoned action. In D.J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.), The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Timmins, P., Gallois, C., Terry, D., McCamish, M & Kashima, Y. (1993). Theory of reasoned action and the role of perceived risk in the study of safer sex. In D. J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.), The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

van der Velde, F. W. & van der Pligt, J. (1991). AIDS-related health behaviour:  *coping*, protection motivation, and previous behaviour. Journal of Behavioural Medicine, 14, 429-451.

van der Velde, F. W. & van der Pligt, J. & Hooykaas, C. (1994). Perceiving AIDS-related risk: accuracy as a function of differences in actual risk. Health Psychology, 13, 25-33.

Vilaça, M. T. & Cruz, J. F. (1996). Conhecimento e atitudes de adolescentes e jovens adultos face à SIDA. In L. Almeida, J. Silvério e S. Araújo (Eds.), Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia (pp. 205-212). Braga: Universidade do Minho.

Vitlinghoff, E., Scheer, S., O'Malley, P., Colfax, G., Holmberg, S. D. & Buchbinder, S. P. (1999). Combination antiretroviral therapy and recent declines in AIDS incidence and mortality. Journal of Infectious Diseases, *179*, 717-720.

Walter, H. J., Vaughan, R. D., Gladis, M. M., Ragin, D. F., Kasen, S. & Cohall, A. T. (1993). Factors associated with AIDS-related behavioural intentions among high school students in an AIDS epicentre. Health Education Quarterly, *20*, 409-420.

Walter, H. J., Vaughan, R. D., Ragin, D. F., Cohall, A. T., Kasen, S. & Fullilove, R. E. (1993). Prevalence and correlates of AIDS-risk behaviours among urban minority high school students. Preventive Medicine, *22*, 813-824.

Warwick, P., Terry, D. & Gallois, C. (1993). Extending the theory of reasoned action: the role of health beliefs. In D. J. Terry, C. Gallois & M. McCamish (Eds.), The theory of reasoned action: its application to AIDS-preventive behaviour. NY: Pergamon Press.

Weinhardt, L. S., Carey, M. P. & Carey, K. B. (1997). HIV risk reduction for the seriously mentally ill: pilot investigation and call for research. Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry, *28*, 87-95.

Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behaviour. Health Psychology, *12*, 324-333.

Weir, S. S., Roddy, R. E., Zekeng, L., Ryan, K. A. & Wong, E. L. (1998). Measuring condom use: asking "do you or don't you" isn't enough. AIDS Education and Prevention, *10*, 293 - 302.

Wulfert, E. & Wan, C. K. (1993). Condom use: a self-efficacy model. Health Psychology, *12*, 346-353.

Yep, G. A: (1993). HIV prevention among Asian-American college students: does the health belief model work?. Journal of American College Health, 41, 199-205.

Zimmermann, R. S. & Olson, K. (1994). AIDS-related risk behaviour and behaviour change in a sexually active, heterosexual sample: a test of three models of prevention. AIDS Education and Prevention, 6, 189-204.