

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM
NOD1.1

**DISSERTAÇÃO DE Mestrado
EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

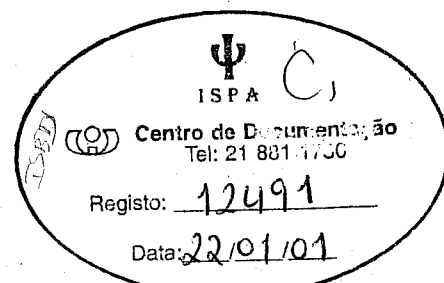
Nuno Nodin

**A SAÚDE SEXUAL
E REPRODUTIVA**

**Resultados de um estudo nacional
sobre os factores de risco para o VIH
e para a gravidez não planeada em jovens adultos**

Orientadora: Prof^ª. Doutora Isabel Leal

Lisboa, Janeiro de 2000



Fragile est l'équilibre
Entre plaisir et danger
Etienne Daho

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Agradecimentos

Como nenhum trabalho se faz sozinho, gostaria de prestar a minha homenagem e os meus sinceros agradecimentos às seguintes pessoas:

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Isabel Leal pelo apoio que me tem prestado ao longo dos últimos anos e em particular na orientação cuidada e atenção que dedicou a esta tese de mestrado.

À Associação para o Planeamento da Família queria agradecer a oportunidade que me foi concedida de juntar o útil ao útil (e também ao agradável) de efectuar este trabalho no âmbito de um projecto de âmbito nacional.

Ao Dr. Duarte Vilar cujas indicações e acompanhamento do projecto no âmbito do qual se inscreve este trabalho se verificaram da maior pertinência e utilidade.

Às Delegações Regionais do Porto, Coimbra, Lisboa, Alentejo e Algarve, da Associação para o Planeamento da Família, pela pronta disponibilidade e colaboração prestada.

A toda a equipa de campo cujo esforço permitiu a efectiva recolha da amostra nos prazos previstos.

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, que sempre se mostrou disponível para esclarecer algumas das muitas dúvidas que me assolaram durante a elaboração desta tese.

À Ana Tereso, Dulce Lamas e António Manuel Marques que, através de revisões da escala ou de partes do texto, permitiram a melhoria da qualidade do meu trabalho.

À Susana, da Com.Pro, pela eterna paciência e profissionalismo com que encarou os meus também eternos pedidos.

À Clara de Jesus, do Centro de Documentação da APF, pela sempre presente disponibilidade.

À minha mãe, pai e irmã, porque merecem.

A ti, sem palavras.

RESUMO

O estudo científico da sexualidade tem-se desenvolvido ao longo deste século através de diversas conceptualizações relativas aos objectivos e problemáticas associadas à actividade sexual. Mais recentemente, e mercê de uma conjuntura de factores dos quais o mais importante terá sido o aparecimento do VIH e o seu impacto sociopolítico, mas não alheio também à consciencialização generalizada da necessidade de dar resposta às reais necessidades dos indivíduos aos níveis sexual e reprodutivo, uma nova perspectiva, mais integradora, tem-se vindo a desenvolver.

Esta nova abordagem das questões relativas à sexualidade, conhecida como Saúde Sexual e Reprodutiva, engloba em si uma multiplicidade de campos e temáticas específicas, de entre as quais optamos por estudar duas, mais concretamente o risco face ao VIH e o do risco face à gravidez não planeada. O motivo desta escolha prende-se com a pertinência de ambas as questões em termos do seu impacto psicológico e social, sendo também de realçar o efeito que podem ter sobre o bem estar, qualidade de vida e saúde dos indivíduos, suas famílias e meio envolvente. Para além disso, são duas questões com diversos pontos de contacto entre si, nomeadamente no que se refere à prevenção.

A população escolhida para este estudo foi a dos indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (jovens adultos). Existem factores que parecem indicar um risco acrescido relativamente à gravidez não planeada e relativamente ao VIH nos indivíduos desta faixa etária. Qualquer uma das problemáticas em causa é, neste grupo de idades, particularmente perturbadora porque pode comprometer o pleno desenvolvimento psicossocial do indivíduo numa fase em que novos investimentos e interesses surgem e se desenvolvem.

De forma a avaliar o risco sexual face ao VIH e face à gravidez não planeada nesta população, foi desenvolvido um questionário baseado no Modelo da Acção Planeada de Icek Ajzen, no qual se integram diversas dimensões que se constituem enquanto eixos

de análise que permitem avaliar a intenção comportamental dos indivíduos nestas duas áreas. A intenção de comportamento permitiu-nos aceder ao factor de risco sexual que pode então ser comparado em diversos subgrupos populacionais, estabelecidos com base em critérios sociodemográficos e comportamentais.

Para além do estudo da intenção comportamental foram também avaliadas outras dimensões, nomeadamente a percepção de vulnerabilidade e as crenças comportamentais, com o objectivo de enriquecer a nossa análise.

Dos resultados, foi possível concluir que, em ambas as áreas, VIH e gravidez não planeada, são os indivíduos do sexo masculino, os residentes em zonas semi-urbanas e rurais, bem como os que já iniciaram a sua actividade profissional, os que apresentam factores de risco mais elevados. Quando se utiliza como critério de comparação o início da actividade sexual e a presença de parceiro sexual fixo, não se verificaram diferenças significativas, excepto no que respeita à comparação relativa ao parceiro sexual no caso da gravidez não planeada. Neste último caso, são os indivíduos que não têm parceiro fixo os que maior nível de risco apresentam, o que indica que os indivíduos nestas situações que se envolvam em interações sexuais com outros parceiros estão em maior risco relativamente à ocorrência de uma gravidez.

No caso da percepção de vulnerabilidade face ao VIH, foi possível perceber que indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam valores significativamente mais baixos do que os que ainda não a iniciaram. O mesmo critério comparativo não é revelador de quaisquer diferenças na percepção de vulnerabilidade no que respeita à gravidez não planeada.

Os resultados são discutidos na perspectiva da intervenção, nomeadamente nas suas implicações para a prevenção. São também abertas perspectivas em termos de investigações futuras e tecidas considerações sobre as múltiplas possibilidades de intervenção e necessidades de conceptualização ao nível da Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

During the 20th century, the scientific study of sexuality went through different phases related to the conceptualisation of specific objects and problems associated with sexual activity. More recently a new and more integrative perspective has been emerging, in great part related with the upcoming of AIDS and its social and economic impact. Other influences that contributed to the emerging of this new approach were the need to find and provide appropriate responses for the sexual and reproductive problems affecting individuals and couples, in particular in developing countries.

This new approach to human sexuality, that is known as Sexual and Reproductive Health, integrates within itself several different thematic areas, of which we decided to study two: the risk towards HIV infection and the risk towards unwanted pregnancy. The reason why we chose these two subjects was because of their importance and impact in the psychological and social conditions of the individual, and also because of their effect over the well being and health, having significant influence on families and evolving context. HIV and unwanted pregnancy are also two subjects that are connected in what concerns their association with sexual behaviour and in what concerns their prevention.

The target of this study were young adults (people with ages between 18 and 25 years of age) because of the several factors indicating that this is a group at risk in what concerns HIV and unwanted pregnancy. Any of these problems are disturbing, particularly in this age group in which new investments and interest appear and evolve, and in which such an occurrence can put at stake the complete development of the individual.

In order to evaluate the sexual risk towards HIV infection and towards unwanted pregnancy in this population, a questionnaire based on Icek Ajzen's Model of Planned Behaviour was created. This questionnaire integrates the several dimensions of that model that are used as means to evaluate the behavioural intentions of young adults in those two areas. The behavioural intentions allow us to evaluate the degree of sexual

risk undertaken by the subjects of our sample in what concerns HIV infection and unwanted pregnancy. The sample was divided according to the following criteria: Sex, Habitat, Professional Activity, Sexual Partner and Sexual Activity, and each pair of groups was compared in what concerns their risk factors. Besides behavioural intention, other two dimensions were also studied: Perception of Vulnerability and Behavioural Beliefs.

The results showed that men, individuals from rural and semi-urban areas, as well as individuals that had already started their professional activity had the higher risk factors towards HIV infection and unwanted pregnancy. However, when comparing people who had and people who hadn't started their sexual activity, no significant differences were found. When comparing people who did and who didn't have a regular sexual partner, significant differences were found only in the case of the risk towards unwanted pregnancy. In this case, the higher risk factors were found in individuals who didn't have a regular sexual partner, which indicates that people in these conditions are in a more vulnerable position towards the possibility of the occurrence of an unwanted pregnancy.

Individuals that had already started their sexual activity had significantly lower results in the dimension Perception of Vulnerability than those who hadn't started it yet, but only in the HIV area, not in the unwanted pregnancy one.

The results are discussed according to their importance in intervention, and new possibilities of research are proposed for the future. The need for a greater investment in the Sexual and Reproductive Health area in its connection with Psychology is also emphasised.

Índice Geral

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS	X
INTRODUÇÃO	1
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1. A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	7
1.1. Breve História do Estudo da Sexualidade Humana	9
1.2. Factores Associados à Emergência da Saúde Sexual e Reprodutiva.....	15
1.3. A Saúde Reprodutiva – Definição do Conceito e Áreas de Intervenção Associadas.....	20
1.4. A Saúde Sexual	25
1.5. Áreas de Intervenção da Saúde Sexual e Reprodutiva	28
1.6. Questões Associadas à Saúde Sexual e Reprodutiva.....	29
1.6.1. O Planeamento Familiar	30
1.6.2. A Educação Sexual.....	34
2. O RISCO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	39
2.1. O Conceito de Risco e suas Implicações em Saúde Sexual e Reprodutiva.....	39
2.2. A Avaliação Psicológica do Risco em Saúde Sexual e Reprodutiva	44
2.3. A Teoria da Acção Racional	46
2.4. O Modelo da Acção Planeada.....	48
2.4.1. Dimensões Integradas no Modelo da Acção Planeada	50
2.4.1.1. A Intenção de Comportamento	50
2.4.1.2. Atitudes.....	51
2.4.1.3. Crenças	53
2.4.1.4. As Normas Subjectivas.....	54
2.4.1.5. A Percepção de Controlo	56
2.4.2. A Percepção de Vulnerabilidade	57
3. Os Jovens Adultos e o Risco relativamente ao VIH e à Gravidez não Planeada....	59
3.1. Os Jovens Adultos – Características de Grupo e Factores de Risco Associados.....	60
3.2. Sexualidade e Relações Afectivas na Juventude.....	64

3.3. O Risco Face ao VIH e Face à Gravidez não Planeada em Jovens Adultos... 68	
3.3.1. Risco Sexual Relativamente ao VIH.....69	
3.3.2. Factores Psicossociais Associados ao Risco de Transmissão do VIH.....71	
3.3.3. Dados Relativos ao VIH nos Jovens do Grupo Etário 18-2576	
3.3.4. Factores de Risco associados à Gravidez não Planeada.....79	
3.3.5. A Gravidez não Planeada81	
3.3.6. Factores Associados à Utilização de Contracepção83	
3.3.7. Dados Relativos à Gravidez Não Planeada, Interrupção Voluntária da Gravidez e Comportamento Contraceptivo nos Jovens do Grupo Etário 18-25.89	
II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 94	
1. Objectivos do Estudo.....97	
2. Hipóteses.....99	
2.1. Sexo.....99	
2.2. Habitat100	
2.3. Actividade Profissional.....101	
2.4. Actividade Sexual.....101	
2.5. Parceiro Sexual102	
2.6. Sexo (Crenças Comportamentais)103	
2.7. Actividade Sexual (Percepção de Vulnerabilidade)103	
3. Tipo de Estudo104	
4. Definição de Variáveis.....105	
4.1. Variáveis Independentes105	
4.2. Variáveis Dependentes.....105	
5. O Instrumento.....106	
5.1. O Pré-Teste.....108	
5.2. Organização do Questionário109	
5.3. A Consistência Interna.....115	
5.4. A Validade da Escala.....117	
5.4.1. Validação de Conteúdo118	
5.4.2. Validação de Critério119	
5.4.3. Validação de Constructo120	
6. População e Amostra120	
6.1. Escolha da População120	

6.2. <i>Seleccção da Amostra</i>	122
6.3. <i>Recolha da Amostra</i>	128
6.4. <i>Caracterização da Amostra</i>	131
III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	145
1. Resultados Relativos ao VIH.....	148
1.1. <i>Estudo da Correlação entre Dimensões (VIH)</i>	148
1.2. <i>Verificação das Hipóteses (VIH)</i>	151
2. Análise dos Resultados relativos à Gravidez não Planeada.....	157
2.1. <i>Estudo da Correlação entre Dimensões (Gravidez não Planeada)</i>	157
2.2. <i>Verificação das Hipóteses (Gravidez não Planeada)</i>	161
IV. ANÁLISE DOS RESULTADOS	167
V. CONCLUSÕES	188
Bibliografia	201
Anexos	212
ANEXO A – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS DIMENSÕES ESTUDADAS	213
ANEXO B – QUESTIONÁRIO.....	214

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição e classificação dos itens da escala.....	113
Tabela 2 – Consistência interna da escala	116
Tabela 3 – População nacional do grupo etário 18-25 e amostra calculada por região	123
Tabela 4- Distribuição percentual geográfica da região Norte	126
Tabela 5 - Distribuição percentual geográfica da região Centro	126
Tabela 6 - Distribuição percentual geográfica da região Lisboa e Vale do Tejo.....	127
Tabela 7 - Distribuição percentual geográfica da região Alentejo.....	127
Tabela 8 - Distribuição percentual geográfica da região Algarve.....	127
Gráfico 9 – Distribuição da amostra por Sexo.....	131
Gráfico 10 – Distribuição da amostra por Região.....	132
Gráfico 11 – Distribuição por Habitat.....	133
Gráfico 12 – Distribuição da amostra por Actividade Profissional	133
Tabela 12a – Distribuição da amostra por Ocupação.....	134
Gráfico 13 – Distribuição da amostra por Situação Conjugal	135
Tabela 14 – Início da Actividade Sexual.....	136
Tabela 15 – Número de Indivíduos com Parceiro Sexual Fixo	137
Tabela 15a – Número Indivíduos com Parceiros Ocasionais	137
Tabela 16 – Sexo do Parceiro Sexual.....	138
Tabela 17 – Utilização de Contraceptivos	140
Tabela 18 – Método Contraceptivo Utilizado.....	141
Tabela 19 – Gravidez não Desejada.....	143
Tabela 20 – Recurso à Interrupção da Gravidez	143
Tabela 21 – Contracção de DST	144
Tabela 22 – Correlações entre as Dimensões (VIH).....	148
Tabela 23 – Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH.....	152
Tabela 24 - Comparação utilizando a variável Habitat no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH.....	152
Tabela 25 - Comparação utilizando a variável Actividade Profissional no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH.....	153

Tabela 26 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH.....	154
Tabela 27 - Comparação utilizando a variável Parceiro Sexual Fixo no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH.....	155
Tabela 28 - Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita às Crenças Comportamentais (VIH).....	155
Tabela 29 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Percepção de Vulnerabilidade (VIH).....	156
Tabela 30 – Correlações entre as Dimensões (Gravidez não Planeada).....	158
Tabela 31 – Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada.....	161
Tabela 32 – Comparação utilizando a variável Habitat no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada.....	162
Tabela 33 - Comparação utilizando a variável Actividade Profissional no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada.....	162
Tabela 34 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Intenção Comportamental face à gravidez não planeada.....	163
Tabela 35 - Comparação utilizando a variável Parceiro Sexual Fixo no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada.....	164
Tabela 36 - Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita às Crenças Comportamentais (Gravidez não Planeada).....	165
Tabela 37 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Percepção de Vulnerabilidade (Gravidez não Planeada).....	166
Tabela 38 – Resumo dos resultados dos testes de hipóteses.....	168
Tabela 39 – Correlações das variáveis relativas ao VIH e à Gravidez não Planeada ...	183
Tabela A – Estatísticas descritivas das dimensões estudadas no âmbito do VIH.....	213
Tabela B - Estatísticas descritivas das dimensões estudadas no âmbito da Gravidez não Planeada.....	213

INTRODUÇÃO

A sexualidade nos seus múltiplos e variados aspectos é um tema que tem merecido a atenção de diversos autores de diversas áreas das ciências humanas ao longo das últimas décadas. Das suas relações com o saber e o poder (Foucault, 1976) à sua importância enquanto definidor da identidade pessoal na sociedade contemporânea (Giddens, 1995), a sexualidade tem progressivamente vindo a tornar-se uma das áreas chave para a compreensão dos diversos fenómenos que ocorrem no tecido social e das transformações que marcaram o final do século XX.

Paralelamente, e de uma forma não alheia a estes discursos, novas abordagens de cariz mais pragmático têm surgido relativas às práticas sexuais dos indivíduos e à importância que estas podem ter para o seu bem estar e qualidade de vida.

A sexualidade é uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que é um todo complexo, que se refere ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura de amor, contacto e intimidade. De acordo com a OMS (1982), a sexualidade tem influência sobre sentimentos, comportamentos e interações, podendo a sua acção afectar igualmente a saúde física e mental dos indivíduos.

Neste sentido, pode-se verificar que as atitudes pessoais e crenças no que respeita a

aspectos mais específicos da sexualidade se revestem de particular importância uma vez que são factores que podem influenciar a saúde dos indivíduos e, desta forma também, a sua integridade a vários níveis.

Estas questões são mais evidenciadas a partir dos inícios dos anos 80, momento em que o aparecimento da SIDA vem, de uma forma particularmente aguda, chamar a atenção para a necessidade de estudar e tomar medidas preventivas em relação ao contágio por esta doença. É de forma inevitável, e a par das investigações biomédicas sobre a cura e o tratamento do VIH, que as Ciências Sociais no geral, e a Psicologia em particular, se vêm a debruçar também sobre esta problemática.

Não se tendo ainda encontrado cura ou vacina para o VIH, continua a ser necessário, hoje em dia, o desenvolvimento de estudos comportamentais e atitudinais sobre diferentes aspectos da sexualidade dos indivíduos. Até porque, paralelamente a esta problemática, outros riscos mais antigos continuam a prevalecer, tais como o da gravidez não desejada. Como referem Berer & Ravindran (1995) "*the concept of safety in relation to STDs and AIDS, which is about prevention of disease and of life threatening illness, is also relevant to pregnancy and birth control*" (p. 7).

Estas questões, sendo importantes em qualquer fase da vida, revestem-se de características específicas e merecem especial atenção durante a adolescência e início da idade adulta. O comprometimento da saúde e bem estar dos indivíduos nesta fase da vida acarreta consequências que se repercutem, não só ao nível psicológico e emocional do próprio indivíduo e de quem o rodeia, mas também ao nível social e, em último grau, ao nível económico das sociedades em que estes fenómenos ocorrem.

O objectivo deste trabalho é o de aprofundar um pouco mais a compreensão de aspectos particulares da sexualidade dos jovens do grupo etário dos 18 aos 25 anos, para que melhor se possam perceber os mecanismos subjacentes ao que se convencionou chamar de comportamentos de risco na área sexual.

É, de resto, de uma forma complementar às novas perspectivas surgidas no campo da saúde que se poderão compreender as novas formas de abordar a sexualidade e a reprodução, numa importante e emergente área que se tem designado por Saúde Sexual e Reprodutiva.

O trabalho aqui apresentado destina-se, num primeiro momento, a perspectivar esta área de estudo e de investigação, pelo que numa primeira parte procederemos à revisão de conceitos úteis para a sua delimitação e compreensão, caracterizaremos o conceito actual de risco, muito em concreto nas áreas do VIH e da gravidez não planeada e exporemos algumas das características de grupo e factores de risco relevantes no grupo dos jovens adultos.

A segunda parte aborda os aspectos metodológicos do presente trabalho de investigação. Desta forma, explanaremos as hipóteses e o design de investigação que utilizamos com o objectivo de conhecer efectivamente os factores de risco para o VIH e para a gravidez não planeada nos jovens adultos portugueses. Este será também o momento para apresentar a estratégia conceptual e metodológica que presidiu à construção do instrumento utilizado, e para dar conta dos critérios de selecção e procedimentos relativos à escolha da amostra, e sua caracterização.

Na terceira parte apresentaremos os resultados obtidos de acordo com os objectivos propostos para, posteriormente, na quarta parte se procurar dar sentido àqueles resultados através da sua análise. Na quinta e última parte do trabalho apresentam-se as conclusões às quais chegamos através da investigação efectuada.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A Saúde Reprodutiva e a Saúde Sexual são dois conceitos relativamente recentes e que nascem de uma conjuntura de factores, de entre os quais a constatação de que, ao tornar acessível a contracepção e o planeamento familiar está-se de facto a permitir que os indivíduos possam desfrutar a sua sexualidade de uma forma prazenteira e livre de preocupações relativamente à gravidez ou a doenças transmitidas por via sexual.

Sendo que as pessoas exploram a sua sexualidade de diversas formas, em diferentes momentos do seu desenvolvimento e de acordo com a sua realidade bio-psico-social, o que se pretende é que os serviços prestados nesta área possam ir ao encontro das diferentes necessidades dos indivíduos (Mahler, 1992).

Estes dois conceitos surgem, desta forma, em grande parte devido à realidade das próprias instituições que trabalham directamente com a população que recorre aos serviços ao nível da sexualidade, revestindo-se por essa razão de uma vertente muito pragmática. É talvez devido a este pragmatismo que os conceitos de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva surgem normalmente associados e pouco diferenciados entre si, definindo um conjunto de factores interrelacionados mas, apesar de tudo, específicos.

Assim, a Saúde Sexual e Reprodutiva em termos conjuntos implica um estado global de saúde e bem estar aos níveis sexual e reprodutivo. É atribuída uma atenção especial às opções individuais esclarecidas, numa concepção positiva da sexualidade humana nas suas diversas facetas. Constitui-se, em grande medida, enquanto área de intervenção que deverá ser adequada às reais necessidades e características dos indivíduos.

Em 1992, a Assembleia de Membros da International Planned Parenthood Federation adopta como uma das suas áreas prioritárias de intervenção a Saúde Reprodutiva. Mais tarde, em 1994 na Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (CIPD) que teve lugar no Cairo, mais uma vez se veio reforçar este novo enfoque, que se pretende abrangente. Esta conferência vem, decididamente, marcar a Saúde Reprodutiva como um dos alvos prioritários em termos de desenvolvimento à escala global.

A Saúde Reprodutiva, à qual se vem a acrescentar a ideia de Saúde Sexual pode, desta forma, ser considerada como um paradigma emergente relativo à abordagem da sexualidade, em muito associada à prática e às reais necessidades dos indivíduos, mais do que às das populações. Este paradigma não surge descontextualizado, mas sim na sequência de mais de um século de reflexão crítica e de investigação científica sobre a sexualidade humana. Assim, pode-se considerar que existe um percurso já efectuado que, juntamente com um conjunto de factores de cariz social, epidemiológico e epistemológico, tem como resultado no momento actual o aparecimento desta nova perspectiva.

1.1. Breve História do Estudo da Sexualidade Humana

É a partir do século XIX que se inicia de uma forma consistente e sistemática o estudo da sexualidade sob uma perspectiva científica. A Europa atravessava então o período vitoriano, época reconhecidamente repressiva de qualquer expressão da sexualidade. A moral vitoriana estabeleceu princípios de conduta social e sexual altamente restritivos, impondo de igual forma um padrão de normalidade que ditava o que era considerado permitido e o que, por outro lado, era apontado como desviante.

Simultaneamente, foram-se sucedendo profundas alterações sociais que decorreram da revolução industrial e do aumento desproporcionado dos centros urbanos. Estas mudanças, associadas ao aparecimento e florescer do pensamento liberal que também ocorre nesta época, são propícias ao aparecimento de correntes críticas no seio da sociedade face ao vitorianismo dominante, o que por sua vez vêm permitir um outro olhar face à sexualidade.

Krafft-Ebing (1840-1902), autor alemão, considerado por muitos como o principal precursor da Sexologia, inaugura, com a sua obra *Psychopathia Sexualis* (1886), o estudo de temáticas sexuais sob a perspectiva da ciência médica contemporânea, abordando temáticas tais como a masturbação ou a homossexualidade (López & Fuertes, 1998).

A formação psiquiátrica de Krafft-Ebing e de outros autores seus contemporâneos pioneiros nesta área, vem em grande parte determinar que esta primeira incursão

científica nos terrenos da sexualidade sejam marcados pelo delimitar da fronteira entre o normal e o patológico. A reprodução é considerada como a finalidade última da actividade sexual e tudo o que não se circunscreva a esse âmbito é considerado aberrante. Em Portugal, livro de Egas Moniz *A Vida Sexual*, de 1913, inscreve-se também, ainda que um pouco tardiamente, nesta corrente que vem, na verdade, legitimar sob uma perspectiva científica a moral vigente na época.

Neste momento histórico, o sexo é considerado apenas do ponto de vista biológico como uma função, tal como beber ou comer, sendo a sua finalidade única a reprodução (Ogden, 1999). Aos poucos esta perspectiva vai-se alterando e vão surgindo outras formas de conceber a actividade sexual. Havenlock Ellis (1859-1939), em Inglaterra, é dos primeiros autores a questionar a noção de normalidade em sexualidade, pondo em causa muitas das ideias vigentes na sua época. Fica patente, na sua obra, a ideia de que a sexualidade deve ser encarada como algo de complexo mas simultaneamente positivo, ocupando um lugar de destaque entre as motivações humanas.

Ellis tem como um dos seus principais objectivos o de combater as duras leis herdeiras da época vitoriana que então ainda vigoravam e que penalizavam qualquer prática que não fosse considerada “natural”. É também partidário da educação sexual das crianças por considerar de grande importância a sexualidade para o desenvolvimento posterior do indivíduo. Esta é uma das ideias que influenciaram decisivamente Freud (1856-1939) que vem, por sua vez, revolucionar todo o modo de pensar sobre o homem na sua globalidade e sobre a sexualidade em particular.

Freud descobriu, partindo do estudo dos seus pacientes, que na base de problemáticas de

foro psicológico se encontravam com frequência causas sexuais, normalmente associadas a conflitos infantis. Isto levou-o a desenvolver a teoria do desenvolvimento psicosexual infantil, na qual defende a existência de uma série de fases, progressivas e biologicamente determinadas, que decorrem ao longo da infância e ao longo das quais se vai estruturando uma sexualidade que deverá culminar sob o primado da genitalidade (Freud, 1905).

Freud debruça-se igualmente, e na sequência desta teoria, sobre os desvios à norma em termos sexuais, já não com a carga patologizante que outros anteriormente lhes tinham atribuído, mas com o intuito de compreender e explicar as suas origens. No entanto, Freud não deixa de ser, também ele, um produto da sua época, nomeadamente da sociedade patriarcal e da estrutura familiar a ela associada, bem como ainda da repressão social da sexualidade decorrente do vitorianismo. Tem, apesar disso, um papel fundamental em lançar o debate sobre a sexualidade no discurso científico e popular de uma forma até então sem precedentes, sendo, juntamente com Ellis, um dos instituidores de uma nova forma de abordar esta temática. Esta nova abordagem baseia-se na concepção do sexo como uma forma de obter prazer.

Esta nova ideia, que mantém ainda o enfoque sobre os aspectos biológicos do sexo, apesar de já não o conceber unicamente como destinado à reprodução, é desenvolvida por vários autores ao longo da maior parte do século XX. Um deles é Magnus Hirschfeld (1868-1935) que publicou, na Alemanha, uma das primeiras revistas científicas na área da Sexologia, e estudou a sexualidade humana tendo como objectivo proporcionar aconselhamento para problemas nesta área. As suas actividades foram brutalmente interrompidas com a destruição do seu instituto pelas forças nazis em 1935

(Moglia & Knowles, 1997). Este período corresponde, aliás, a uma fase de estagnação nesta área, que se justifica também pela recessão económica que afectou todo o mundo, pela ascensão dos regimes ditatoriais na Europa e pela 2ª Grande Guerra, que desviaram a atenção e os recursos disponíveis para outros interesses mais imediatos e urgentes.

É só nos anos 50 que se retoma com maior fôlego a abordagem dos comportamentos sexuais dos indivíduos, ganhando notoriedade o vasto estudo empreendido por Alfred Kinsey (1894-1956) sobre o comportamento sexual dos americanos. Kinsey (1948, 1953) vem pela primeira vez introduzir métodos quantitativos no estudo da sexualidade, através da análise de um grande número de entrevistas efectuadas a indivíduos adultos que acederam em participar na sua investigação. Os relatórios que resultaram desta investigação foram fortemente criticados pela sua falta de rigor e não representatividade da amostra, tendo sido também repudiados pela sociedade americana da época. Tiveram, no entanto, um forte impacto sobre as crenças relativas ao que era ou não comum em termos de práticas sexuais junto da população.

Esta abordagem da sexualidade teve também relevância por ter sido a primeira vez que em Sexologia se optou por estudar a população em geral, por oposição ao que até então acontecia em que os alvos preferenciais desta disciplina eram os indivíduos com patologias ou aqueles que eram alvo de processos criminais por crimes sexuais (López & Fuertes, 1998). Um dos motivos para que isto possa ter ocorrido terá sido a crença de Kinsey relativamente à existência de um determinismo biológico ao nível da sexualidade. Esta ideia encontra-se, aliás, bastante incutida no pensamento deste investigador, para quem o impulso sexual deveria ser visto como uma força biológica cuja expressão visando a obtenção de prazer seria não só aceitável como desejável

(Ogden, 1999).

Este interesse sobre os aspectos biológicos do sexo é continuado pelo casal Masters & Johnson (1966) que, aplicando técnicas laboratoriais ao estudo da actividade sexual humana, registraram as alterações fisiológicas que ocorrem durante a prática sexual. Estes autores procuraram, através das suas investigações, responder às questões básicas postuladas no início de uma das suas obras: *“What physical reactions develop as the human male and female respond to effective sexual stimulation? Why do men and women behave as they do when responding to effective sexual stimulation?”* (Masters & Johnson, 1966, p.4).

Esta pesquisa permitiu-lhes a identificação das diversas fases do ciclo de resposta sexual que os próprios autores reconhecem como sendo arbitrárias, e que ficaram conhecidas como excitação, plataforma, orgasmo e resolução, e que prevalecem como referências até hoje em Sexologia.

Se os trabalhos de Kinsey se revestem de grande interesse por aprofundarem o estudo da sexualidade do ponto de vista sociológico, o mérito de Masters & Johnson é o de terem trazido o rigor científico ao estudo da fisiologia do prazer sexual. A importância do prazer em termos socioculturais ganha vulto, adquirindo progressivamente o estatuto de bem de consumo. O prazer sexual passa a ser considerado como um garante do bem estar do indivíduo e da estabilidade do casal, sendo o desenvolvimento de técnicas que permitam ultrapassar os problemas sexuais e alcançar o prazer o passo seguinte e inevitável no desenvolvimento da Ciência Sexológica. É na década de 70 que isto acontece com o aparecimento da Terapia Sexual, proposta por estes mesmos autores

(Baptista, 1986).

Através desta intervenção terapêutica procura-se que o sujeito possa fazer uma reaprendizagem, que passa pelo conhecimento da anatomia e funcionamento dos órgãos genitais, mas também pelo ensino de um novo padrão de comportamento sexual, mais ajustado e prazenteiro. Os resultados deste programa foram de tal modo encorajadores (80% de sucessos, de acordo com os seus autores) que rapidamente ele foi adoptado por diversas instituições ligadas à Sexologia Clínica. Criaram-se também as condições para que diversos outros programas de intervenção fossem desenvolvidos. Autores como Kaplan (1974) vieram introduzir novos dados e aperfeiçoar a técnica, mas sempre guiados pelos mesmo ideal de propiciar e aumentar o prazer sexual dos indivíduos.

A preocupação em descrever do ponto de vista bio-fisiológico a actividade sexual, que se baseava no princípio que, como nos lembra na boa tradição sexológica Helen Kaplan, “*one cannot have intercourse without a funcional penis and vagina*” (Kaplan, 1974, p.69), tem, de facto, como objectivo ajudar os indivíduos a ultrapassar as suas dificuldades e, desta forma, ter um maior bem estar.

Objectivo idêntico é o que guia o estudo científico sobre os efeitos de doenças orgânicas e de substâncias químicas na actividade sexual. Sabe-se, por exemplo, que as dores provocadas pela artrite na mobilidade, as dificuldades de irrigação sanguínea causada por problemas cardiovasculares ou as perdas de sensibilidade induzidas por danificações do sistema nervoso central, são algumas das situações de doença física que podem dificultar o próprio acto sexual. Outros problemas podem surgir em fases mais precoces da resposta sexual, como sejam o desejo e a excitação, na sequência de perturbações

endócrinas ou de doenças de foro neurológico e psiquiátrico.

Também avançou o estudo do efeito de diversos medicamentos sobre a função sexual, como sejam os utilizados no tratamento de problemas de saúde tais como a hipertensão, a doença de Parkinson ou o glaucoma. Da mesma forma, é sabido que o abuso de substâncias psicoactivas, utilizadas ou não com fins afrodisíacos, tende a afectar a sexualidade, muitas vezes de uma forma negativa.

No entanto, esta relação entre sexualidade e saúde, apesar de reconhecida implicitamente por parte da literatura científica ao longo de todo o século XX, carece de investigações que procurem, de uma forma específica e clara, determinar a natureza e intensidade desta associação. O interesse demonstrado pela Saúde Sexual e Reprodutiva nos anos 90 vem reafirmar esta ligação e introduz também novas questões, que em grande parte se relacionam com as abordagens mais inovadoras que se têm vindo a desenvolver no campo da saúde nos últimos 30 anos.

1.2. Factores Associados à Emergência da Saúde Sexual e Reprodutiva

São vários os factores que explicam o aparecimento da Saúde Sexual e Reprodutiva, para lá dos meramente institucionais aos quais já nos referimos. De acordo com Ogden (1999), o desenvolvimento do modo de pensar sobre a sexualidade que, como já vimos, passou pela sua concepção enquanto uma função biológica tendo como objectivo a reprodução, e posteriormente como almejando ao prazer, acabou, nas últimas duas décadas, por ser concebida como um risco para a saúde, ou seja, como uma maneira

através da qual os indivíduos podem pôr em causa o seu bem estar e integridade física.

É indiscutível a influência que o aparecimento do VIH teve nesta nova abordagem da sexualidade. Esta infecção e a doença a ela associada, o SIDA, tiveram um tal impacto em termos sociais e políticos que determinaram a necessidade de encontrar os meios para que se pudesse efectuar o seu controlo o mais rapidamente possível. E assim o sexo, de actividade essencialmente prazenteira, passou a ser considerado por uma questão de urgência social e epidemiológica, como um factor que pode influenciar directamente a saúde dos indivíduos.

Por outro lado, cada vez mais se considera que uma sexualidade saudável deverá constituir parte integrante de um bom estado de saúde, e que uma boa saúde deverá pressupor uma sexualidade igualmente “boa”. Convém referir que aquilo que se considera um bom estado de saúde, em termos gerais ou sexuais, já não se encontra apenas associado a critérios médicos de saúde ou doença. De facto, nos dias de hoje, a saúde encontra-se relacionada com factores subjectivos de bem-estar e de qualidade de vida individuais, mais do que com a ausência pura e simples de doença física.

Desta forma, se a Saúde Sexual e Reprodutiva surge e se desenvolve neste momento histórico, tal deve-se à convergência das necessidades específicas de intervenção ao nível do comportamento sexual e das alterações que têm vindo a ocorrer ao nível da saúde, nomeadamente através do movimento que foi apelidado de 2ª Revolução da Saúde.

A Segunda Revolução da Saúde nasce em grande parte devedora das alterações dos

padrões comportamentais da população, e com eles do aparecimento de doenças não associadas a agentes infecciosos externos, como até aí acontecia, mas antes provocadas por padrões comportamentais e estilos de vida nocivos para a saúde.

A obesidade, o cancro, as deficiências físicas devidas a acidentes, entre outras, são das perturbações de saúde mais comuns nas sociedades actuais sendo, todas elas, fortemente influenciadas pelo comportamento dos indivíduos. Este factor veio chamar a atenção para a inevitabilidade da reflexão sobre a intervenção em saúde e fez com que fossem empreendidos esforços para que os cuidados de saúde fossem direccionados para as necessidades actuais dos indivíduos.

Começa-se também a delinear uma mudança fundamental nas políticas de saúde que consta da alteração do enfoque que até então era dado à doença para a esfera da saúde. Os antecedentes a estas alterações podem-se encontrar já nos anos 40, quando na Conferência Internacional sobre Saúde levada a cabo em Nova Iorque, a saúde surge, pela primeira vez definida enquanto “*a complete state of physical, psychological and social well being and not just the absence of disease*” (WHO, 1994a). Esta definição é utilizada, ainda hoje, pela OMS.

A importância que é atribuída à responsabilidade individual nesta nova concepção de saúde e doença, e os meios considerados apropriados para a alcançar constituem a base de um dos conceitos fundamentais da segunda revolução da saúde, a Promoção da Saúde, cuja influência ao nível da Saúde Sexual e Reprodutiva se fazem também sentir. A Carta de Otava adopta a definição de Promoção da Saúde da OMS, que é a seguinte: “*process of enabling people to increase control over, and to improve, their health (...)*”

[it] represents a mediating strategy between people and their environments, synthesising personal choice and social responsibility in health to create a healthier future” (Epp, 1986, p.8).

Como se pode depreender, esta é uma noção que deixa bem patente a ideia de que existe a necessidade de transferir poder de decisão e recursos para a comunidade, capacitando os indivíduos relativamente aos seus próprios destinos em termos de saúde. Estas ideias, juntamente com os efeitos do afastamento do modelo biomédico, traduzido nas alterações ao nível das abordagens e intervenções em saúde, vieram a afectar as diferentes áreas dos cuidados de saúde, entre as quais o Planeamento Familiar.

O Planeamento Familiar, aspecto considerado fulcral pela Organização Mundial de Saúde em 1972, mas limitada em muito à necessidade do desenvolvimento de métodos para regular a fertilidade de uma forma eficaz, segura e aceitável, veio ao longo dos anos a ser revista na perspectiva de integrar questões tais como a infertilidade, a prevenção e o tratamento do SIDA, bem como a saúde materno-infantil (WHO, 1994b).

Entretanto, as necessidades dos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento demonstraram que o planeamento familiar por si só não era suficiente. De facto, o aumento alarmante da população nestes países, acrescido muitas vezes da ausência de recursos que lhes permitam ter perspectivas mais optimistas para a obtenção de um desenvolvimento sustentado, levaram nos últimos anos a uma consciencialização, à escala global, da urgência de uma nova abordagem relativa às questões da sexualidade.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), surgindo na

sequência de diversas outras conferências internacionais conduzidas sob os auspícios das Nações Unidas, veio chamar a atenção para as diversas interligações entre população e desenvolvimento. Uma das consequências desta conferência foi a criação de um programa de acção, aceite pelos diversos países e organizações participantes, que defende uma nova estratégia que, mais do que procurar atingir objectivos demográficos em termos da população, se dirige em especial às necessidades e interesses dos indivíduos, homens e mulheres, em termos de desenvolvimento social e humano (IPPF, 1998a).

Como forma de atingir este objectivo foram estabelecidas algumas áreas prioritárias de investimento ao nível internacional, das quais a Saúde Reprodutiva foi considerada das mais importantes. A noção de Saúde Reprodutiva procura ir além do fornecimento puro e simples de serviços de planeamento familiar, para integrar uma visão mais alargada dos diversos aspectos relacionados com a delicada associação entre sexualidade, saúde e reprodução.

Como foi já referido, apesar de na maioria dos casos se considerar a Saúde Sexual e Reprodutiva como uma só área, existem, na verdade dois conceitos nela envolvidos, o de Saúde Sexual e o de Saúde Reprodutiva. Estes conceitos, que quando associados se complementam e abrangem uma vasta área de intervenção serão, ao longo deste trabalho, utilizados conjuntamente, de acordo com o convencionado na literatura existente. No entanto, por uma questão de clareza e melhor compreensão do real significado de toda a área no seu conjunto iremos, de seguida, distinguir e caracterizar conceptualmente a Saúde Reprodutiva e a Saúde Sexual.

1.3. A Saúde Reprodutiva – Definição do Conceito e Áreas de Intervenção Associadas

A Saúde Reprodutiva surge habitualmente definida como a aplicação, para os aspectos concretos relacionados com a reprodução, do conceito mais geral de saúde adoptado pela OMS. Desta forma, a Saúde Reprodutiva é considerada enquanto um “*état de bien-être physique, mental et social – allant au delà de l’absence de malaises et d’infirmités – pour ce qui se rapporte à l’appareil reproducteur, à ses fonctions et à ses activités*” (Miller & Bahamon, 1995, p.225). A definição adoptada pela Conferência Internacional do Cairo, em muito semelhante a esta, acrescenta ainda outras questões pertinentes, nomeadamente que a Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, e que tenham também a capacidade de decidir quando e com que frequência se tencionam reproduzir.

Implícito, então, à Saúde Reprodutiva, encontra-se o acesso dos indivíduos à informação sobre planeamento familiar e aos métodos contraceptivos que sejam adequados às suas necessidades, bem como que seja assegurada a existência de serviços de saúde aos quais possam recorrer sempre que necessário e principalmente no caso da gravidez da mulher. Procura-se, desta forma, que a gravidez e o parto possam decorrer nas melhores condições e que os casais possam ter a oportunidade de ter crianças saudáveis.

Outros aspectos são, para além destes, integrados na noção de Saúde Reprodutiva. A OMS (1994b) lista-os da seguinte forma:

“The basic elements of reproductive health are: responsible reproductive/sexual behaviour, widely available family planning services, effective maternal care and safe motherhood, effective control of reproductive tract infections (including sexually transmitted diseases (STDs)), prevention and management of fertility, elimination of unsafe abortion, and prevention and treatment of malignancies of reproductive organs. Furthermore, reproductive health affects, and is affected by, other aspects of health, most particularly human immunodeficiency virus (HIV) infection/acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), nutrition, infant and child health and sexuality, lifestyle, and environmental factors” (op. cit., p.2).

A Saúde Reprodutiva é desta forma concebida de uma forma bastante vasta, sendo inclusive defendido que integra em si a Saúde Sexual, entendida esta enquanto factor potenciador da vida e das relações interpessoais (Direcção Geral da Saúde, 1998).

No entanto, parece claro que a implementação da Saúde Reprodutiva implica, por um lado, a sua inclusão nos serviços de saúde primários e, por outro, a educação, informação e aconselhamento dos indivíduos nas temáticas por ela abrangidas. Esta condição, na qual se podem vislumbrar os reflexos da Segunda Revolução de Saúde e das questões associadas à promoção da saúde, passa também, e necessariamente, pela capacitação dos indivíduos para que possam, eles próprios, ser agentes activos no processo de procura dos cuidados e serviços de Saúde Reprodutiva que lhes sejam vantajosos.

Muita da atenção dos programas de Saúde Reprodutiva é dirigida para as mulheres nas diversas etapas do seu desenvolvimento. Esta atenção surge em paralelo com o recente

interesse que se tem dedicado, ao nível das ciências sociais e humanas, pelas questões do género, que procuram explorar as especificidades de cada um dos sexos, nos seus diversos aspectos. Passados que se encontram os movimentos feministas que procuraram defender os direitos das mulheres através da defesa da igualdade entre os sexos, hoje em dia o que se pretende é tentar perceber quais as necessidades específicas de que carecem os indivíduos de ambos os géneros, e muito em particular, as mulheres.

Sendo que de uma forma persistente ao longo da história da humanidade foram homens os responsáveis pelo zelo da saúde, tradicionalmente muito pouca atenção se tem dedicado aos aspectos sociais e ambientais da saúde das mulheres. Esta situação teve como efeito que, não só se tenha olhado para as questões das mulheres sob a perspectiva masculina, como também que, como refere Lesley Doyal (1991) *“the particular needs of women (...) have received very little attention so far in the establishment of health promotion policies”* (op. cit., p.283).

Esta é uma das falhas que a Saúde Reprodutiva tenta colmatar, até porque, na grande maioria das vezes, são as mulheres a sofrer, no seu bem estar físico e emocional, os problemas associados ao facto de serem elas que possuem a capacidade de engravidar. O desequilíbrio na distribuição do poder na sociedade tem também como consequência o entrave à possibilidade das mulheres em acederem a escolhas sexuais e reprodutivas que lhes sejam benéficas.

Desta forma, situações tais como a gravidez não desejada, os abusos sexuais, a gravidez na adolescência, problemas associados ao parto e o aborto são centrais às preocupações levantadas na conferência do Cairo, uma vez que são responsáveis anualmente pela

incapacitação física e social, e pela morte de centenas de milhares de mulheres em todo o mundo (WHO, 1997). Adicionalmente, as questões da Saúde Reprodutiva das mulheres encontram-se associadas a diversos problemas de saúde infantil. Sabe-se, por exemplo, que *“many children who become motherless due to abortion-related maternal mortality each year will not survive the loss of their mother; others are fostered but often do not fare well in terms of health and nutrition”* (op. cit., p.4).

Outras questões pertinentes são as da violência contra as mulheres, aos níveis físico, emocional e sexual, nomeadamente práticas como sejam a mutilação genital feminina, à qual se calculam tenham sido sujeitas entre 85 e 114 milhões de mulheres (WHO, 1994b).

Neste contexto, a Declaração de Pequim de 1995 vem reforçar que *“a potenciação do papel da mulher e a plena participação da mulher em condições de igualdade em todas as esferas da sociedade, incluindo a participação nos processos de adopção de decisões e o acesso ao poder, são fundamentais para o sucesso da igualdade, desenvolvimento e paz”* (Declaração de Pequim, Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher das Nações Unidas, Pequim, 1995, Parágrafo 13).

As questões da saúde das mulheres, juntamente com todos os restantes aspectos associados à Saúde Reprodutiva, entre os quais se encontram a Saúde Sexual e o Planeamento Familiar, foram organizados numa série de objectivos a serem cumpridos no prazo de 20 anos. Com o estabelecimento destes objectivos, sob a denominação de *“Saúde Reprodutiva para todos para o ano 2015”*, pretende-se que o planeamento familiar esteja disponível universalmente no ano de 2015 ou em data anterior. O que se

verifica actualmente é um grande desfasamento entre as necessidades em termos contraceptivos dos indivíduos e a efectiva disponibilidade de meios modernos e eficientes de planeamento familiar em alguns países, principalmente no caso dos países em vias de desenvolvimento (WHO, 1994a).

Há que não esquecer, no entanto, todos os entraves que existem à implementação de serviços de saúde reprodutiva. Ao constatar o pouco que se avançou a este nível passados quatro anos sobre a CIPD, Alfred Merkle (1998) procurou identificar as áreas causais que podem influenciar a saúde reprodutiva de indivíduos ou de grupos, para que melhor se possa intervir junto dos mesmos. São elas:

- a localização geográfica e condições tais como as socioeconómicas, a habitação e o local de trabalho;
- influências externas, tais como as religiosas, as políticas, a migração e a cooperação internacional;
- influências dentro da sociedade, tais como os valores, os pares, as relações interpessoais, o poder e os direitos;
- decisões pessoais baseadas nas experiências pessoais, a responsabilidade, a participação, etc.;
- influência de programas e acções de forma directa (educação sexual, programas de prevenção) e indirecta (educação, emprego, etc.).

Este autor recorda ainda que a vontade política é de grande importância nas mudanças que se queiram obter a este nível. Algumas das dificuldades são as relacionadas com as limitações que os políticos têm, através dos instrumentos que possuem, em alcançar objectivos mais gerais no âmbito da Saúde Reprodutiva, tais como as relacionadas com a equidade e direitos das mulheres. Outras referem-se à resistência à mudança, em

termos estratégicos, das políticas nesta área.

Muito ainda há a fazer em termos de Saúde Reprodutiva. As metas estabelecidas para o ano de 2015, apesar de consideradas como um processo sequencial e não monolítico, necessitam ainda de grandes investimentos por parte dos governos, ONG's e técnicos, para que possam ser cumpridas.

1.4. A Saúde Sexual

Tal como foi já referido, a Saúde Sexual é considerada enquanto um dos aspectos constituintes da Saúde Reprodutiva, apesar de ser um conceito que cronologicamente o precede. Surge pela primeira vez num documento da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1975), no qual é definida da seguinte forma:

“La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en maneras positivamente enriquecedoras, y que contribuyen a realzar la personalidad, la comunicación y el amor ... y así, la noción de salud sexual implica un enfoque positivo hacia la sexualidad humana” (WHO, 1975, p.56).

A necessidade da integração da noção de Saúde Sexual no contexto mais alargado da Saúde Reprodutiva parece, assim, ter como objectivo a integração, nesta última, de questões que à partida lhe pareciam excluídas. De facto, apesar das preocupações com as necessidades dos indivíduos e com as questões do género, não deixa de ser patente que a Saúde Reprodutiva, numa perspectiva global, acaba por ter um pendor bastante

técnico que parece escamotear a sexualidade em toda a sua riqueza de manifestações.

A Saúde Sexual surge também dos movimentos de Planeamento Familiar e das diversas instituições que trabalham nesta área, a partir da percepção de não ser possível tratar questões associadas à contraceção sem que se aborde igualmente a sexualidade (Ketting, 1993). Verificou-se também que estas instituições sempre constituíram o recurso preferencial, por parte dos jovens e da população em geral, para o esclarecimento de dúvidas ou em caso de necessidade de apoio, nas áreas da educação sexual, relacionamentos interpessoais, DST's, abusos sexuais, entre outras.

Os serviços de Planeamento Familiar que tradicionalmente concebiam a sua acção no âmbito de objectivos “nobres”, tais como o combater o crescimento da população ou o salvar de vidas humanas, viram-se obrigados a constatar que, através das suas actividades se encontravam, na verdade, a auxiliar os seus utentes a usufruírem a sua vida sexual de uma forma mais descontraída e satisfatória. Isto porque, na base da procura do planeamento familiar encontra-se indubitavelmente a procura de uma sexualidade prazenteira.

Sarjeant (1993) defende mesmo que as dificuldades que ainda se verificam na adesão a comportamentos sexuais e contraceptivos seguros se podem atribuir, em grande parte, ao desconforto sentido pelos técnicos de planeamento familiar em lidar com as questões do prazer sexual dos seus utentes, o que, curiosamente vai no sentido oposto ao sucedido ao nível da Sexologia. É por isso que esta autora afirma que *“unless we accept that family planning is very much about sex, sexual health and sexual pleasure, we will continue to design messages that fall into deaf ears, and we will continue to provide*

services that have a very narrow focus and do not take into consideration some of the very special needs of our clients” (op. cit., p. 614).

O conceito de Saúde Sexual procura, desta forma, ter uma abordagem multidimensional da sexualidade humana, não limitada apenas aos seus aspectos biológicos e fisiológicos. São integradas as facetas emocionais, afectivas e relacionais da sexualidade, abordando-se questões tais como a autodeterminação sexual, a comunicação entre parceiros, a atracção e o amor, as normas e valores, o comportamento sexual e a vivência da sexualidade livre de constrangimentos, entre outras.

Esta noção holística da sexualidade pretende, também, delimitar uma área de intervenção, nomeadamente, mas não só, no que respeita ao aconselhamento no âmbito da Saúde Reprodutiva. Desta forma, o objectivo da Saúde Sexual é, de uma forma mais abrangente, *“the enhancement of life and personal relations”* (United Nations, 1995, p.13). Daí que a Saúde Sexual seja também um conceito maleável, no sentido em que se pretende que possa ser aplicado aos indivíduos seus destinatários, de acordo com as suas diferentes circunstâncias pessoais, sociais e culturais.

Faz sentido, desta forma, que se tenha convencionado em falar conjuntamente em *Saúde Sexual e Reprodutiva*, uma vez que os dois conceitos se complementam e equilibram numa abordagem integrada da sexualidade humana.

1.5. Áreas de Intervenção da Saúde Sexual e Reprodutiva

Como foi já possível constatar, a Saúde Sexual e Reprodutiva constitui-se, em grande medida, enquanto área de intervenção que deverá ser adequada aos aspectos e características específicos das populações alvo. São diversas as áreas aqui englobadas. A lista que de seguida apresentamos é apenas uma de entre várias possíveis que, no entanto, aborda as principais questões consideradas quando se trabalha em Saúde Sexual e Reprodutiva (IPPF, 1997).

- Educação sobre sexualidade e reprodução
- Informação, educação e meios de regular a fertilidade, incluindo o aprovisionamento de métodos contraceptivos
- Educação e cuidados durante a gravidez, parto e período de pós-parto, incluindo aconselhamento relativamente aos papéis parentais
- Cuidados ao recém-nascido, nomeadamente reforço da amamentação materna
- Prevenção da infertilidade e tratamento do casal infértil
- Gestão humana do aborto
- Prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis
- Prevenção e tratamento de doenças do sistema reprodutivo e problemas endócrinos associados
- Protecção do estatuto nutricional da mulher
- Aspectos relacionados com a saúde mental que possam influenciar a sexualidade e a reprodução
- Prevenção da violência sexual e de práticas prejudiciais associadas, tais como a mutilação genital, bem como os cuidados com as vítimas dos mesmos

São portanto diversos os aspectos focados, que ultrapassam mesmo as questões directamente relacionadas com a sexualidade ou a reprodução, como seja, por exemplo,

a nutrição. De qualquer forma, ao considerar estes aspectos dever-se-á ter em atenção as características de grupos com necessidades especiais, tais como os adolescentes ou indivíduos marginalizados.

1.6. Questões Associadas à Saúde Sexual e Reprodutiva

A Saúde Sexual e Reprodutiva implica em grande medida o investimento e a mobilização da sociedade a vários níveis de forma a que se possam cumprir os objectivos propostos. Uma das áreas essenciais para que tal possa acontecer é a educação sexual que tem como objectivo a mudança de atitudes e crenças na área da sexualidade, bem como a capacitação dos indivíduos com recursos internos e externos que lhes permitam a adopção de estilos de vida saudáveis e a resolução de problemas a este nível. A educação sexual, perspectivada no contexto da promoção da saúde, é assim fundamental para que se possa dar a consciencialização dos direitos e deveres individuais de forma a que cada um possa tomar as suas opções nesta área.

Também os serviços e instituições que trabalham na área do Planeamento Familiar continuam a ser da maior importância a este nível, uma vez que é através deles que se podem efectivamente pôr em prática muitos dos objectivos da Saúde Sexual e Reprodutiva, e que se podem criar as condições para que o controlo da fertilidade e a vivência da sexualidade possa ser feito de acordo com os interesses e necessidades dos indivíduos. É, de igual modo, através da pressão efectuada por estas instituições junto dos governos que poderão vir a ocorrer alterações de fundo em termos políticos e consequentemente em termos práticos também. De resto, a relação entre o conceito de

Planeamento Familiar e os de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva faz sentido, na medida em que *“estos tres campos en gran medida se traslapan y se apoyan unos a otros”* (IPPF, 1994, p.3).

Iremos, desta forma, abordar de uma forma global cada uma destas duas áreas, fundamentais para a Saúde Sexual e Reprodutiva, que são o Planeamento Familiar e a educação sexual.

1.6.1. O Planeamento Familiar

No seu sentido mais estrito, o Planeamento Familiar pode ser entendido como a capacitação dos indivíduos com meios que lhes permitam escolher o número de filhos que querem ter, e a altura em que os querem ter, ou seja, planear a sua família de acordo com os meios que possuem e com os seus desejos. Este processo implica um trabalho com os indivíduos de forma a verificar quais os seus recursos internos e externos relativamente à procriação e de forma também a que eles possam efectuar as suas escolhas reprodutivas de uma forma consciente.

O movimento do planeamento familiar, apesar de datar do início deste século, encontra as suas raízes históricas muito anteriormente. Na grande maioria das sociedades é reconhecida a relação entre a sexualidade e a procriação. Este reconhecimento levou a que a humanidade sempre recorresse a diferentes métodos que, com graus variáveis de eficácia, pudessem de alguma forma ter um efeito ao nível do controle da natalidade.

Desta forma, é possível encontrar registros da utilização de métodos contraceptivos desde o século XX A.C. (Love, 1992). Um dos primeiros métodos, já referido na Bíblia, e cuja utilização se estende até aos dias de hoje apesar da sua baixa eficácia, é o coito interrompido. O famoso preservativo, revigorado após o aparecimento da SIDA, é também já utilizado há vários séculos, sendo os materiais utilizados para a sua fabricação dos mais variados, dos intestinos de animais, à borracha e ao latex. Sabe-se, por exemplo, que era utilizado por Casanova com o intuito de evitar as doenças sexualmente transmissíveis (Vidal, 1993).

Métodos mais recentes, tais como o DIU ou o Diafragma surgiram no século XIX, na sequência dos avanços da ciência médica e da compreensão do funcionamento da fisiologia reprodutiva feminina. A pílula, provavelmente o mais revolucionário de todos os métodos, pela liberdade contraceptiva que veio trazer às mulheres e pela dissociação eficaz que introduziu entre sexualidade tendo em vista o prazer e a concepção, é também dos mais recentes, tendo sido estudada a partir de 1934 e comercializada no início dos anos 60.

No entanto, se desde sempre se procuram encontrar métodos para evitar a gravidez pelos mais variados motivos, é só a partir do século XVIII que em França se regista o início do recurso sistematizado ao controlo de nascimentos enquanto forma de controlar o tamanho da família (IPPF, 1988). Entre 1880 e 1930, dá-se a generalização do seu uso na Europa e colónias europeias. Tal sucede, em parte devido às necessidades sentidas no que respeita ao controlo da população e da salvaguarda da saúde dos indivíduos, principalmente das mulheres, uma vez que era sobre elas que recaía não só o facto biológico da gravidez, mas também a responsabilidade de cuidar da descendência.

No início do século XX, a indispensabilidade da utilização de contraceção parece ser uma das preocupações principais da mulher, que pretendia diminuir “o tamanho da família para evitar pôr em perigo a saúde e bem-estar tanto dela como dos filhos que já tinha” (McLaren, 1990, p.250). Curiosamente esta ideia surge, não só de necessidades em termos sociais e económicos, mas também devido a uma nova concepção emergente da família e das relações maritais, que valoriza os aspectos da afectividade e romantismo.

Por outro lado, muitos dos pioneiros do planeamento familiar, oriundos de meios profissionais tais como a medicina ou o serviço social, viram-se confrontados com a urgência da limitação dos nascimentos pelo contacto directo que tinham com as mulheres das classes sociais mais desfavorecidas (Huston, 1992). Nestes meios, o grande número de filhos, bem como as complicações que frequentemente surgiam devido aos poucos cuidados existentes ao nível da saúde materno-infantil, tinham como consequência diversos problemas sociais e físicos para mulheres e crianças.

Margaret Sangler nos EUA e Marie Stopes em Inglaterra são dois dos nomes que marcaram, na primeira metade deste século, os movimentos de defesa do controlo da natalidade. As actividades que desenvolveram, muitas vezes à revelia da lei, tiveram como objectivo levar às classes mais baixas os recursos, em termos contraceptivos, que até então eram acessíveis apenas às mulheres com maiores possibilidades económicas. Um dos grandes desafios que estas duas mulheres enfrentaram foi o de tornar a limitação do tamanho da família algo de desejável em termos económicos e de aceitável em termos morais (McLaren, 1990).

O termo de controlo da natalidade (*birth control*), proposto por Sangler e utilizado nesta época veio, mais tarde por volta dos anos 30, a ser substituído pelo de Planeamento Familiar, por se considerar ser este mais abrangente, designando todo um ramo da medicina comunitária e social (Oliveira, 1982).

A regulação social e também religiosa da natalidade traduziu-se em dificuldades dos implementadores do planeamento familiar na execução das suas actividades junto de quem delas necessitava. As atitudes contrárias à difusão da contracepção e aos serviços que os forneciam resultaram também em obstáculos legais à sua implementação (Huston, 1992). Muitos dos pioneiros do planeamento familiar, procuraram assim que fossem alteradas as legislações de forma a permitir uma base legal para as suas actividades e organizações.

Tal foi, por exemplo, o caso do Movimento Francês para o Planeamento Familiar, originalmente criado em 1959 (Halle & Maruani, 1975). Esta associação, que tinha como objectivos básicos o desenvolvimento, em França, do Planeamento Familiar e a prossecução da pesquisa no âmbito da tecnologia contraceptiva, acabou também por ter um papel de relevo na pressão política para a aceitação do planeamento familiar em termos legais, o que ocorre em 1967.

A introdução do controlo da natalidade através de métodos progressivamente mais eficazes veio também criar uma separação importante entre fertilidade e sexualidade. A distinção entre o recurso à sexualidade para fins de prazer ou de procriação teve profundas repercussões ao nível social, permitindo, entre outras coisas, a libertação

sexual da mulher, situação esta mais acentuada a partir da década de 60, após o aparecimento da pílula.

Hoje em dia, o acesso à contracepção é garantido enquanto direito na carta dos direitos sexuais e reprodutivos da Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF, 1996), também reconhecidos pela WAS (World Association for Sexology) desde o 14º Congresso Mundial desta organização que ocorreu na cidade de Hong Kong, em Agosto de 1999. O planeamento familiar, agora incluído no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva, continua a ser enaltecido devido às melhorias que pode introduzir na vida dos indivíduos e, mais importante ainda, pelo facto de ser um meio de salvar as vidas de milhares de mulheres e crianças em todo o mundo (WHO, 1995).

1.6.2. A Educação Sexual

Os pais continuam a ter, na maioria das culturas, a maior responsabilidade pela educação das crianças. A sexualidade, enquanto parte integrante da experiência humana, é um dos aspectos a ser abrangidos por essa acção educativa dos pais. No entanto, é comum que tal não aconteça devido a factores tais como a ansiedade e desconforto parental em abordar esses temas, bem como a falta da informação apropriada ou adequada (Albee, Gordon & Leitenberg, 1983), que podem ou não estar relacionados com factores culturais, morais ou religiosos.

Esta situação faz com que as instituições públicas se vejam a braços com uma responsabilidade na educação das populações ou, neste caso, das crianças e jovens para

que se possam evitar todas as situações de risco físico, emocional e social que surgem na sequência da falta de informação e preparação em termos da Saúde Sexual e Reprodutiva. Isto é tanto mais importante, quanto o comportamento do indivíduo e as situações de risco em que se coloca têm implicações a um nível mais economicista de vantagens e desvantagens para o próprio estado.

A educação sexual, longe de ser um processo linear e inequívoco é, pelo contrário, algo de muito complexo, no qual intervêm múltiplos agentes de diferentes maneiras. Deste modo, dificilmente se chegará a uma definição consensual do que é ou deve ser a educação sexual. Para simplificar, recorreremos à definição utilizada pela Associação Para o Planeamento da Família (APF), instituição que, em Portugal, tem grande experiência nesta área. De acordo com a APF, a educação sexual é “um processo através do qual a pessoa se desenvolve como ser sexuado e sexual, mediante um conjunto de acções estruturadas e formais, *educação sexual explícita*, e, simultaneamente, de um conjunto de acções não estruturadas e informais, a *educação sexual implícita*” (APF, não datado).

Podemos deste modo verificar que a educação sexual sofre das mesmas influências que a maioria das nossas aprendizagens e aquisições enquanto seres humanos, uma vez que faz parte integrante do processo de desenvolvimento. A distinção que é feita, e que surge referida por diversos autores (Tatum, 1983; Vaz, 1996), entre educação sexual implícita e explícita parece-nos pertinente, e baseia-se principalmente na intencionalidade das acções tendo em vista a educação ou formação do indivíduo em termos da sexualidade.

A educação sexual implícita refere-se ao nível mais básico da aprendizagem da sexualidade enquanto seres sexuais e sociais que somos. Surge nos diversos contextos em que o indivíduo se movimenta e através das vivências e experiências que vai tendo ao longo da vida. Poder-se-á mesmo dizer que começa no berço, uma vez que o sexo biológico com que o indivíduo nasce vai determinar toda uma série de atribuições e investimentos relativamente ao que é esperado em termos de comportamento ou, de uma forma mais abrangente, em termos de identidade de género.

Passa necessariamente pela descoberta do corpo e das formas como se pode ter prazer com ele, mas também pela descoberta do outro enquanto objecto e sujeito de afecto e de desejo. Através do modo como se estabelecem relações com o outro, começando pelas figuras parentais, vão surgindo possibilidades de aprendizagem sobre o que é ou não permitido, esperado ou aceite.

Considera-se que os pais são os primeiros e mais importantes educadores sexuais e que as bases para que tal aconteça passam pelo amor e carinho que dedicam aos filhos. Há que não esquecer que a educação sexual, para ser eficaz, se deve basear, acima de tudo, numa formação pessoal sólida.

Os pais, enquanto figuras de identificação e apego preferenciais, são também de grande importância no processo de aquisição da identidade sexual e dos papéis de género (Vaz, 1996). Isto acontece, quer a um nível mais profundo de assimilação do que é observado no contexto familiar, quer através das práticas educativas dos pais que reforçam os aspectos do comportamento considerados apropriados e que punem os que consideram menos próprios para o sexo e idade dos filhos.

Os pares constituem também uma importante fonte de influência e de informação ao nível da sexualidade, ainda que frequentemente de uma forma que não será a mais adequada. A dificuldade em abordar estas temáticas, bem como a existência de falsas crenças e ideias deturpadas acerca da sexualidade, fazem com que a transmissão horizontal frequentemente não seja a mais apropriada. Outro aspecto negativo da influência dos pares passa pela pressão exercida pelos outros relativamente à realização de comportamentos para os quais os indivíduos muitas vezes não possuem maturidade nem preparação.

Outro meio de aprendizagem informal ao nível da sexualidade é a exposição à informação veiculada através dos meios de comunicação social e de outros instrumentos de cultura popular, como sejam a música, o cinema e as revistas. Os jovens continuam a ser dos principais alvos das imagens estereotipadas e irrealistas dos media que procuram, e muitas vezes conseguem, definir os modelos vigentes de comportamento e aparência.

A educação sexual explícita define-se, pelo contrário, pela utilização de metodologias desenvolvidas por técnicos, aplicadas especificamente com o objectivo de promover uma sexualidade informada, satisfatória e responsável. Esta, por sua vez pode ser subdividida em dois tipos: formal e não formal, sendo que o critério de distinção se baseia na sua integração nos currículos escolares ou não. À partida, qualquer uma delas implica o aumento dos conhecimentos em relação à sexualidade, o desenvolvimento de valores e de atitudes positivas face à sexualidade e a aprendizagem de comportamentos sexuais responsáveis quer ao nível pessoal, quer ao nível social.

A educação sexual formal pressupõe que a sexualidade constitui uma área de intervenção educativa como qualquer outra sendo, portanto, integrada nos currículos escolares de uma forma sistemática e coerente relativamente a outros temas. Sendo a sexualidade uma temática que requer diversas abordagens, aliás de acordo com a sua natureza multifacetada, faz sentido que seja abordada no contexto de diferentes disciplinas.

Quanto à educação sexual informal, esta pode servir como recurso para superar a falta de uma educação do tipo formal, quando esta não existe no contexto escolar. Neste caso, ela normalmente está a cargo de ONG's ou deriva da iniciativa de professores, sendo desenvolvida ao nível extracurricular. Procura suplantar as falhas de informação dos jovens, tendo simultaneamente uma acção de pressão sobre as resistências da escola tradicional, mas também sobre o poder público, no sentido da implementação de uma educação sexual formal.

2. O RISCO PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

2.1. O Conceito de Risco e suas Implicações em Saúde Sexual e Reprodutiva

Muitos dos aspectos considerados importantes para a intervenção em termos de Saúde Sexual e Reprodutiva encontram-se associados a situações ou comportamentos nos quais os indivíduos se encontram envolvidos. Diz-se que existe um *risco* associado a essas situações ou comportamentos sempre que os mesmos possam pôr em causa o bem estar, saúde ou integridade física dos indivíduos.

A noção de risco encontra as suas origens etimológicas no castelhano *riesgo*, por sua vez associado ao vocábulo *riesco*, relativo ao “*peligo que corre el que transita por estos lugares o el navegante que se acerca a un escollo*” (Machado, 1987, pp. 104-105). Ou seja, a noção de risco encontra-se associada à perigosidade de um dado acontecimento. Esta perigosidade, de acordo com Arthur Reber (1985) implica que se ponha em causa algo que é considerado de valor. De facto, apenas faz sentido considerar como sendo de risco uma situação em que algo há a perder, o que nos leva a uma outra questão, relativa à avaliação subjectiva do valor ou importância de determinado objecto.

Aquilo que é valorizado por um determinado indivíduo pode não o ser por um outro,

dependendo esta atribuição de valor de variados factores, de entre os quais se contam a carga afectiva associada a esse objecto, o seu valor comercial ou ainda questões tais como a experiência individual que pode fazer com que algo previamente não valorizado o passe a ser. Outro aspecto que pode pesar no factor risco é a percepção, também ela subjectiva, que o indivíduo tem do risco inerente a uma determinada situação ou comportamento. Esta questão verifica-se ser de grande importância no que respeita ao estudo e prevenção do risco associado à saúde.

Em suma, o risco encontra-se associado a factores avaliativos, ou seja, à valorização, positiva ou negativa, efectuada relativamente a um objecto, e também a factores relacionados com a percepção de vulnerabilidade face a uma situação.

No âmbito da Psicologia o risco é igualmente associado a uma dimensão de personalidade. Neste contexto, o correr riscos (*risk taking*) reflecte “*the degree to which an individual willingly undertakes actions that involve a significant degree of risk*” (Reber, 1985, p.649). O risco fica aqui limitado às situações em que existe uma decisão voluntária por parte do indivíduo para efectuar um dado comportamento.

Verifica-se, no entanto, que muitas vezes os indivíduos envolvem-se em situações de risco nas quais, embora a acção seja voluntária, há desconhecimento ou subestimação do risco envolvido. Se factores cognitivos, tais como os conhecimentos ou as crenças, podem ter um papel determinante na actuação de comportamentos de risco, nomeadamente por à ignorância, é também conhecida e amplamente estudada a influência dos factores emocionais e sociais na tomada de decisões de risco para a saúde (Fischhoff, 1997).

O estudo do risco no contexto das ciências da saúde encontra-se fortemente associado, nas décadas de 80 e 90 ao aparecimento do SIDA, principalmente a partir do momento em que este começa a ganhar visibilidade em termos sociais e em que foram empreendidos os primeiros esforços de prevenção para o travar. De facto, é no período intitulado por Jonathan Mann (1992a) de “descoberta inicial” da doença (no período compreendido entre os anos 1981 e 1985) que, para além dos estudos biomédicos efectuados tendo em vista a caracterização da doença, substanciais esforços foram também empreendidos relativamente à compreensão das dimensões individuais e sociais do risco associado ao VIH.

Como inicialmente o vírus da imunodeficiência humana foi identificado e afectou em maior escala certos grupos com características bastante precisas, tais como o dos homossexuais masculinos, prostitutas e toxicodependentes, de uma forma muito rápida se criaram estigmas e surgiu a ideia de que só indivíduos pertencentes a esses grupos poderiam contrair a doença. Esta ideia foi, de certa forma, reforçada pela comunidade científica através da ventilação de que existiriam *grupos de risco*, noção esta que pretendia designar precisamente grupos populacionais que pelos suas características e comportamentos estariam mais expostos em relação ao VIH (Paixão, 1993).

O raciocínio subjacente à noção de grupos de risco, sendo obviamente reducionista, teve consequências desastrosas ao nível da prevenção, uma vez que, estigmatizando a doença e limitando-a a certos e determinados grupos, faz-se com que todos os que não se considerassem pertencentes aos mesmos grupos se sentissem invulneráveis à doença. No entanto, se até aos finais da década de 80 cerca de 70% dos casos de

seropositividade e SIDA correspondiam a indivíduos homossexuais ou bissexuais, a partir de 1989-90 o padrão epidemiológico começou a alterar-se, dando-se o aumento progressivo do número de infecções em mulheres e homens heterossexuais, de entre outros (Guerra, 1998).

Aos poucos tornou-se clara a ideia de que não é a pertença a um determinado grupo que poderá pôr um indivíduo em risco relativamente a esta doença, mas sim o seu comportamento. Desta forma, surgiu o conceito de *comportamentos de risco*, que se define como sendo o principal factor na base do contágio pelo VIH e, conseqüentemente como objecto privilegiado de intervenção tendo em vista a redução da disseminação da doença (Brooks-Gunn et al. 1988). Neste sentido multiplicaram-se os estudos e as teorizações relativas ao risco, à percepção do risco e à modificação do comportamento (Poppen & Reisen, 1997).

Mais recentemente verificou-se a necessidade de alargar a noção de risco também para os casos em que não são os comportamentos do indivíduo que são a causa da contracção do vírus. A limitação dos meios de transmissão do VIH a factores comportamentais havia conduzido a paradoxos dos quais o exemplo mais evidente é o de se encontrar incluído na categoria “comportamento de risco” o facto de se nascer de uma mãe seropositiva (Paixão, 1993).

A via de transmissão vertical (mãe-filho) é o exemplo por excelência de situações de contágio que não têm origem no comportamento do indivíduo. Quando uma criança tem o vírus do VIH porque este lhe foi transmitido durante a gestação pela sua mãe seropositiva, foi a situação na qual essa criança se encontrou que foi de risco. O mesmo

pode-se afirmar dos indivíduos que, devido ao seu nível sociocultural e falta conhecimentos nesta área, se encontram numa situação de maior vulnerabilidade relativamente à doença. É para estes contextos que se aplica o termo *situações de risco*.

A noção de *situação de risco*, apesar de nascer das necessidades sempre actuais de combate à infecção pelo VIH, pode facilmente ser transposto para outras situações no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva. Deste modo, uma violação, que pode ter como consequência a infecção pelo VIH ou por qualquer outra DST, pode ainda estar na origem de uma gravidez não desejada e, neste sentido, deve também ser considerada como uma situação de risco.

Também a ausência de serviços funcionais de planeamento familiar, ou a sua baixa acessibilidade pode constituir uma situação de risco que não está dependente do comportamento individual mas sim de questões tais como o grau de desenvolvimento económico do país, ou a vontade política relativamente a esta questão.

Na sequência da multiplicidade de contextos e situações de risco nas quais os indivíduos podem estar envolvidos, fará também sentido introduzir a noção de *factor de risco* que designa “*an aspect of personal behaviour or lifestyle, an environmental exposure, or an inborn or inherited characteristic, which on the basis of epidemiological evidence is known to be associated with health-related condition(s) considered important to prevent*” (International Epidemiological Association, 1988, p.116). Esta definição, apesar da sua proveniência epidemiológica, com todas as limitações que tal possa implicar, inclui as questões relativas ao comportamento individual bem como outras relacionadas com variáveis internas ou externas que se encontrem fora do controle do

sujeito.

Pode verificar-se que o risco relativamente a questões associadas com a Saúde Sexual e Reprodutiva está longe de ser simples e joga-se numa multiplicidade de áreas, da individual à familiar, da emocional à económica, entre várias outras. A tomada de consciência destas questões tem levado a que cada vez mais se procurem elaborar campanhas de prevenção mais adequadas às populações que se pretendem atingir.

2.2. A Avaliação Psicológica do Risco em Saúde Sexual e Reprodutiva

O estudo do risco em Saúde Sexual e Reprodutiva apela à necessidade de uma abordagem multidisciplinar. As questões da transmissão materno-infantil do vírus do SIDA, por exemplo, estão intimamente dependentes da Medicina e do desenvolvimento de terapêuticas que possam minorar o risco de contágio por esta via; as problemáticas relativas ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva apropriados e adequados às necessidades das populações são eminentemente políticas e económicas. Noutras áreas, tais como na minoração dos factores de risco social que podem afectar a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos, o Serviço Social e a Sociologia são disciplinas que têm também um papel fundamental a desempenhar.

No que respeita à Psicologia, o seu papel passa necessariamente pelo estudo de factores comportamentais que possam afectar a saúde dos indivíduos nas suas vertentes sexuais e reprodutivas. Com este objectivo têm vindo a ser aplicados a esta área diversos dos modelos existentes que procuram avaliar e explicar a relação entre comportamento,

saúde e doença (Ribeiro, 1998). Na maioria dos casos, estes modelos procuram prever o comportamento do indivíduo, através do estudo e conjugação de variáveis psicológicas tais como as atitudes, as crenças ou os valores.

O recurso a estes modelos revela-se ser de grande importância para a avaliação do risco, uma vez que esta dimensão está, em termos psicológicos, dependente do comportamento do indivíduo, levantando a sua avaliação directa sérias dificuldades metodológicas. O estudo da intenção para actuar em formas que possam prejudicar a saúde do próprio pode assim ser uma forma de determinar o risco comportamental de um determinado indivíduo, nomeadamente ao nível da Saúde Sexual e Reprodutiva, ainda que de uma forma indirecta.

Um dos modelos que nos parece encontrar-se numa posição privilegiada para efectuar este tipo de avaliação é o Modelo da Acção Planeada (Ajzen, 1991) desenvolvido a partir da anterior Teoria da Acção Racional (Fishbein & Ajzen, 1975). Ambos os modelos enquadram-se no grupo das teorias de expectativa de resultado, que se baseia no princípio de que os indivíduos sistematicamente processam e utilizam a informação disponível antes de se decidirem em actuar um determinado comportamento (Fishbein & Middlestadt, 1989). O Modelo da Acção Planeada (MAP) foi desenvolvido com o objectivo de aperfeiçoar a anterior teoria que falhava precisamente na sua capacidade preditiva verificada em alguns estudos efectuados na área da saúde. No entanto, iremos em primeiro lugar debruçar-nos sobre a Teoria da Acção Racional (TAR) onde se encontram as bases conceptuais do MAP.

2.3. A Teoria da Acção Racional

A Teoria da Acção Racional surgiu do interesse em determinar as condições que estão na base de uma relação positiva entre atitudes e comportamentos. Isto porque se havia verificado que as atitudes, durante muito tempo o objecto preferencial dos estudos tendo em vista a previsão comportamental, nem sempre previam de uma forma precisa os comportamentos (Stroebe & Stroebe, 1995).

Fishbein e Ajzen (1975) investigaram esta relação entre atitudes e comportamentos e consequentemente desenvolveram o princípio da compatibilidade. Este princípio *“is based upon the assertion that each attitude and behaviour has the four elements of action, target, context and time, and states that correspondence between attitudes and behaviour will be greatest when both are measured at the same level with respect to each of these elements”* (Conner & Sparks, 1996, p.121). De acordo com aqueles autores, as atitudes gerais deverão servir para prever comportamentos gerais, enquanto que atitudes específicas deverão ter uma elevada correlação com comportamentos específicos.

De acordo com a Teoria da Acção Racional, a intenção de realizar um comportamento é o determinante imediato, bem como o melhor preditor, desse mesmo comportamento. Desta forma, o comportamento resulta de intenções cognitivas que são determinadas pelas atitudes do indivíduo face à sua actuação e também pelas normas subjectivas. As normas subjectivas constam das crenças relativas ao que os outros pensam em relação ao comportamento, multiplicadas pela motivação pessoal em comportar-se de acordo com a vontade dos outros.

Mais especificamente, e de uma forma sistematizada, são quatro os factores envolvidos na determinação das intenções (Lawrence et al, 1995):

- as atitudes do indivíduo face a um objectivo específico;
- as crenças sobre o comportamento;
- as percepções que se têm das atitudes dos pares em relação ao comportamento, e
- o valor que o indivíduo atribui à aprovação por parte do grupo de pares.

Este modelo postula, em suma, que tanto as atitudes como as crenças normativas reflectem as expectativas relativas às consequências de um dado comportamento, ponderado pelo efeito percebido dessas consequências (Conner & Sparks, 1996).

De acordo com esta teoria, podem-se obter mudanças de comportamento intervindo directamente sobre as condições que o afectam. Desta forma, qualquer intervenção que tenha como objectivo a mudança de um comportamento de saúde deverá incidir sobre a mudança das atitudes e das normas subjectivas relevantes em relação a esse comportamento específico.

Os resultados quanto à verificação empírica deste modelo permanecem contraditórios. No entanto, várias críticas surgiram defendendo que outros factores importantes não incluídos no Modelo da Acção Racional seriam igualmente determinantes para a realização do comportamento. Tal seria o caso do comportamento passado que se demonstrou estar altamente relacionado com o comportamento futuro, mesmo quando controlados outros factores, tais como a intenção (Bentler & Speckart, 1979, cit. por Stroebe & Stroebe, 1995).

Como este modelo se debruça sobre as intenções, pode também pôr-se a hipótese de que existirão outros factores que não estão sobre a alçada das intenções mas que poderão de igual forma influenciar o comportamento. Um indivíduo pode estar motivado para actuar de uma determinada forma, mas a possibilidade da realização do comportamento não estar sob o seu controle (Stroebe & Stroebe, 1995). Por exemplo, o uso do preservativo pode estar presente nas intenções de um adolescente, mas se no momento adequado não houver nenhum acessível é provável que ele não o utilize.

Os autores, não alheios a este factor, argumentaram que a realização das intenções seria também afectada pelos meios verificados para o fazer ou pela cooperação de outros (Fishbein & Ajzen, 1975). No entanto, a constatação de que muito poucos comportamentos se encontram sob controle volitivo dos indivíduos levou a que Ajzen modificasse a teoria original e desenvolvesse o Modelo da Acção Planeada (Ajzen, 1988, 1991).

2.4. O Modelo da Acção Planeada

Este modelo, na sequência do anterior, salienta as intenções comportamentais como resultado de vários factores, de entre os quais se destaca a percepção de controlo sobre o comportamento. É da conjugação entre estes diversos factores em jogo que se formam as intenções comportamentais que, por sua vez, antecedem os comportamentos. Estes factores são (Ribeiro, 1998):

- a atitude, positiva ou negativa, para com o comportamento;

- as normas subjectivas, relacionadas com a percepção que o indivíduo tem das normas sociais;
- a percepção de controle comportamental, que consta da crença relativamente ao controle sobre a execução de uma dada acção.

A percepção de controlo é a variável chave deste modelo, através da qual se pretende aumentar a previsibilidade dos comportamentos cuja ocorrência o indivíduo não controla. De acordo com este modelo, a percepção de controlo pode influenciar o comportamento indirectamente através das intenções, ou então agindo directamente sobre as acções (Stroebe & Stroebe, 1995). No primeiro caso, espera-se que a capacidade percebida pelo indivíduo em realizar uma determinada tarefa sirva para ajustar as expectativas em relação ao seu objectivo. A influencia directa da percepção de controlo sobre os comportamentos surge nos casos em que são percebidos determinados níveis de controlo sobre a situação em perspectiva.

Os factores que podem agir sobre a percepção dos níveis de controlo podem ser de dois tipos: internos e externos (Ajzen, 1988). De entre os internos podem referir-se a informação disponível sobre os elementos envolvidos na realização do comportamento, as capacidades individuais, os impulsos e as compulsões. Dos externos podem dar-se como exemplos os factores oportunidade e a dependência de terceiros.

Diversos estudos utilizando este modelo têm vindo a ser realizados com sucesso em diferentes áreas da saúde (Ajzen, 1991). Em alguns destes, verificou-se que a inclusão da variável Percepção de Controlo resultava no aumento da previsibilidade do comportamento. Este factor parece indicar que quanto maior for o controlo que o indivíduo tem sobre o comportamento, maior a probabilidade da sua ocorrência. Estes

dados permitem também a verificação empírica deste modelo que, desta forma, se comprova mais eficaz do que a Teoria da Acção Racional.

Diversos autores têm aplicado com bons resultados este modelo em áreas tão diversas como o comportamento rodoviário (Parker, Manstead & Stradling, 1995), a doação de sangue (Giles & Cairns, 1995) ou a intenção de voto (Netemeyer & Burton, 1990). No que respeita ao uso de contracepção tem sido mais aplicado a Teoria da Acção Racional (Conner & Sparks, 1996; Zapiain, 1993). No entanto, no que respeita mais concretamente à utilização do preservativo, o Modelo da Acção Planeada foi já utilizado em vários estudos (Boldero et al., 1992; Nucifora et al., 1993; Terry et al., 1993; Wilson et al., 1992).

2.4.1. Dimensões Integradas no Modelo da Acção Planeada

2.4.1.1. A Intenção de Comportamento

A Intenção de Comportamento é, no Modelo da Acção Planeada bem como sua precursora Teoria da Acção Racional, a variável chave para a previsão de comportamento. Uma vez que o comportamento em si não é acessível a uma medição directa excepto através da observação, o Modelo da Acção Planeada (MAP) sugere que a Intenção de Comportamento é a variável mais próxima do comportamento acessível a uma medição, nomeadamente através de uma escala. Esta dimensão pode ser definida enquanto “*a subjective probability judgement of how the individual intends to behave*” (Conner & Sparks, 1996, p.134).

Na maioria das vezes não é possível encontrar uma definição directa da Intenção Comportamental que surge frequentemente definida em função das restantes variáveis que habitualmente são utilizadas para a sua medição, que são as Atitudes, as Normas Subjectivas e, no contexto do MAP, também a Percepção de Controlo. É através da conjugação destas variáveis que se considera que a avaliação das intenções comportamentais é mais precisa. No entanto, é possível também efectuar a sua avaliação directa através de uma única dimensão, desde que se utilize um nível de especificidade na formulação dos itens apropriada ao comportamento que se pretende avaliar, ou seja, que seja respeitado o princípio da compatibilidade (Fishbein & Ajzen, 1975).

2.4.1.2. Atitudes

O termo atitude tem diversos significados ao nível do senso comum, servindo tanto para caracterizar uma postura física como para designar a orientação do pensamento ou um determinado comportamento. Em Psicologia, e principalmente em Psicologia Social de onde é originário, é considerado como um conceito básico e de grande importância no estudo dos fenómenos individuais e sociais. Para Serge Moscovici (cit. por Lima, 1993) a atitude constitui a ponte de ligação entre a realidade social e a realidade psicológica.

As atitudes podem ser definidas enquanto tendências para avaliar favorável ou desfavoravelmente um determinado objecto (Stroebe & Stroebe, 1995). Os objectos em relação aos quais se constituem as atitudes podem ser qualquer aspecto da realidade física, social ou psíquica, como sejam pessoas, comportamentos, instituições, ideias abstractas, acontecimentos, objectos, entre outros.

Modo geral, podemos considerar que *“l’attitude implique la personne tout entière, son passé et son présent, sa constitution et ses expériences, sa structure psycho-affective et les pressions de l’entourage: celles de la famille, tout d’abord, don’t l’influence est déterminante, mais aussi celles de l’école, de l’Église, de l’ethnie, de la classe sociale, de la profession et de tous les groupements sociaux auxquels elle appartient”* (Sillamy, 1983, p.66).

O Modelo da Acção Planeada integra as atitudes na sua vertente avaliativa, mas sempre enquanto dirigidas a comportamentos específicos, merecendo, neste caso, a designação de atitudes comportamentais. Presume também que cada pessoa possui um número considerável de crenças relativas a comportamentos, as crenças comportamentais, que serão as principais determinantes das atitudes. Encontra-se aliás comprovado existir uma forte associação entre estas duas dimensões (Conner & Sparks, 1996). Desta forma, a atitude reflecte as crenças comportamentais salientes que se encontram relacionadas com as consequências percebidas ou previstas do comportamento em causa.

Considera-se que as atitudes podem flutuar ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias, mas a tendência é para que se constituam enquanto entidades relativamente estáveis. São, por isso, factores próximos aos de traços de personalidade. No entanto, os traços de personalidade não são avaliativos nem dirigidos a objectos específicos, tal como acontece sempre no caso das atitudes (Ajzen, 1988).

2.4.1.3. Crenças

Como se pode perceber, as crenças são factores essenciais à formação das atitudes. Para Sillamy (1983) o termo crença (*croyance*) refere-se à atitude face a qualquer coisa que é tida como verdadeira, comportando esta postura um grau de certeza variável, que pode ir da dúvida à íntima convicção. A sua intensidade vai depender do objecto alvo, sendo que, em diferentes situações, os factores de ordem afectiva e cognitiva vão ter influências diversas. As crenças são entidades relativamente estáveis que, em certas situações podem tornar-se orientadoras de um estilo de vida como, por exemplo, quando associadas a convicções religiosas. No entanto, um mesmo indivíduo pode variar nas suas crenças em diferentes momentos da sua vida.

A definição do “*Grand Dictionnaire de la Psychologie*” da Larousse dá ênfase aos aspectos cognitivos da crença, começando por defini-la como uma atitude intelectual. É, por um lado, definida como uma relação entre duas categorias cognitivas com significados diferentes. Por outro lado, considera-se estar a crença intimamente associada às atitudes, constituindo a parte mais importante do componente cognitivo destas.

De facto, a crença pode ser vista como o aspecto avaliativo da atitude. No contexto do modelo de Ajzen & Fishbein (1975) esta relação pode ser quantificada e descrita da seguinte forma: “*an individual's attitude towards some action depends on the subjective values or utilities attached to the possible outcomes of that action, each weighted by the subjective probabilities that the action will lead to these outcomes*” (Stroebe & Stroebe, 1995, p. 15). No MAP, como foi já referido, são consideradas relevantes as crenças que

são importantes para o indivíduo no que respeita a um determinado comportamento. Através delas é possível obter uma medida indirecta das atitudes, apesar de tal avaliação poder levantar problemas metodológicos (Conner & Sparks, 1996).

2.4.1.4. As Normas Subjectivas

É bem conhecido o peso que os factores de ordem social podem ter no comportamento individual. São clássicos os estudos efectuados sobre influência social, nomeadamente os realizados por Sherif nos anos de 1930 e por Asch nos anos de 1950 (Garcia-Marques, 1993). Estes estudos baseiam-se no princípio que, em determinadas situações, a pressão e a influência dos outros pode induzir comportamentos no indivíduo que, em condições normais não ocorreriam.

No caso do MAP, o enfoque é colocado sobre a influencia directa que a opinião dos outros tem sobre o comportamento individual. Desta forma, as normas subjectivas são definidas como a percepção que o indivíduo tem da forma como os outros gostariam que ele se comportasse. Esta dimensão pode ser calculada através da percepção subjectiva que o indivíduo tem relativamente às expectativas comportamentais que outros significativos têm em relação a ele, multiplicadas pela sua motivação em comportar-se de acordo com essas expectativas (Conner & Sparks, 1996).

Encontra-se, aliás, bastante estudado o efeito que os outros significativos podem ter sobre os comportamentos individuais, nomeadamente ao nível do risco para a saúde sexual e reprodutiva. Tal como referem Raj & Pollack (1995), "*perceptions of social norms on sexuality influence safer sex behaviour*" (op. cit., p.214).

A influência do parceiro é das mais significativas no âmbito das normas subjectivas que afectam o comportamento sexual (Bankole et al., 1998; DiClemente & Peterson, 1994; Garcia et al., 1997). A escolha de parceiros sexuais é em grande medida influenciada por factores de ordem afectiva e de atracção interpessoal, e o relacionamento físico tende a aumentar a intimidade e a ligação ao parceiro (Poppen & Reisen, 1997). É por este motivo que a incapacidade em negociar com um parceiro sexual é habitualmente um impeditivo para a adopção de práticas sexuais seguras.

Outros indivíduos, que não o parceiro são também importantes quando se estuda o efeito das normas subjectivas sobre as intenções comportamentais do sujeito, nomeadamente devido à sua proximidade física e emocional. Estamos-nos a referir, mais concretamente ao grupo dos pares e aos pais.

Os pais pelo papel obvio que assumem na criação e educação dos filhos e pelos valores que lhes transmitem através desse processo. São, para além disso, figuras muito investidas afectivamente, cuja opinião e vontade acaba por afectar os hábitos e a conduta dos filhos. De acordo com Huerta-Franco et al. (1996), as atitudes negativas dos pais têm tendência para serem transmitidas para os filhos. Estes autores referem ainda que, apesar de ser na escola que os jovens adquirem informação apropriada sobre métodos contraceptivos e DST's, as atitudes dos adolescentes nesta área são em última análise mais influenciadas pelos valores aprendidos em casa e pelas atitudes dos seus pares.

A valorização que é efectuada relativamente à opinião dos pares assume, desta forma, grande importância também, uma vez que estes são os referenciais mais próximos em

termos etários. São eles que durante a adolescência vêm em parte substituir o papel da família, permitindo a consolidação da identidade através de processos identificatórios em contexto grupal, processos estes que podem influenciar a tomada de decisão relativa a comportamentos de risco (Amâncio, 1993).

2.4.1.5. A Percepção de Controlo

A Percepção de Controlo (PC) representa o controlo que o indivíduo percepção relativamente à realização de determinado comportamento (Conner & Sparks, 1996). Esta dimensão é um dos aspectos essenciais do Modelo da Acção Planeada, e pode ser quantificada através da multiplicação da probabilidade percebida subjectivamente da ocorrência de um factor pela avaliação efectuada sobre o poder que esse factor tem em facilitar ou em dificultar a ocorrência do comportamento. Este controlo percebido sobre a conduta pode ser avaliado perguntando directamente ao sujeito até que ponto é que ele sente que a realização de um dado comportamento está sob o seu controlo.

Como se pode perceber, esta é uma noção próxima da de auto-eficácia de Bandura (1986), e é muito discutida a relação entre os dois conceitos (Terry & O'Leary, 1995). Defende-se que Ajzen juntou, no conceito de PC, o controlo que o indivíduo tem sobre a realização do comportamento e as expectativas de eficácia, ou seja, a avaliação sobre o grau de dificuldade em efectuar um comportamento. O problema é que se pode defender teoricamente a distinção entre as duas variáveis.

No entanto, para Ajzen (1988), pode-se conceber que um dado comportamento não esteja sob o controlo volitivo de uma pessoa devido ao efeito de factores restritivos internos e externos. Estes factores, já anteriormente mencionados, são aqueles que

poderão facilitar ou inibir a realização dos comportamentos na da forma de crenças de controlo.

Os elementos determinantes para a PC são, desta forma, as crenças relativas ao acesso que se tem aos meios considerados necessários à realização bem sucedida de um comportamento, ponderadas pela importância percebida de cada um desses elementos (Conner & Sparks, 1996).

2.4.2. A Percepção de Vulnerabilidade

Ao contrário das diversas dimensões que foram previamente abordadas, a Percepção de Vulnerabilidade (PV) não se enquadra no Modelo da Acção Planeada. Assume, no entanto, grande importância na avaliação de comportamentos de risco ao nível da saúde sexual e reprodutiva e é inclusivamente considerada como a principal responsável pelo evitamento de comportamentos de risco e para a iniciação de comportamentos preventivos relativamente ao VIH (Gerrard, Gibbons & Bushman, 1996). É por esse motivo que decidimos aqui incluí-la.

A noção de PV chega-nos a partir do grande grupo de modelos de expectativa de resultado, do qual fazem também parte a Teoria da Acção Racional e o Modelo da Acção Planeada. Neste sentido, a PV é uma das variáveis que, no Modelo de Crenças de Saúde, bem como na Teoria da Motivação Protectora, tem o objectivo de aumentar a capacidade preditiva da associação entre atitudes e comportamentos (Ribeiro, 1998).

A Percepção de Vulnerabilidade pode ser definida enquanto uma susceptibilidade

peçoal percebida face à ocorrência de um acontecimento. Ela traduz-se, desta forma, na avaliação que o indivíduo faz relativamente à possibilidade de que determinado evento lhe possa ocorrer.

Pode afirmar-se que existe uma relação clara entre PV e comportamento preventivo, uma vez que o indivíduo tende a avaliar a sua vulnerabilidade face a algum acontecimento de acordo com os seus comportamentos passados e actuais. Para além disso, a PV vai necessariamente afectar os comportamentos futuros. Por outras palavras, a relação entre estas duas dimensões (percepção de vulnerabilidade e comportamento preventivo) é recíproca, sabendo-se que “*changes in risk or preventive behaviour should result in alterations in estimates of vulnerability*” (Gerrard, Gibbons & Bushman, 1996, p.390).

De facto, verifica-se que indivíduos com comportamentos de risco consideram-se vulneráveis às consequências negativas desses comportamentos, e que simultaneamente os que tomam medidas preventivas considerem-se menos vulneráveis face às mesmas. Desta forma, é provável que a alteração dos comportamentos, preventivos ou de risco, tenha como consequência uma alteração da PV. É esta relação dinâmica entre a PV e o comportamento efectivo do sujeito que justifica o interesse que se tem dedicado a esta dimensão e que motiva também a sua inclusão neste trabalho.

3. Os Jovens Adultos e o Risco relativamente ao VIH e à Gravidez não Planeada

A Saúde Sexual e Reprodutiva tem uma importante vertente de prevenção, visando o evitamento de situações que se constituem enquanto factores comprometedores do bem estar e saúde dos indivíduos em diversos aspectos da sua vivência.

A multiplicidade das suas áreas de intervenção, bem como a variedade das características associadas aos diversos grupos populacionais que visa alcançar, apela a um esforço de focalização aos níveis teórico e prático. Desta forma se justifica o estudo de grupos populacionais concretos que, pelas suas características, se encontrem em situações de maior risco em áreas específicas da Saúde Sexual e Reprodutiva. Tal será certamente o caso dos jovens adultos, grupo cuja vivência da transição entre a adolescência e a idade adulta, bem como de experimentação de uma sexualidade recém descoberta os poderá colocar em maior risco, muito em concreto face à contracção do VIH e face à ocorrência de uma gravidez não planeada (Cruz & Vilaça, 1996).

Estas duas áreas têm, aliás, merecido grande atenção nos últimos anos devido a variados factores, de entre os quais se podem destacar a preocupante incidência de ambas as problemáticas e o impacto que têm aos níveis social e económico (Giraldes & Cordeiro,

1993; The Panos Institute, 1992). Das duas, é o VIH/SIDA que tem sido alvo de um maior esforço por parte dos governos e das instituições tendo em vista o seu controle. Multiplicam-se as associações, os serviços de apoio, os grupos de ajuda mútua, com o objectivo de prevenir o contágio e a exclusão social, bem como de minorar o sofrimento e os problemas com que se deparam os indivíduos afectados pela doença.

No que respeita à gravidez não planeada, especial atenção lhe é atribuída quando ocorre na adolescência ou no início da idade adulta, ou seja, numa fase considerada prematura ao nível do desenvolvimento emocional e também, regra geral, de dependência económica em relação aos progenitores.

Ambas são situações que se encontram associadas à conduta sexual do indivíduo, mas cuja complexidade dificilmente se esgota em factores meramente comportamentais. É importante de qualquer forma referir que, ao contrário de outros comportamentos de risco em que os efeitos para a saúde dos indivíduos são cumulativos (má alimentação, o fumar, etc.), na área da sexualidade basta que exista um único comportamento de risco para que o acontecimento indesejável possa ocorrer (infecção por uma doença; gravidez não desejada).

3.1. Os Jovens Adultos – Características de Grupo e Factores de Risco Associados

A adolescência é um período o crescimento físico e a maturação biológica ocorrem a par e passo com a descoberta do meio social externo ao familiar e sucedem-se as

aquisições e descobertas que irão permitir a entrada no chamado mundo dos adultos.

Pode situar-se a adolescência no período compreendido entre o início da puberdade, que se caracteriza pelo aparecimento da capacidade reprodutiva, e o início da idade adulta. Esta definição torna difícil o estabelecimento de limites temporais rígidos para esta fase da vida, uma vez que, cada vez mais, o início da idade adulta se caracteriza por uma extensão da situação de dependência relativamente aos progenitores devido a factores de ordem económica e afectiva, entre outros.

Talvez por este motivo uma crescente atenção se tenha vindo a dedicar a esta fase do desenvolvimento, cujo nome em inglês, *young adulthood*, não encontra tradução directa em Português, sendo vulgarmente utilizado o termo juventude, que no entanto se encontra bastante mal definido em termos de parâmetros etários. Iremos, de qualquer forma, por uma questão de conveniência, utilizar este termo, através do qual nos estaremos a referir aos jovens com idades compreendidas aproximadamente entre os 18 e os 25 anos.

Se a adolescência é já considerada como uma fase de crise psicossocial por todas as questões a ela associadas, a juventude pelas suas próprias características pode em muitos casos ser ainda um período de crise. É, de facto, nesta fase que a questão da dependência e da autonomia se coloca de uma forma particularmente aguda através da entrada para o mundo do trabalho e da perspectiva da saída de casa dos pais.

Tal como refere Cooper (1996) a propósito desta fase da vida, o processo de individuação não decorre num único acontecimento, como é o caso do casamento ou o

ir viver sozinho, mas é antes um processo lento e progressivo que cada um terá que conduzir da melhor forma que puder. Verifica-se que, mesmo saindo de casa, a dependência económica e afectiva da família muitas vezes mantém-se de diversas formas. Por outro lado, os casamentos nesta fase da vida, que podem surgir precisamente da necessidade de adquirir a desejada autonomia, têm como desfecho frequente o divórcio.

Outra situação tipo, de acordo com esta autora, é a da *apatia paralisante* do jovem que através do seu insucesso escolar ou profissional permite que se mantenha o estado de homeostase familiar às custas do seu crescimento emocional. Associado a este factor, encontra-se o receio, por parte do jovem, de que a expressão do seu desejo de autonomia tenha como consequência o não ser mais amado, ou seja, o medo da rejeição por parte dos pais.

Outras situações podem também dificultar este processo de individuação, nomeadamente as dificuldades que os indivíduos neste grupo etário encontram na sua inserção no mundo de trabalho, e que se traduzem nas elevadas taxas de desemprego que se verificam junto das camadas mais jovens. O investimento nos estudos, com uma promessa de inserção na vida activa que depois muitas vezes não se concretiza, em parte devido à falta de experiência e capacidades que o jovem não pode ainda possuir, tende a dificultar o processo de individuação do jovem.

Todos estes factores fazem com que sejam diversas as problemáticas psicopatológicas a emergirem nesta fase da vida. Sabe-se, por exemplo, que a juventude é uma fase crítica no que respeita à esquizofrenia. Arieti (1974) acerca dos indivíduos com esta

perturbação refere que *“because the early experiences have made the future patient awkward socially, clumsy in his activities, and somewhat inadequate in coping with life in general, his defects become more evident in adolescence and later, when he has to deal with a greater range of situations”* (op. cit., p.110). Sabe-se também que é no período dos 15-25 anos que a maioria dos casos de esquizofrenia masculina são despoletados (Kaplan & Sadock, 1991).

Outro fenómeno que se constata nesta fase é a depressão associada ou não a tentativas suicidas, e que podem encontrar a sua raiz precisamente nas dificuldades de inserção no mundo adulto, com todas as responsabilidades e vicissitudes a ele associadas.

É também de grande importância neste grupo etário a toxicod dependência que aqui encontra uma incidência particularmente elevada. Este fenómeno pode, de entre outras leituras possíveis, ser considerado como uma atitude de fuga face a todas as dificuldades que têm vindo a ser enumeradas e acaba por constituir, ele próprio, um problema que tem grande impacto sobre o jovem e sobre a família.

Este grupo etário é também algo deficitário em matéria de educação sexual e de programas de intervenção versando a promoção da saúde. Ou seja, é uma faixa etária em que, dadas as suas características e estilos de vida, padrões de actividade sexual e situações de mudança e adaptação associados, tem um interesse indiscutível relativamente às questões da Saúde Sexual e Reprodutiva (Cruz & Vilaça, 1996).

3.2. Sexualidade e Relações Afectivas na Juventude

A descoberta de si próprio e do outro enquanto objecto de desejo sexual, processo que se desenrolou ao longo da adolescência, entra na juventude numa nova fase. A presença de um corpo maturo e o estatuto social ganho, ou não, com a maioridade vai permitir uma exploração da sexualidade em formas que até aí não eram possíveis. No entanto, as exigências também passam a ser maiores relativamente às expectativas que os outros, família, amigos e sociedade em geral, passam a ter face ao seu comportamento.

Estas expectativas vão ser distintas para cada um dos sexos, apesar das transformações que o papel de género tem vindo a sofrer na nossa sociedade (Cooper, 1996). Elas irão também reflectir-se naquilo que se convencionou chamar de duplo padrão de moralidade, ou seja, uma “maior permissividade em relação à sexualidade dos rapazes, em contraste com uma maior repressividade em relação às raparigas” (Machado & Almeida, 1996, p.196).

Apesar de esta tendência ser menos pronunciada do que à algumas décadas atrás, ela evidencia-se ainda numa maior tolerância no que respeita à infidelidade dos homens, por oposição à das mulheres, o que leva a uma atitude em que “perdoa-se aos homens aquilo que muito provavelmente não se acha que deva ser perdoado às mulheres” (Vasconcelos, 1998, p.238). Este duplo padrão verifica-se sistematicamente nos diversos estudos relativos às práticas sexuais que se encontram disponíveis sobre este grupo etário.

De acordo com os dados mais recentes relativos à realidade portuguesa (INE, 1998), a idade média para a primeira relação sexual nas mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos à data do inquérito, situa-se nos 19,8 anos e tem vindo a decrescer progressivamente. Nos rapazes do mesmo grupo etário a idade em que se verifica o início da actividade sexual é aos 17,4 anos. Um estudo da levado a cabo pela Câmara Municipal de Loures (Pais, 1996) revela que a maioria dos jovens daquele concelho teve a sua iniciação sexual, em média um pouco mais cedo que a restante população nesta faixa etária, nomeadamente entre os 16 e os 17 anos. Este dado chama-nos a atenção para variações regionais que sempre estão presentes neste tipo de factores. Neste estudo verificou-se ainda um aumento considerável na percentagem de jovens que têm experiência sexual entre os 18 e os 20 anos (65%), quando comparados com os pertencentes ao etário dos 21 aos 24 anos (80%).

De entre os que ainda não iniciaram a sua vida sexual, as razões apresentadas pelos mais novos (18-20 anos) são, primeiro, o ainda não ter encontrado a pessoa certa (29,3%), seguido da consideração de que se é ainda muito novo (25,7%). No grupo dos 21 aos 24 anos, o padrão é igual, apesar de apresentar valores diferentes. Assim, a primeira categoria é referida por 31% dos inquiridos, enquanto que a segunda surge com 19% das escolhas. Percebe-se, assim, que os factores maturacionais têm uma influência considerável na decisão de iniciar a actividade sexual. É de resto também notória a influência que os ideais de amor romântico têm nesta faixa etária, uma vez que se considera a presença da “pessoa certa” como factor essencial para o início da actividade sexual.

Estes ideais relativos às relações afectivas não são, aliás, exclusivos das gerações mais

novas e são também encontradas em adultos (Pais, 1998). Cada vez mais as relações afectivas são consideradas como um meio de atingir a felicidade pessoal e a partilha afectiva com o parceiro, sendo mantidas unicamente de acordo com este pressuposto, o que justifica o aumento, em anos mais recentes das taxas de divórcio entre casais (INE, 1997). Paralelamente, é possível também encontrar, entre os jovens adultos, uma valorização dos aspectos eróticos e hedonistas da sexualidade, que reforçam a ideia de uma vivência do sexo associada ao prazer (Pais, 1998). No entanto, existem diferenças significativas associadas ao género nestes resultados, o que poderá estar relacionado com as diferenças relativas à tomada de decisão em iniciar a vida sexual em rapazes e raparigas.

Alferes (1997) verificou, na sua amostra composta por estudantes universitários, que apesar de existir, aos 18 anos, uma diferença significativa entre a percentagem de raparigas e rapazes que nunca tiveram relações sexuais, esta diferença diminui progressivamente até aos 25 anos, de forma que, a esta idade, a diferença é de apenas 2 pontos percentuais. Este autor descobriu que a maioria dos jovens declara ter estado apaixonado pelo primeiro parceiro sexual, apesar de existir uma diferença associada ao género nestes resultados. Desta forma, são as raparigas que maioritariamente (88,5%) declaram ter estado apaixonadas à data da primeira experiência sexual, por oposição a um número consideravelmente inferior de rapazes (62,7%).

Assim, mais uma vez se confirma que o afecto é considerado um factor essencial para que exista um envolvimento sexual, enquanto que o casamento é considerado como condição necessária para apenas 6% dos jovens (Pais, 1998). Comparando estes resultados com dados de à 10 anos atrás, é possível verificar já uma evolução nas

concepções juvenis sobre o comportamento sexual anterior ao casamento:

“No juízo pronunciado sobre as experiências sexuais pré-matrimoniais dos rapazes sobressai, em primeiro lugar, uma atitude extremamente liberal por parte dos rapazes, considerando um grande grupo (63,6%), tal comportamento sem gravidade (23%), ou por vezes útil (40%); ao mesmo tempo, por parte das raparigas, evidencia-se uma atitude menos aprovadora, já que um grupo também numeroso (56,7%) considera essa atitude (menos os rapazes) repreensível (37,9%) ou perigosa (18,8%). No que se refere às experiências sexuais das raparigas antes do casamento observa-se uma atitude mais reservada e um julgamento mais severo, quer por parte dos rapazes (73,8% consideram repreensível ou perigosa) quer por parte das raparigas (89,8 consideram repreensível ou perigosa.” (Figueiredo, 1988, p.50).

Se a comparação entre estes dados e os actuais nos dão informações importantes sobre as rápidas e profundas mudanças nas mentalidades que têm vindo a ter lugar no seio da sociedade portuguesa contemporânea, não deixa de ser interessante verificar que as diferenças relativas ao género se mantêm, apesar de atenuadas, em tempos mais recentes. Estas diferenças que são, na sua base, sociais, reflectem-se também na valorização que é feita da sexualidade (Pais, 1996).

No que respeita ao número de parceiros sexuais, o mesmo duplo padrão (atenuado) também é aplicável. Alferes (1997) verificou que, enquanto que as raparigas do seu estudo tiveram um único parceiro sexual, os rapazes tiveram em média 2,2 parceiros durante toda a vida e 1,3 no último ano. Simultaneamente, nos rapazes a presença de relações sexuais com parceiros concomitantes é 2,4 vezes superior à das raparigas, e por cada contacto sexual ocasional (*one night stand*) feminino, existem 3,3 masculinos.

Vasconcelos (1998) confirma estes resultados, chamando, no entanto, a atenção para a possibilidade da existência de viés nos resultados por as respostas dos inquiridos irem ao encontro das expectativas sociais a esse nível, de forma que possa ter ocorrido uma sub-indicação de parceiros no caso das raparigas e sobre-indicação no caso dos rapazes. Este comentário parece-nos bastante pertinente e a ser levado em consideração também noutros resultados de estudos relacionados com a sexualidade.

Para além das questões relacionadas com o género, este autor aponta também para diferenças substanciais nas diversas variáveis abordadas quando se estratificam as amostras em termos de religião, escolaridade e nível social. No estudo de Loures (Pais, 1996) é também apontada uma maior tolerância face ao relacionamento sexual nas camadas mais elevadas ao nível sociocultural. Pode, assim afirmar-se que “para além de um duplo padrão de género, existe também um duplo padrão social, pois, quanto mais se avança de um eixo socialmente desfavorecido para um eixo socialmente favorecido, mais se avança igualmente de posições e atitudes tradicionais para posições e atitudes modernistas” (Vasconcelos, 1998, p.304).

3.3. O Risco Face ao VIH e Face à Gravidez não Planeada em Jovens Adultos

Os factores que estão subjacentes ao contágio pelo VIH não são, na sua maioria, específicos do grupo etário dos jovens adultos. Eles são, pelo contrário gerais e aplicáveis à maioria dos indivíduos. É, no entanto, pela conjugação destes factores com as características de grupo da faixa etária que acabamos de referir que faz sentido falar em factores de risco para o VIH e para a gravidez não planeada nos jovens adultos.

Assim, neste capítulo procede-se à caracterização individual de cada uma destas problemáticas, referindo os diversos factores de risco identificados relativamente a cada uma delas e descrevendo os dados existentes relativos à realidade portuguesa no grupo dos jovens adultos.

3.3.1. Risco Sexual Relativamente ao VIH

O Vírus da Imunodeficiência Humana ou VIH é um agente infeccioso que ataca as defesas naturais do organismo, deixando-o susceptível a outras doenças (as chamadas doenças oportunistas), o que após um período mais ou menos prolongado de tempo leva ao chamado Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA) e eventualmente à morte do indivíduo infectado. Até ao momento, os esforços empreendidos para desenvolver uma cura ou vacina para o VIH revelaram-se infrutíferas, em grande parte devido às próprias características do vírus. Apesar de existirem actualmente medicamentos bastante eficazes para o seu tratamento que permitem inclusive a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo VIH e o aumento da sua esperança de vida, continua a ser da maior importância a mudança de comportamentos de risco, de forma a diminuir o seu contágio.

O VIH pode ser transmitido através do sangue, fluidos sexuais e leite materno das pessoas contaminadas. Assim, o contágio pelo vírus só pode ocorrer através da entrada directa destes líquidos para o corpo de outra pessoa. As vias de transmissão mais comuns são:

- via sanguínea: através da partilha de seringas com indivíduos contaminados, ou

através de outras práticas (certos actos clínicos, tatuagens, etc.) quando o material utilizado para esse fim não se encontra esterilizado;

- via sexual: através de práticas sexuais que implicam penetração, nomeadamente no sexo vaginal, oral e anal;
- via materno-infantil: através da transmissão do vírus durante a gestação, parto ou aleitamento, da mãe para o filho.

Neste capítulo vamos-nos centrar exclusivamente sobre o risco de transmissão por via sexual, por ser aquele que se encontra associado à Saúde Sexual e Reprodutiva. A via materno-infantil, apesar de se poder defender teoricamente pertencer também a esta área, não será aqui abordada por não estar dependente do comportamento sexual do indivíduo.

Ao nível sexual, a única maneira eficaz que se conhece de evitar o contágio do VIH é através da utilização adequada do preservativo em todas as relações sexuais e durante todo o acto sexual. No entanto, alguns autores referem também a importância dos chamados comportamentos protectores da saúde (O'Donnell, 1996), que são a abstinência sexual, a monogamia (ter apenas um parceiro sexual na ausência de outros relacionamentos paralelos), a não utilização de álcool ou de outras drogas que comprometam o juízo crítico, o ter um estilo de vida saudável e a frequência regular das visitas ao médico.

Se a abstinência sexual poderia ser considerada como o meio preventivo para o VIH por excelência, o que se sabe é que a maioria dos jovens e adultos não é capaz de adoptar esta estratégia eficazmente (DiClemente & Peterson, 1994). De facto, *“the expectation that most sexually active adults and adolescents will routinely adopt sexual abstinence*

as an HIV prevention strategy is unrealistic" (op. cit., p.2). Desta forma, mantém-se a ideia da utilização do preservativo como método mais eficaz para evitar o contágio desta doença por via sexual.

No entanto, as tentativas de alterar comportamentos sexuais através da prevenção verificaram-se difíceis de obter. Uma das principais razões para que tal aconteça é que a utilização de preservativos ocorre numa matriz de relações sociais e afectivas que vão influenciar o processo de tomada de decisão relativamente a esse comportamento. É sobre estas questões que nos vamos agora debruçar.

3.3.2. Factores Psicossociais Associados ao Risco de Transmissão do VIH

Uma das características essenciais do SIDA, que faz dele objecto preferencial de estudo e intervenção por parte das ciências sociais e humanas e da Psicologia em particular, é o facto de ser uma doença cujo vírus se transmite e previne através de um factor comum que é o comportamento (Seabra & Gomes, 1992). A urgência em desenvolver programas ao nível da prevenção da disseminação do VIH levou a que se procurassem identificar os factores de risco ao nível social, psicológico e situacional, para que, desta forma, a acção preventiva seja mais eficaz.

Sendo que a vulnerabilidade face à contracção do vírus do SIDA se prende essencialmente com o comportamento e circunstâncias de vida dos indivíduos, há que ter em conta que os determinantes sociais destes factores variam ao longo do tempo, de acordo com as fases do desenvolvimento do ciclo de vida. A isso acresce o efeito que

têm os outros significativos, família amigos e parceiros, a experiência de vida, as crenças culturais e religiosas bem como o ambiente envolvente.

Na sequência de uma análise extensa de diferentes graus de vulnerabilidade relativamente ao VIH, Mann (1992b) conclui que é no indivíduo que, em última instância, reside a capacidade de reduzir o contágio por esta doença. No entanto, este autor não deixa de realçar a importância dos factores sociais e da qualidade e eficácia dos programas nacionais de prevenção do SIDA. De facto, não se pode esperar que um indivíduo se proteja relativamente ao contágio pelo VIH se não possuir um grau adequado de informação sobre o mesmo, se não tiver sido educado no sentido de evitar determinados comportamentos, ou se não tiver fácil acesso aos serviços especializados onde possa obter essa mesma informação e os meios para se proteger.

A estes factores, que se podem enquadrar no âmbito das já mencionadas situações de risco, adicionam-se outros que se prendem com variáveis individuais, apesar de estas últimas serem sempre afectadas pelas anteriores, ou seja, é impossível conceber o indivíduo fora do seu meio sociocultural que lhe vai influenciar as atitudes e comportamentos.

A conotação inicial do SIDA com os chamados grupos de risco veio provocar um efeito devastador ao nível da disseminação da doença. Como foi já referido, a ideia de que apenas indivíduos pertencentes a determinados grupos populacionais com comportamentos considerados desviantes estariam susceptíveis ao contágio por esta doença levou a que rapidamente se criassem estigmas e se separassem as águas entre aqueles que deveriam ser tidos como responsáveis pela sua condição (homossexuais,

toxicodependentes e prostitutas) e as vítimas inocentes do SIDA (crianças, transfusionados e hemofílicos).

São diversas as referências feitas por Guerra (1998) sobre este estigma relativo à comunidade homossexual ocorridos na década de 80, e que encontra reflexos ainda nos dias de hoje, quando se verifica, junto da população em geral, uma tendência para assinalar os indivíduos pertencentes a algumas minorias como sendo os mais expostos à doença (Cláudio, Pereira & Robalo, 1996). Esta tendência mantém-se mesmo quando o grupo estudado é o dos técnicos de saúde (Teixeira et al., 1996).

O processo de estigmatização e de culpabilização dos infectados teve como consequência que os indivíduos que não se considerassem como pertencentes aos referidos grupos se distanciassem dos mesmos e se percepcionassem como imunes à doença e que, portanto, não tomassem as devidas precauções para evitar o contágio. Indicador disto mesmo é o aumento de infecções entre heterossexuais nos últimos anos (CNLCS, 1998). Este fenómeno pode relacionar-se com a percepção de vulnerabilidade que os indivíduos têm relativamente à doença.

A vulnerabilidade percepcionada face a um dado acontecimento conjugada com outros factores, tais como a avaliação da severidade do mesmo ou a eficácia percepcionada do comportamento protector, podem determinar o comportamento final do indivíduo, colocando-o ou não em risco de contrair o VIH (Gerrard, Gibbons & Bushman, 1996).

Um outro factor bastante próximo do de percepção de vulnerabilidade é o de percepção de risco. Vimos já que a dimensão do *risco* se prende com a medida em que o indivíduo

se considera como susceptível de perder algo que considera valioso. Desta forma, o risco percepcionado poderá ser visto como a avaliação que o indivíduo faz face à possibilidade de pôr em causa a sua saúde através do contágio pelo VIH. Na prática, as medidas normalmente utilizadas em investigação para avaliar a percepção de risco são em muito semelhantes às utilizadas para avaliar dimensões como a percepção de vulnerabilidade, a preocupação e o comportamento autoprotectivo (Poppen & Reisen, 1997). Isto permite-nos perceber que são, todas elas, dimensões muito próximas entre si.

De qualquer forma, alguns autores realçam que, subjacente a estes conceitos, se encontra a ideia de que a vulnerabilidade percepcionada é, ela própria, um reflexo dos comportamentos preventivos actuais e recentes (Gerrard, Gibbons & Bushman, 1996). Desta forma, percebe-se também a razão pela qual indivíduos que se envolvem em comportamentos de risco referem maior probabilidade de contágio da doença do que outros que não têm esses comportamentos.

Um dos factores da maior importância quando se pretende compreender a dinâmica da disseminação da doença, é o facto de o contágio se efectuar em situações de interacção social (DiClemente & Peterson, 1994). Conforme referem Poppen & Reisen (1997) "*the dynamics of the social relationship [...] can affect HIV risk taking*" (Poppen & Reisen, 1997, p.379). A este factor acresce o facto de a sexualidade ser, para muitos indivíduos, um tema de difícil abordagem com o parceiro, seja este habitual ou ocasional. Nesta, como em outras situações, a influência social pode actuar de uma forma nociva para o indivíduo, no sentido em que este pode ser induzido a ter comportamentos prejudiciais para a sua saúde.

Os motivos por que tal pode acontecer são de variada ordem, entre os quais se pode referir a diferença de estatuto na relação, associada ou não a diferenças de género. Nas culturas judaico-cristãs e em grande parte das restantes civilizações, a mulher assume frequentemente um papel social diferente do homem. Esta diferença, que implica uma desvalorização da importância da mulher enquanto membro útil e activo da sociedade, tem também, e obviamente, implicações ao nível das relações interpessoais entre os indivíduos de ambos os sexos, uma vez que nelas se reflectem as assimetrias de poder que se verificam a outros níveis. Não será alheio a esta situação o facto das mulheres apresentarem uma percepção de risco maior do que os homens (Breakwell, 1996).

De acordo com Costa & Lima (1998), no contexto da relação afectiva existe uma tendência para idealizar o parceiro devido aos sentimentos nutridos pelo mesmo que podem enviesar uma análise objectiva relativamente ao risco de contágio pelo VIH. Estas autoras referem ainda que “a relação amor-invulnerabilidade não é directa, mas mediada pela percepção de qualidade da relação e pelo efeito directo que esta exerce sobre o optimismo face ao parceiro, sendo esta variável que permite prever a invulnerabilidade de uma forma directa” (op. cit., p.58).

Diversos outros factores têm sido estudados como predisponentes ao contágio pelo VIH, entre os quais o consumo de álcool ou drogas que, pelo seu efeito, poderão incapacitar o juízo crítico, induzindo comportamentos de risco (Brooks-Gunn, Boyer & Hein, 1988). Sabe-se também que o consumo de álcool, mais até do que o consumo de drogas, tende a aumentar a probabilidade da ocorrência da actividade sexual, sendo a utilização do preservativo nessas situações menos plausível (Strunin & Hingson, 1992).

Ross (1990) refere vários factores psicológicos e psicopatológicos também eles considerados predisponentes à infecção pelo VIH. De acordo com este autor, traços de neuroticismo e psicoticismo poderão conduzir a um comportamento sexual promíscuo ou, por outro lado, inibido, dependendo das normas sociais existentes em torno da sexualidade. Em qualquer dos casos, e uma vez que a população estudada por este autor é a homossexual masculina, é referido que a elevada incidência de DST's decorreria da dificuldade do indivíduo em lidar com a sua orientação sexual, dificultando o recurso a medidas preventivas.

Desta forma, os factores associados ao contágio pelo VIH são diversos sendo, portanto também várias as áreas a trabalhar quando se procura intervir na prevenção desta doença. Dificilmente abordagens simplistas poderão ser efectivas no combate àquela que foi já considerada a praga do século XX.

3.3.3. Dados Relativos ao VIH nos Jovens do Grupo Etário 18-25

Em 1993, João Santos Lucas publicava um estudo encomendado pela OMS tendo em vista a identificação de áreas comportamentais prioritárias no combate à infecção pelo VIH em Portugal. O seu título, "A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses", apesar de pessimista, procura reflectir os resultados, algo alarmantes, relativos ao comportamento sexual da população nacional. De acordo com este autor, uma parte considerável da população apresenta uma baixa percepção de vulnerabilidade relativamente à SIDA, verificando-se de igual forma uma "reduzida utilização sistemática do preservativo nas situações de risco acrescido, nomeadamente por parte da

população jovem” (Lucas, 1993, p.85).

De facto, este autor verificou, por exemplo, que no grupo etário dos 18-19 anos, apenas 22% dos jovens declaram utilizar o preservativo em todas as suas relações sexuais vaginais. No grupo dos 20-24 anos, essa percentagem é ainda menor, sendo a tendência, aliás a de uma diminuição na sua utilização à medida que vai aumentando a idade, provavelmente em favor do recurso a outros métodos contraceptivos. Quando são considerados todos os grupos etários, verifica-se igualmente um baixo nível de protecção nas relações sexuais com prostitutas ou prostitutos, bem como nas relações com utilizadores de drogas.

Se se constatava esta situação já em 1993, os dados mais actuais relativos ao contágio pelo VIH (CNLCS, 1999) relevam-nos que no grupo etário dos 20 aos 24 anos se incluem 10,9%, de todos os infectados, sendo crescente o número de novos diagnósticos efectuados a partir de meados da década de 80, progressão esta que acompanha, aliás, a tendência da restante população. Face a esta realidade, várias investigações têm vindo a ser realizados com o objectivo de estudar alguns dos factores de risco implicados no contágio pelo VIH, nomeadamente entre a população mais jovem.

O Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho tem efectuado vários estudos junto da população juvenil com o intuito de averiguar quais os comportamentos, conhecimentos, atitudes e crenças desta população no que respeita ao VIH (Cruz et al., 1997). Verificaram que, no que respeita aos jovens universitários, se identificam diversos comportamentos de risco nos três meses anteriores ao estudo:

- 57,4% nunca ou quase nunca se recusaram a ter relações sexuais casuais ou ocasionais por falta de preservativo;
- 44,6% nunca utilizaram o preservativo nas suas relações sexuais;
- 16% tinham-se envolvido em práticas desprotegidas de sexo anal e 63,3% de sexo oral;
- 10% tinham-se envolvido em relações sexuais com desconhecidos/as.

No que toca à última relação sexual, verificou-se que:

- 56,3% dos estudantes não utilizaram o preservativo, incluindo 64,1% dos estudantes envolvidos em relações consideradas estáveis;
- em 5,2% e em 1,5% respectivamente destes casos a relação ocorreu sob o efeito de álcool e de drogas.

Adicionalmente, verificou-se que 29,2% dos estudantes consideraram altamente improvável a utilização do preservativo na sua próxima relação sexual, enquanto que 26,6% dizem ter a certeza de não o vir a fazer no seu próximo encontro. Os autores chamam a atenção para a influência, nestes resultados, da tendência actual para a chamada monogamia em série. Esta caracteriza-se por um padrão que consta da percepção de segurança relativa ao contágio nas relações com o parceiro “permanente”, conduzindo, portanto, à não utilização de preservativo nas mesmas, enquanto que, nas relações sexuais com parceiros ocasionais existe já uma maior prática de sexo seguro.

Esta descoberta não é nova, tendo já sido referida anteriormente (Cláudio, Pereira & Robalo, 1994). Sendo assim, o que se verifica é que quando existe uma relação mais ou menos duradoura a tendência é a de minimizar o risco de infecção pelo VIH. O indivíduo, “embora numa situação de risco, desenvolve a crença irracional de que a infecção só pode acontecer aos outros” e “o afecto é irracionalmente interpretado como

protector de infecção” (op. cit., pp. 44-45). Esta situação faz com que exista uma maior permissividade do indivíduo para consigo próprio e, ao mesmo tempo, uma maior exigência relativamente aos outros.

Em ambos os estudos verifica-se existir um bom nível de conhecimentos relativos a aspectos da prevenção do VIH, apesar de serem ainda vulgares as crenças erradas sobre esse tema (Cruz et al., 1997). Desta forma, cerca de 20% dos sujeitos acreditava que é necessária a existência de vários parceiros sexuais para que se dê a exposição à SIDA e, em 30% dos casos, a abstinência ou o ter apenas um parceiro que nunca tenha estado exposto ao VIH, não são considerados os meios mais adequados na protecção contra a SIDA. Simultaneamente, apenas 46% dos sujeitos da amostra consideram ser o preservativo o meio mais seguro de ter relações sexuais.

O mais alarmante é que, apesar de todos os conhecimentos correctos assinalados pelos inquiridos relativamente ao VIH, são 35,4% os que admitem que o SIDA não provocou qualquer alteração no seu comportamento sexual. Este dado vem, uma vez mais, realçar a fraca correlação existente entre conhecimento e mudança comportamental.

3.3.4. Factores de Risco associados à Gravidez não Planeada

São diversos os métodos eficazes disponíveis tendo em vista o evitamento de situações de gravidez não planeada. Verifica-se, no entanto, que uma elevada proporção de mulheres engravida sem o desejar todos os anos em todo o mundo, seja em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, mesmo em situações de risco físico,

social, emocional ou económico para a mulher ou casal (Bankole et al., 1998). Esta situação corrobora a ideia de que *“the universality of the phenomenon of unintended pregnancy illustrates that, worldwide, women and couples have great difficulty in successfully planning births”* (op. cit., p.125).

Quais serão então os motivos por que tal acontece? O que é que entrava a utilização eficiente de contraceção quando ela é necessária? Aqui, como no caso do VIH, a resposta a estas questões passa por factores de natureza variada, muitos deles, aliás, semelhantes aos já abordados a respeito dos factores de risco associados àquela doença.

De semelhante com o VIH podemos assinalar que o comportamento preventivo é muitas vezes percebido como tendo custos imediatos pouco agradáveis e benefícios futuros relativamente incertos (Boyle, 1998). Ou seja, a gravidez, bem como o contágio pelo VIH, pode acontecer, mesmo quando se tomam as devidas medidas protectoras vistas muitas vezes como comprometendo o bom decorrer da relação sexual. De resto, apesar de serem frequentemente abordadas distintamente, o risco relativo a estas duas situações encontra-se intimamente associado, podendo-se afirmar que *“pregnancy and exposure to STD are problems with similar behavioural causes and similar possibilities for behavioural prevention”* (Fisher, 1990, p.74).

As diferenças estabelecem-se na medida em que o VIH é uma doença cujo desfecho continua a ser a morte, ainda que a longo prazo, e a gravidez não planeada é uma situação potencialmente reversível e em relação à qual existem com frequência sentimentos ambivalentes.

A este ponto fará algum sentido tentar esclarecer duas questões relevantes relativamente a este tema: a razão do interesse pela gravidez não planeada, ou seja, quais os motivos que justificam um estudo específico sobre a gravidez não planeada em comparação com a gravidez planeada e, por outro, quais os motivos que levam a que falhe a utilização de contraceção, que constitui o meio actualmente mais eficaz para evitar a gravidez.

3.3.5. A Gravidez não Planeada

A gravidez não planeada é, regra geral, considerada como algo de indesejável ou como um mal a evitar, tanto da parte do discurso científico como do senso comum. É frequente encontrar disso exemplo quando se fala da gravidez na adolescência. No entanto, é notória a falta de estudos que justifiquem, do ponto de vista psicológico, esta ideia. Do ponto de vista teórico, é sobretudo a teoria psicanalítica que pode trazer algumas luzes sobre este tema. No entanto, sob esta perspectiva o enfoque é colocado essencialmente sobre a questão do desejo.

Apesar de se encontrarem intimamente associados, o desejo e o planeamento da gravidez podem e devem ser vistos como factores distintos que se tocam de formas diferentes. De facto, um desejo de gravidez pode ou não ter como consequência o actuar desse desejo através do planeamento e posterior concretizar da mesma. Esta passagem do desejo ao acto encontra-se dependente de diversas condições internas e externas ao indivíduo que podem influenciar a concretização desse desejo, nomeadamente as condições socioeconómicas do indivíduo. De qualquer forma, considera-se que uma gravidez planeada é, à partida, fruto de um desejo de gravidez.

Por outro lado, uma gravidez inesperada que, presume-se, não terá sido desejada, pode ou não vir a sê-lo durante o tempo da gravidez. A tomada de conhecimento da existência de um feto e todas as transformações físicas que tal situação implica, podem ser factores que facilitem, na mulher, o desenvolvimento de um desejo de ser mãe. Ou por outro lado, tal como por vezes se defende, a gravidez pode advir de um desejo prévio, mas não consciente, de engravidar (Maruani, 1990). Em alguns casos este desejo é mesmo consciente, como comprovado no estudo de Strunin & Hingson (1992), em que 15% das raparigas e 32% dos rapazes adolescentes afirmam que ficariam felizes caso lhes ocorresse uma gravidez.

Em qualquer dos casos, considera-se que uma gravidez que ocorre numa fase precoce do desenvolvimento do indivíduo, numa época em que outros investimentos se colocam de uma forma mais acentuada e em que o indivíduo não se encontra preparado do ponto de vista psicológico, pode constituir um factor de risco, tanto para o próprio, do ponto de vista emocional e social, como para o meio envolvente, muito em particular para o meio familiar (Onesti, 1988). Pode-se também afirmar que:

“Dans le contexte d’une exigence culturelle préconisant une éducation poussée et des objectifs spécialisés, une grossesse précoce constitue un obstacle au développement. Pour beaucoup, cela conduit à l’abandon de la scolarité, des objectifs professionnels et des projets de carrière.” (op. cit., p.206).

Encontra-se também provado que a ausência de desejo relativo à gravidez constitui o principal motivo pelo qual as mulheres em todo o mundo procuram a sua interrupção (Bankole et al., 1998). Uma gravidez não desejada pode constituir *“the outstanding and*

determining factor in a chain of events whose outcome is often abortion, and frequently, the illness and death of a pregnant woman” (Mora & Villarreal, 1993, p.11). De facto, a interrupção da gravidez, situação que se encontra carregada de implicações morais e legais na grande maioria dos países, constitui ela própria uma situação de risco para a saúde da mulher, sendo a causa conhecida de diversas complicações, principalmente quando realizada na clandestinidade (Amazigo et al., 1997).

Consequentemente, se se torna difícil, pela ausência de estudos, corroborar a ideia de que a gravidez não planeada é indesejável do ponto de vista psicológico, tal é já possível sob outras perspectivas, nomeadamente do ponto de vista social e da saúde da mulher. Faz sentido, portanto, que se procurem obter mais dados sobre os motivos pelos quais muitas mulheres e casais não são capazes de evitar a gravidez em alturas em que não é de sua vontade que tal aconteça.

3.3.6. Factores Associados à Utilização de Contracepção

A maneira mais apropriada para evitar uma gravidez não planeada, fora a abstinência, é a eficaz utilização de contraceptivos. Na literatura existente sobre este tema são referidos vários factores que se encontram associados às falhas existentes a este nível, factores estes que são idênticos em diversos contextos socioculturais. Um deles é o conhecimento sobre contracepção e fisiologia reprodutiva (Mora & Villarreal, 1993; Yang et al, 1995). A falta de conhecimento nestas áreas poderá levar a um uso inadequado dos métodos ou mesmo à completa ausência de utilização por desconhecimento dos contraceptivos existentes. Neste sentido, muitas das campanhas

destinadas a diminuir a incidência da gravidez junto de adolescentes e de outros grupos populacionais específicos, tiveram como principal objectivo o aumento da informação nestas áreas.

No entanto, a vasta revisão de literatura levada a cabo por Zapiain (1993) relativamente à influência do conhecimento sobre a utilização de contracepção, contraria esta crença. De facto, a maioria dos estudos referenciados por este autor indicam que o conhecimento contraceptivo, podendo ser um factor necessário à boa utilização de anticoncepcionais, não é o único nem o principal factor que influencia este comportamento.

Garcia et al. (1997) referem que os atributos percebidos de um método contraceptivo podem influenciar a sua utilização. Do estudo que estes autores efectuaram junto de mulheres provenientes de meios socioculturais desfavorecidos, verifica-se que foram os métodos considerados mais eficazes, como a pílula, assim como os métodos com efeitos mais duráveis, como o DIU, os preferidos por estas mulheres. Por outro lado, surge a questão da reversibilidade do método como um factor que é valorizado, tendo sido expressa a preocupação relativa ao retorno à fertilidade após a sua utilização. Este estudo vem evidenciar a ideia de que as representações e atributos associados aos diferentes métodos deverão ser ponderados de uma forma distinta quando se procura estudar e intervir na sua utilização.

De qualquer forma, há que não esquecer que, quando falsos, estes atributos percebidos dos contraceptivos podem influenciar negativamente a adesão da mulher ou casal ao método. Assim, verifica-se que as crenças, aqui como aliás noutras áreas do

comportamento humano e nomeadamente no que respeita aos comportamentos protectores de saúde, podem-se tornar impeditivos da protecção eficaz relativamente a uma gravidez.

Num estudo levado a cabo por Shak & Zelnik (1980), verificou-se que sete em dez mulheres com experiência sexual não utilizavam contracepção devido a crenças relativas à baixa probabilidade de engravidar. Algumas acreditavam que não poderiam engravidar por terem poucas relações sexuais, outras por serem muito novas para que tal pudesse acontecer, e outras ainda por pensarem ter relações sexuais durante o seu período não fértil, quando os seus cálculos, na verdade, não se verificavam correctos.

Outros autores referem que a continuidade da utilização de contraceptivos é fortemente afectada por crenças relativas à sua influência nociva sobre a saúde do utilizador. Esta crença parece, no entanto, afectar com mais facilidade a utilização de métodos químicos ou mecânicos, do que de métodos naturais, tais como o coito interrompido ou a abstinência periódica (Ali & Cleland, 1995).

Para além dos eventuais efeitos negativos sobre a saúde da mulher, Mora & Villareal (1993) referem o receio face a efeitos secundários indesejáveis no que respeita aos contraceptivos hormonais e ao DIU. Adicionalmente, os contraceptivos de utilização vaginal, no geral, são rejeitados por algumas mulheres por acreditarem que estes irão diminuir o prazer durante a relação sexual. Estes autores chamam a atenção para o facto de que as falsas crenças podem surgir a partir da informação inadequada, informação esta que muitas vezes é fornecida por profissionais de saúde. Esta ideia vem evidenciar a relação que existe entre a inexistência ou inadequação de informação contraceptiva e

as falsas crenças sobre o assunto. De facto, se existem lacunas sobre o modo como os métodos ou o próprio organismo funciona, então facilmente se preenchem essas lacunas com mitos, tabus ou ideias populares sobre esse tema.

As dificuldades em obter contraceptivos pela sua baixa acessibilidade, bem como a ansiedade face à sua aquisição devido à suspeita da eventual condenação por parte de terceiros, são factores referidos por Boyle (1998) como relevantes para o comportamento contraceptivo, principalmente no que respeita aos adolescentes. A sanção social associada ao comportamento parece assim também ter uma influência significativa na utilização adequada de contracepção. A este propósito Fisher (1990) acrescenta ainda que *“to avoid pregnancy and STD, teens must perform complex and difficult sequences of behaviour that are rarely explicitly taught and that are often socially disapproved”* (op. cit., p.75).

Esta ansiedade muitas vezes refere-se, não só à necessidade de eventualmente ter que discutir o assunto com um profissional de saúde, mas também e principalmente, de o ter que discutir com o parceiro sexual. Esta é uma questão que foi também abordada no contexto das situações que podem ser de risco relativamente ao VIH.

São os métodos que para serem utilizados necessitam de ser discutidos com o parceiro os que mais facilmente induzem ansiedade sendo, portanto, evitados. Tal é o caso do preservativo, dos espermicidas ou do coito interrompido.

Intimamente associada a esta questão encontra-se a da ausência frequente de apoio do parceiro face à utilização de contracepção, que é aliás uma constante referida nos

diversos estudos que se debruçam sobre este assunto (Amazigo et al., 1997; Bankole et al., 1998; Garcia et al., 1997). Daí que Yang et al. (1995) refiram que “*the contradiction between men’s refusal to take responsibility for contraception, at the same time as they demand the fulfilment of their sexual desires, inevitably increases the incidence of unwanted pregnancy*” (op. cit., p.99). Esta situação vem chamar a atenção para a necessidade do trabalho de intervenção junto dos homens, que tradicionalmente é negligenciada.

Se os homens têm sido vistos como obstáculos à aceitação feminina de contracepção, os programas mais recentes procuram pelo contrário perspectiva-los como parceiros das mulheres, ou então como potenciais clientes do planeamento familiar, com necessidades específicas em termos de Saúde Sexual e Reprodutiva (Ketting, 1996). Boyle (1998) chama também a atenção para o facto de os estudos sobre utilização de contracepção utilizarem essencialmente como população alvo as mulheres, podendo esta situação enviesar os resultados das investigações sobre esta temática.

Lindemann (cit. por Alder, 1997) propôs um modelo de tomada de decisão contraceptiva, de acordo com o qual a tendência para a utilização de contraceptivos é mais elevada à medida que a rapariga vai progredindo ao longo de três fases. A primeira destas fases é chamada de “fase natural”, na qual a rapariga não se percepção como um ser sexual, não planeando o recurso a contracepção. Na segunda fase da “prescrição pelos pares”, a actividade sexual é mais frequente do que na anterior, e existe procura de informação junto de amigos, ainda que os métodos utilizados não sejam dos mais seguros. Por último, na “fase do perito”, há uma aceitação da própria sexualidade e também uma procura activa de informação fiável sobre contracepção e a sua utilização.

Este modelo, bem como outros específicos nesta área, sendo interessantes por proporem a existência de um processo evolutivo da tomada de decisão contraceptiva, torna-se limitado por ser relativo apenas ao sexo feminino, excluindo igualmente o aspecto dinâmico da relação de casal.

Numa tentativa de sistematizar as questões mais importantes tendo em vista a adesão à contracepção, apresentamos uma lista que integra, agrupados por categorias, alguns dos aspectos considerados importantes nesta área (Phillips, 1998):

- sociedade, cultura, religião e estatuto da mulher;
- classe social, educação, conhecimento, crenças, mitos;
- família, pais, amigos, grupo de pares;
- casal, relação, expectativas relativas aos papéis de género, sexualidade;
- indivíduo, identidade, carreira, conceitos de masculinidade e feminilidade, auto-estima, factores inconscientes;
- crianças (filhos), o seu valor, segurança relativa ao futuro;
- métodos contraceptivos, serviços de planeamento familiar, sua disponibilidade, técnicos;
- leis do aborto, técnicos, suas atitudes, sua disponibilidade.

É provavelmente do confronto e do delicado equilíbrio entre todos estes factores que poderá resultar, ou não, um comportamento contraceptivo eficaz, contínuo (sempre que o mesmo for desejado) e seguro. Sem esquecer que nenhum método é infalível...

3.3.7. Dados Relativos à Gravidez Não Planeada, Interrupção Voluntária da Gravidez e Comportamento Contraceptivo nos Jovens do Grupo Etário 18-25

É bem conhecida, e foi já anteriormente mencionada, a relação existente entre gravidez e interrupção da gravidez. Será então aqui pertinente verificar quais os dados relacionados, por um lado com o conhecimento e utilização de contraceptivos, e por outro, com a interrupção da gravidez, ao nível nacional.

Pais (1998) verificou que o grupo etário dos 15 aos 24 anos apresenta um maior nível de utilização de contraceptivos, quando comparado com populações de idades mais avançadas. Entre os mais jovens, 50,8% refere utiliza-los frequentemente, enquanto que 15,6% indica uma utilização mais esporádica.

Apesar da avaliação optimista que o autor faz destes dados, talvez seja importante uma análise mais fina do comportamento contraceptivo dos jovens portugueses. Tal é possível através da verificação dos resultados obtidos no mais recente “Inquérito à Fecundidade e Família” realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (1997). Uma das informações que este inquérito nos dá, refere-se ao desfasamento que existe entre a primeira relação sexual e a primeira utilização de contracepção.

Desta forma, verifica-se que, no grupo etário dos 20 aos 24 anos, apenas 66% das mulheres e 51% dos homens utilizaram contracepção na sua primeira relação sexual, constatando-se um desfasamento de 0,9 e 1,4 anos, respectivamente para as raparigas e para os rapazes, entre o iniciar da vida sexual e a utilização de protecção relativamente à gravidez. Apesar de estas médias não nos falarem de casos individuais que obviamente

serão diversificados, estes resultados não deixam de ser alarmantes e dão-nos uma informação importante sobre os padrões de actividade sexual dos jovens nacionais.

Outro dado a reter é o que se refere ao método utilizado à data da primeira relação sexual, bem como qual o método contraceptivo de eleição. Desta forma, verifica-se que, quando iniciada a contracepção, as mulheres preferem maioritariamente a pílula (71% no mesmo grupo etário), seguido, com uma grande diferença, do preservativo masculino (20%). Nos homens, estes números invertem-se, sendo possível encontrar uma maior utilização do preservativo (72%) do que da pílula (utilizada por 26% das suas parceiras). Quando considerados os valores relativos ao método preferencialmente utilizado nos três meses anteriores ao inquérito, é o padrão feminino descrito que prevalece nos dois sexos.

Apesar de verificar valores relativamente diferentes, Vasconcelos (1998) constata nas camadas mais jovens um progressivo aumento da utilização da pílula, em detrimento do preservativo, o que o leva a afirmar que “junto dos jovens dos escalões etários mais velhos, a principal preocupação é mais contraceptiva do que a prevenção de doenças venéreas” (op. cit., p. 294).

É importante ter em conta também que não basta só a utilização de contraceptivos, é necessário que haja uma boa utilização, e não basta utilizar qualquer método, é necessário que se utilize um método eficaz. E neste sentido, verifica-se uma utilização de métodos pouco fiáveis de contracepção tais como o coito interrompido cujo recurso oscila entre o frequente (7,6%) e o raramente (16,4%). No concelho de Loures, por exemplo, apesar de, uma mais vez, serem maioritários os métodos com elevado grau de

eficácia (pílula e preservativo), verifica-se ainda uma percentagem considerável de utilização de métodos falíveis, com o coito interrompido à cabeça (Pais, 1996).

Se a eficácia do método utilizado tem relevância, há que não esquecer que este está muitas vezes relacionado com o acesso que se tem aos contraceptivos e também com o conhecimento que se tem sobre os mesmos. Tal ficou demonstrado com um estudo efectuado junto de adolescentes grávidas com idades maioritariamente compreendidas entre os 16 e os 19 anos (Almeida, 1988). Constatou-se que nas jovens com conhecimentos de contracepção houve um maior número de mães casadas antes de engravidarem, de gravidezes planeadas e de acesso a meios de contracepção. Nas que tiveram menor acesso a meios contraceptivos, surgem mais mães solteiras, mais gravidezes não desejadas e não planeadas, bem como é mais significativa a intenção de abortar.

Como já se tinha constatado, existe uma forte associação entre a gravidez não planeada e o recurso à interrupção voluntária da gravidez (IVG) (Amazigo et al., 1997; Bankole et al., 1998; Mora & Villarreal, 1993). Uma forma de aceder, portanto, aos comportamentos contraceptivos da população será a de estudar os números disponíveis sobre a IVG junto das jovens portuguesas.

Das jovens que já tiveram actividade sexual, calcula-se que cerca de 1,1% do total já engravidaram sem o desejar (Vasconcelos, 1998). A realização de uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) foi o recurso utilizado por 2,7% das mesmas. Verificou-se também que a probabilidade da existência de uma gravidez não desejada, bem como de uma IVG no passado da mulher, é proporcionalmente inversa ao seu estatuto social e à

sua escolaridade. Ou seja, quanto menor for o estatuto social e a escolaridade da mulher, mais facilmente ela engravidará sem o desejar e mais também recorrerá ao aborto para resolver essa situação.

Estes dados vêm realçar a importância das situações de risco em à Saúde Sexual e Reprodutiva. Nomeadamente, deixam bem claro que a proveniência socioeconómica e cultural das mulheres afecta os seus percursos e situações de vida de formas que elas muitas vezes não têm a possibilidade de controlar.

De acordo com o INE (1997), é de facto a partir dos 20 anos de idade que o fenómeno IVG surge com maior intensidade, sendo que entre os 20 e os 24 anos encontram-se entre 3 e 4% do total das primeiras IVG's realizadas no total da população feminina. Outro dado importante é o que indica que cerca de cem por cada mil gravidezes ocorridas entre os 15 e os 19 anos acabam numa situação de aborto.

A recente polémica em torno da IVG na sociedade portuguesa devido à revisão da legislação que regulamenta esta temática, veio chamar a atenção para o grande número de abortos que se realizam clandestinamente. Alguns dados apontam para a valores na ordem dos 30 milhares para o total da população feminina nacional entre 1993 e 1995 (Jornal de Notícias, 20/02/97). Muitos dos casos só chegam a lume através das complicações que requerem intervenções posteriores em serviços públicos de saúde. O facto de o aborto estar muito carregado com conotações morais, éticas, religiosas e legais, faz com que provavelmente a maioria das situações não sejam relatadas nos diversos inquéritos efectuados e que portanto não surjam contabilizadas nas estatísticas oficiais.

Curiosamente, e apesar de todos os resultados apresentados, é frequente encontrar jovens que referem não necessitar de esclarecimento ou apoio de técnicos relativamente à sua sexualidade. A percentagem dos que partilham desta opinião no grupo dos 18-20 anos é de 76,9%, e no dos 21-24 anos é de 83,4% (Pais, 1996). O que parece indicar que os jovens nestas idades acreditam ter níveis de informação suficientes para as suas necessidades, apesar de nos mesmos se encontrar com frequência o envolvimento em diversas situações e contextos de risco para a sua saúde sexual e reprodutiva.

II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo enquadra-se no âmbito alargado da Saúde Sexual e Reprodutiva. Esta é uma área que, desde a Conferência Internacional do Cairo em 1994, tem vindo a ser valorizada junto de governos e outras instituições que trabalham em saúde, por se considerar que se trata, de facto, de uma área prioritária em termos de intervenção tendo em consideração todas as temáticas que engloba. Por ser recente, é também uma área fecunda para a intervenção e investimento de todos os profissionais de saúde e dos psicólogos em particular.

Tendo surgido essencialmente por motivos pragmáticos, a Saúde Sexual e Reprodutiva tem-se desenvolvido também de acordo com as necessidades sentidas por todos aqueles que se encontram no terreno. Por este motivo, a investigação nesta área caracteriza-se por ser essencialmente ateorica e por ter escassa fundamentação conceptual. Desta forma, a Saúde Sexual e Reprodutiva carece ainda de uma maior teorização que, de certa forma, se procura minorar através deste trabalho.

São aqui estudados muito em particular dois aspectos específicos da Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens portugueses no grupo etário compreendido entre os 18 e os 25 anos, nomeadamente o risco relativo ao VIH e o risco relativo à gravidez não planeada. Estas duas questões remetem-nos para os dois aspectos fundamentais que lhes estão associados e que são a utilização do preservativo enquanto único método preventivo em

relação à transmissão sexual do VIH e o recurso à contracepção como meio de evitar a gravidez.

O estudo do risco relativamente a estas duas questões reveste-se de grande importância nos dias de hoje, em que o número de infecções pelo VIH e de casos de SIDA continua a aumentar a um ritmo exponencial, e em que milhares de mulheres engravidam todos os anos sem o desejar. Estas são situações que implicam graves consequências a diversos níveis e que acarretam pesados custos individuais, sociais e económicos.

Desta forma, tornam-se pertinentes todos os estudos que se debruçam sobre os diversos aspectos relacionados com a sexualidade de diferentes grupos populacionais, de entre os quais se destacam os jovens adultos, população considerada em risco nesta área devido aos seus padrões comportamentais e características de grupo. É de facto uma população que se encontra numa fase de transição entre a adolescência e a vida adulta que, pelas situações de stress psicossocial a que estão sujeitos, poderão envolver-se em situações de risco.

Os dados recolhidos são de grande utilidade não só para ter uma ideia relativa ao grau de risco sexual associado a este grupo etário, como também para, através deles, poder planear e implementar de uma forma mais precisa e objectiva programas de intervenção nesta área.

Tendo em consideração todas estas questões, optamos por colocar o seguinte problema de investigação:

- Qual o risco, em termos comparativos, de diferentes sub-grupos de jovens adultos portugueses relativamente ao VIH e à gravidez não planeada?

Este problema não pretende ser limitativo pretendendo-se, pelo contrário, que a questão do risco constitua o ponto de partida para a recolha de diversos dados pertinente relativamente ao estado da Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens adultos portugueses, proporcionando, desta forma, uma discussão rica sobre esta temática. É aliás neste contexto que se formulam os objectivos gerais e específicos que se seguem.

1. Objectivos do Estudo

Podem-se separar os objectivos do presente estudo em dois grupos: Objectivos gerais e objectivos específicos. São objectivos gerais do trabalho:

- a sistematização de alguns dos aspectos teóricos da Saúde Sexual e Reprodutiva;
- o estudo de aspectos concretos da Saúde Sexual e Reprodutiva no grupo etário dos 18 aos 25 anos;
- a obtenção de informação pertinente direccionada para a prevenção do VIH e da gravidez não planeada neste grupo etário;
- a mensuração de valores associados a factores de risco comportamental face à contracção do VIH e face à ocorrência de uma gravidez não desejada na população jovem adulta nacional;
- efectuar propostas relativas à intervenção com este grupo etário, bem como abrir perspectivas relativamente à investigação futura nesta área.

Os objectivos específicos são:

- verificar quais os valores indicativos relativos às variáveis Atitudes, Percepção de Controlo, Normas Subjectivas, Crenças Comportamentais e Percepção de Vulnerabilidade, face ao VIH e face à gravidez não planeada na nossa amostra;
- verificar e analisar de que forma é que a Percepção de Vulnerabilidade se relaciona com as restantes variáveis em estudo;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos dos dois sexos no que respeita ao risco relativo à contracção do VIH e no que respeita à gravidez não planeada;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos residentes em diferentes tipos de habitat no que respeita ao risco relativo à contracção do VIH e no que respeita à gravidez não planeada;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos de acordo com a actividade profissional no que respeita ao risco relativo à contracção do VIH e no que respeita à gravidez não planeada;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos de acordo com a actividade sexual no que respeita ao risco relativo à contracção do VIH e no que respeita à gravidez não planeada;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos de acordo com a existência de parceiro sexual fixo no que respeita ao risco relativo à contracção do VIH e no que respeita à gravidez não planeada;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos dos dois sexos no que respeita às suas crenças comportamentais face à contracção do VIH e face à gravidez não planeada;
- comparar indivíduos do grupo etário dos 18 aos 25 anos no que respeita à percepção de vulnerabilidade face à contracção do VIH e face à gravidez não planeada.

2. Hipóteses

A nossa área de estudo, que é a da Saúde Sexual e Reprodutiva, engloba as duas questões particulares que optamos por investigar. Ambas, ou seja, o risco relativo à contracção do VIH e o risco relativo à ocorrência de uma gravidez não planeada, encontram-se associadas ao comportamento sexual dos indivíduos e têm, inclusive, diversos aspectos comuns. Desta forma, pode-se conceber que os factores que afectam uma delas afectem também a outra. Referimo-nos, nomeadamente, aos factores de ordem social, contextual e comportamental. Foi por este motivo que se estabeleceram os mesmos critérios de comparação inter-grupal nas duas áreas em estudo.

Desta forma, de acordo com a revisão da literatura sobre esta temática e também de acordo com os objectivos que se estabeleceram para a actual investigação, propomos as seguintes hipóteses de investigação, devidamente justificadas de acordo com os diversos critérios de comparação.

2.1. Sexo

Tendo em consideração as diferenças entre elementos dos dois géneros, e a ainda existência de um “duplo padrão” baseado no sexo, na nossa sociedade, pareceu-nos importante a comparação dos níveis de risco entre rapazes e raparigas.

Hipótese 1 - VIH

- Os níveis de risco relativo ao VIH encontrados em raparigas são significativamente diferentes dos encontrados nos rapazes

Hipótese 2 – Gravidez não Planeada

- Os níveis de risco relativo à gravidez não planeada encontrados em raparigas são significativamente diferentes dos encontrados nos rapazes

2.2. Habitat

A colocação das hipóteses relativas ao habitat prende-se com a constatação de que são várias e significativas as diferenças entre zonas predominantemente urbanas e as restantes zonas do país. Entre essas diferenças certamente também se encontrarão as relativas ao risco comportamental face à sexualidade. Nas zonas urbanas a informação não chega da mesma forma que nos núcleos urbanos e simultaneamente os recursos ao nível da saúde e da educação não são os mesmos, o que pode ser propiciador de diferenças nos comportamentos de risco entre os jovens.

Hipótese 3 – VIH

- Os níveis de risco relativo ao VIH encontrados em indivíduos residentes em regiões rurais (3) e semi-urbanas (2) são significativamente diferentes dos verificados em indivíduos residentes em regiões urbanas (1)

Hipótese 4 – Gravidez não Planeada

- Os níveis de risco relativos à gravidez não planeada de indivíduos residentes em regiões rurais (3) e semi-urbanas (2) são significativamente diferentes dos apresentados por indivíduos residentes em regiões urbanas (1)

2.3. Actividade Profissional

O início da actividade profissional é um marco importante na vida dos indivíduos. Para além da conquista de alguma autonomia económica relativamente aos progenitores e consequente aumento do poder de compra e possibilidades de recreio, dá-se também normalmente um aumento considerável da rede de contactos sociais. Este factor, que obviamente vai também depender do tipo de actividade profissional exercida, pode também ele influenciar os comportamentos de risco assumidos pelos indivíduos.

Hipótese 5 – VIH

- Os níveis de risco relativos ao VIH encontrados em indivíduos que ainda não iniciaram actividade profissional são significativamente diferentes dos encontrados em indivíduos que já a iniciaram

Hipótese 6 – Gravidez não Planeada

- Os níveis de risco relativos à gravidez não planeada encontrados em indivíduos que ainda não iniciaram actividade profissional são significativamente diferentes dos encontrados em indivíduos que já a iniciaram

2.4. Actividade Sexual

Mais ainda do que a actividade profissional, é de esperar que o início da vida sexual tenha implicações ao nível das situações de risco nas quais os indivíduos se possam envolver. Pressupõe-se que o envolvimento directo na situação, e consequente experienciar de todos os aspectos relacionais, afectivos e físicos de um relacionamento sexual, se reflectam nas intenções comportamentais dos indivíduos.

Hipótese 7 – VIH

- Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de risco relativo ao VIH significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

Hipótese 8 – Gravidez não Planeada

- Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de risco relativo à gravidez não planeada significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

2.5. Parceiro Sexual

Outra variável que poderá influenciar os níveis de risco é a existência actual de um parceiro sexual considerado fixo. De facto, quando existe um envolvimento sexual com um parceiro não ocasional, a tendência é para que a percepção de risco individual seja alterada. Espera-se assim encontrar diferenças significativas entre indivíduos que referem ter presentemente um relacionamento estável com um parceiro sexual e aqueles que não têm.

Hipótese 9 – VIH

- Indivíduos que têm actualmente parceiro sexual fixo apresentam níveis de risco relativo ao VIH significativamente diferentes dos que actualmente não têm parceiro sexual fixo

Hipótese 10 – Gravidez não Planeada

- Indivíduos que actualmente têm parceiro sexual fixo apresentam níveis de risco relativo à gravidez não planeada significativamente diferentes dos que não têm parceiro sexual fixo

2.6. Sexo (Crenças Comportamentais)

As crenças comportamentais constituem a única dimensão do modelo teórico utilizado neste estudo, o Modelo da Acção Planeada (MAP), que não é utilizada directamente na avaliação efectuada relativamente à intenção comportamental. Permitem, no entanto, avaliar a intensidade das crenças dos indivíduos nestas duas áreas em estudo, de forma a tentar perceber qual poderá ser o seu peso e variação entre os dois sexos.

Hipótese 11 - VIH

- A intensidade das Crenças Comportamentais na área do VIH nas raparigas é significativamente diferente da verificada nos rapazes

Hipótese 12 – Gravidez não Planeada

- A intensidade das Crenças Comportamentais na área da gravidez não planeada nas raparigas é significativamente diferente da verificada nos rapazes

2.7. Actividade Sexual (Percepção de Vulnerabilidade)

Um dos aspectos essenciais das teorias que têm na percepção de vulnerabilidade um dos seus conceitos base, é ser este factor influenciado pela experiência pessoal. Isto significa que se existir um envolvimento relacional em que esteja presente o componente sexual, é possível prever que hajam diferenças nos níveis de vulnerabilidade dos indivíduos quando comparados com outros em que esse componente não esteja presente.

Hipótese 13 – VIH

- Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de Percepção de Vulnerabilidade face ao VIH significativamente diferentes dos que ainda não a

iniciaram

Hipótese 14 – Actividade Sexual (Percepção de Vulnerabilidade)

- Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de Percepção de Vulnerabilidade face à gravidez não planeada significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

3. Tipo de Estudo

Apesar de existirem vários estudos efectuados sobre a sexualidade dos jovens, nomeadamente em Portugal, regra geral o factor risco nunca foi estudado da forma que aqui o propomos e utilizando o Modelo da Acção Planeada. Desta forma, o presente estudo tem carácter exploratório, pretendendo-se com o mesmo abordar questões que foram levantadas através da pesquisa bibliográfica. Um estudo exploratório pode ser, desta forma, uma boa maneira de descobrir novas variáveis independentes (McGuigan, 1976).

É também um estudo comparativo, uma vez que nos propomos a comparar resultados obtidos dentro da nossa amostra, após a sua divisão de acordo com determinados critérios que são explanados mais adiante. Procura-se, desta forma, obter resultados comparativos inter-grupos no que respeita ao risco relativamente aos dois aspectos da Saúde Sexual e Reprodutiva em estudo. Espera-se também que através dos resultados obtidos se possam aperfeiçoar as intervenções efectuadas junto da população jovem adulta nacional.

4. Definição de Variáveis

4.1. Variáveis Independentes

As variáveis independentes são as mesmas para ambos os conjuntos de hipóteses considerados (VIH e gravidez não planeada). Desta forma, temos como variáveis independentes:

- O sexo (hipóteses 1, 2, 11 e 12)
- O habitat (hipóteses 3 e 4)
- A actividade profissional (hipóteses 5 e 6)
- A actividade sexual (hipóteses 7, 8, 13 e 14)
- O parceiro sexual (hipóteses 9 e 10)

4.2. Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes são diferentes de acordo com as hipóteses consideradas. São elas:

- A intenção comportamental (hipóteses 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10)
- As crenças comportamentais (hipóteses 11 e 12)
- A percepção de vulnerabilidade (hipóteses 13 e 14)

5. O Instrumento

Com o objectivo de verificar se as hipóteses colocadas são verdadeiras, desenvolvemos um instrumento que consiste num questionário que se alicerça no Modelo da Acção Planeada e do qual decorrem eixos de análise que nos permitem aceder às intenções comportamentais dos indivíduos, que se vão constituir no questionário como variáveis. A partir do factor intenção comportamental pretende-se avaliar, de uma forma comparativa, o risco sexual dos indivíduos.

O questionário constitui-se, deste modo, como um questionário de intenção comportamental na área do VIH e da gravidez não planeada, que pretende caracterizar a população jovem adulta quanto ao seu risco relativamente aos comportamentos sexuais em questão. A opção de incluir outras variáveis que não apenas as necessárias para avaliar a intenção de comportamento (IC), permite-nos aceder a informação complementar importante, sempre relativa aos aspectos da Saúde Sexual e Reprodutiva em estudo.

As variáveis incluídas no instrumento que são, em última análise, constructos hipotéticos não acessíveis à observação directa, terão necessariamente de ser inferidas a partir de respostas mensuráveis, de preferência recorrendo a uma classificação gradativa. Uma vez que não se concebe um valor de zero absoluto neste tipo de conceitos psicológicos, a única forma de classificar conceitos tais como as atitudes ou as crenças será comparando indivíduos entre si, de forma a que se possa afirmar que, relativamente a um determinado factor, um indivíduo terá uma postura mais favorável

ou desfavorável do que o outro.

Desta forma, considera-se ser o recurso a escalas tipo Likert o modo mais apropriado para a avaliação de factores de ordem psicológica de uma forma ordinal. Estas escalas constituem-se numa série de enunciados relativos à questão face à qual queremos medir o posicionamento do sujeito. Ao preenche-la, ele terá que classificar os itens num contínuo que vai do extremo positivo ao extremo negativo. Pode-se desta forma obter, para cada sujeito, uma nota de 1 a 5 que quantifica a sua posição relativamente a cada uma das afirmações.

O questionário criado para o presente estudo constitui-se também tendo em vista a obtenção de alguns dados importantes ao nível da caracterização da amostra e da constituição dos grupos de comparação. Para além disso, contém questões relativas aos comportamentos sexuais dos indivíduos. Nas partes relativas à escala¹, encontram-se presentes itens representativos de cada uma das dimensões que se enquadram no contexto do MAP (Intenção Comportamental, Atitudes, Crenças Comportamentais, Percepção de Controlo Comportamental e Normas Subjectivas) e também de uma outra que se optou por incluir no estudo (Percepção de Vulnerabilidade). Uma vez que são duas as áreas a estudar no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva, o risco relativo ao VIH e o risco relativo à gravidez não planeada, a escala contém itens de todas as dimensões em causa para cada uma destas áreas.

¹ Daqui para a frente, quando nos referimos ao questionário estamos a referir-nos a todo o instrumento, e por escala designamos apenas as partes 3, 4, 5 e 6 do questionário, cuja apresentação é a de uma escala tipo Likert

5.1. O Pré-Teste

Foi construída uma versão preliminar do questionário que foi sujeito a pré-teste com um grupo de 10 indivíduos pertencentes à população alvo (média de idades = 22,9 anos). A aplicação do questionário foi feita por auto-preenchimento. No final reservou-se um período para discussão onde houve espaço para questões e críticas relativas à compreensão e organização do mesmo.

Relativamente ao tempo de aplicação, este variou entre os 27 e os 57 minutos (média= 39 minutos). Um dos principais comentários dos sujeitos foi relativo ao tamanho do questionário, que consideraram ser excessivo. Referiram também que, no final, ficaram com a sensação de que tinham respondido a questões repetidas.

No que respeita às críticas e comentários, estes foram anotados na altura e posteriormente organizados em seis categorias: (1) erros de ortografia e dactilografia; (2) erros relativos à numeração dos itens; (3) críticas à inespecificidade dos itens; (4) sugestões de reorganização dos itens; (5) sugestões relativas à clareza e adequação da linguagem e (6) outras sugestões.

Estes comentários permitiram-nos efectuar as alterações consideradas pertinentes ao questionário, de forma reduzir os erros que inicialmente surgiram, melhorando, desta forma, a sua qualidade. Posteriormente o questionário foi ainda sujeito à apreciação de três técnicos da Associação para o Planeamento da Família, que também efectuaram algumas críticas e comentários, nomeadamente ao nível da elaboração dos itens e da organização e legibilidade do instrumento. O questionário foi revisto mais uma vez,

alcançando-se, desta forma, a sua versão final.

5.2. Organização do Questionário

O questionário encontra-se organizado em seis partes. As duas primeiras partes destinam-se à recolha de informação sobre os indivíduos no que respeita às principais variáveis epidemiológicas e ao comportamento sexual. As restantes quatro, que constam da escala propriamente dita, foram constituídas tendo em consideração a separação dos itens de acordo com as dimensões estudadas e devido à necessidade de dar instruções precisas sobre o modo de interpretar e preencher as diferentes partes do questionário no início de cada uma delas.

O facto de se estarem a estudar duas áreas distintas, que são o risco em relação ao VIH e em relação à gravidez não planeada, levou a que no questionário se criasse também esta separação. Como estas duas áreas são muito próximas e apresentam diversos pontos de contacto entre si, se os itens de ambas se encontrassem misturados tal poderia ser causa de alguma confusão no preenchimento da escala. Desta forma, pretendeu-se evitar que os sujeitos pudessem, por exemplo, interpretar um item relativo à utilização do preservativo como estando associado à contracepção, quando os mesmos, na escala, se referem exclusivamente à prevenção do VIH.

Outra medida para evitar esta confusão foi a referência nas instruções da parte III de que os enunciados seguintes se relacionam com a prevenção do VIH. Procura-se, assim, induzir os sujeitos a interpretar o uso do preservativo como estando relacionado com

esta área e não com a contraceção.

As Intenções Comportamentais e as Atitudes foram ambas avaliadas através dos mesmos enunciados no início das partes III e V do questionário, seguindo-se-lhes os itens relativos à Percepção de Controlo, às Crenças Comportamentais e à Percepção de Vulnerabilidade, distribuídos aleatoriamente. Nas partes IV e VI, encontram-se os itens relativos às normas subjectivas de parceiros, pais e amigos e, no final de cada uma destas partes que se referem respectivamente ao VIH e à gravidez não planeada, encontram-se as questões de ponderação dos anteriores itens.

Temos então a seguinte organização do questionário:

Parte I :

- Recolha de dados de caracterização da amostra (**Questões 1-7**)²
- Recolha de dados relativos à actividade sexual do sujeito (**Questões 9-14**)
- Recolha de dados relativa à utilização e informação disponível sobre contraceção (**Questões 15-17**)
- Recolha de informação sobre situações evidenciando risco anterior (**Questões 18-20**)

Parte II

- Questões relativas às práticas sexuais nos últimos 3 meses (**18-20**)

Parte III

- Itens relacionados com o risco em relação ao VIH:
 - Intenções Comportamentais (**Itens 1.1, 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1**)
Ex.: “Quando tiver relações sexuais vaginais a utilização do preservativo será” (Improvável - Provável)
 - Atitudes (**Itens 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 2.3, 2.4, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4, 5.2, 5.3, 5.4, 6.2, 6.3, 6.4**)
Ex.: “Quando tiver relações sexuais orais a utilização do preservativo será ...”; “Quando tiver relações sexuais anais a utilização do preservativo será ...” (Agradável – Desagradável; Benéfico - Prejudicial)
 - Percepção de Controle (**Itens 7, 12, 17, 18, 21, 23, 27, 28, 29, 30, 35, 39, 42**)
Ex.: “Quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do meu parceiro/a”; “Se tiver relações sexuais vaginais estou certo/a de que, se quiser, vou ser capaz de utilizar um preservativo”

² Por erro, na versão final do questionário a numeração das questões passa do número 2 para o número 4. Também por erro foram dois os itens que foram numerados com o valor 104. Optou-se por atribuir a um deles a letra “a”, de forma a distinguir entre os dois.

- **Percepção de Vulnerabilidade (Itens 8, 13, 15, 19, 26, 37)**
Ex.: “Acho que é pouco possível vir a contrair o vírus da SIDA ao longo da minha vida”; “Acho que não tenho comportamentos sexuais que me possam pôr em risco de contrair o vírus da SIDA”
- **Crenças Comportamentais (Itens 9, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 24, 25, 31, 32, 33, 36, 38, 40, 41)**
Ex.: “Se tiver relações sexuais sem utilizar o preservativo posso contrair o vírus da SIDA”; “Se não conhecer o passado sexual do meu parceiro/a deverei utilizar o preservativo para evitar contrair SIDA”

Parte IV

- **Itens relacionados com as Normas Subjectivas em relação ao VIH:**
 - **Parceiros (Itens 43, 47, 49, 52, 55, 57, 60, 62, 64)**
Ex.: “O meu parceiro/a acha que utilizar o preservativo durante uma relação sexual é uma chatice”; “O meu parceiro/a é a favor da utilização do preservativo nas relações sexuais”
 - **Pais (Itens 44, 48, 50, 54, 63)**
Ex.: “Os meus pais dizem-me para utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais”; “Os meus pais acham que é um disparate utilizar o preservativo nas relações sexuais”
 - **Amigos (Itens 45, 46, 51, 53, 56, 58, 59, 61)**
Ex.: “Os meus amigos mais próximos são a favor do sexo seguro”; “Os meus amigos mais próximos acham que utilizar o preservativo é a coisa mais acertada a fazer”
 - **Itens de ponderação das Normas Subjectivas (Itens 65, 66, 67)**
Ex.: “Qual a influência que o seu parceiro/a tem no seu comportamento sexual”

Parte V

- **Itens relacionados com o risco em relação à gravidez não planeada:**
 - **Intenções Comportamentais (Itens 68.1, 69.1, 70.1, 71.1, 72.1, 73.1, 74.1)**
Ex.: “A utilização de contracepção na próxima relação sexual será ...” (Improvável – Provável)
 - **Atitudes (Itens 68.2, 68.3, 68.4, 69.2, 69.3, 69.4, 70.2, 70.3, 70.4, 71.2, 71.3, 71.4, 72.2, 72.3, 72.4, 73.2, 73.3, 73.4, 74.2, 74.3, 74.4)**
Ex.: “A obtenção de contraceptivos para a próxima relação sexual será ...”; “Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será ...” (Disparatada – Sensata; Prejudicial – Benéfica)
 - **Percepção de Controle (Itens 75, 78, 80, 82, 84, 87, 89, 90, 96, 99, 101, 102)**
Ex.: “Conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais vai depender de mim”; “Estou seguro/a de que vou utilizar contracepção quando tiver relações sexuais”
 - **Percepção de Vulnerabilidade (Itens 77, 94, 97, 100, 103)**
Ex.: “Se não utilizar contracepção adequada poderá acontecer uma gravidez quando tiver relações sexuais”; “Quando tenho relações sexuais acho que estou a correr o risco de que ocorra uma gravidez não desejada”

- Crenças Comportamentais (**Itens 76, 79, 81, 83, 86, 88, 91, 92, 93, 95, 98, 104**)
Ex.: “Tendo relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada”; “Não há o risco de engravidar sem querer porque tenho relações sexuais poucas vezes”

Parte VI

- Itens relacionados com as Normas Subjectivas em relação à gravidez não planeada
 - Parceiros (**Itens 104a, 112, 114, 116, 118, 120**)
Ex.: “O meu parceiro/a espera que eu utilize contracepção quando temos relações sexuais”; “O meu parceiro/a não se preocupa com a utilização de contracepção”
 - Pais (**Itens 105, 107, 109, 113, 117**)
Ex.: “Os meus pais sempre me disseram para evitar uma gravidez não desejada”; “Os meus pais não concordam com a utilização de contracepção”
 - Amigos (**Itens 106, 108, 111, 115, 119**)
Ex.: “Os meus amigos mais próximos são a favor da utilização de contracepção com parceiros ocasionais”; “Os meus amigos mais próximos são a favor da utilização de contracepção em todas as relações sexuais”
 - Itens de ponderação das Normas Subjectivas (**Itens 121, 122, 123**)
Ex.: “Os meus amigos mais próximos são a favor da utilização de contracepção em todas as relações sexuais”

A Tabela 1 (p.113) sumariza a distribuição dos itens pelas diferentes categorias. De notar que para cada grupo procurou-se criar um número semelhante de itens positivos e negativos. Definem-se por itens positivos aqueles em cuja formulação se encontra expressa de uma forma directa a dimensão que se pretende estudar. Nos negativos, a ideia contida é a inversa ou a negação da contida nos itens positivos. Os itens negativos deverão, portanto, ser cotados de forma inversa à dos positivos. Este cuidado na elaboração dos itens permite reduzir problemas de resposta, tais como o *enviesamento de consentimento* e o *efeito de halo* (Ghiglione & Matalon, 1992).

Após a aplicação final do questionário (n= 1402) e estudo da sua consistência interna, verificou-se que alguns dos itens, pela sua baixa correlação com os restantes itens das respectivas sub-escalas, tinham o efeito de diminuir consideravelmente a consistência das mesmas.

Tabela 1 – Distribuição e classificação dos itens da escala

Dimensões		Itens		Total
		SIDA		
Intenção Comportamental		1.1, 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1		6
Atitudes		1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 2.3, 2.4, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4, 5.2, 5.3, 5.4, 6.2, 6.3, 6.4		18
		<i>Positivos</i>	<i>Negativos</i>	
Percepção de Controle		12, 17, 18, 21, 23, 28, 39	7, 27, 29, 30, 32, 35, 42	14
Normas subjectivas	Parceiro/a	47, 52, 57, 62, 64	43, 49, 55, 60	9
	Pais	48	44, 50, 54, 63	5
	Amigos	51, 53, 61	45, 46, 56, 58, 59	8
Itens de controle da Norma Subjectiva	Parceiro/a	65		1
	Pais	66		1
	Amigos	67		1
Crenças Comportamentais		10, 16, 22, 24, 31, 33, 38	9, 11, 14, 20, 25, 34, 36, 40, 41	16
Percepção de Vulnerabilidade		8, 13, 15	19, 26, 37	6
Gravidez Não Planeada				<i>Total</i>
Intenção Comportamental		68.1, 69.1, 70.1, 71.1, 72.1, 73.1, 74.1		7
Atitudes		68.2, 68.3, 68.4, 69.2, 69.3, 69.4, 70.2, 70.3, 70.4, 71.2, 71.3, 71.4, 72.2, 72.3, 72.4, 73.2, 73.3, 73.4, 74.2, 74.3, 74.4		21
		<i>Positivos</i>	<i>Negativos</i>	
Percepção de Controle		75, 78, 80, 82, 87, 90, 99	84, 85, 89, 96, 101, 102	13
Normas subjectivas	Parceiro/a	104a, 112, 114, 118, 120	110, 116	7
	Pais	107, 113	105, 109, 117	5
	Amigos	108, 115	106, 111, 119	5
Itens de controle da Norma Subjectiva	Parceiro/a	121		1
	Pais	122		1
	Amigos	123		1
Crenças Comportamentais		76, 81, 86, 91, 93	79, 83, 88, 92, 95, 98, 104	12
Percepção de Vulnerabilidade		77, 94, 100	97, 103	5
TOTAL				180

Estes itens foram os seguintes:

- Escala *VIH* – itens 13 e 28
- *Escala Gravidez não Planeada* – itens 73, 80, 81 e 100

Após análise destes itens e verificação da sua qualidade bem como da sua relação com a dimensão na qual se inscreviam, optou-se por eliminar os itens 73, 81 e 100, por se considerar que a sua formulação pode ter sido propícia a erros de interpretação por parte dos sujeitos. Desta forma, em todas as estatísticas relativas à gravidez não planeada, estes itens foram excluídos.

Os itens 13, 28 e 80 foram mantidos por se considerar que eram itens bons no que respeita a medição das dimensões que se pretendem avaliar, e também porque, apesar terem uma correlação relativamente mais baixa com as sub-escalas nas quais se incluíam, esta diferença, quando comparada à dos outros itens, não era muito elevada.

5.3. A Consistência Interna

A consistência interna de cada uma das sub-escalas, das escalas específicas relativas ao VIH e à gravidez não planeada, bem como de toda a escala foi verificada. Os índices *alpha* obtidos para cada uma delas apresentam-se de seguida.

Tabela 2 – Consistência interna da escala

Dimensões	VIH	Gravidez
<i>Intenções Comportamentais</i>	0,69	0,77
<i>Atitudes</i>	0,83	0,81
<i>Percepção de Controlo</i>	0,76	0,78
<i>Normas Subjectivas</i>	0,89	0,86
<i>Crenças Comportamentais</i>	0,77	0,66
<i>Percepção de Vulnerabilidade</i>	0,56	0,42
Total	0,92	0,94
Total (VIH+Gravidez)	0,96	

Na parte do questionário relativo ao VIH, os valores do índice *alpha* são, regra geral bastante altos, verificando-se o valor mais elevado na sub-escala “Normas Subjectivas” com um valor *alpha* de 0,89. O valor mais baixo verifica-se na sub-escala “Percepção de Vulnerabilidade” com 0,56. Todos os valores, à excepção do relativo à sub-escala “Percepção de Vulnerabilidade”, são superiores a 0,60. Um dos valores encontra-se na casa dos 0,6 (Intenções Comportamentais), apesar de já próximo dos 0,7; dois deles encontram-se entre 0,7 e 0,8 (Percepção de Controlo e Crenças Comportamentais) e outros dois apresentam valores superiores a 0,8 (Atitudes e Normas Subjectivas).

No que respeita às escalas relativas à gravidez não planeada, o que se verifica é muito semelhante. Desta forma, o índice mais elevado é também o verificado na sub-escala Normas Subjectivas (0,85) e, de igual forma, é na sub-escala relativa à Percepção de Vulnerabilidade que se encontra o valor mais baixo (0,42). Os restantes valores distribuem-se uniformemente entre aquelas duas categorias. Mais uma vez, todos os valores, à excepção do relativo à Percepção de Vulnerabilidade, são superiores ao valor mínimo de 0,6.

O facto de em ambas as escalas o valor mais elevado e mais baixo do *alpha* se encontrar nas mesmas sub-escalas não é alheio ao facto de serem essas mesmas escalas as que possuem respectivamente um maior e um menor número de itens. É conhecida a relação entre o número de itens de uma escala e o seu grau de consistência interna (Hammond, 1995). Desta forma, é natural que uma escala com um número grande de itens tenha um *alpha* elevado, desde que os itens de facto meçam uma mesma dimensão.

Se este facto relativiza os baixos *alphas* encontrados nas sub-escalas de Percepção de Vulnerabilidade, uma vez que são estas as escalas com menos itens (6 itens no caso do VIH e 5 no caso da gravidez não planeada), não deverá deixar de ser cuidadosa a interpretação dos resultados dessa escala. Isto não só devido ao baixo *alpha*, mas também porque quanto menos itens tiver uma escala, menor será a sua precisão para medir a dimensão que se propõe avaliar.

Numa avaliação global da consistência interna, podemos verificar que ela é bastante alta, quer em termos de cada uma das escalas relativas às duas áreas estudadas (0,92 para o VIH e 0,94 para a gravidez não planeada). No total, a escala tem uma consistência de 0,96, que é um valor bastante elevado.

5.4. A Validade da Escala

A validade de uma escala é uma das questões básicas relativas ao valor real de um teste, nomeadamente na área das ciências sociais e humanas, e refere-se à capacidade de um teste para avaliar aquilo a que se propõe (Guildford & Fruchter, 1978). São três as

formas de verificação da validade de um teste: validação de conteúdo, validação de critério e validação de constructo. Vamos analisar aqui cada uma destas questões relativamente ao nosso instrumento.

5.4.1. Validação de Conteúdo

Todos os itens da escala foram construídos de acordo com as variáveis que utilizamos no nosso instrumento que são seis ao todo (intenção comportamental, atitudes, normas subjectivas, percepção de controlo, crenças comportamentais e percepção de vulnerabilidade). Para tal, recorreremos a outros testes que utilizaram o mesmo modelo para verificar a forma de construção dos itens, bem como recorreremos à bibliografia existente sobre o tema de forma a que a construção dos itens fosse a mais próxima possível da proposta pelos autores do modelo. Neste sentido é importante referir o capítulo de Conner & Sparks (1996) que descreve, de forma pormenorizada a formulação mais apropriada para os itens de cada uma das variáveis no contexto do Modelo da Acção Planeada.

Outro cuidado que se teve na preparação da escala foi a consulta junto de peritos relativamente à adequação dos itens à área em estudo. As indicações destes peritos foi valiosa tendo em vista a alteração de itens cuja formulação não era nem a mais apropriada nem a mais simples. O mesmo foi efectuado através da utilização do pré-teste efectuado junto de indivíduos pertencentes à população alvo do estudo.

Apesar destes cuidados, podem ter permanecido itens na escala que eventualmente poderão ser um pouco ambíguos ou confusos. Esperamos ter minimizado esta situação

através da eliminação de três itens após a análise da validade das escalas, conforme foi já descrito.

5.4.2. Validação de Critério

A validação de critério pode ser efectuada de duas formas: pela validação preditiva e pela validação concorrente. Uma vez que a validação preditiva não foi incluída no estudo por não haver um segundo momento de avaliação, recorreremos à validação concorrente para a verificação da validação de critério. No entanto, isto foi feito apenas para o conjunto das variáveis que utilizamos para a testagem das principais hipóteses desta investigação, ou seja, as atitudes, as normas subjectivas e a percepção de controlo. É a conjugação destas três variáveis que, de acordo com o MAP permite o cálculo da intenção comportamental do indivíduo.

Paralelamente foi incluída na escala uma medida única de intenção comportamental para cada uma das partes da escala (VIH e gravidez não planeada). Posteriormente foi efectuada a correlação entre a intenção de comportamento medida através de uma única dimensão e a mesma variável medida através da conjugação das outras três dimensões. O resultado desta correlação foi de 0,69 ($p < 0,001$) para a parte da escala associada ao VIH e de 0,66 ($p < 0,001$) para a parte da escala associada à gravidez não planeada. Apesar de não ser muito elevados, os valores não deixam de ser significativos, confirmando a validade de critério da escala.

5.4.3. Validação de Constructo

Ao basearmo-nos num determinado modelo, neste caso o MAP, a construção dos itens foi já efectuada tendo em consideração que os mesmos deveriam ser elaborados de forma a medir as dimensões em causa. Se se verificar que os valores relativos à consistência interna de cada uma das sub-escalas foi, regra geral, alta, temos aí um indicador positivo relativo à validação de constructo da escala.

A excepção é a da dimensão *percepção de vulnerabilidade* que, no caso do VIH e no caso da gravidez não planeada apresenta valores relativos à sua consistência interna baixos. Se esta é a única dimensão do estudo que não se enquadra no MAP, também há que ter em atenção que é, de facto e de entre todas, a sub-escala que menos itens integra. De qualquer forma, parece-nos importante que, em utilizações futuras do instrumento, se proceda à revisão desta sub-escala, nomeadamente no que respeita à formulação dos seus itens e também ao aumento do seu número.

6. População e Amostra

6.1. Escolha da População

A população alvo deste trabalho são os jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Esta população foi escolhida por se verificar que este grupo etário, por diversos factores relacionados com o processo de crescimento aos níveis físico e psicológico, pode ser considerado como sendo de risco (Cooper, 1996). Esta afirmação é apoiada pela revisão de literatura em que se verifica que o início da actividade sexual

é frequentemente iniciada nesta época da vida, muitas vezes em situações mais ou menos inesperadas e sem que se tomem as devidas medidas de precaução em relação à gravidez ou em relação à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (Alferes, 1997; INE, 1997; Lucas, 1993).

Verifica-se ser este grupo algo deficitário em matéria de educação sexual e de programas de intervenção versando as áreas da Saúde Sexual e Reprodutiva. Apesar de na última década ter aumentado significativamente o esforço das instituições e dos técnicos em termos de prevenção, assim como também aumentou a informação disponível sobre estas temáticas, verifica-se ainda a necessidade de efectuar mais estudos dirigidos para a mudança de atitudes e comportamentos neste grupo.

É também uma faixa etária que compreende indivíduos que, dadas as suas características e estilo de vida, os seus padrões de actividade sexual e situações de mudança e adaptação a que frequentemente estão sujeitos, se torna premente intervir. Tal é o caso dos adolescentes em fase de experimentação de uma sexualidade recentemente descoberta ou dos jovens com múltiplos parceiros sexuais e com uma percepção de invulnerabilidade grande. Outras características que consideramos importantes referir relativas a esta faixa etária são (Cruz & Vilaça, 1996; Cruz et al., 1997):

- o mimetismo de comportamentos face à pressão afectivo-social do grupo;
- os sentimentos e atitudes de desenraizamento face ao grupo familiar e de pertença;
- a plasticidade de expectativas e a entrada num registo de vida adulta;
- a entrada no ensino superior ou no mundo de trabalho que, em alguns casos pode ser facilitadora de comportamentos de risco ao nível sexual e de consumos de substâncias;

- a pertença a um grupo sexualmente activo, com maior número de parceiros e com probabilidade de menor protecção nas relações e comportamentos sexuais.

6.2. Selecção da Amostra

Um dos objectivos iniciais deste estudo foi que o mesmo fosse representativo da população jovem adulta nacional. Para o efeito, procurou-se constituir uma amostra estratificada da população portuguesa nesta faixa etária, tendo o cuidado para que todas as regiões nacionais ao nível continental estivessem representadas de igual forma³. Foram verificados quais os valores correspondentes ao grupo etário em causa em cada uma das regiões⁴ e efectuado o cálculo para determinar o tamanho da amostra (Tabela 3). Este cálculo foi efectuado aplicando para o total da população jovem adulta ao nível regional a fórmula referenciada por Pinto (1990).

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$$

Em que:

n = o tamanho da amostra desejada

χ^2 = o valor do qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89

N = o tamanho da população

P = a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50, já que esta proporção forneceria o tamanho máximo da amostra)

d = o grau de precisão expresso em termos de proporção (0,05)

³ Foram consideradas as regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

Tabela 3 – População nacional do grupo etário 18-25 e amostra calculada por região

Região	População ⁵ (Nº absoluto)	n
<i>Norte</i>	487.309	389
<i>Centro</i>	203.340	388
<i>Lisboa e Vale do Tejo</i>	395.639	389
<i>Alentejo</i>	55.967	386
<i>Algarve</i>	36.953	384
<i>TOTAL</i>	1.179.208	1936

Como se pode verificar, a amostra com o valor mais pequeno é a correspondente à região *Algarve*, com 384 indivíduos, e as que têm o maior valor são as correspondentes às regiões *Norte* e *Lisboa e Vale do Tejo*, cada uma delas com 389 indivíduos. Estes números, por serem muito próximos entre si, e por uma questão de simplificação, foram arredondados para 400, que foi estabelecido como o número de questionários a aplicar em cada região.

No que respeita a metodologia de amostragem pela qual se optou ao nível regional foi a amostragem por quotas, que pretende “reproduzir, na amostra, as distribuições de certas variáveis importantes, tal como existem na população a estudar” (Ghiglione & Matalon, 1992, p.41). Optou-se por este tipo de técnica de amostragem por se considerar que certo tipo de variáveis, ao estarem proporcionalmente representadas, poderiam permitir a obtenção de uma amostra mais fiel e próxima da realidade que poderá ser assim mais representativa da população.

Uma vez que a idade é um dado definido à partida nesta investigação, não faria sentido pretender estratificar a amostra por esta variável. Outras características mereciam, do

⁵ Valores calculados a partir dos dados do Censos de 1991

nosso ponto de vista, serem consideradas para uma estratificação, nomeadamente o sexo, a actividade profissional e o tipo de habitat de residência. Estas variáveis foram escolhidas para a estratificação tendo em conta a sua importância em termos populacionais. São também as grandes variáveis epidemiológicas normalmente consideradas em termos de representatividade da população. E isto não acontece por acaso mas porque, de facto, elas acabam por ter importância em termos da aferição das especificidades dos grupos em diversas áreas, não sendo a sexualidade, obviamente, uma excepção. Mais em concreto, explicitam-se seguidamente as razões que motivaram a escolha destas variáveis.

O sexo por ser uma variável de indiscutível importância na área que estamos a estudar devido às diferenças que ainda existem entre sexos, apesar da evolução que se tem verificado nas últimas décadas no que respeita aos direitos das mulheres. Fora essas, existem variadas outras diferenças relacionadas com factores biológicos (as mulheres podem engravidar, os homens não) e outras, como por exemplo, o facto de os principais métodos contraceptivos, à excepção do preservativo, serem primordialmente de utilização feminina, apesar de poderem necessitar de colaboração por parte do parceiro. Estas diferenças permitem-nos pensar ser importante ter, na nossa amostra, um número de mulheres e homens proporcional ao existente na população.

O mesmo poder-se-á pensar relativamente à actividade profissional. Sabe-se que uma percentagem considerável da população jovem adulta já iniciou a sua actividade profissional, sendo que este facto vem muitas vezes introduzir alterações no estilo de vida dos jovens de uma forma marcante. Desta forma, a representação proporcional de indivíduos que já iniciaram a sua actividade profissional e de outros que ainda se

encontram a estudar ou noutra situação pareceu-nos ser importante para a representatividade da amostra final.

No que respeita ao tipo de habitat de residência são conhecidas as diferenças entre as zonas mais urbanizadas e as zonas de predominância rural a diversos níveis, de forma que, mais uma vez, quando se pensa em obter uma amostra verdadeiramente representativa da população nacional, não se podem menosprezar as zonas chamadas de interior. O que se verifica frequentemente é uma sobre-representação das populações urbanas nas amostras da maioria dos estudos efectuados, nesta e em outras áreas de pesquisa, o que, em geral, pode comprometer a generalização dos resultados para a população.

A fonte onde se obtiveram as informações que permitiram o cálculo das quotas relativas ao sexo, actividade profissional e habitat da população, foi o último Censos nacional realizado pelo INE, que data de 1991. Apesar de contar já com 8 anos, este Censos é actualmente o mais recente, e a única fonte na qual é possível obter informações precisas sobre as variáveis em causa.

Para estimar a representação de cada uma das quotas foi calculada a distribuição percentual relativa à actividade profissional⁶ e sexo, para a população nacional continental com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Esta informação encontra-se especificada nos dados do Censos, o que já não se passa relativamente à distribuição desta população pelos três habitats considerados. Desta forma, o que se fez

⁶ No Censos a Actividade Profissional consta como Actividade Económica. No entanto, tendo em consideração as definições apresentadas pelo INE, podem considerar-se estas duas noções como equivalentes. Mais adiante apresentam-se estas classificações em pormenor.

foi aplicar a distribuição geral da população no que respeita ao tipo de habitat aos dados já calculados relativos ao grupo etário 18-25.

Do cruzamento destas variáveis obtiveram-se cinco tabelas regionais com a distribuição percentual das três quotas em causa (Tabelas 4-8). A partir destes dados foi possível calcular o número de questionários a aplicar em cada uma das quotas. As tabelas com os valores finais foram entregues aos técnicos responsáveis pela recolha da amostra, pretendendo-se que essas tabelas fossem orientadoras na escolha dos locais e tipos de população a contactar tendo em vista a obtenção dos questionários.

Tabela 4- Distribuição percentual geográfica da região Norte

		REGIÃO NORTE			
		População com Actividade Económica		População sem Actividade Económica	
		M	F	M	F
Habitat	1	25%	21,1%	7,1%	10,7%
	2	9,4%	7,9%	2,7%	4%
	3	4,7%	4%	1,3%	2%
Total		100%			

Tabela 5 - Distribuição percentual geográfica da região Centro

		REGIÃO CENTRO			
		População com Actividade Económica		População sem Actividade Económica	
		M	F	M	F
Habitat	1	17,5%	13,3%	6,4%	9,8%
	2	8,2%	6,2%	3%	4,6%
	3	11,5%	8,7%	4,2%	6,5%
Total		100%			

Tabela 6 - Distribuição percentual geográfica da região Lisboa e Vale do Tejo

		REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO			
		População com Actividade Económica		População sem Actividade Económica	
		M	F	M	F
Habitat	1	30,9%	24,5%	12,3%	18,2%
	2	2,5%	2%	1%	1,5%
	3	2,5%	2%	1%	1,5%
Total		100%			

Tabela 7 - Distribuição percentual geográfica da região Alentejo

		REGIÃO ALENTEJO			
		População com Actividade Económica		População sem Actividade Económica	
		M	F	M	F
Habitat	1	16,7%	11%	4,7%	10,5%
	2	7%	4,6%	1,9%	4,4%
	3	15,2%	10%	4,2%	9,5%
Total		100%			

Tabela 8 - Distribuição percentual geográfica da região Algarve

		REGIÃO ALGARVE			
		População com Actividade Económica		População sem Actividade Económica	
		M	F	M	F
Habitat	1	26,6%	20,6%	9,2%	14,5%
	2	4,5%	3,5%	1,6%	2,4%
	3	6,4%	4,9%	2,2%	3,5%
Total		100%			

No entanto, as dificuldades dos técnicos envolvidos na aplicação dos questionários em obter grupos de indivíduos trabalhadores e de zonas rurais e semi-urbanas, levaram a que as quotas constando nestas tabelas muitas vezes não fossem cumpridas e que

acabem por se encontrar sobre-representados os indivíduos estudantes e de zonas urbanas, que são frequentemente os mais acessíveis e disponíveis para este tipo de estudos.

No entanto, o esforço efectuado pelos técnicos tendo em vista a obtenção dos valores pretendidos fez com que se encontrem devidamente representados na amostra, ainda que não exactamente na proporção verificada na população, grupos de jovens adultos provenientes de zonas que habitualmente não são estudadas, bem como fez com que se encontre também na amostra um número significativo de indivíduos trabalhadores e trabalhadores-estudantes que, regra geral, são difíceis de integrar em estudos desta natureza.

Como referem Ghiglione & Matalon (1992) a imposição de demasiadas restrições e o cruzamento das quotas não garante necessariamente uma amostragem mais eficaz e pode dificultar em muito a obtenção da amostra pretendida. Estes autores reconhecem ainda a impossibilidade em obter uma amostra absolutamente representativa da população que se pretende estudar, mesmo recorrendo a técnicas que à partida poderiam permitir a constituição de uma amostra representativa, como sejam as amostras aleatórias.

6.3. Recolha da Amostra

A recolha da amostra foi realizada a nível nacional com a colaboração das diversas delegações da Associação Para o Planeamento da Família, nomeadamente Porto, Coimbra, Lisboa, Alentejo e Algarve. Para este efeito foi efectuado um contacto inicial

com os responsáveis pelas diferentes delegações desta instituição tendo em vista a identificação de um ou de vários técnicos que pudessem levar a cabo a recolha da amostra ao nível regional.

Após a identificação destes técnicos, foram realizadas reuniões para a explicitação dos objectivos do trabalho e para a discussão das metodologias a utilizar. Após estas reuniões parciais, foi marcada ainda uma reunião geral, com todos os técnicos responsáveis pelo trabalho no terreno, de modo a abordar questões de pormenor, de entre as quais, o tipo de instituições a contactar, o modo de efectuar esse contacto, as instruções que deveriam ser dadas aos sujeitos relativas ao preenchimento do questionário, bem como as orientações gerais sobre as sessões de formação que deveriam ter lugar após a aplicação dos questionários. O objectivo desta reunião foi a de uniformizar ao máximo os critérios de aplicação dos questionários, uma vez que seriam vários os técnicos a efectuar este trabalho.

Foram identificados como possíveis locais para contactar: instituições de ensino, centros de formação profissional, empresas, associações recreativas, desportivas ou outras, organismos públicos tais como o Instituto Português da Juventude ou os Centros de Emprego e Formação Profissional, entre outros. Reforçou-se a ideia de que a amostra deveria ser o mais próxima possível, em termos proporcionais, das tabelas indicativas fornecidas.

As instituições foram contactadas directamente pelos técnicos no terreno, se necessário após o envio de uma carta em nome da APF com uma apresentação sumária dos objectivos do projecto. Foram também rentabilizados os pedidos de formação feitos à

APF por diversas instituições que integrassem jovens na faixa etária pretendida, para a aplicação do questionário, uma vez que nestes casos existia já um pedido expresso da instituição para uma intervenção que era conciliável com os objectivos do projecto.

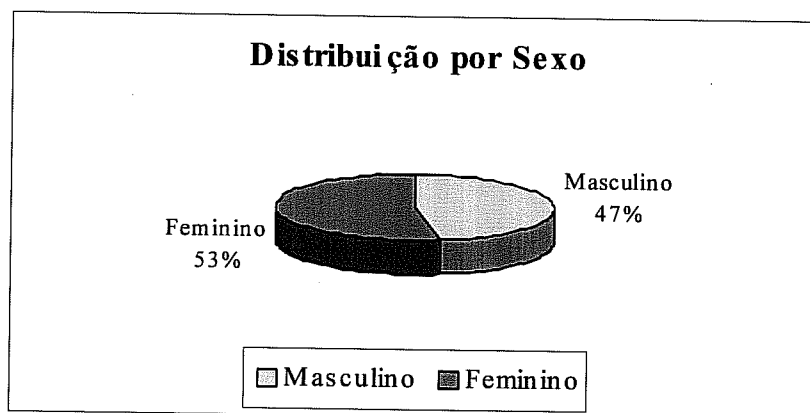
As sessões de aplicação dos questionários, como foi já referido, foram divididas em duas partes: a aplicação do questionário propriamente dito, e depois uma sessão de formação nas áreas do planeamento familiar e/ou do VIH. A escolha das temáticas abordadas dependia dos interesses do grupo ou da decisão do técnico. De qualquer forma, as sessões de formação ocorreram invariavelmente após a aplicação do questionário para que não pudesse interferir com as respostas dos sujeitos. No início da sessão o técnico lia as instruções na capa do questionário e dava outras instruções consideradas necessárias, reforçando a questão da confidencialidade e da importância de que todas as questões fossem respondidas. A duração das sessões variou entre duas e três horas.

Os técnicos procederam então à cotação dos questionários de acordo com as categorias Região, Sexo, Actividade Económica e Habitat. Estas informações, que se pretendiam facilitadoras para a introdução de dados e posterior análise estatística, ficaram registradas no rosto de cada questionário. A recolha da amostra teve o seu início em Maio de 1999, e o prazo final para entrega dos questionários foi o final de Julho de 1999, prazo este que foi cumprido.

6.4. Caracterização da Amostra

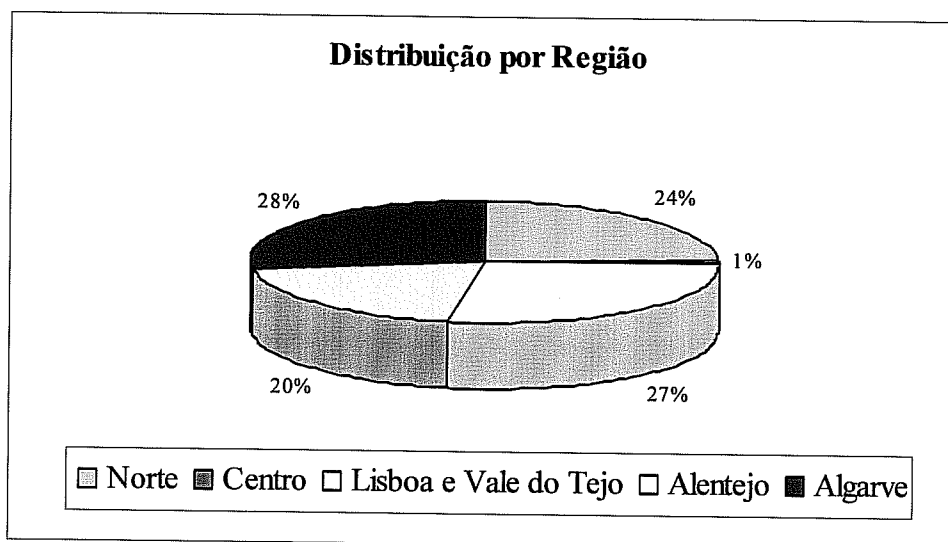
Neste capítulo descrevem-se alguns dos dados essenciais para a caracterização da amostra, obtidos a partir das respostas às questões relativas aos dados epidemiológicos e comportamentais do questionário. A amostra é composta por 1402 indivíduos, todos eles com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, sendo que a maioria tem menos de 21 anos (70,2%). A media de idades é de 20,5 anos ($dp=2,13$). Começamos por observar a distribuição por sexo.

Gráfico 9 – Distribuição da amostra por Sexo



Como se pode constatar, 47,1% dos indivíduos da amostra são do sexo masculino e 52,9% do sexo feminino, uma distribuição que é aproximadamente a encontrada na população (INE, 1991). No que respeita à distribuição por região, os dados são apresentados no Gráfico 10.

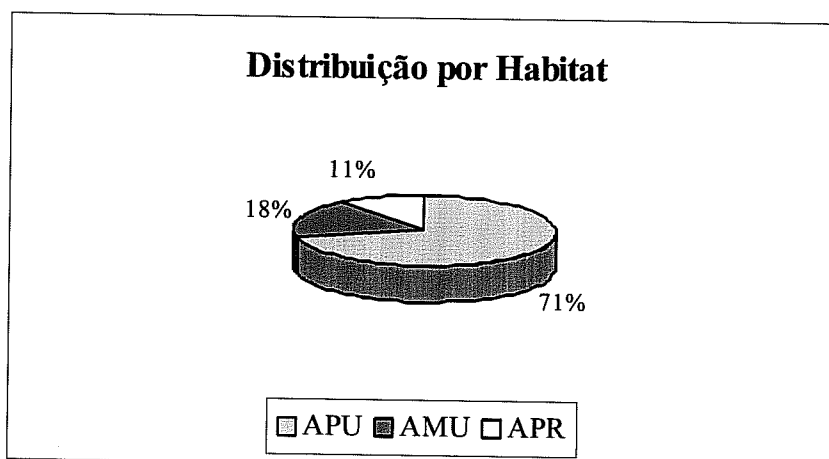
Gráfico 10 – Distribuição da amostra por Região



A distribuição por região é relativamente equivalente nas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, ligeiramente inferior no Alentejo, e muito reduzida na zona Centro. Se no caso das primeiras quatro os valores alcançados se devem ao esforço das equipas de terreno em alcançar um número de questionários próxima dos 400 inicialmente pretendidos, no caso da zona Centro os questionários obtidos, que foram em número próximos dos das outras zonas, extraviaram-se e não foi possível a sua recuperação. Os 17 questionários recolhidos foram obtidos em outras zonas em que foram também abrangidos indivíduos da zona Centro.

Os dados relativos ao habitat dos indivíduos que participaram no estudo encontram-se no Gráfico 11. A classificação é feita de acordo com a classificação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 1996) que estabelece três tipos de habitats em Áreas Predominantemente Urbanas (APU), Áreas Medianamente Urbanas (AMU) e Áreas Predominantemente Rurais (APR).

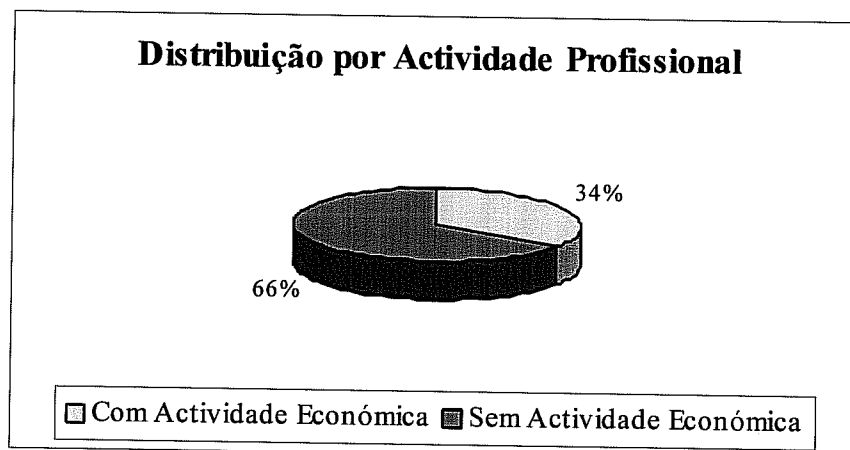
Gráfico 11 – Distribuição por Habitat



Conforme se pode constatar, a grande maioria dos sujeitos abrangidos pelo estudo são residentes em zonas essencialmente urbanas (70,9%), o que se justifica se se pensar que a recolha da amostra foi feita a partir de centros urbanos. No entanto, o número de questionários recolhidos em zonas semi-urbanas (18%) e rurais (11,1%) é ainda assim considerável e significativa.

O seguinte gráfico dá-nos conta da distribuição dos sujeitos de acordo com a sua actividade profissional.

Gráfico 12 – Distribuição da amostra por Actividade Profissional



A maioria dos indivíduos, à data da recolha da amostra não tinham actividade profissional o que, tal como o que foi já referido relativamente ao habitat, dever-se-á a questões de acessibilidade da amostra. De facto, e dado que a recolha da amostra foi feita em grupo e em contexto institucional, foram as instituições de ensino as mais facilmente acessíveis, o que de certa forma justifica o número inferior de indivíduos com actividade profissional abrangidos.

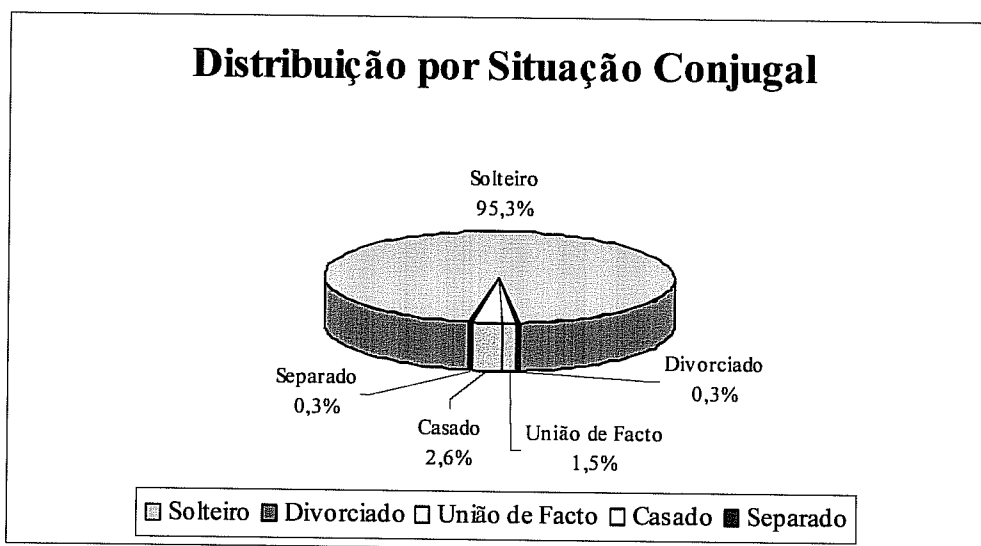
Com actividade profissional foram considerados os indivíduos que exercem profissão, os trabalhadores-estudantes, desempregados e indivíduos em formação profissional, enquanto que sem actividade profissional foram considerados os indivíduos a exercer o serviço militar obrigatório, estudantes, domésticos e incapacitados perante o trabalho. Especificando um pouco mais estes dados, temos a distribuição por ocupação que se apresenta na tabela 12a.

Tabela 12a – Distribuição da amostra por Ocupação

Ocupação	n	%
Exerce Profissão	94	6,7%
Doméstica	1	0,1%
Estudante	895	63,8%
Trabalhador-Estudante	356	25,4%
Incapacitado Perante o Trabalho	1	0,1%
Desempregado à Procura do Primeiro Emprego	4	0,3%
Desempregado à Procura de Novo Emprego	25	1,8%
Outra Situação ⁷	26	1,9%
<i>Total</i>	<i>1402</i>	<i>100%</i>

Uma vez mais se confirma a predominância dos estudantes na amostra, principalmente se considerarmos conjuntamente os indivíduos que são apenas estudantes e os que são trabalhadores-estudantes (que perfazem 89,2% do total). No entanto, e apesar de todos eles serem estudantes, pode considerar-se que o grupo dos trabalhadores-estudantes possui características diferentes do dos indivíduos que ainda não iniciaram a sua actividade profissional. Habitualmente os trabalhadores-estudantes são indivíduos mais velhos e cuja experiência ao nível laboral os aproxima do grupo dos trabalhadores, mais do que do dos estudantes.

Gráfico 13 – Distribuição da amostra por Situação Conjugal



A esmagadora maioria dos indivíduos (95,3%) são solteiros, o que não é surpreendente, tendo em consideração a actual situação dos jovens portugueses que cada vez mais tarde se casam ou coabitam com os parceiros, em muito devido ao alargamento do tempo de escolaridade e também devido às dificuldades económicas com que se deparam no início da sua vida profissional.

⁷ Incluem-se aqui os indivíduos em formação profissional

Passamos agora à apresentação de algumas das variáveis relacionadas com a actividade sexual, que são particularmente importantes para o nosso estudo em que se abordam as questões relativas ao risco associado à Saúde Sexual e Reprodutiva. Estes dados encontram-se quase todos estratificados por sexo devido às diferenças existentes a este nível no que respeita aos hábitos e práticas sexuais. A primeira variável é relativa ao início da actividade sexual.

Tabela 14 – Início da Actividade Sexual

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Já Iniciou a Actividade Sexual	531	80,5%	561	75,6%	1092	77,9%
Ainda Não Iniciou a Actividade Sexual	129	19,5%	181	24,4%	310	22,1%
<i>Total</i>	660	100%	742	100%	1402	100%

A maioria dos indivíduos de ambos os sexos já iniciou a sua actividade sexual, ainda que sejam os rapazes que em maior número indiquem já a terem iniciado (80,5% contra 75,6% nas raparigas). Esta diferença é estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,77$; $p < 0,5$).

Os resultados vão ao encontro dos verificados em outros estudos efectuados à população portuguesa (INE, 1997; Alferes, 1997) e que indicam que, no grupo etário considerado, a grande maioria dos indivíduos já terão iniciado a sua vida sexual.

Os dados que se seguem são relativos apenas aos indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual ($n=1092$), uma vez que os restantes tinham a indicação para não responder às questões 9 a 19 da Parte I e às questões 20 a 22 da Parte II do questionário, que se referiam a aspectos concretos da sexualidade que não faria sentido perguntar a

indivíduos ainda sem actividade sexual. Tal é o caso dos dados que se seguem que são relativos à existência de um parceiro sexual fixo (Tabela 15) e à existência de parceiros sexuais ocasionais (Tabela 15a).

Tabela 15 – Número de Indivíduos com Parceiro Sexual Fixo

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Com Parceiro Fixo	287	54,0%	481	85,7%	768	70,3%
Sem Parceiro Fixo	244	46,0%	80	14,3%	324	29,7%

Tabela 15a – Número Indivíduos com Parceiros Ocasionais

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Com Parceiros Ocasionais	227	42,7%	35	6,2%	262	24,0%
Sem Parceiros Ocasionais	304	57,3%	526	93,8%	830	76,0%

São as raparigas que apresentam um maior número de parceiros fixos (85,7% do total das raparigas contra 54% do total dos rapazes), o que de certa forma parece ir ao encontro da existência do chamado “duplo padrão” de comportamento sexual. Estes resultados apresentam também diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 131,92$; $p < 0,001$).

Estes dados levantam, no entanto, a questão de quem serão os parceiros das raparigas, uma vez que para existir um número mais elevado de parceiros fixos, eles deverão estar algures e, aparentemente, não é na nossa amostra. O que poderá ocorrer é que exista uma diferença na avaliação que é efectuada sobre o que é considerado uma relação “fixa” ou não “fixa”. Pode levantar-se a hipótese de que uma relação que é considerada

“fixa” pela maioria das raparigas não o é pelos rapazes. Desta forma, é possível que estejamos perante uma questão decorrente da diferente interpretação de termos pelos elementos dos dois sexos.

A mesma questão se coloca no que respeita à existência de parceiros ocasionais cujo número é muito mais elevado no caso dos rapazes (42,7%) do que no das raparigas (6,2%) ($\chi^2 = 199,41$; $p < 0,001$). Apesar de habitualmente se considerar que são os elementos do sexo masculino que têm mais relações ocasionais, não sabemos até que ponto é que algumas destas relações consideradas “ocasionais” pelos rapazes serão as consideradas “fixas” pelas raparigas. É possível também que, por uma questão de deseabilidade social, as raparigas reportem a existência de um número inferior de relações sexuais com parceiros ocasionais do que o correspondente à realidade.

No que respeita ao sexo preferencial do parceiro, os dados encontram-se apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 – Sexo do Parceiro Sexual

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo oposto	512	96,4%	544	97,0%	1056	96,7%
Ambos os sexos	5	0,9%	4	0,7%	9	0,8%
Mesmo sexo	4	0,8%	4	0,7%	8	0,7%
Sem informação	10	1,9%	9	1,6%	19	1,7%

Os resultados das respostas a esta questão chamam a atenção devido ao baixo número de indivíduos que referem ter relações sexuais com parceiros do mesmo sexo, quer a título exclusivo, quer em paralelo com parceiros do sexo oposto (total de 1,7% no caso dos rapazes e 1,4% no caso das raparigas).

Os resultados de estudos nesta área são, em geral, muito variáveis, desde a surpreendente inexistência de indivíduos homossexuais numa investigação conduzida junto de uma população universitária sul-africana (Meyer & Le Roux, 1994) aos inesperados valores verificados no estudo de Kinsey nos anos 50 nos Estados Unidos da América que indicaram uma grande incidência de comportamentos homossexuais na população em geral. Se, no primeiro caso, serão provavelmente os factores culturais a influenciar a sub-resposta relativa à orientação sexual, aliás conforme mencionado pelos autores, no segundo reconhece-se que a metodologia de avaliação utilizada por Kinsey justifica, em grande parte, os resultados obtidos.

De qualquer forma, calcula-se que, em média, aproximadamente 5% da população adulta seja exclusivamente homossexual durante toda a vida, e que pelo menos 10% seja igualmente homossexual durante pelo menos parte da sua vida (Herbert, 1997).

A baixa incidência deste tipo de comportamentos na nossa amostra poderá ser devida quer aos referidos factores socioculturais associados a uma ainda valorização negativa dos comportamentos homo e bissexuais, bem como a factores da própria medida utilizada. Para além disso, há que ter em consideração também o número de não respostas (1,6% nas raparigas e 1,9% nos rapazes) que eventualmente será indicativo de alguma relutância em responder a uma questão sensível para o próprio.

Tabela 17 – Utilização de Contraceptivos

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Utilizam sempre	335	63,1%	427	76,1%	762	69,8%
Utilizam a maioria das vezes	84	15,8%	55	9,8%	139	12,7%
Raramente utilizam	50	9,4%	29	5,2%	79	7,2%
Nunca utilizam	28	5,3%	21	3,7%	49	4,5%
Sem informação	34	6,4%	29	5,2%	63	5,8%

Os dados relativos à utilização de contraceptivos demonstram-nos que não se verificam grandes variações entre os resultados dos dois sexos. A grande maioria dos indivíduos refere utilizar sempre contraceptivos nas suas relações sexuais (69,8%). No entanto, associando todos os indivíduos que assinalam as restantes respostas, verifica-se existir uma percentagem ainda considerável de indivíduos que falham em utilizar persistentemente um método contraceptivo (24,4% no seu total).

Para além da mera referência à utilização de contracepção, será importante também verificar exactamente qual o método utilizado. Os resultados desta questão apresentam-se na Tabela 18.

Tabela 18 – Método Contraceptivo Utilizado

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Pílula	132	24,9%	351	62,6%	483	44,2%
Preservativo	440	82,9%	366	65,2%	806	73,8%
DIU	2	0,4%	2	0,4%	4	0,4%
Contraceptivos Injectáveis	-	-	1	0,2%	1	0,1%
Método do Calendário	17	3,2%	18	3,2%	35	3,2%
Diafragma	1	0,2%	1	0,2%	2	0,2%
Método das Temperaturas	-	-	1	0,2%	1	0,1%
Coito Interrompido	47	8,9%	57	10,2%	104	9,5%
Espermicidas	6	1,1%	1	0,2%	7	0,6%
Esterilização	1	0,2%	-	-	1	0,1%
Combinações ⁸	80	15,1%	91	16,3%	171	15,7%
Sem Informação	30	5,6%	17	3,0%	47	4,3%

Os resultados mostram-nos claramente que são o preservativo (73,8%) e a pílula (44,2%) os métodos contraceptivos de eleição da maioria dos indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual, por sinal dois dos mais eficazes métodos disponíveis actualmente, apesar de a eficácia de ambos estar directamente relacionada com a sua utilização. De qualquer forma, os rapazes reportam maior utilização do preservativo (82,9% contra apenas 65,2% nas raparigas) e nas raparigas o que se verifica é a predominância da pílula (62,6% a uma grande distância dos 24,9% verificados nos rapazes). Estes valores estão provavelmente relacionados com as características de cada um destes métodos, sendo que a pílula é de utilização feminina e não requer necessariamente o envolvimento do elemento masculino do casal, e o preservativo, apesar de ter um forte componente relacional e envolver a colaboração do parceiro, ser um método de utilização masculina⁹.

⁸ Combinações entre dois métodos: Preservativo+ Pílula; DIU+Espermicida; Calendário+Espermicida; Preservativo+Espermicida; Método do Calendário+Preservativo; Pílula+Coito Interrompido

⁹ Apesar de existir um preservativo feminino e de este ter já sido comercializado em Portugal, ele foi retirado do mercado nacional e não se encontra disponível actualmente, pelo que não foi considerado no presente estudo.

Dos restantes dados, sobressai ainda uma utilização razoavelmente elevada do coito interrompido (9,5% do total dos indivíduos) que é um método de reduzida eficácia. O recurso ao coito interrompido pode assim ser considerado como um comportamento de risco face à gravidez, ainda que muitas vezes os casais o utilizem por não conhecerem o seu baixo efeito contraceptivo. O mesmo se pode mencionar relativamente ao método do calendário que corresponde à escolha de 3,2% dos indivíduos.

Se nos casos acima referidos existe uma falha ao nível dos métodos utilizados, o inverso acontece com 15,7% dos casos, valor este que corresponde à proporção de indivíduos que recorrem à combinação de métodos contraceptivos. Esta prática, que permite aumentar a eficácia contraceptiva dos métodos utilizados, indica-nos um maior cuidado e preocupação relativamente ao evitamento de uma gravidez não planeada junto destes indivíduos. De notar que neste subgrupo a grande maioria, ou seja 10,6% dos indivíduos, utilizam o preservativo juntamente com a pílula. Esta associação, conhecida como “*double dutch*”, permite a união de uma elevada eficácia contraceptiva com a protecção contra a transmissão da maioria das DST’s, incluindo o VIH.

Outros dados importantes para a caracterização da nossa amostra, são os relativos a situações que indicam a existência de comportamentos de risco no passado. As tabelas que se seguem dão conta das informações recolhidas relativamente a gravidezes não desejadas (Tabela 19), o recurso à interrupção voluntária da gravidez (IVG – Tabela 20) e à contracção de doenças transmitidas por via sexual (DST’s - Tabela 21).

Tabela 19 – Gravidez não Desejada

	Sexo		Sexo Feminino ¹¹		Total	
	Masculino ¹⁰					
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Já ocorreu	32	6,0%	38	6,8%	70	6,4%
Nunca ocorreu	499	94,0%	523	93,2%	1022	93,6%

No caso da gravidez não desejada, mais uma vez se encontram valores muito semelhantes nos dois sexos. Na grande maioria dos casos nunca ocorreu uma gravidez não desejada, apesar de em 6,4% dos casos já se ter verificado essa ocorrência, o que pode ser considerado um valor algo alarmante tendo em conta, hoje em dia, a ampla disponibilidade dos métodos contraceptivos. Por outro lado, os mesmos resultados podem ser compreendidos, e mesmo considerados modestos, dada a inconsistente utilização de contraceptivos verificados por parte de 24,4% dos indivíduos conforme se verificou na tabela 17.

É interessante verificar também quantos dos indivíduos a quem ocorreu uma gravidez não planeada recorreram à interrupção da gravidez. Os resultados constam na tabela 20.

Tabela 20 – Recurso à Interrupção da Gravidez

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Já recorreu a IVG	23	71,9%	29	76,3%	52	74,3%
Nunca recorreu a IVG	9	28,1%	9	23,7%	18	25,7%

¹⁰ “A sua parceira já engravidou alguma vez sem o desejar?”

¹¹ “Alguma vez engravidou sem o desejar?”

Como se pode verificar pelos dados apresentados, a interrupção da gravidez é a opção da grande maioria dos indivíduos a quem ocorreu uma gravidez não planeada (74,3% de todos os indivíduos). Não se verificam diferenças significativas entre sexos no que respeita a esta variável.

Outro indicador de risco sexual pode ser obtido através dos dados relativos à contracção de uma doença sexualmente transmissível no passado.

Tabela 21 – Contracção de DST

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Já contraiu DST	10	1,9%	27	4,8%	37	3,4%
Nunca contraiu DST	521	98,1%	534	95,2%	1055	96,6%

Apesar de a grande maioria dos indivíduos não ter contraído uma DST, verifica-se que é no grupo das raparigas que tal já ocorreu em maior escala (4,8% contra 1,9% nos rapazes). Este facto pode ser em parte justificado pela maior vulnerabilidade feminina, anatómica e fisiológica relativamente a infecções ginecológicas.

III. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir da informação obtida através dos questionários foi constituída uma base de dados em D-Base (MS-Dos) tendo-se, posteriormente, procedido à análise estatística através do programa “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 7.5.

Os dados relativos às partes I e II do questionário foram tratados descritivamente tendo em consideração a distribuição de frequências e respectivas médias pelas variáveis em consideração. Estes resultados foram já apresentados no capítulo relativo à caracterização da amostra. Alguns dos dados obtidos nestas partes não foram descritos por não se considerarem relevantes para esta investigação.

Dos resultados da escala, relativas às partes III a VI do questionário, foram calculadas as médias globais para cada item, bem como para cada uma das dimensões em estudo, de forma a permitir a sua posterior análise e comparação inter-grupos.

Como o objectivo era o de comparar os níveis de risco de diversos sub-grupos dentro da nossa amostra, o indicador de risco comportamental pelo qual optamos está, obviamente, de acordo com o Modelo da Acção Planeada. No contexto deste modelo, a intenção comportamental é a dimensão mais próxima do comportamento que pode ser avaliada podendo, desta forma, ser considerada como indicativa do risco comportamental relativamente à gravidez não planeada ou relativamente ao VIH.

É possível ter uma medida das intenções comportamentais dos indivíduos através da associação das diversas variáveis utilizadas no seu contexto. Desta forma, utilizamos a fórmula apresentada por Conner & Sparks (1996) para calcular as intenções comportamentais de cada um dos grupos a comparar. Esta fórmula é a seguinte:

$$IC = w_3A_b + w_4NS + w_5PC$$

em que IC é a intenção comportamental, A_b é a atitude face ao comportamento, NS são as normas subjectivas, PC é a percepção de controle e os w são os pesos empíricos indicando a importância relativa dos diversos determinantes das intenções.

Aplicando esta fórmula pudemos obter um valor indicativo do risco de cada um dos grupos em que, quanto menor o valor da intenção de comportamento, maior o risco face ao acontecimento em estudo (contração do VIH ou ocorrência de uma gravidez não planeada). Estes valores puderam ser comparados entre si através do teste t de Student para comparação de duas médias independentes. Os valores das diferenças encontradas foram considerados significativos a partir de 95% de probabilidade estatística ($\alpha = 5\%$).

De acordo com os objectivos estabelecidos para este trabalho, vamos, para cada uma das áreas, VIH e a gravidez não planeada, iniciar a descrição dos resultados pela apresentação das correlações entre as variáveis estudadas, para passar depois então para a verificação das hipóteses colocadas.

1. Resultados Relativos ao VIH

1.1. Estudo da Correlação entre Dimensões (VIH)

Para a análise dos resultados das correlações entre as dimensões em estudo, foi utilizado o índice de correlação de Pearson.

Tabela 22 – Correlações entre as Dimensões (VIH)

<i>Correlações de Pearson</i>	Normas Subjectivas	Percepção de Controle	Crenças Comportamentais	Percepção de Vulnerabilidade	Intenção Comportamental (item único)	Intenção Comportamental (multi-item)
Atitudes	0,46 ^{***}	0,45 ^{***}	0,41 ^{***}	0,04	0,69^{***}	0,77^{***}
Normas Subjectivas	-	0,53 ^{***}	0,50 ^{***}	0,07*	0,50 ^{***}	0,83^{***}
Percepção de Controle	-	-	0,58 ^{***}	-0,03	0,41 ^{***}	0,82^{***}
Crenças Comportamentais	-	-	-	0,29 ^{***}	0,34 ^{***}	0,63^{***}
Percepção de Vulnerabilidade	-	-	-	-	0,10 ^{**}	0,03
Intenção Comportamental (item único)	-	-	-	-	-	0,66^{***}

* p < 0,05; ** p < 0,001; *** p < 0,0001

Do quadro obtido através do cruzamento das dimensões do estudo verificam-se existir várias correlações com um grau elevado de significância estatística ($p < 0,0001$), apesar de, no caso da maioria delas, essa correlação ser modesta, ou seja, inferior a 0,6.

Desta forma, a maioria das correlações moderadas a elevadas ($r > 0,6$, a **negrito** na tabela) e para um nível elevado de significância estatística são as obtidas através do

cruzamento com a dimensão Intenção de Comportamento (multi-item). É também aqui que se verificam os níveis de associação mais elevados, nomeadamente quando associando Intenção de Comportamento (multi-item) e Normas Subjectivas ($r = 0,83$, $p < 0,0001$), e associando Intenção de Comportamento e Percepção de Controle ($r = 0,82$, $p < 0,0001$). Estes dados parecem indicar que, com um grau elevado de probabilidade, as intenções comportamentais dos indivíduos estudados deverão oscilar de forma semelhante à da conformidade para com as opiniões dos outros significativos e também à da percepção relativamente ao controle dos seus comportamentos ao nível da protecção relativamente ao VIH.

A correlação entre a variável em causa (Intenção de Comportamento multi-item) e a dimensão Atitudes é também elevada ($r = 0,77$, $p < 0,0001$) verificando-se um padrão de respostas próximo nos indivíduos pertencentes à nossa população no que respeita estes dois factores. A Intenção Comportamental apresenta ainda uma correlação moderada com as dimensões Crenças Comportamentais ($r = 0,63$, $p < 0,0001$) e Intenção de Comportamento (item único) ($r = 0,66$, $p < 0,0001$). Este último valor é também interessante, conforme foi já discutido no capítulo relativo ao instrumento, tendo em consideração a validação da escala.

Uma explicação possível para os elevados índices de associação referidos poderá residir no facto de a variável Intenção de Comportamento (multi-item) ser calculada através da conjugação dos resultados de três dimensões diferentes (Atitudes, Normas Subjectivas e Percepção de Controlo). Desta forma, é de supor que o facto de aquelas dimensões contribuírem para o valor da IC(mi) tenha como consequência os graus elevados de associação verificados.

Para além dos dados até agora discutidos, é possível encontrar uma associação moderada entre as dimensões Atitudes e Intenção de Comportamento quando esta última é avaliada através de um único item ($r = 0,69$, $p < 0,0001$). Esta relação parece indicar que as respostas relativas às Atitudes oscilam de uma forma próxima às das Intenções de Comportamento, o que é interessante tendo em conta a antiga discussão relativa à associação atitudes-comportamento. De acordo com os nossos dados pode-se afirmar, com um grau razoável de certeza, que na área do risco face ao VIH, as atitudes poderão prever as intenções comportamentais.

Não se deverá no entanto esquecer que, pelo facto de ambas as dimensões Atitudes e Intenções Comportamentais terem sido avaliadas através dos mesmos enunciados na escala, é possível que exista uma contaminação das respostas dadas numa e em outra dimensão.

Curiosos são os resultados do cruzamento da dimensão Percepção de Vulnerabilidade com as restantes. É aqui aliás que se verificam os índices de correlação mais baixos. No cruzamento com as dimensões Atitudes ($r = 0,04$), Percepção de Controle ($r = -0,03$) e Intenção de Comportamento (multi-item) ($r = 0,03$), pode mesmo verificar-se que o valor da correlação se encontra próxima do zero, demonstrando de uma forma clara a independência das mesmas relativamente à PV. O valor mais elevado de correlação verificado neste contexto é de $0,29$ ($p < 0,0001$) obtido através do cruzamento entre as dimensões PV e Crenças Comportamentais.

A Percepção de Vulnerabilidade que é, de entre todas as dimensões utilizadas no estudo, a única que não se inscreve directamente no modelo teórico utilizado parece, deste modo, vir comprovar a validade da escala por apresentar valores que não são conformes aos das restantes dimensões utilizadas (Guilford & Fruchter, 1978). Estes dados deverão, no entanto, ser interpretados com precaução, uma vez que a dimensão Percepção de Vulnerabilidade foi, de todas, a que foi avaliada com o menor número de itens e a que menor consistência interna apresenta, o que poderá em certa medida justificar as diferenças assinaladas.

Todos os restantes resultados de correlações entre as diversas dimensões podem, como foi já referido, ser considerados modestas. No entanto, há a notar que apesar desse facto, todas elas possuem um elevado grau de significância estatística ($p < 0,0001$), oscilando o valor da correlação entre os valores 0,34 (**Crenças Comportamentais x Intenção de Comportamento – item único**) e 0,53 (**Normas Subjectivas x Percepção de Controle**).

1.2. Verificação das Hipóteses (VIH)

Apresentados que estão os resultados das correlações dos dados relativos ao VIH, vamos agora passar para a verificação da veracidade das hipóteses colocadas nesta área.

Hipótese 1 – Os níveis de risco relativo ao VIH encontrados em raparigas são significativamente diferentes dos encontrados nos rapazes

Tabela 23 – Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	Rapazes	542	11,93	1,40	6,82	0.0001
	Raparigas	509	12,50	1,35		

Conforme se pode constatar, existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos no que respeita à intenção comportamental relativa ao VIH ($t = 6,82$, $p < 0,0001$). De acordo com estes dados, e uma vez que quanto menor o valor da intenção comportamental, maior a risco relativamente ao VIH, são os rapazes que apresentam uma maior propensão para se comportarem de uma forma que os possa pôr em risco de contrair o vírus do VIH.

A nossa hipótese a este propósito verifica-se correcta, o que vem também confirmar a ideia de que são os elementos do sexo masculino os que mais comportamentos de risco têm em termos sexuais.

Hipótese 3 – Os níveis de risco relativo ao VIH encontrados em indivíduos residentes em regiões rurais (3) e semi-urbanas (2) são significativamente diferentes dos verificados em indivíduos residentes em regiões urbanas (1)

Tabela 24 - Comparação utilizando a variável Habitat no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	Habitat 1	721	12,26	1,39	1,94	0.05
	Habitat 2 e 3	330	12,08	1,43		

Da comparação da Intenção Comportamental dos indivíduos provenientes dos habitats tipo 1 com a dos indivíduos provenientes de habitats tipos 2 e 3, verifica-se existir uma diferença significativa entre os dois grupos ($t = 1,94$; $p < 0,05$). No entanto, é de notar que esta diferença é estatisticamente significativa no limite mínimo de significância considerado ($p < 0,05$). De qualquer forma, pode-se concluir que, de facto, existe uma diferença entre as intenções comportamentais face ao VIH em indivíduos de diferentes meios habitacionais.

Desta forma, a nossa hipótese relativa às diferenças no factor de risco que se poderiam encontrar em diferentes habitats verifica-se verdadeira. São os indivíduos provenientes de meios habitacionais rurais ou semi-urbanos os que se encontram em maior risco relativamente ao contágio pelo VIH.

Hipótese 5 - Os níveis de risco relativos ao VIH encontrados em indivíduos que ainda não iniciaram actividade profissional são significativamente diferentes dos encontrados em indivíduos que já a iniciaram

Tabela 25 - Comparação utilizando a variável Actividade Profissional no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	<i>Com Actv. Profissional</i>	359	11,99	1,37	3,66	0.001
	<i>Sem Actv. Profissional</i>	692	12,32	1,41		

Da comparação entre as médias dos indivíduos que já iniciaram a actividade profissional e dos que ainda não a iniciaram, verifica-se que existe uma diferença

estatisticamente significativa para um nível de significância de 0,1%, ou seja, com um nível de probabilidade muito elevado verificam-se diferenças entre os dois grupos comparados ($t = 3,66$; $p < 0,001$).

A hipótese colocada relativamente a esta questão verifica-se, portanto, verdadeira. Conforme se pode verificar através das médias de cada um dos grupos, é no que já iniciou a actividade profissional que se verificam os níveis mais elevados de risco face ao VIH.

Hipótese 7 - Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de risco relativo ao VIH significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

Tabela 26 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	<i>Com Actv. Sexual</i>	843	12,18	1,36	1,37	0,17
	<i>Sem Actv. Sexual</i>	208	12,33	1,58		

Através da comparação entre as médias da variável Intenção Comportamental do grupo de indivíduos que já iniciou a sua actividade sexual e do grupo que ainda não a iniciou, verifica-se que não existem diferenças significativas entre ambos no que respeita ao risco face ao VIH ($t = 1,37$; $p < 0,17$). Desta forma, a hipótese colocada relativa a esta questão, não é confirmada pelos resultados.

Hipótese 9 - Indivíduos que têm actualmente parceiro sexual fixo apresentam níveis de risco relativo ao VIH significativamente diferentes dos que actualmente não têm parceiro sexual fixo

Tabela 27 - Comparação utilizando a variável Parceiro Sexual Fixo no que respeita à Intenção Comportamental face ao VIH

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	<i>Com Parceiro Fixo</i>	572	12,20	1,36	0,80	0.42
	<i>Sem Parceiro Fixo</i>	271	12,12	1,35		

Verifica-se não existir qualquer diferença estatisticamente significativa quando se comparam indivíduos que têm parceiro fixo e indivíduos que não têm parceiro fixo ($t = 0,80$; $p < 0.42$). Como se pode constatar através da análise dos resultados, não só as médias de ambos os grupos são muito semelhantes, como também os desvios padrão apresentam valores muito próximos. Desta forma, é rejeitada a nossa hipótese relativa à diferença entre estes dois grupos.

Hipótese 11 - A intensidade das Crenças Comportamentais relativos ao VIH nas raparigas é significativamente diferente da verificada nos rapazes

Tabela 28 - Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita às Crenças Comportamentais (VIH)

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Crenças Comportamentais	<i>Masculino</i>	634	4,17	0,55	5,01	0.0001
	<i>Feminino</i>	690	4,36	0,47		

Da comparação entre as médias dos dois sexos no que respeita à variável Crenças Comportamentais, verifica-se existir uma diferença significativa para uma probabilidade elevada de ocorrência ($t = 5,01$; $p < 0,0001$). É no sexo feminino que se verificam os valores médios mais elevados no que respeita a esta dimensão, indicando a presença de crenças tendencialmente mais positivas, quando comparadas com as dos elementos do sexo masculino.

Desta forma, a hipótese colocada relativamente a esta questão verifica-se ser verdadeira. A intensidade das crenças comportamentais relativas à transmissão do VIH parece ser significativamente diferente nos dois sexos.

Hipótese 13 - Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de Percepção de Vulnerabilidade face ao VIH significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

Tabela 29 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Percepção de Vulnerabilidade (VIH)

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Percepção de Vulnerabilidade	Com Actv. Sexual	1044	2,96	0,76	2,79	0.005
	Sem Actv. Sexual	298	3,10	0,76		

No caso da variável Percepção de Vulnerabilidade optou-se por comparar os indivíduos que já iniciaram a actividade sexual com os que ainda não a iniciaram. Da comparação entre as médias dos resultados dos dois sub-grupos da amostra, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre ambos ($t = 2,79$; $p < 0,005$). Desta forma, estamos em condições de considerar como verdadeira a hipótese 7.

Parece que o facto de se ter iniciado a actividade sexual vem trazer uma diferença significativa sobre a percepção que os indivíduos nesta faixa etária têm relativamente à sua vulnerabilidade de contágio pelo VIH. De acordo com os nossos dados, quem já iniciou a sua actividade sexual tem uma percepção de vulnerabilidade face ao VIH baixa relativamente a quem ainda não a iniciou.

2. Análise dos Resultados relativos à Gravidez não Planeada

2.1. Estudo da Correlação entre Dimensões (Gravidez não Planeada)

Tal como no caso dos dados relativos ao VIH, vamos iniciar esta parte pela análise das associações entre os valores das diversas dimensões em estudo nesta área, utilizando o índice de correlação de Spearman (Tabela 30).

Numa primeira análise dos dados obtidos após efectuada a correlação entre os resultados das diversas dimensões em estudo, sobressai o elevado e igual nível de significância estatística verificado em todos os índices apresentados ($p < 0,001$). Este nível elevado de significância pode ser explicado se tivermos em consideração o grande número de sujeitos de que é composta a nossa amostra.

Tabela 30 – Correlações entre as Dimensões (Gravidez não Planeada)

<i>Correlações de Pearson</i>	Normas Subjectivas	Percepção de Controle	Crenças Comportamentais	Percepção de Vulnerabilidade	Intenção de Comportamento (item único)	Intenção de Comportamento (multi-item)
Atitudes	0,47	0,45	0,39	0,23	0,73	0,74
Normas Subjectivas	-	0,57	0,59	0,40	0,53	0,85
Percepção de Controle	-	-	0,66	0,23	0,48	0,84
Crenças Comportamentais	-	-	-	0,36	0,38	0,68
Percepção de Vulnerabilidade	-	-	-	-	0,25	0,37
Intenção de Comportamento (item único)	-	-	-	-	-	0,69

Nota – Todos os valores são significativos para $p < 0,001$

Inevitável é a comparação entre estes resultados e os verificados no caso do VIH. Desta forma, constata-se que estes valores são, em média, mais elevados do que no caso anterior. Constata-se também que é no cruzamento dos resultados das mesmas dimensões que se verificam os níveis de correlações moderadas e elevadas (assinaladas a **negrito**). A excepção é a do cruzamento das variáveis Percepção de Controle e Crenças Comportamentais, que era já elevado no caso do VIH, mas que não ultrapassava o nível mínimo de 0,6 como aqui acontece.

É no cruzamento das dimensões Normas Subjectivas e Percepção de Controle com a variável Intenção de Comportamento (multi-item) que se verificam os índices de correlação mais elevados (respectivamente $r = 0,85$ e $r = 0,84$). São, assim, aquelas duas dimensões as que de uma forma mais próxima se associam ao factor intenção comportamental (multi-item), o que é compreensível, conforme foi já referido, se se

tiver em consideração o facto de serem elas as mesmas dimensões utilizadas para o cálculo do valor final daquela variável. De qualquer forma, não se pode deixar de notar que os resultados das NS e da PC oscilam de uma forma muito próxima dos relativos à IC(mi), podendo aquelas duas dimensões ser consideradas como boas predictoras desta última.

É de notar que também aqui surge uma correlação elevada da intenção comportamental (multi-item) com a dimensão Atitudes ($r = 0,74$), mas que é, apesar disso, inferior aos valores obtidos com as outras duas variáveis previamente assinaladas (NS e PC). Uma vez mais podemos verificar que existe uma boa correlação entre a dimensão atitudinal e o componente comportamental o que vem, de certa forma, reconfirmar a associação positiva entre aqueles dois factores.

O item relativo à correlação entre as duas formas de avaliar as intenções comportamentais apresenta um valor considerável ($r = 0,69$), o que é um bom indicador da validade da escala, também ao nível da gravidez não planeada.

Os valores associados às Crenças Comportamentais oscilam de uma forma semelhante aos das Intenções Comportamentais (multi-item) ($r = 0,68$), o que indica que as crenças que os jovens adultos têm relativamente aos resultados dos seus comportamentos estão, de facto, algo relacionadas com as suas intenções ao nível dos comportamentos associados à prevenção da gravidez não planeada.

Resta ainda assinalar a associação moderada que se verificou através do cruzamento entre os resultados das dimensões Percepção de Controle e Crenças Comportamentais (r

= 0,66). Este valor indica-nos que as crenças relativas aos resultados do comportamento sexual e o controle percebido relativamente à ocorrência de uma gravidez se encontram relacionados em perto de metade dos casos. A partir destes dados pode-se supor que eventualmente as crenças, que são entidades que têm considerável influência na formação das atitudes, tenham um papel também importante para a percepção de controle comportamental dos indivíduos. Desta forma se justificaria o facto de os valores de ambas as dimensões oscilarem de igual forma.

Dos restantes valores, que no geral apresentam correlações modestas ($r < 0,6$), é interessante analisar as correlações obtidas através do cruzamento da dimensão Percepção de Vulnerabilidade com as restantes. À semelhança do sucedido no caso das correlações relativas ao VIH, é também aqui que se encontram os valores mais baixos da tabela, oscilando estes valores entre 0,23 e 0,40. São, no entanto, bastante superiores aos valores verificados naquele caso, em que se encontravam valores próximos do zero e sem qualquer grau de significância estatística.

Os resultados obtidos através do cruzamento da dimensão PV com as restantes dimensões destacam-se por serem, todos eles, consideravelmente inferiores aos das restantes correlações. Este facto parece indicar que esta dimensão se destaca das restantes, o que faz sentido se pensarmos que ela é também a única que não integra o modelo que optamos por utilizar.

2.2. Verificação das Hipóteses (Gravidez não Planeada)

Passamos agora à verificação das hipóteses colocadas na área da gravidez não planeada utilizando, para o efeito, o teste *t* de Student.

Hipótese 2 – Os níveis de risco relativo à gravidez não planeada encontrados em raparigas são significativamente diferentes dos encontrados nos rapazes

Tabela 31 – Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada

Variável	Grupos	<i>n</i>	média	<i>dp</i>	<i>t</i>	<i>p</i> <
Intenção Comportamental	<i>Rapazes</i>	557	9,32	1,95	11,91	0.0001
	<i>Raparigas</i>	555	10,59	1.59		

Da comparação entre as médias da Intenção Comportamental no que respeita à variável dependente sexo, verifica-se existir uma diferença significativa entre os dois grupos, sendo que o valor mais baixo é o dos rapazes ($t = 11,91$; $p < 0,0001$). Desta forma, podemos considerar a hipótese colocada como verdadeira.

Os resultados desta comparação entre os sexos indicam-nos que os rapazes apresentam um factor de risco superior ao das raparigas no que respeita à gravidez não planeada. As diferenças relativas ao género voltam a confirmar-se também nesta área, à semelhança do que havia acontecido no caso do VIH.

Hipótese 4 – Os níveis de risco relativos à gravidez não planeada de indivíduos residentes em regiões rurais (3) e semi-urbanas (2) são significativamente diferentes dos apresentados por indivíduos residentes em regiões urbanas (1)

Tabela 32 – Comparação utilizando a variável Habitat no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	Habitat 1	777	12,66	1,21	5,71	0,0001
	Habitat 2 e 3	335	12,17	1,50		

Como se pode verificar, quando comparados os indivíduos de meios urbanos com os de meios semi-urbanos e rurais quanto às suas intenções comportamentais na área da gravidez não planeada, verifica-se existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois ($t = 5,71$; $p < 0,0001$). Desta forma, podemos aceitar a hipótese proposta sobre esta questão como verdadeira.

Verificou-se serem os indivíduos de meios semi-urbanos e rurais os que apresentam um valor relativo às intenções comportamentais inferiores, o que indica serem eles também os que estarão em maior risco relativamente à ocorrência de uma gravidez não planeada.

Hipótese 6 – Os níveis de risco relativos à gravidez não planeada encontrados em indivíduos que ainda não iniciaram actividade profissional é significativamente diferente dos encontrados em indivíduos que já a iniciaram

Tabela 33 - Comparação utilizando a variável Actividade Profissional no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	Com Actv. Profissional	366	9,57	1,98	4,78	0.0001
	Sem Actv. Profissional	746	10,14	1,81		

Da comparação entre as médias dos dois grupos em causa, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa baseada na presença ou ausência de actividade profissional na população jovem adulta no que respeita às suas intenções comportamentais na área da gravidez não planeada ($t= 4,78$; $p<0,0001$). A hipótese 6 pode, desta forma, ser considerada verdadeira, com uma probabilidade estatística de erro muito reduzida.

Mais uma vez se confirma o facto de a actividade profissional ser um factor determinante para os comportamentos sexuais dos indivíduos nesta faixa etária, sendo que é junto dos activos profissionalmente que se encontra um factor de risco mais elevado. Desta forma, os dados encontrados vão no mesmo sentido dos verificados ao nível do HIV.

Hipótese 8 – Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de risco relativo à gravidez não planeada significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

Tabela 34 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Intenção Comportamental face à gravidez não planeada

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	Com Actv. Sexual	882	10,01	1,82	1,90	0.58
	Sem Actv. Sexual	230	9,74	2,11		

Não se verificam quaisquer diferenças significativas entre os indivíduos com e sem actividade sexual no que respeita às suas intenções comportamentais na área do

evitamento da gravidez não planeada ($t = 1,90$; $p < 0,58$). O resultado é claro, pelo que a hipótese colocada a este respeito é rejeitada.

Podemos afirmar que o início da actividade sexual não é determinante para a alteração das intenções comportamentais na área da sexualidade, conforme se pode constatar também no caso do VIH, em que não se verificaram quaisquer diferenças inter-grupais a este nível.

Hipótese 10 - Indivíduos que actualmente têm parceiro sexual apresentam níveis de risco relativo à gravidez não planeada significativamente diferentes dos que não têm parceiro sexual

Tabela 35 - Comparação utilizando a variável Parceiro Sexual Fixo no que respeita à Intenção Comportamental face à Gravidez não Planeada

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Intenção Comportamental	<i>Com Parceiro Fixo</i>	609	10,24	1,71	5,68	0.0001
	<i>Sem Parceiro Fixo</i>	273	9,50	1,97		

Comparando as médias do grupo dos indivíduos que referem ter um parceiro fixo com as dos que referem não ter, verifica-se existir uma diferença significativa entre ambos. Esta diferença é estatisticamente significativa com uma probabilidade estatística elevada ($t = 5,68$; $p < 0,0001$). Podemos, desta forma, aceitar a hipótese colocada.

São os indivíduos sem parceiro fixo que apresentam índices relativos às intenções de comportamento inferiores, o que indica um maior nível de risco neste grupo. Desta forma, e ao contrário do que se verificou no caso do VIH, foi possível encontrar aqui

uma diferença baseada na presença de um parceiro considerado “fixo”. No entanto, nunca é demais lembrar que o que é ou não considerado como um parceiro “fixo” parece ser diferente para os elementos de ambos os sexos.

Hipótese 12 - A intensidade das Crenças Comportamentais na área da gravidez não planeada nas raparigas é significativamente diferente da verificada nos rapazes

Tabela 36 - Comparação utilizando a variável Sexo no que respeita às Crenças Comportamentais (Gravidez não Planeada)

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Crenças Comportamentais	Masculino	631	4,00	0,49	10,82	0.0001
	Feminino	685	4,26	0,40		

Na comparação de médias relativas à variável Crenças Comportamentais entre rapazes e raparigas, verifica-se existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($t = 10,82$, $p < 0,0001$). A hipótese 12 pode, desta forma, ser considerada como verdadeira.

São as raparigas que apresentam valores mais altos no que respeita às crenças comportamentais na área da gravidez não planeada, o que indica ser neste grupo que existem menos crenças erróneas nesta área. Os indivíduos do sexo masculino, pelo contrário, estão aquém a este nível.

Hipótese 14 – Indivíduos que já iniciaram a sua actividade sexual apresentam níveis de Percepção de Vulnerabilidade face à gravidez não planeada significativamente diferentes dos que ainda não a iniciaram

Tabela 37 - Comparação utilizando a variável Actividade Sexual no que respeita à Percepção de Vulnerabilidade (Gravidez não Planeada)

Variável	Grupos	n	média	dp	t	p<
Percepção de Vulnerabilidade	<i>Com Actv. Sexual</i>	1064	3,57	0,46	1,29	0.20
	<i>Sem Actv. Sexual</i>	282	3,53	0,47		

Comparando a variável Percepção de Vulnerabilidade de indivíduos que ainda não iniciaram a actividade sexual e de indivíduos que já a iniciaram, verifica-se que não existem quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t = 1,29$; $p < 0,20$). Desta forma, pode-se considerar a hipótese colocada relativamente a esta questão como verdadeira. A actividade sexual, ao contrário do que acontece no caso do VIH, não é um factor determinante para a alteração da vulnerabilidade percebida dos indivíduos relativamente à ocorrência de uma gravidez não planeada.

Tínhamos já visto que esta variável era, de todas, a que médias mais baixas apresentava, aproximando-se do valor central da escala. Consta-se assim que a PV aparentemente não se altera significativamente com a experiência sexual, conforme foi por nós pressuposto através da hipótese colocada. Nunca será demais referir que este tipo de relação causal é apenas sugerida pelos resultados, uma vez que a verdadeira causalidade apenas poderá ser verificada através de metodologias experimentais, que não foram utilizadas para a elaboração deste estudo.

No entanto, com a informação relativa à não diferença entre os grupos estudados, podemos inferir que a Percepção de Vulnerabilidade é uma entidade algo constante, que não se altera apenas com o início da vida sexual.

IV. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentados que estão os resultados sobre o risco relativo ao VIH e relativo à gravidez não planeada, vamos passar agora a uma análise do conjunto dos dados obtidos. Neste sentido iremos abordar os resultados de acordo com as principais variáveis estudadas. A Tabela 38 apresenta de uma forma sistematizada todos os resultados dos testes de hipóteses para cada uma destas variáveis e termos de comparação utilizados.

Tabela 38 – Resumo dos resultados dos testes de hipóteses

Variável Avaliada	Critério de Comparação	VIH			Gravidez não Planeada		
		Nº de Hipótese	Aceitação de Hipótese	Grau de Significância	Nº de Hipótese	Aceitação de Hipótese	Grau de Significância
Intenção Comportamental	Sexo	1	Sim	0,0001	2	Sim	0,0001
Intenção Comportamental	Habitat	3	Sim	0,05	4	Sim	0,0001
Intenção Comportamental	Actividade Profissional	5	Sim	0,0001	6	Sim	0,0001
Intenção Comportamental	Actividade Sexual	7	Não	0,17	8	Não	0,58
Intenção Comportamental	Parceiro Sexual	9	Não	0,42	10	Sim	0,0001
Crenças Comportamentais	Sexo	11	Sim	0,0001	12	Sim	0,0001
Percepção de Vulnerabilidade	Actividade Sexual	13	Sim	0,005	14	Não	0,20

Sexo

Verifica-se que, em jovens adultos, o sexo é um factor altamente discriminativo no que respeita às intenções comportamentais e às crenças comportamentais na área do VIH e da gravidez não planeada. De facto, a divisão da amostra de acordo com o critério

género sexual e respectiva comparação intergrupala revelou diferenças significativas para todas as hipóteses colocadas relativamente ao VIH e também à gravidez não planeada.

Estes resultados não deverão constituir grande surpresa, uma vez que são conhecidas e se encontram amplamente estudadas as diferenças relativas ao género sexual, não só em questões associadas à sexualidade como também noutras esferas da vida social e cultural das sociedades ocidentais. Cada vez mais o género constitui-se enquanto factor determinante para o estudo e análise de dimensões da vivência individual e deverá portanto ser tomado em consideração também nas questões associadas à intervenção.

No que respeita à comparação relativa à variável intenção comportamental, que nos dá um valor indicativo relativamente aos factores de risco face ao VIH e face à gravidez não planeada, verifica-se que é no sexo masculino que sistematicamente se encontram níveis de risco mais elevados. É entre os rapazes que, com um maior grau de probabilidade, se irão encontrar comportamentos que se possam constituir como de risco face à contracção do vírus do VIH ou face à ocorrência de uma gravidez não planeada.

Se, no segundo caso poderá a diferença encontrada decorrer de uma maior desresponsabilização culturalmente reforçada face ao assumir de uma gravidez no caso dos rapazes, levando a um mais fácil assumir de comportamentos de risco nesta área, já no caso do risco face ao VIH a actuação de comportamentos de risco poderá ter sérias consequências para a saúde do próprio indivíduo. No entanto, no contexto de um envolvimento sexual estão em acção factores que poderão dificultar a actuação do comportamento preventivo, nomeadamente os associados à urgência percebida da

relação sexual e o envolvimento afectivo com o parceiro que pode proporcionar uma ilusão de protecção.

É também interessante ler estes dados à luz das informações recolhidas a propósito da caracterização da população, e verificar a diferença entre rapazes e raparigas no que respeita à presença de parceiros ocasionais. Obviamente que não sabemos até que ponto é que os contactos com parceiros ocasionais são ou não protegidos, mas de qualquer forma, o facto de se verificar, nos rapazes, um maior número de relações consideradas ocasionais, dá-nos já alguma informação relativamente aos padrões relacionais masculinos, nomeadamente ao nível da baixa tendência para o assumir de compromissos em relações afectivas.

Este factor, fomentado e mantido por uma valorização implícita e explícita da conquista e da existência de vários parceiros sexuais como reforço da masculinidade, é traduzido frequentemente na procura de relações ocasionais, muitas vezes sem que se tomem as devidas precauções tendo em vista a prevenção da transmissão do vírus do VIH, e por consequência também de outras doenças transmitidas por via sexual.

Na comparação entre sexos no que respeita à variável Crenças Comportamentais, verificam-se existir diferenças com um elevado grau de significância em ambas as áreas estudadas. Quer no caso das crenças relativas ao VIH, quer no caso das relativas à gravidez não planeada, encontram-se valores mais positivos no caso do sexo feminino, ficando assim patente que os rapazes se encontram aquém das raparigas a este nível. Se tivermos em consideração que as crenças são elementos essenciais para formação das atitudes que, por sua vez, se encontram na base dos comportamentos, percebe-se a

relação sexual e o envolvimento afectivo com o parceiro que pode proporcionar uma ilusão de protecção.

É também interessante ler estes dados à luz das informações recolhidas a propósito da caracterização da população, e verificar a diferença entre rapazes e raparigas no que respeita à presença de parceiros ocasionais. Obviamente que não sabemos até que ponto é que os contactos com parceiros ocasionais são ou não protegidos, mas de qualquer forma, o facto de se verificar, nos rapazes, um maior número de relações consideradas ocasionais, dá-nos já alguma informação relativamente aos padrões relacionais masculinos, nomeadamente ao nível da baixa tendência para o assumir de compromissos em relações afectivas.

Este factor, fomentado e mantido por uma valorização implícita e explícita da conquista e da existência de vários parceiros sexuais como reforço da masculinidade, é traduzido frequentemente na procura de relações ocasionais, muitas vezes sem que se tomem as devidas precauções tendo em vista a prevenção da transmissão do vírus do VIH, e por consequência também de outras doenças transmitidas por via sexual.

Na comparação entre sexos no que respeita à variável Crenças Comportamentais, verificam-se existir diferenças com um elevado grau de significância em ambas as áreas estudadas. Quer no caso das crenças relativas ao VIH, quer no caso das relativas à gravidez não planeada, encontram-se valores mais positivos no caso do sexo feminino, ficando assim patente que os rapazes se encontram aquém das raparigas a este nível. Se tivermos em consideração que as crenças são elementos essenciais para formação das atitudes que, por sua vez, se encontram na base dos comportamentos, percebe-se a

importância destes resultados, e também a sua articulação com os dados relativos às intenções comportamentais.

Os indivíduos só podem actuar de formas que lhes sejam favoráveis se estiverem na posse de conhecimentos associados a crenças correctas e positivas para a sua saúde e bem estar. Possuindo crenças menos correctas sobre a prevenção da gravidez ou sobre o modo de evitar contrair o vírus do VIH, os rapazes ficarão numa posição vulnerável face a estas duas possibilidades. Estes resultados vão aliás ao encontro dos dados nacionais sobre a prevalência do VIH. A explicação para estes resultados não deverá ser, uma vez mais, dissociado da atribuição social associada ao género, bem como, no caso específico da gravidez, às questões biológicas também elas específicas aos géneros sexuais.

De facto, é esperado que as raparigas, com capacidade biológica para engravidar, tenham uma maior preocupação em obter informações credíveis relativamente à gravidez e aos métodos para a evitar, por oposição aos rapazes, a quem o fenómeno não atinge de forma igual. A quantidade e a qualidade da informação recolhida sobre uma determinada área, com inevitáveis repercussões sobre as crenças individuais, parece assim constituir-se como um factor diferenciador entre rapazes e raparigas.

No caso do VIH, no entanto, a abordagem terá necessariamente que ser diferente, uma vez que esta é uma problemática que pode afectar de igual forma indivíduos de ambos os sexos. A diferença verificada entre rapazes e raparigas nesta área parece indicar que existe um processo diferenciado de formação das crenças relativas ao VIH para os elementos do sexo masculino, ou então que esse processo mesmo semelhante, tem

resultados diferentes no caso dos rapazes, num sentido mais negativo do que nas raparigas.

Estes resultados não são certamente alheios ao facto de muitas das crenças se formarem em contextos informais através do contacto com pares nos quais se reforçam as questões do prazer em detrimento de outras vertentes da sexualidade, tal como a preventiva. Este reforço é por vezes efectuado também em casa através de mensagens relativas à importância da afirmação da masculinidade através da actividade sexual, ainda que pontuadas por avisos mais ou menos ambíguos relativos ao VIH.

De uma forma global, estes dados vêm uma vez mais realçar a questão do género em questões relacionadas com a Saúde Sexual e Reprodutiva, da qual aliás nunca poderão ser dissociadas, tendo em consideração as diferenças aos níveis biológico, social e cultural, que são da maior importância e que têm implicações diversas em homens e mulheres. É também e uma vez mais evidenciada a necessidade de uma intervenção mais cuidada e dirigida às necessidades específicas dos elementos dos dois sexos e neste caso mais concretamente às do sexo masculino.

Habitat

Na comparação efectuada relativamente às intenções comportamentais tendo por base o critério de comparação *habitat*, verifica-se que quer no caso da gravidez não planeada quer no caso do VIH se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos considerados. Desta forma, e também de uma forma não surpreendente, são os indivíduos provenientes de zonas rurais ou semi-urbanas os que apresentam factores de

risco mais elevados, quando comparados com indivíduos provenientes de zonas urbanas.

Estes resultados vêm confirmar as marcadas diferenças que se verificam entre zonas urbanizadas e outras mais rurais. Estas diferenças, que começam por ser as relativas à própria vivência quotidiana, aos meios nos quais os indivíduos têm a possibilidade de se movimentar e do tipo de redes sociais que estabelecem, acabam por se estender também à esfera do privado, conforme se pode constatar pelo diferencial que se verifica entre os dois grupos estudados. Parece ser claro, assim, que o meio social e ambiental no qual o indivíduo se insere vai-se reflectir a um nível muito específico do seu comportamento sexual e também, portanto, nos níveis de risco que ele irá correr.

Um dos factores que indubitavelmente estará na base da diferença é a marcada ausência de equipamentos e recursos acessíveis nas zonas interiores e menos povoadas no que respeita ao VIH e à gravidez não planeada. Este factor vai, obviamente introduzir uma diferença significativa entre zonas rurais e urbanas nas possibilidades que os jovens adultos terão para aceder a informação de qualidade e a serviços funcionais nestas duas áreas essenciais para a protecção da sua saúde.

Há também que não esquecer que as zonas semi-urbanas e rurais se referem a meios pequenos, em que as normas sociais são muitas vezes diferentes das existentes em zonas mais urbanizadas, e em que as crenças, frequentemente erróneas, têm uma influência que pode ser negativa ao nível do evitamento de uma gravidez não desejada. Nos meios mais urbanos existe uma maior divulgação de informação e são mais os recursos

institucionais de apoio a este tipo de situações o que, no seu conjunto, poderá justificar as diferenças encontradas.

Vê-se aqui reforçada a ideia de que não é possível conceber o indivíduo alheado do contexto no qual se insere que se constitui enquanto uma matriz interrelacional determinante para o seu ser e para o seu estar. Torna-se importante, desta forma, estudar e aprofundar a influência destes factores, nomeadamente no que respeita à influência que poderá ter a actual mobilidade característica das sociedades modernas, acentuada no grupo dos jovens adultos por motivos de estudo ou acesso facilitado a meios de deslocação.

Actividade profissional

A actividade profissional enquanto critério de comparação entre os sujeitos da nossa amostra relativamente às suas intenções comportamentais face ao VIH e face à gravidez não planeada revelou também diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se que são os indivíduos que exercem uma actividade profissional os que maiores factores de risco apresentam, quando comparados com estudantes e outros indivíduos sem actividade profissional.

Desta forma, parece que o iniciar da vida profissional activa vem, de facto, trazer alterações notórias para o estilo de vida dos indivíduos, de tal forma que podemos presumir, através dos dados obtidos, que existe também uma alteração nos padrões de comportamento sexual ou, pelo menos nas intenções comportamentais no que respeita a

prevenção do VIH e da gravidez não planeada. Na base destes resultados estarão factores já referidos a este propósito, tais como a independência económica alcançada (muitas vezes parcial), o multiplicar das relações e contactos interpessoais.

O início da actividade profissional constitui ainda um dos marcos decisivos na difícil transição da adolescência para a vida adulta. Funciona muitas vezes como um ritual de passagem que, bem conseguido, assume-se como um passo decisivo no sentido da autonomização do indivíduo e do assumir do papel de adulto.

Com esta transição dá-se também a solidificação (ou, em alguns casos, a disrupção) da personalidade. Desta forma e, tendo em consideração os dados aqui verificados, é de realçar a necessidade de intervir precocemente na população jovem adulta, se possível ainda antes do início da entrada no mundo do trabalho, de forma que esta transição se dê de uma forma adaptada, e que se possam reforçar os aspectos positivos do comportamento sexual dos indivíduos.

Actividade Sexual

Quando comparados os sujeitos da amostra tendo como critério o início da actividade sexual, não se verificam quaisquer diferenças intergrupais, nem no que respeita às intenções comportamentais face ao VIH nem no que respeita às intenções comportamentais face à gravidez não planeada. O iniciar da vida sexual não introduz qualquer alteração nas intenções de comportamento em termos sexuais que nos permita

afirmar existir um acréscimo do risco relativo às duas áreas em estudo em jovens adultos.

A não existência de diferenças entre os dois grupos é curiosa, uma vez que seria de esperar que o início da actividade sexual viesse trazer alterações relativamente às intenções comportamentais ao nível sexual. Isto porque se pressupõe que quem ainda não iniciou a actividade sexual tem muitas vezes determinado tipo de expectativas comportamentais que depois, na prática, poderão ser alteradas devido a factores diversos, de entre os quais se podem referir as dinâmicas relacionais estabelecidas com o(s) parceiro(s). Aparentemente isso não é confirmado pelos nossos dados que nos demonstram, pelo contrário, uma constância dos comportamentos sexuais, pelo menos em termos intencionais.

Há que não esquecer que é nesta fase da vida que ocorre habitualmente o início da actividade sexual, mas que se insere regra geral, num contexto relacional prévio que vai ter determinadas características e surtir expectativas no indivíduo. Desta forma, é possível que as expectativas comportamentais ao nível sexual sejam construídas previamente ao longo do tempo e com o desenrolar da relação, de forma que depois não se altera com o seu início. Não seria o iniciar da vida sexual que traria alterações ao nível das intenções comportamentais, mas sim a existência e o envolvimento numa relação afectiva prévia. Esta suposição parte também do pressuposto de que nesta faixa etária existe já uma maior abertura e diálogo nas relações afectivas que permitem o ajustar de expectativas e intenções à realidade do outro e da própria relação.

De qualquer forma, e dado o carácter meramente hipotético destas suposições, seria interessante aprofundar estes resultados através de estudos de carácter longitudinal, de forma a tentar perceber qual o processo de ajustamento ou inexistência do mesmo, que se processa na transição do estado de “solteiro” para o do envolvimento numa relação afectiva e, por último, para o iniciar da actividade sexual.

Parceiro Sexual

Relativamente à comparação da variável intenção de comportamento em indivíduos com e sem parceiro sexual fixo, verifica-se que os resultados divergem quando consideramos a área do VIH ou a da gravidez não planeada. Desta forma, os resultados da comparação entre o grupo dos indivíduos que têm e dos que não têm parceiro sexual fixo demonstram que não existe uma alteração significativa entre ambos no risco face ao VIH, enquanto que no caso da gravidez não planeada a presença ou ausência de um parceiro sexual fixo verifica-se ser um factor indutor de uma diferença significativa entre os mesmos grupos. Neste último caso são os indivíduos sem parceiro sexual aqueles que apresentam maiores níveis de risco face à gravidez não planeada.

Pode colocar-se a hipótese de que a dinâmica de uma relação com um parceiro poderá afectar o factor de risco face ao VIH de formas que não é possível avaliar através do nosso instrumento. Nomeadamente, é de referir a possibilidade, já estudada por outros autores (Costa & Lima, 1998; Cláudio, Pereira & Robalo, 1994) de o estado emocional vivenciado numa relação afectiva ser muitas vezes um factor que interfere com o juízo crítico, de forma a induzir uma diminuição da capacidade que o indivíduo tem para se

proteger face ao VIH. Um dos factores determinantes para que tal aconteça são os sentimentos de invulnerabilidade característicos em indivíduos envolvidos em relações afectivas.

Estas são algumas das razões que se podem levantar para justificar a ausência de diferenças no caso do risco face ao VIH, que pressupusemos, ao colocar a hipótese inicial nesta área. Pode acontecer também, de facto, que o iniciar de um relacionamento estável não seja indutor de quaisquer diferenças na intenção comportamental. De acordo com esta ideia, a intenção de comportamento dos jovens adultos seria um factor algo constante que não seria abalado pelo iniciar de um relacionamento fixo.

Por outro lado, é importante lembrar que a interpretação do conceito de “parceiro fixo” parece sofrer de importantes variações de acordo com o género, e quiçá mesmo de acordo com outras características por parte do sujeito, o que deverá suscitar alguma prudência na interpretação destes resultados.

Já no caso da gravidez não planeada, a diferença existente entre indivíduos que referem ter um parceiro sexual fixo, diferença esta aliás que se verifica com um elevado grau de significância, indica-nos existir um os indivíduos que consideram estar envolvidos em relações “fixas” apresentam intenções comportamentais mais positivas do que os restantes. Estes resultados são ainda mais significativos se considerarmos a inexistência de diferenças ao nível do risco face ao VIH. É de qualquer forma mais fácil e habitual discutir a prevenção de uma gravidez do que a prevenção de uma doença que implica a abordagem de relacionamentos passados ou de infidelidades actuais e futuras, que são sempre temas complicados no seio do casal. Há que não esquecer também que a questão

da prevenção da gravidez coloca-se de uma forma bastante urgente nos casais, apesar de nem sempre ser efectuada da forma mais adequada, conforme vimos já através da análise dos métodos contraceptivos utilizados pela nossa população.

Percepção de Vulnerabilidade

No que respeita à variável Percepção de Vulnerabilidade, quando se usa como critério de comparação a actividade sexual, verifica-se existirem discrepâncias entre as duas áreas estudadas. De facto, o início da actividade sexual surge como factor diferenciador para a vulnerabilidade percebida no caso do VIH, mas não no da gravidez não planeada. Conforme se constatou na análise individual das hipóteses, no caso do VIH, verificou-se que eram os indivíduos com parceiro sexual os que níveis mais baixos, e logo mais preocupantes, apresentavam relativamente à sua Percepção de Vulnerabilidade. No caso da gravidez não planeada, não se verifica nem um aumento nem uma diminuição dos mesmos níveis.

Uma vez que a Percepção de Vulnerabilidade se encontra relacionada com o grau de exposição percebido pelo indivíduo face a um determinado acontecimento, seria de esperar que os resultados fossem os inversos aos verificados, ou seja, que se verificassem diferenças na gravidez e não no VIH. Isto porque estamos a comparar o factor actividade sexual, e enquanto que o VIH pode ser contraído por outras vias que não sexuais, a gravidez só pode ocorrer por esse mesmo meio. Há que ter em consideração, no entanto, que se VIH tem a ele associados diversos significantes negativos e é a causa de uma doença fatal, o mesmo não sucede com a gravidez que,

mesmo sendo não planeada e podendo ter consequências graves a vários níveis, não é, à partida, causa de morte.

Esta diferença básica pode efectivamente fazer com que se dê uma alteração significativa entre a ausência de actividade sexual e o seu início apenas no caso do VIH, de forma a facilitar, para o indivíduo, a gestão da ansiedade face à possibilidade do contágio por esta doença. Distanciando-se emocionalmente do risco face ao contágio pelo VIH, é possível levar uma vida sexual mais despreocupada, sem que tal implique necessariamente uma alteração ao nível das intenções comportamentais, que permanecem idênticas (Hipótese 4).

A comparação destes dois dados é importante, uma vez que aparentemente se encontra, junto dos jovens adultos, uma diminuição na percepção de vulnerabilidade sem isso signifique um aumento significativo do risco relativamente ao VIH. Já no caso da gravidez, aparentemente a Percepção de Vulnerabilidade não é a variável mais indicada para procurar alterações no antes e depois do início da vida sexual. Outros factores eventualmente poderão dar-nos mais informações sobre esta questão.

Em qualquer caso, é importante realçar uma vez mais o facto de que a dimensão Percepção de Vulnerabilidade é a que conta com menos itens na escala, pelo que é necessário ter alguma prudência na interpretação dos resultados.

Resultados das Correlações

Na tabela 39 apresentam-se os resultados das correlações de todas as variáveis entre si. Podemos ver, nas áreas sombreadas, as correlações que ainda não foram analisadas, que correspondem ao cruzamento das variáveis relativas às duas áreas em estudo (gravidez não planeada e VIH), bem como ao cruzamento das três sub-escalas utilizadas no cálculo da variável Normas Subjectivas. Serão apenas estes os resultados que serão discutidos nesta secção. Mais uma vez se sublinharam a **negrito** os resultados que, de acordo com o critério estabelecido são consideradas como dignas de referência ($r > 0.60$).

Começando por analisar os resultados relativos às **Normas Subjectivas**, pode verificar-se que, no caso do VIH bem como no caso da gravidez não planeada, é através do cruzamento das sub-escalas desta variável com as variáveis Normas Subjectivas (Total) e Intenção de Comportamento (multi-item) que se encontram as correlações mais elevadas. Este facto não é de estranhar, uma vez que os resultados parciais das Normas Subjectivas (NS) são utilizados quer para o cálculo do valor total das Normas Subjectivas, quer para o cálculo do valor final das Intenções de Comportamento (multi-item). Existem, no entanto, algumas diferenças dignas de nota.

Tabela 39 – Correlações das variáveis relativas ao VIH e à Gravidez não Planeada

Correlações de Pearson	VIH										Gravidez não Planeada									
	Atitudes	Normas Subjectivas (Parceiro)	Normas Subjectivas (País)	Normas Subjectivas (Amigos)	Normas Subjectivas (Total)	Percepção de Controlo	Crenças Comportamentais	Percepção de Vulnerabilidade	Intenção Comportamental (multí-item)	Intenção Comportamental (único-item)	Atitudes	Normas Subjectivas (Parceiro)	Normas Subjectivas (País)	Normas Subjectivas (Amigos)	Normas Subjectivas (Total)	Percepção de Controlo	Crenças Comportamentais	Percepção de Vulnerabilidade	Intenção Comportamental	
Intenção Comportamental (item único)	.69	.53	.21	.31	.50	.41	.34	.10*	.66	.33	.21	.23	.15	.20	.23	.27	.15	.12	.29	
Atitudes	-	.45	.19	.33	.46	.45	.41	.04†	.77	.27	.47	.24	.15	.24	.25	.32	.26	.15	.39	
Normas Subjectivas (Parceiro)	-	-	.37	.50	.87	.48	.42	.07*	.75	.31	.30	.45	.25	.35	.43	.35	.29	.17	.44	
Normas Subjectivas (País)	-	-	-	.45	.67	.34	.34	.01†	.51	.25	.25	.36	.64	.42	.57	.29	.33	.26	.49	
Normas Subjectivas (Amigos)	-	-	-	-	.74	.43	.43	.05†	.65	.29	.30	.38	.40	.61	.54	.34	.33	.26	.49	
Normas Subjectivas (Total)	-	-	-	-	-	.53	.50	.07**	.83	.38	.35	.49	.47	.53	.60	.41	.38	.28	.57	
Percepção de Controlo	-	-	-	-	-	-	.58	-.03†	.82	.37	.36	.41	.32	.42	.47	.65	.51	.24	.60	
Crenças Comportamentais	-	-	-	-	-	-	-	.29	.63	.28	.30	.36	.31	.40	.43	.40	.43	.35	.46	
Percepção de Vulnerabilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	.03†	-.04†	-.06**	-.04†	-.05†	-.04†	-.04†	-.11	-.10	.16	-.08*	
Intenção Comportamental (multí-item)	-	-	-	-	-	-	-	-	.43	.46	.46	.50	.40	.53	.57	.58	.49	.28	.66	
Intenção Comportamental (item único)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.73	.51	.35	.44	.44	.53	.48	.38	.25	.69	
Atitudes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.46	.31	.41	.47	.45	.39	.23	.74	.74	
Normas Subjectivas (Parceiro)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.47	.58	.83	.53	.52	.31	.76	.76	
Normas Subjectivas (País)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.53	.78	.39	.44	.32	.63	.63	
Normas Subjectivas (Amigos)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.82	.50	.50	.37	.72	.72	
Normas Subjectivas (Total)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.57	.59	.40	.85	.85	
Percepção de Controlo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.66	.23	.84	.84	
Crenças Comportamentais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.36	.68	.68	
Percepção de Vulnerabilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.37	.37	

Nota – Todas as correlações são significativas para p<0,001, excepto onde indicado:
 * Sig. p<0,01; ** Sig. 0,05; † - N.S.

No caso do **VIH**, as correlações entre as sub-escalas NS e a escala NS total oscilam entre 0,67 ($p < 0,001$) no caso *NS-pais x NS-total*, e 0,87 ($p < 0,001$) no caso *NS-amigos x NS-total*. No caso do cruzamento *NS-amigos x NS-total*, o resultado da correlação é intermédio relativamente às duas restantes ($r = 0,74$; $p < 0,001$). Parece, assim, que são os resultados das Normas Subjectivas dos pais os que oscilam de uma forma mais próxima à totalidade das respostas da variável Normas Subjectivas.

Já no que respeita ao cruzamento entre os resultados parciais das NS e os das Intenções Comportamentais (multi-item), é interessante notar a modesta associação no caso *NSpais x IC(mi)*, que contrasta com as duas restantes correlações que são consideravelmente superiores. A dimensão NS-Pais destaca-se, desta forma, por apresentar resultados que, regra geral, não se associam de uma forma tão intensa com a intenção comportamental na área do risco face ao VIH.

Desta forma, se as Normas Subjectivas relativas aos pais constituem bons indicadores relativamente ao valor total das Normas Subjectivas, elas já não o são no que respeita ao da intenção de comportamento nos jovens adultos. A influência das figuras paternas na formação de intenções de comportamento dos indivíduos da nossa amostra é assim, e em termos comparativos, inferior à dos restantes grupos de referência, como sejam os parceiros e os amigos.

A influência dos pais parece manifestar-se ainda ao nível da importância que é atribuída às suas opiniões em termos de sexualidade, ainda que na prática exista um desfasamento entre as mesmas e as intenções de comportamento. Estes dados parecem vir reafirmar o processo de individuação e autonomia relativamente à figuras parentais que ocorre

durante esta fase da vida. Os pais não perdem o papel de referência moral que provavelmente sempre tiveram, mas já não assumem um papel determinante ao nível da vida particular do jovem, como em fases anteriores do seu desenvolvimento terão assumido. Estes resultados vêm a ser reafirmados com os dados relativos às correlações na área da gravidez não planeada, apesar das especificidades aqui verificadas.

Assim, no caso do cruzamento das variáveis NS Total e IC(mi) com as sub-escalas das NS, mas no caso da **gravidez não planeada**, o padrão verificado é semelhante, mas com algumas diferenças. Desta forma, e no caso das correlações entre as diversas sub-escalas das NS e o valor total da mesma dimensão, verifica-se que os valores são mais elevados e mais homogéneos do que no caso do VIH. Este facto vem demonstrar que, em termos globais, existe menor variação nos resultados finais das Normas Subjectivas consideradas enquanto um todo na área da gravidez não planeada do que nos resultados obtidos na área do VIH. Esta discrepância poderá ser explicada pelo facto de a escala relativa às Normas Subjectivas associadas à gravidez não planeada se encontrar no final do questionário sendo as respostas, portanto, afectadas pelo factor cansaço, resultando menos discriminativas.

Já no caso do cruzamento entre os resultados das diversas NS parciais e da variável IC(mi), os três valores encontram-se acima do limite mínimo considerado (0,60) mas, uma vez mais, é o valor relativo ao cruzamento $NS_{pais} \times IC(mi)$ de todos o que apresenta um valor mais reduzido ($r = 0,63, p < 0,001$).

Verifica-se que existe um padrão de correlações baixas ou inexistentes no cruzamento da variável **Percepção de Vulnerabilidade** com as três NS parciais quer no caso da

gravidez não planeada, quer no caso do VIH. É aliás com esta variável que se encontram os valores mais baixos nos índices de correlação e dos níveis de significância de toda a tabela. Em especial, merecem atenção os valores relativos aos cruzamentos da variável Percepção de Vulnerabilidade com os da variável Normas Subjectivas relativa aos pais e aos amigos no caso do VIH, em que se verifica uma total ausência de relação (casos assinalados com o sinal †). O mesmo acontece no caso de todos os valores das correlações associadas às NS no caso da gravidez não planeada, em que apesar de tudo, se verificam valores um pouco mais elevados, oscilando entre índices de 0,31 e de 0,37.

Passando agora à análise dos dados relativos ao cruzamento das diversas variáveis do VIH com as da **gravidez não planeada** (quarto superior direito da tabela 39), e começando precisamente pela variável **Percepção de Vulnerabilidade**, constata-se que, apesar de baixas, as correlações são todas elas estatisticamente significativas ($p < 0,001$) quando se consideram as correlações da variável PV na área da gravidez não planeada. Aqui os valores oscilam entre 0,12 ($PV_{gravidez} \times IC_{miVIH}$) e 0,35 ($PV_{gravidez} \times CC_{VIH}$). O mesmo não acontece com os valores relativos à PV no caso do VIH, em que esta variável se relaciona de uma forma muito baixa ou mesmo nula com as restantes variáveis relativas à área da gravidez não planeada.

Desta forma, e apesar de não serem muito elevados, em termos comparativos os resultados das correlações relativas à PV na gravidez não planeada destacam-se, podendo afirmar-se que, até certo ponto, nesta área, a vulnerabilidade percebida dos indivíduos tem afinidades com as diversas dimensões estudadas na área do VIH.

No que respeita aos restantes dados, são de referir as correlações moderadas que se

verificam no cruzamento, entre si, das as variáveis NS-pais ($r = 0,64$, $p < 0,001$), NS-amigos ($r = 0,61$, $p < 0,001$), NS-total ($r = 0,60$, $p < 0,001$) e Percepção de Controle ($r = 0,65$, $p < 0,001$) das duas áreas em estudo. A PC associada ao VIH também se relaciona moderadamente com a IC(mi) na área da gravidez não planeada ($r = 0,60$, $p < 0,001$). Estes dados indicam-nos que, de facto, os indivíduos apresentam resultados moderadamente coerentes entre si no que respeita a estas variáveis nas áreas da gravidez não planeada e do VIH, o que vem reforçar a ideia de que, apesar de naturalmente se revestirem de especificidades próprias, existem diversos pontos de contacto entre ambas. Tal se confirma, aliás, quando se constata que na correlação entre as duas IC(mi), variável esta composta de outras dimensões, se verifica aqui também um valor de associação significativo ($r = 0,66$, $p < 0,001$).

Os dados encontrados vêm ao encontro da ideia de que faz sentido trabalhar a prevenção do VIH e da gravidez não planeada conjuntamente. Estas não são áreas estanques, antes encontram-se intimamente associadas, nem que seja pelo simples facto de ambas estarem dependentes do comportamento sexual do indivíduo que surge da conjugação de múltiplos e variados factores, alguns deles comuns, outros distintos das questões da prevenção das doenças e da gravidez. Desta forma, existem áreas da intervenção que fazem sentido ser pensadas conjuntamente de forma a tornar essa intervenção mais eficaz e dirigida às reais necessidades dos indivíduos, neste caso em concreto, dos jovens adultos.

V. CONCLUSÕES

O grupo etário que optamos por estudar, ocupando uma posição delicada de transição entre a adolescência e a idade adulta, possui grande interesse no campo da Saúde Sexual e Reprodutiva por ser também nesta idade que o indivíduo se encontra, em termos biofisiológicos, num período áureo ao nível das suas capacidades sexuais e reprodutivas. Daí ter-se colocado um leque bastante alargado de hipóteses de forma que as conclusões possíveis são também variadas e permitem-nos o levantar de hipóteses relativas a outros grupos etários que não este.

Será importante realçar que os resultados obtidos, independentemente de apresentarem ou não diferenças inter-grupais significativas que nos permitam tirar conclusões ao nível do risco sexual na faixa etária em estudo, são regra geral bastante positivos. As médias verificadas nas diversas variáveis em estudo, nomeadamente no que respeita à intenção comportamental, pendem, regra geral para os valores mais elevados da escala, que correspondem, de facto, ao mais desejável em termos de prevenção (Anexo A).

Permanece, no entanto, incerta a relação entre a avaliação de variáveis como sejam as atitudes ou as crenças e o real comportamento dos indivíduos, uma vez que, apesar destes resultados, é ainda bastante elevada a incidência do VIH e da gravidez não planeada neste grupo. Estes indicadores apontam para a presença efectiva de comportamentos de risco que aparentemente não são, de uma forma directa, permeáveis

às campanhas de prevenção que têm vindo a ser desenvolvidas. O que, de qualquer modo, não invalida a análise dos resultados obtidos através da avaliação indirecta do factor de risco da nossa população, que nos poderá trazer informação qualitativa útil, nomeadamente para a elaboração de campanhas mais eficazes e dirigidas ao seu público alvo.

Desta forma, e no que respeita às hipóteses colocadas, podemos constatar que as variáveis sócio-demográficas, tais como o sexo, o habitat de residência e actividade profissional têm grande influência ao nível do risco comportamental do grupo etário estudado, independentemente da área considerada, VIH ou gravidez não planeada. De facto, as comparações efectuadas permitem verificar que, consistentemente, se encontram diferenças entre os sub-grupos estabelecidos com base nestes critérios. A pertença a um determinado sexo biológico, o facto de se ter já uma actividade profissional, ou o facto de se residir num determinado habitat, tem uma influência determinante sobre o comportamento sexual dos indivíduos jovens adultos.

A influência destes factores sobre o comportamento sexual provavelmente ocorre de diversas formas, quer através de processos identificatórios decorrentes da inclusão num determinado grupo, quer através dos próprios condicionantes ambientais e sociais associados ao meio de pertença. Em cada um dos casos, estes processos ocorrerão, naturalmente, de formas distintas, mas influenciando de uma forma coerente o factor de risco associado à prática sexual.

Assim, em ambas as áreas em estudo, verifica-se que são os indivíduos do sexo masculino, os residentes em zonas semi-urbanas e rurais, bem como os que já iniciaram

a sua actividade profissional, os que apresentam factores de risco mais elevados. Estes resultados, que vão ao encontro das expectativas levantadas pelos dados existentes sobre os hábitos sexuais dos jovens portugueses, deverão também ser tomados em consideração na implementação de programas de intervenção junto destes sub-grupos populacionais. Os jovens provenientes de zonas rurais do país, bem como os que já iniciaram a sua actividade profissional, dadas as próprias características a eles associadas, terão necessidades ao nível da intervenção diferentes das de outros.

Particular atenção deverá ser dedicada às questões do género. Estas diferenças verificam-se persistentemente em todos os resultados em que esta variável foi utilizada como termo de comparação. Verifica-se que as raparigas, modo geral, estão mais conscientes face ao risco sexual do que os rapazes, o que faz sentido à luz das diversas diferenças associadas ao género na sociedade. A estas diferenças, que começam por ser meramente biológicas, juntam-se as de foro cultural, profissional, económico, entre muitas outras, que reflectem a própria distribuição de poder baseado no género existente na nossa sociedade.

A dicotomia existente entre os dois sexos, apesar de se ter vindo a esbater com as profundas alterações que têm vindo a ter lugar na sociedade portuguesa e com os movimentos de emancipação da mulher das últimas dezenas de anos, encontram ainda marcados reflexos aos níveis mais básicos do relacionamento humano, como seja o sexual. É, de resto, uma preocupação actual a de trabalhar separadamente e de uma forma específica as questões do género no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. A intervenção junto dos homens em particular, enquanto fazedores de política, prestadores de cuidados, cientistas, namorados ou maridos tem vindo progressivamente a ser

destacada por parte de diversos organismos, como seja o caso da OMS (Brandrup-Lukanow & Lazarus, 1999). Os resultados por nós verificados são coerentes com esta nova perspectiva.

No que respeita à comparação dos factores de risco utilizando como critério de comparação o início da actividade sexual e a presença de parceiro sexual, não se verificaram diferenças significativas, excepto no que respeita à comparação relativa ao parceiro sexual no caso da gravidez não planeada. Neste último caso, são os indivíduos que não têm parceiro fixo os que maior risco apresentam, o que indica que os indivíduos nestas situações que se envolvam em interações sexuais com outros parceiros estão potencialmente em maior risco face à ocorrência de uma gravidez. Seria interessante, em futuras investigações, tentar perceber os motivos pelos quais isto acontece.

É também interessante verificar os resultados relativos à percepção de vulnerabilidade, dimensão cujos resultados nos permitem ter alguma informação adicional relativa às áreas em estudo. Desta forma, foi possível perceber que o início da actividade sexual traz consigo uma diminuição significativa da vulnerabilidade percebida face ao VIH. Este dado que, por si só, é algo preocupante, acaba por ser relativizado pelo facto de esta diminuição não ser acompanhada de um aumento da intenção comportamental de risco relativamente ao contágio pelo referido vírus.

Verificou-se também que a percepção de vulnerabilidade se destacou das restantes variáveis em praticamente todos os aspectos estudados. Demonstra-se assim existir uma clara independência desta variável em relação ao Modelo da Acção Planeada, o que não põe em causa a sua importância enquanto fonte de informação adicional, ou quando

integrada noutros modelos em que se constitui enquanto variável predominante.

Apesar de o nosso instrumento não avaliar dimensões relacionais de uma forma directa, o estudo das normas subjectivas permitiu-nos obter algumas informações interessantes sobre a representação que os indivíduos têm relativamente à opinião dos outros significativos, bem como sobre a importância que atribuem a essa opinião. Esta verificou-se também ser das variáveis que apresenta maior correlação com o valor final da intenção comportamental, pelo que o estudo das normas subjectivas só por si pode já dar-nos já bastante informação relativa ao risco sexual da população em causa.

Neste sentido, é curioso verificar que o valor médio das normas subjectivas relativas aos pais é, em termos quantitativos, dos mais elevados, enquanto que a relação desta variável com a intenção de comportamento global é das mais reduzidas. Esta dicotomia entre o que aquilo que é a opinião percebida dos pais e as reais intenções dos jovens adultos demonstra uma divergência significativa relativamente aos pais. Estes dados são também demonstrativos do delicado processo de autonomização que decorre nesta fase da vida e que, nos casos mais bem sucedidos, deverá culminar com uma relativa independência emocional em relação aos progenitores.

Pelo contrário, é interessante verificar que são as normas percebidas relativas aos parceiros as que uma maior correlação apresentam com a intenção comportamental ao nível sexual em ambas as áreas em estudo. Desta forma, o parceiro parece ter um papel determinante para os reais comportamentos de risco assumidos face ao VIH e face a uma gravidez não planeada. Esta situação é tanto mais importante quanto é frequentemente ao nível do próprio envolvimento afectivo e sexual que o processo de

negociação relativo ao comportamento preventivo deverá ocorrer e, como refere Bor (1997), muitas vezes o indivíduo não tem acesso a uma terminologia apropriada e definida para negociar a actividade sexual.

Estes dados chamam-nos a atenção, uma vez mais para o facto de os comportamentos de risco ocorrerem em contextos de interacção social, nos quais os factores afectivos e emocionais são de grande importância. De referir ainda que os amigos, relativamente aos quais se encontram resultados intermédios quando comparados com pais e parceiro, deverão ser considerados como elementos chave para a intervenção, uma vez que os processos de influência social ocorrem mais facilmente de forma horizontal.

Para além disso, estes dados vêm reafirmar o facto de que uma educação sexual unicamente baseada na transmissão de conhecimentos sobre a anatomia e fisiologia do sexo, como muitas vezes é a tentação e recurso mais fácil de alguns educadores, não é suficiente, sendo necessário, se não mesmo essencial a abordagem dos aspectos relacionais e afectivos da sexualidade. Só desta forma se poderá efectuar a educação para uma sexualidade saudável e consciente.

Do cruzamento das mesmas variáveis, mas relativas às diferentes áreas em estudo, entre si, verificou-se que em alguns casos se obtinham relações positivas e estatisticamente significativas. Tal é o caso da percepção de controlo, e é também o caso das normas subjectivas em termos globais e nos seus resultados específicos relativos aos pais e aos amigos. Tais resultados, indicam-nos que existem, de facto, áreas de contacto entre os factores associados ao risco relativo ao VIH e à gravidez não planeada. Permitem-nos também pensar no estabelecimento de estratégias de intervenção conjuntas para estas

duas áreas.

Muitas vezes se abordam de forma distinta os fenómenos da gravidez e do VIH, como se fossem factores sem qualquer conexão entre si, quando tal abordagem poderá na verdade não ser a mais adequada. Esta questão tem aliás sido já mencionada por outros autores, nomeadamente Fisher (1990).

Verificaram-se também existir índices de relação consideráveis entre atitudes e intenções comportamentais, quer ao nível da gravidez não planeada, quer ao nível do VIH. Apesar de, conforme várias vezes foi reforçado neste trabalho, uma medida de associação não nos dar uma relação de causalidade, estes resultados são indicadores de uma variabilidade semelhante das duas dimensões, que merecerá ser estudada e aprofundada no contexto do mesmo modelo.

Limitações do estudo e perspectivas futuras

Existem algumas limitações subjacentes ao presente estudo que devem ser realçadas, começando exactamente com as relacionadas com o instrumento utilizado. De facto, os comentários efectuados pelos indivíduos que participaram no pré-teste, bem como por muitos dos que integraram a amostra final, relativos à extensão do questionário devem constituir um alerta para esta situação. O cansaço induzido por instrumentos longos e de moroso preenchimento inevitavelmente tem os seus efeitos nas respostas que podem assim acabar por não ser discriminativas das reais dimensões em estudo.

Este problema surge na sequência da operacionalização de modelos que, tal como o utilizado nesta investigação, procuram através das suas múltiplas variáveis abranger aspectos tão complexos como o comportamento sexual dos indivíduos. Seria, no entanto, importante tentar efectuar-se a depuração dos modelos, de forma a que neles apenas se incluam as variáveis que sejam, em efectivo, relevantes para a área em estudo. Isto passa necessariamente pela elaboração e especialização conceptual das teorias em função das áreas de intervenção, o que, em parte é o que tem acontecido no contexto do VIH/SIDA.

No nosso caso, há ainda a notar o caso da variável Percepção de Vulnerabilidade que, não fazendo parte do Modelo da Acção Planeada, optamos por integrar na investigação por considerar que a sua utilização traria alguma mais valia, o que se verificou ser verdade. A falha, no entanto, e ao contrário do que aconteceu com as restantes variáveis, foi o número reduzido de itens incluídos que, aliás, se verificou terem uma baixa consistência interna quando associados nas sub-escalas respectivas.

Para futuras utilizações do instrumento, e caso se opte novamente pela inclusão desta variável, seria importante aumentar o número de itens relativos à percepção de vulnerabilidade de ambas as áreas em estudo, bem como se deveria tentar reduzir o número de itens das restantes variáveis e conseqüentemente o tamanho do instrumento, sem o prejuízo da qualidade da escala.

Uma limitação do estudo refere-se ao facto não se ter conseguido obter a representatividade pretendida da amostra de acordo com as quotas inicialmente estabelecidas em termos regionais. No entanto, cremos ter obtido uma amostra que

contém, em número considerável, indivíduos que normalmente são de difícil acesso à investigação psicológica, como sejam os provenientes de zonas pouco urbanizadas. Isto permite-nos, apesar dos problemas verificados com os questionários da zona centro, aspirar a uma representatividade nacional da amostra, e portanto a uma generalização dos resultados para a população jovem adulta portuguesa.

Outra falha do estudo refere-se a não se ter controlado o nível socioeconómico dos indivíduos, factor que se sabe pode ter influência ao nível dos resultados na área da sexualidade, conforme verificado por Weinberg et al. (1997) e por Vasconcelos (1998). No entanto, e uma vez que os locais de recolha da amostra foram bastante diversificados, acreditamos terem sido abrangidos neste estudo indivíduos provenientes dos diversos meios sociais e culturais, diminuindo, esperamos, o enviesamento das respostas devido a esta variável.

Por último, gostaríamos de referir que o estudo de áreas virtualmente distintas, ainda que no contexto mais abrangente da Saúde Sexual e Reprodutiva mas que têm entre si diversos pontos de contacto, como sejam a gravidez e o VIH, levanta problemas algo complexos ao investigador. De facto, quando se aborda a questão da utilização do preservativo, é difícil determinar com precisão se essa utilização se refere à prevenção da gravidez ou do VIH, por muito que os discursos veiculados pelos média tenham criado na opinião pública uma associação entre preservativo e VIH.

Seria interessante, portanto, averiguar até que ponto é que a motivação para a utilização do preservativo se refere à prevenção da gravidez, do contágio pelo VIH, ou de ambos. Parece-nos ser este um aspecto que é, com alguma frequência negligenciado nas

investigações nesta área.

Por outro lado, ficou ausente deste trabalho o estudo do risco comportamental associado a outras DST's que não o VIH, cuja investigação ao nível psicológico permanece ainda escassa. As várias doenças de transmissão sexual, cujo contágio em alguns casos não é evitado apenas através da utilização do preservativo, deverão ser estudadas através de instrumentos específicos e adequados, uma vez que os efeitos que poderão ter para a saúde dos indivíduos, como seja a infertilidade, podem ser bastante graves e irreversíveis.

Esta associação entre VIH e DST's é uma vez mais importante ao nível da intervenção porque muitas vezes as diversas áreas da Saúde Sexual e Reprodutiva são abordadas em separado, falando-se de SIDA sem se falar de planeamento familiar, ou das restantes DST's. E isto para não mencionar, tal como referem Berer e Ravidran (1995), que são poucos os que falam de sexo seguro após a esterilização ou durante a gravidez, bem como sobre como praticar sexo seguro enquanto se tenta engravidar.

Estas questões, que são de importância central na prevenção em sexualidade, demonstram de uma forma muito clara que faz sentido conceber a Saúde Sexual e Reprodutiva de uma forma integrada, única, e não clivada. As variadas questões a ela associadas devem ser consideradas enquanto aspectos parcelares de um mesmo campo de intervenção que por vezes fará sentido abordar em separado mas em relação ao qual é importante não perder a noção de conjunto e de globalidade.

Algumas considerações finais

A Saúde Sexual e Reprodutiva é uma área que, até agora, se tem vindo a desenvolver e a ganhar importância essencialmente ao nível do discurso político e estratégico em termos do desenvolvimento económico e social, com repercussões também ao nível da Medicina que é a disciplina que, num primeiro momento, se encontra em melhores condições de dar resposta às necessidades de intervenção nesta área. No entanto, por ser uma área ainda bastante recente, existe muito trabalho por fazer em termos das Ciências Sociais e Humanas e da Psicologia em particular.

Considerando que a Saúde Sexual e Reprodutiva surgiu da necessidade em ultrapassar os objectivos meramente demográficos no que respeita ao controlo da população e da pretensão de ir ao encontro das reais necessidades dos indivíduos em termos de sexualidade e reprodução, a intervenção psicológica, nomeadamente na sua vertente clínica, mas não só, tem aqui um papel fundamental. Não menosprezando a importância de profissionais de outras áreas, o Psicólogo é, afinal, o técnico mais habilitado a estudar o indivíduo em toda a sua complexidade psíquica, possuindo igualmente a capacidade teórica e técnica para intervir tendo como objectivo o alívio de situações de sofrimento e também a alteração comportamental, ambas as possibilidades revestindo-se de grande importância para a intervenção nesta área.

É de qualquer forma importante referir que existe já trabalho psicológico a ser desenvolvido neste âmbito em diversos contextos profissionais essencialmente ligados a instituições de saúde, mas não só. Assim, o trabalho desenvolvido por Psicólogos em

serviços de atendimento e aconselhamento a jovens, em maternidades, em centros de saúde, em linhas telefónicas de informação e apoio em sexualidade, em associações na área do VIH/SIDA, noutras pró e contra o aborto, na formação em educação sexual a professores e alunos nas escolas, no apoio a prostitutas e prostitutos em centros urbanos e rurais, entre muitas outros, incluem-se no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva.

No entanto, falta ainda a sistematização de conhecimentos, ainda escassa, que permita a criação de um corpo teórico coerente ao nível da Psicologia que fundamente a intervenção nesta área. Desta forma, consideramos estar em aberto um "novo" campo de grande interesse e riqueza para a intervenção psicológica, sendo o presente trabalho apenas uma amostra, relativa a questões parcelares, das várias possibilidades que a Saúde Sexual e Reprodutiva nos oferece.

Bibliografia

- Ajzen, I.; & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to action: a theory of planned behaviour. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.) *Action control: from cognitions to behaviours* (pp.11-39). New York: Springer, 11-39.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-221.
- Alder, B. (1997). Contraception. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.417-419). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ali, M.; & Cleland, J. (1995). Contraceptive discontinuation in six developing countries: A cause-specific analysis. *International Family Planning Perspectives*, 21 (3).
- Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amazingo, U.; Silva, N.; Kaufman, J.; & Obikeze, D. (1997). Sexual activity and contraceptive knowledge and use in school adolescents in Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 23 (1)
- Arieti, S. (1974). *The interpretation of schizophrenia*. London: Crosby, Lockwood, Staples.
- Associação para o Planeamento da Família (não datado). *A educação sexual*. Lisboa: APF.
- Bandura, A. A. (1986). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 40, 359-373.
- Bankole, A.; Singh, S.; & Haas, T. (1998). Reasons why woman have introduced abortions: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 24 (3), 117-127.

- Baptista, A. (1986). Abordagens individuais em terapia sexual. *Psiquiatria Clínica*, 7 (1): 49-56.
- Baum, A.; & Nesselhof, S. (1988). Psychological research and the prevention, etiology and treatment of AIDS, *American Psychologist*, 43 (11), 900-906.
- Berer, M.; & Ravindran, T. (1995). Pregnancy, birth control, STDs and AIDS: Promoting safer sex. *Reproductive Health Matters*, 5, 7-10.
- Boldero, J., Moore, S.; & Rosenthal, D. (1992). Intention, context, and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS, *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1374-96.
- Bor, R. (1997). AIDS. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.343-347). Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle, M. (1998). Decision making for contraception and abortion. In M. Pitts & K. Phillips (Eds.) *The psychology of health. An introduction* (pp.169-186). London: Routledge.
- Brandrup-Lukanow, A.; & Lazarus, J. (1999). Reproductive health: men's business too. *Entre Nous*, 45, p.3.
- Breakwell, G. (1996). Risk estimation and sexual behaviour. *Journal of Health Psychology*, 1 (1), 79-91.
- Brooks-Gunn, J., Boyer, C.B.; & Hein, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. *American Psychologist*, 43 (11), 958-964.
- Cláudio, V.; Pereira, M.; & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa protecção que o amor tece. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 35-50.
- Comissão Nacional de Luta Contra A SIDA (1999). *SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 1998*. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.
- Conner, M.; & Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp.121-162). Buckingham: Open University Press.
- Costa, C., & Lima, M. (1998). O papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia*, XII (1), 41-62.
- Cooper, W. (1996). Psychological counseling with young adults. In R. Woolfe & W. Dryden (Eds.), *Handbook of counselling psychology* (pp.334-355). London: Sage Publications.
- Cruz, J., & Vilaça, T. (1996). Prevenção do SIDA/VIH nos adolescentes e jovens adultos: contribuições da psicologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 219-

242.

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

DiClemente, R.; & Peterson, J. (1994). Changing HIV/AIDS risk behaviors. The role of behavioral interventions. In R. DiClemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS : theories and methods of behavioral interventions* (pp.1-4). New York: Plenum Press.

Direcção Geral da Saúde (1998). *Saúde reprodutiva e planeamento familiar. Orientações Técnicas*. Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Doyal, L. (1991). Promoting women's health. In B. Bandura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research* (pp.283-311). Copenhagen: WHO.

Epp, J. (1986). *Achieving health for all: A framework for health promotion*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare.

Fishbein, M.; & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading: Addison-Wesley.

Fisher, W. (1990). Understanding and preventing teenage pregnancy and sexually transmitted disease/AIDS. In J. Edwards, R. S. Tindale, L. Heath, & E. Posavac (Eds.), *Social influence process and prevention* (pp.71-101). New York: Plenum Press.

Figueiredo, E. (1988). *Portugal nos próximos 20 anos*, vol.II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fischhoff, B. (1997). Risk perception and health behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.157-160). Cambridge: Cambridge University Press.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading: Addison-Wesley.

Fishbein, M.; & Middlestadt, E. (1989). Using the theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. In V. M. Mays, G. W. Albee & S. F. Schneider (Eds.). *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp.93-110). Newbury Park: Sage.

Foucault, M. (1976). *A vontade de saber – A história da sexualidade*, vol.1. Lisboa: Relógio d'Água.

Freud, S. (1905). *Standard Edition*, Vol. VII. London: The Hogarth Press & The Institute of Psycho-analysis.

Garcia, S.; Snow, R.; & Aitken, I. (1997). Preferences for contraceptive attributes:

- Voices of women in ciudad Juárez, México. *International Family Planning Perspectives*, 23 (2), 52-58.
- Garcia-Marques, L. (1993). Influência social. In J. Vala, & M. M. Monteiro (Coords.) *Psicologia social* (pp.201-257). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gerrard, M.; Gibbons, F.; & Brushman, B. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin* 119 (3), 390-409.
- Ghiglione, R.; & Matalon, B. (1992). *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gibbons, F.; & Gerrard, M. (1995). Predicting young adults' health risk behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (3), 505-517.
- Giddens, A. (1995). *Transformações da intimidade – Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta.
- Giles, M.; & Cairns, E. (1995). Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: An examination of perceived behavioural control. *British Journal of Social Psychology*, 34, 173-188.
- Giraldes, M., R.; & Cordeiro, E. (1993). Análise de custos da SIDA (II) – estudo referente aos indivíduos infectados pelo VIH e doentes da SIDA assistidos no hospital de Santa Maria em 1991. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 5-16.
- Gomes, F. (1981). Os problemas sexuais na prática clínica. *Psiquiatria Clínica*. 2(2):133-142.
- Grand Dictionnaire de la Psychologie* (1993). Paris: Larousse.
- Guerra, M. P. (1998). *SIDA. Implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Guilford, J. P.; & Fruchter, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education*. Singapura: McGraw Hill International Ed..
- Halle, M.; & Maruani, G. (1975). *Teoria e prática do planeamento familiar*. Vila Nova de Gaia: Família 2000.
- Hammond, S. (1995). Using psychometric tests. In G. Breakwell; S. Hammond; & C. Fife-Schaw (Eds.) *Research methods in psychology* (pp.194-212). London: Sage.
- Huerta-Franco, R.; León, J.; & Malaraca, J. (1996). Knowledge and attitudes towards sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. In *Adolescence*, 31(121), 179-191.
- Huston, P. (1992). *The right to choose*. London: IPPF.
- Instituto Nacional de Estatística (1991). *Censos 1991*. Lisboa: Instituto Nacional de

Estatística.

- Instituto Nacional de Estatística (1996). *Relatório sobre os conceitos de: urbano, semi-urbano e rural*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (1997). *Inquérito à fecundidade e à família. Resultados preliminares*. Lisboa: INE.
- International Epidemiological Association (1988). *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- International Planned Parenthood Federation (1988). *Manual de planeamento familiar para médicos*. Lisboa: IPPF/APF.
- International Planned Parenthood Federation (1994). *Handbook & medical programme*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation (1996). *Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos*. Londres: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation (1997). *Family planning handbook for health professionals*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation (1998a). International planned parenthood federation IPPF and Cairo+5, *Entre Nous*, 40-41, 8.
- International Planned Parenthood Federation (1998b). *Sexual and reproductive health – A new approach in the community*. London: IPPF.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy*. New York: Time Books.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1991). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kelly, J.; Murphy, D.; Sikkema, K.; & Kalichman, S. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *American Psychologist*, 48 (10), 1023-1034.
- Ketting, E. (1993). Enjoying the good as much as avoiding the bad: the sexual health discussion in Europe. In P. Senanayake & R. Kleinman (Eds.) *Family planning – Meeting challenges: promoting choices*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- Ketting, E. (1996). Men and their sexual and reproductive health. *Planned Parenthood Challenges*, 2.
- Kinsey, A. (1948). *Sexual behaviour in the human female*. Filadélfia: Saunders.
- Kinsey, A. (1953). *Sexual behaviour in the human male*. Filadélfia: Saunders.
- Lawrence, J.; Brasfield, T.; Jefferson, K.; & Alleyne, E. (1995). Theoretical models

- applied to AIDS prevention. In A. Goreczny (Ed.). *Handbook of health and rehabilitation psychology*. (pp. 555-582). New York: Plenum Press.
- Lima, M. L. (1993). Atitudes. In J. Vala, & M. Monteiro (Coords.). *Psicologia social* (pp. 169-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- López, F., & Fuertes, A. (1989). *Para compreender la sexualidad*. Estrella: Editorial Verbo Divino.
- Love, B. (1992). *Encyclopedia of unusual sex practices*. New York: Barricade Books Inc.
- Lucas, J. (1993). *A Sexualidade desprevénida dos portugueses*. Lisboa: McGraw Hill.
- Machado, J. (1987). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Mahler, H. (1992). Saúde sexual e uma base conceptual para a IPPF. *Planeamento Familiar*, 55, 4-5.
- Mann, J. (1992a). Health promotion against AIDS: a typology, in J. Sepulveda, H. Fineberg & J. Mann (Eds.) *AIDS prevention through education: a world view*. New York: Oxford University Press.
- Mann, J. (Ed.) (1992b). *AIDS in the world*. Cambridge: Harvard University Press.
- Masters, W.; & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown & Company.
- Mausner, J.; & Kramer, S. (1984). *Introdução à epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- McGuigan, F. (1976). *Psicologia experimental – Uma abordagem metodológica*. São Paulo: EPU.
- McLaren, A. (1990). *História da contracepção*. Lisboa: Terramar.
- Merkle, A. (1998). Integration of FP and HIV/STD in reproductive health. *Entre Nous*, 40-41, 9.
- Meyer, D.; & Le Roux, D. (1994). The attitude towards nature, and incidence of sexual intimacy among students at a south african university. *Journal of Sex Education and Therapy*, 20 (4), 255-263.
- Miller, J.; & Bahamon, C. (1995). *Family planning management terms. A pocket glossary in three languages*. Newton: Family Planning Management Development.
- Moglia, R., & Knowles, J. (Eds.) (1997). *All about sex. A family resource on sex and sexuality*. New York: Three Rivers Press.

- Moniz, E. (1913). *A vida sexual*. Lisboa: Livraria Ferreira.
- Mora, M.; & Villarreal, J. (1993). Unwanted pregnancy and abortion: Bogotá, Colombia. *Reproductive Health Matters*, 2, 11-20.
- Netemeyer, R. G.; & Burton, S. (1990). Examining the relationship between voting behaviour, intention, perceived behavioural control and expectation, *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 661-80.
- 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 and M. McCamish (Eds.) *The theory of reasoned action: Its application to AIDS-preventive behaviour* (pp. 47-64). Oxford: Pergamon.
- O'Donnell, M. (1996). *Loss, grief, challenge, and hope*. Washington: Taylor & Francis.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Clemepsi.
- Oliveira, C. F. (1982). Planeamento familiar e contracepção. In C. F. Oliveira (Ed.), *Introdução ao planeamento familiar*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, 17-47.
- OMS (1986). *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Pais, J. M. (1996). Sexualidade. In *Jovens de Hoje e de Aqui* (pp.195-221). Cadernos Estudos Locais. Loures: Dep. Sócio-Cultural, C.M. Loures.
- Pais, J. M. (1998). Vida amorosa e sexual. In J. M. Pais (Coord.). *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea* (pp.407-465). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Paixão, T. (1993). Epidemiologia e situação actual. In F. Antunes & M. Forte (Eds.) *Manual sobre infecção pelo vírus da imunodeficiência humana* (pp.11-114). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Panos Institute, The (1992). *The hidden cost of AIDS*. London: Panos Publications.
- Parker, D., Manstead, A.; & Stradling, S. (1995). Extending the theory of planned behaviour: The role of personal norm, *British Journal of Social Psychology*, 34, 127-137.
- Patton, W.; & Mannison, M. (1995). Sexuality attitudes: a review of the literature and refinement of a new measure. *Journal of sex Education and Therapy*, 21 (4), 268-295.
- Pinto, A. (1990). *Metodologia de investigação psicológica*. Porto: Ed. Jornal de Psicologia.
- Phillips, K. (1998). The primary prevention of AIDS. In M. Pitts, & K. Phillips (Eds.),

- The Psychology of health. An introduction* (pp.149-167). London: Routledge.
- Poppen, P.; & Reisen, C. (1997). Perception of risk and sexual self-protective behaviour: a methodological critique. *AIDS Education and Prevention*, 9(4), 373-390.
- Reinisch, J.; Sanders, S.; & Ziemba-Davis (1988). The study of sexual behaviour in relation to the transmission of human immunodeficiency virus. *American Psychologist*, 43 (11), 921-927.
- Ribeiro, J. L. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. M. McIntyre (Ed.) *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-54). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Richmond, J. (1979). *Healthy People: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: US Department of Health, Education and Welfare.
- Riley, A. (1997). Sexual behaviour. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.162-165). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fears appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Petty (Ed.), *Social Psychology: A Source Book* (pp.153-176). New York: Guilford Press.
- Ross, M. (1990). Psychovenereology. Psychological aspects of AIDS and other sexually transmissible diseases. In D. Ostrow (Ed.), *Behavioral aspects of AIDS* (pp.19-40). New York: Plenum Medical Book Company.
- Sarjeant, H. (1993). Why sexual health?. In P. Senanayake & R. Kleinman (Eds.), *Family planning – Meeting challenges: promoting choices* (pp.613-617). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Seabra, A.; & Gomes, I. (1992). Intervenção psicológica na prevenção da SIDA. *Análise Psicológica*. 2 (X), 191-197.
- Shah, F.; & Zelnik, M. (1980). Sexuality in adolescence. In B. Wolman & J. Money (Eds.), *Handbook of human sexuality* (pp.84-92). London: Jason Aronson Inc..
- Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de la psychologie*. Paris: Bordas.
- Stroebe, M.; & Stroebe, W. (1995). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Strunin, L., & Hingson, R. (1992). Alcohol, drugs, and adolescent sexual behaviour. *The International Journal of the Addictions*. 27 (2), 129-145.
- Tatum, M. (1983). A rationale for sex education in the public schools, In G. Albee; S.

Gordon & H. Leitenberg (Eds.) *Promoting sexual responsibility and preventing sexual problems* (pp.378-388). London: University Press of New England.

Teixeira, C.; Rasga, B.; Antão, P.; Costa, V.; Flores, V., & Marques, I. (1996). Os médicos e a SIDA. Estudo exploratório das representações sociais da SIDA entre clínicos gerais, psiquiatras, infecciosologistas, cirurgiões e dentistas. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 269-281.

Terry, D. A.; Galligan, R. F.; & Conway, V.J. (1993). The prediction of safe sex behaviour: The role of intentions, attitudes, norms and control beliefs, *Psychology and Health*, 8, 355-68.

Terry, D.; O'Leary, J. (1995). The theory of planned behaviour: the effects of perceived behavioural control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology*, 34, 199-220.

UNICEF (1979). *Cuidados primários de saúde. Relatório da conferência sobre cuidados primários de saúde Alma Ata*. Brasil: UNICEF.

United Nations (1995). *Summary of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: United Nations Department of Public Information.

Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In M. Cabral, A. Fernandes, J. Nunes (Orgs.). *Jovens portugueses de hoje*. (pp.215-305). Oeiras: Celta.

Vaz, J. (Coord.) (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vidal, U. (1993). *La petite histoire du preservatif*. Paris: Sayros Alternatif.

Weinberg, M.; Lottes, I., & Gordon, L. (1997). Social class background, sexual attitudes, and sexual behaviour in a heterosexual undergraduate sample. *Archives of Sexual Behaviour*, 26 (6), 625-642.

Wilson, D., Zenda, A., McMaster, J.; & Lavelle, S. (1992). Factors predicting zimbabwean students' intentions to use condoms, *Psychology and Health*, 7, 99-114.

World Health Organization (1975). *WHO Technical Reports Series*, 572. Geneva: WHO.

World Health Organization (1994a). *Health population and development. WHO position paper*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1994b). *Challenges in reproductive research. Executive summary. Biennial report 1992-1993*. J. Khanna; P. F. A. Van Look & P. D. Griffin (Eds.). Geneva: WHO.

World Health Organization (1995). *Health benefits of family planning*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1997). *Communicating family planning in reproductive health. Key messages for communicators*. Geneva: WHO.

Yang, X.; Yukun, H.; LiJun, B.; & Xiuhua, J. (1995). Determinants of unwanted pregnancy and abortion in Beijing, China. *Reproductive Health Matters*, 5, 95-103.

Zapiain, J. G. (1993). *Riesgo de embarazo no deseado en la adolescência y juventud*, Bilbao: Emakunde.

Anexos

ANEXO A – ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS DIMENSÕES ESTUDADAS

Tabela A – Estatísticas descritivas das dimensões estudadas no âmbito do VIH

Dimensão	n*	Média			dp	
		m	f	Total		
Intenção Comportamental (item único)	1232	4,0	4,1	4,0	0,75	
Atitude	1180	3,9	4,1	4,0	0,55	
Normas Subjectivas	Parceiro	1233	3,8	4,0	3,9	0,77
	Pais	1339	4,5	4,5	4,5	0,68
	Amigos	1361	4,1	4,4	4,2	0,72
	Global	1205	4,2	4,2	4,2	0,61
Percepção de Controle	1293	4,0	4,2	4,1	0,57	
Crenças Comportamentais	1324	4,2	4,3	4,2	0,52	
Percepção de Vulnerabilidade	1342	3,0	2,9	3,0	0,76	
Intenção Comportamental (multi-item)	1051	11,9	12,5	12,2	1,40	

Tabela B - Estatísticas descritivas das dimensões estudadas no âmbito da Gravidez não Planeada

Dimensão	n*	Média			dp	
		m	f	Total		
Intenção Comportamental (item único)	1251	4,2	4,3	4,2	0,51	
Atitude	1197	4,0	4,2	4,1	0,47	
Normas Subjectivas	Parceiro	1311	4,2	4,4	4,3	0,66
	Pais	1322	4,3	4,5	4,4	0,72
	Amigos	1351	4,2	4,5	4,4	0,71
	Global	1268	4,1	4,3	4,4	0,52
Percepção de Controle	1337	3,9	4,2	4,1	0,57	
Crenças Comportamentais	1298	4,0	4,3	4,1	0,46	
Percepção de Vulnerabilidade	1346	3,5	3,6	3,5	0,46	
Intenção Comportamental (multi-item)	1112	12,2	12,9	12,5	1,32	

* Total de respostas válidas

ANEXO B – QUESTIONÁRIO

A Associação Para o Planeamento da Família está a realizar um estudo sobre alguns aspectos da sexualidade dos jovens portugueses.

Em cada parte do questionário existem instruções sobre o seu preenchimento. Por favor, leia essas instruções com atenção.

O questionário é anónimo e as respostas são absolutamente confidenciais. Estamos certos de que as suas respostas serão sinceras.

Algumas das perguntas são sobre questões muito sensíveis relacionadas com a sua intimidade. Se não se sentir confortável em responder, não tem que o fazer.

Se não compreender o que é questionado, não hesite em pôr a sua dúvida à pessoa que estiver a aplicar o questionário.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Parte I

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

4. Zona de Residência

Freguesia onde viveu durante mais tempo _____

Concelho de _____

Freguesia onde vive actualmente _____

Concelho de _____

5. Situação Conjugal

Solteiro

Casado

Divorciado

Separado

União de Facto

Outro _____

6. Qual a sua condição perante o trabalho?

Exerce uma Profissão Reformado/Aposentado

Doméstica Incapacitado perante o trabalho

Estudante Desempregado à procura do 1º emprego

Trabalhador/Estudante Desempregado à procura de novo emprego

Outra condição Qual? _____

6.1. No caso de exercer uma profissão, descreva sucintamente o que faz.

(Se não exerce actualmente, mas já exerceu, descreva a situação mais recente)

7. Qual o seu grau de escolaridade?

Completo

Incompleto

Sabe ler e escrever

Ensino primário completo

Ensino preparatório completo

Ensino Secundário unificado (9º ano) completo

Ensino Complementar (10º/11º ano) completo

12º ano completo

Ensino Médio completo

Ensino Superior completo

Curso _____

8. Já alguma vez teve relações sexuais?

Sim

Não

→ Passar para parte III

9. Tem um parceiro/a sexual fixo?

Sim

Não

10. Há quanto tempo? _____

11. Costuma ter parceiros ocasionais?

Sim

Não

11.1. Quantos parceiros ocasionais teve no último mês? _____

11.2. E no último ano? _____

12. Habitualmente as minhas práticas sexuais são:

Exclusivamente com pessoas do sexo oposto

Com pessoas de ambos os sexos

Exclusivamente com pessoas do mesmo sexo

13. Nas minhas actividades sexuais nos últimos 3 meses eu ou o meu parceiro/a:

- Utilizamos sempre um método contraceptivo
- Utilizamos um método contraceptivo a maioria das vezes
- Raramente utilizamos um método contraceptivo
- Nunca utilizamos métodos contraceptivos

14. O(s) método(s) contraceptivo(s) que utilizei no último ano foram (se necessário, assinale mais que uma alternativa)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Pílula | <input type="checkbox"/> | Diafragma | <input type="checkbox"/> |
| Preservativo | <input type="checkbox"/> | Método das Temperaturas | <input type="checkbox"/> |
| Dispositivo Intra Uterino (DIU) | <input type="checkbox"/> | Coito Interrompido | <input type="checkbox"/> |
| Contraceptivos Injectáveis | <input type="checkbox"/> | Espermicidas | <input type="checkbox"/> |
| Método do Calendário | <input type="checkbox"/> | Esterilização | <input type="checkbox"/> |
| Preservativo+Pílula | <input type="checkbox"/> | Preservativo+Espermicida | <input type="checkbox"/> |
| DIU+Espermicida | <input type="checkbox"/> | Met. Calendário+Preservativo | <input type="checkbox"/> |
| Calendário+Espermicida | <input type="checkbox"/> | Pílula+Coito Interrompido | <input type="checkbox"/> |
| Outro _____ | | | |

15. Onde é que obteve informação sobre os métodos contraceptivos que costuma utilizar (se necessário, assinale mais que uma alternativa)

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Amigos | <input type="checkbox"/> | Comunicação social | <input type="checkbox"/> |
| Pai | <input type="checkbox"/> | Folhetos | <input type="checkbox"/> |
| Mãe | <input type="checkbox"/> | Associações | <input type="checkbox"/> |
| Professores | <input type="checkbox"/> | Livros | <input type="checkbox"/> |
| Técnicos de Saúde | <input type="checkbox"/> | Outro _____ | |

16. Como é que adquiriu os métodos contraceptivos que utiliza? (se necessário, assinale mais que uma alternativa)

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Médico de Família | <input type="checkbox"/> | Consulta de Planeamento Familiar | <input type="checkbox"/> |
| Médico Particular | <input type="checkbox"/> | Hospital/Maternidade | <input type="checkbox"/> |
| Pais | <input type="checkbox"/> | Farmácia | <input type="checkbox"/> |
| Amigos | <input type="checkbox"/> | Supermercado | <input type="checkbox"/> |
| Outro _____ | | | |

17. Já alguma vez contraiu uma doença sexualmente transmissível (Ex: Gonorreia, Clamídia, Condilomas, Sífilis, Herpes Genital, etc.)?

- Sim Não

18.1. Já alguma vez engravidou sem o desejar? (raparigas)

Sim Não

18.2. A sua parceira já engravidou alguma vez sem o desejar? (rapazes)

Sim Não

19. Já alguma vez recorreu ao aborto para interromper uma gravidez não desejada?

Sim Não

Parte II

Preencha os seguintes quadros com uma cruz (X), de acordo com as práticas efectuadas nos últimos três (3) meses.

20. Nos últimos três (3) meses, com que frequência é que teve relações sexuais vaginais com:

20.1. Um parceiro habitual?

Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

20.2. Um parceiro ocasional?

Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

20.3. Recorrendo à prostituição?

Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

21. Nos últimos três (3) meses, com que frequência é que teve relações sexuais orais com:

21.1. Um parceiro habitual?

- Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

21.2. Um parceiro ocasional?

- Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

21.3. Recorrendo à prostituição?

- Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

22. Nos últimos três (3) meses, com que frequência é que teve relações sexuais anais com:

22.1. Um parceiro habitual?

- Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

22.2. Um parceiro ocasional?

- Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

22.3. Recorrendo à prostituição?

- Frequentemente
Várias Vezes
Algumas Vezes
Raramente
Nunca

Parte III

Nesta parte gostaríamos de lhe apresentar algumas frases sobre questões relacionadas com a utilização do preservativo e a SIDA. Por favor, responda de acordo com as suas opiniões e atitudes, mesmo se nunca tiver tido relações sexuais ou se não é sexualmente activo de momento.

Para cada uma das frases, assinale com um círculo o número que corresponde à maneira como se sente ou posiciona em relação ao que é afirmado.

Nas primeiras seis afirmações (itens 1-6), assinale um número por cada par de opostos apresentados.

1. Quando tiver relações sexuais vaginais a utilização do preservativo será:

1.1.Improvável	1	2	3	4	5	Provável
1.2.Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
1.4. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
1.3.Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

2. Quando tiver relações sexuais orais a utilização do preservativo será:

2.1.Improvável	1	2	3	4	5	Provável
2.2.Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
2.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
2.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

3. Quando tiver relações sexuais anais a utilização do preservativo será:

3.1.Improvável	1	2	3	4	5	Provável
3.2.Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
3.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
3.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

4. Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo será:

4.1.Improvável	1	2	3	4	5	Provável
4.2.Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
4.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
4.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

5. O facto de eu conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização do preservativo será:

5.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
5.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
5.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
5.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

6. Se tiver uma relação sexual com alguém que não conheça, a utilização de preservativo será:

6.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
6.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
6.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
6.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

7. Quando tiver relações sexuais, a utilização do preservativo vai depender do meu parceiro/a

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

8. Existem possibilidades de eu contrair SIDA pelos comportamentos sexuais que tenho

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

9. Se não tiver relações sexuais com toxicodependentes ou prostitutas/os não tenho que tomar precauções em relação à SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

10. O uso do preservativo nas relações sexuais vaginais poderá proteger-me contra a SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

11. Se souber que tenho SIDA já não preciso de me proteger utilizando o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

12. Se tiver relações sexuais anais estou certo/a de que vou ser capaz de utilizar um preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

13. Penso que se tiver relações sexuais sou vulnerável em relação à SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

14. Se tiver um único parceiro/a sexual, não preciso de me proteger em relação à SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

15. Se não utilizar o preservativo nas minhas relações sexuais poderei contrair o vírus da SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

16. O uso do preservativo nas relações sexuais anais poderá proteger-me contra a SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

17. Se tiver relações sexuais vaginais estou certo/a de que, se quiser, vou ser capaz de utilizar um preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

18. Se tiver relações sexuais com parceiros ocasionais sei que me será fácil utilizar o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

19. Acho que é pouco possível vir a contrair o vírus da SIDA ao longo da minha vida

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

20. Se o meu parceiro/a tiver bom aspecto não preciso de utilizar preservativo numa relação sexual

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

21. Estou seguro/a de que mesmo que o meu parceiro/a não queira utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais, serei capaz de insistir com ele

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

22. O uso do preservativo nas relações sexuais orais poderá proteger-me contra a SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

23. Quando tiver relações sexuais, mesmo se estiver sob a influência de álcool ou drogas, vou conseguir utilizar o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

24. Com o uso do preservativo nas relações sexuais com parceiros ocasionais poderei evitar contrair o vírus da SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

25. Se estiver a utilizar outro método contraceptivo quando tiver relações sexuais não utilizarei o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

26. Acho que não tenho comportamentos sexuais que me possam pôr em risco de contrair o vírus da SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

27. Se estiver muito excitado/a sexualmente quando tiver relações sexuais, não vou ser capaz de parar e colocar o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

28. A utilização de preservativo na minha próxima relação sexual depende de mim

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

29. Quando tiver relações sexuais sei que não vou ser capaz de colocar um preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

30. Se souber que vou arranjar problemas por tentar convencer o meu parceiro a utilizar o preservativo quando tivermos relações sexuais, não vou ser capaz de o fazer

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

31. Se não conhecer o passado sexual do meu parceiro/a deverei utilizar o preservativo para evitar contrair SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

32. Se o meu parceiro/a quiser ter relações sexuais sem utilizar o preservativo, vai-me ser difícil dizer que não quero

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

33. Se tiver relações sexuais sem utilizar o preservativo posso contrair o vírus da SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

34. Se o meu parceiro/a me apresentar um teste da SIDA com um resultado negativo, não preciso de utilizar o preservativo nas relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

35. Vou ter dificuldades em utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

36. Se conhecer bem o meu parceiro/a não preciso de utilizar o preservativo para evitar contrair SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

37. Acho que não sou o tipo de pessoa que possa contrair o vírus da SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

38. Se tiver muitos parceiros sexuais preciso de me proteger em relação à SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

39. Se tiver relações sexuais orais estou certo/a de que, se quiser, vou ser capaz de utilizar um preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

40. Se o meu parceiro/a não tiver relações sexuais com outras pessoas, não preciso de utilizar o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

41. Se realmente gostar do meu parceiro/a não preciso de utilizar o preservativo nas relações sexuais com ele/ela

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

42. Não vou conseguir utilizar o preservativo nas próximas vezes que tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

Parte IV

Seguem-se algumas frases sobre aquilo em que pessoas que nos são próximas pensam em relação à utilização de preservativo.

Para cada uma das frases, **assinale com um círculo o número que mais aproximadamente descreve o modo como percebe as ideias e atitudes dos outros**. Caso não tenha uma relação afectiva actualmente, responda de acordo com o seu último parceiro ou parceira.

43. O meu parceiro/a acha que utilizar o preservativo durante uma relação sexual é uma chatice

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

44. Os meus pais são contra a utilização do preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

45. Os meus amigos mais próximos acham que utilizar o preservativo com o parceiro habitual é um disparate

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

46. Os meus amigos mais próximos dizem-me que não é necessário utilizar o preservativo durante as relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

47. O meu parceiro/a é a favor da utilização do preservativo nas relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

48. Os meus pais dizem-me para utilizar o preservativo quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

49. O meu parceiro/a é contra a utilização do preservativo no sexo anal

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

50. Os meus pais acham que é um disparate utilizar o preservativo nas relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

51. Os meus amigos mais próximos são a favor do sexo seguro

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

52. O meu parceiro/a é a favor da utilização do preservativo no sexo anal

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

53. Os meus amigos mais próximos acham que utilizar o preservativo é a coisa mais acertada a fazer

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

54. Os meus pais são contra o sexo seguro

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

55. O meu parceiro/a pressiona-me para não utilizar o preservativo quando temos relações sexuais orais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

56. Para os meus amigos mais próximos o sexo seguro é um disparate

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

57. O meu parceiro/a é a favor da utilização do preservativo nas relações sexuais orais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

58. Os meus amigos mais próximos acham que o preservativo é um empecilho à relação sexual

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

59. Os meus amigos mais próximos são contra a utilização do preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

60. O meu parceiro/a é contra a utilização do preservativo durante as relações sexuais orais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

61. Os meus amigos mais próximos acham que deve utilizar-se sempre o preservativo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

62. O meu parceiro/a é a favor do sexo seguro

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

63. Os meus pais acham que só homossexuais e toxicodependentes é que podem contrair SIDA

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

64. O meu parceiro/a acha que utilizar o preservativo durante as relações sexuais é uma atitude responsável

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

65. Qual a influência que o seu parceiro/a tem no seu comportamento sexual

Nenhuma Influência 1 2 3 4 5 Muita Influência

66. Qual a importância que os seus pais têm no seu comportamento sexual

Nenhuma Importância 1 2 3 4 5 Muita Importância

67. Qual a importância que os seus amigos mais próximos têm no seu comportamento sexual

Nenhuma Importância 1 2 3 4 5 Muita Importância

Parte V

Nesta parte apresentam-se várias afirmações relativas à gravidez não desejada e à utilização de contraceção, ou seja, aos métodos que se podem utilizar para evitar a gravidez (ver nº15 da Parte 1).

Mais uma vez pedimos que procure responder a todas as questões de acordo com as suas ideias e atitudes, mesmo que não tenha actividade sexual neste momento. Para cada uma das frases, assinale com um círculo o número que corresponde à maneira como se sente ou se posiciona em relação ao que é afirmado.

Nas primeiras sete afirmações (itens 68-74), assinale um número por cada par de opostos apresentados.

68. A utilização de contraceção na próxima relação sexual será:

68.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
68.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
68.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
68.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

69. A obtenção de contraceptivos para a próxima relação sexual será:

69.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
69.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
69.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
69.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

70. A utilização de contraceção na próxima relação sexual com o meu parceiro/a habitual será:

70.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
70.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
70.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
70.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

71. A utilização de contraceção na próxima relação sexual com um parceiro/a ocasional será:

71.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
71.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
71.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
71.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

72. Se tiver uma relação sexual inesperada, a utilização de contracepção será:

72.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
72.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
72.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
72.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

73. Se não tiver contracepção disponível e tiver oportunidade de ter uma relação sexual, essa relação será:

73.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
73.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
73.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
73.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

74. Conversar com o meu parceiro/a sobre a utilização de contracepção será:

74.1. Improvável	1	2	3	4	5	Provável
74.2. Disparatada	1	2	3	4	5	Sensata
74.3. Desagradável	1	2	3	4	5	Agradável
74.4. Prejudicial	1	2	3	4	5	Benéfica

75. Se tiver relações sexuais sei que vou conseguir obter contracepção de forma a estar preparada/o

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
----------	---	---	---	---	---	----------

76. Se utilizar métodos contraceptivos adequados poderei evitar uma gravidez não desejada

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
----------	---	---	---	---	---	----------

77. Se não tiver cuidado quando tiver relações sexuais poderá ocorrer uma gravidez

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
----------	---	---	---	---	---	----------

78. Estou seguro que serei capaz de evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais

Discordo	1	2	3	4	5	Concordo
----------	---	---	---	---	---	----------

79. Se tiver relações sexuais durante o período menstrual não há o risco de ocorrer uma gravidez

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

80. Utilizar ou não utilizar contraceção quando tiver relações sexuais depende de mim

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

81. Só engravida quem quer

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

82. Conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais vai depender de mim

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

83. Quando se tem relações sexuais pela primeira vez não se corre o risco de engravidar

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

84. Não sei se vou conseguir evitar uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

85. Utilizar ou não utilizar contraceção quando tiver relações sexuais vai depender do meu parceiro/a

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

86. Se evitar uma gravidez não desejada estou a salvaguardar a minha saúde e bem estar

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

87. Estou seguro/a de que vou utilizar contraceção quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

88. Com o coito interrompido poderei evitar uma gravidez não desejada

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

89. Será muito pouco provável que consiga utilizar contracepção quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

90. Mesmo se acontecer uma relação sexual numa altura em que não esteja à espera vou conseguir evitar uma gravidez não desejada

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

91. O método que eu utilizo é eficaz para evitar a gravidez

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

92. Se utilizar métodos contraceptivos posso prejudicar a minha saúde

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

93. A utilização de contracepção é uma responsabilidade de ambos os elementos do casal

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

94. Se não utilizar contracepção adequada poderá acontecer uma gravidez quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

95. A contracepção é de difícil acesso

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

96. Sei que na minha próxima relação sexual, muito provavelmente, não vou ser capaz de utilizar contracepção de uma forma eficaz

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

97. Quando tenho relações sexuais, raramente me preocupo com a possibilidade de ocorrer uma gravidez não desejada

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

98. Tendo relações sexuais de pé não há tempo para que ocorra uma gravidez não desejada

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

99. Mesmo se o meu parceiro/a se chatear por eu falar nisso, sou capaz de insistir na utilização de contraceção quando tivermos relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

100. Quando tenho relações sexuais acho que estou a correr o risco de que ocorra uma gravidez não desejada

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

101. A possibilidade de acontecer uma gravidez não desejada quando tiver relações sexuais está fora do meu controlo

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

102. Não sei como vou conseguir obter contraceção para quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

103. A gravidez não desejada só acontece aos outros

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

104. Não há o risco de engravidar sem querer porque tenho relações sexuais poucas vezes

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

Parte VI

Mais uma vez, seguem-se algumas frases sobre aquilo em que pessoas que nos são próximas pensam, desta vez sobre questões relacionadas com a contracepção e a gravidez.

Para cada uma das frases, **assinale com um círculo o número que mais aproximadamente descreve o modo como percebe as ideias e atitudes dos outros**. Caso não tenha uma relação afectiva actualmente, responda de acordo com o seu último parceiro ou parceira.

104. O meu parceiro/a espera que eu utilize contracepção quando temos relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

105. Os meus pais são contra a utilização de contracepção

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

106. Para os meus amigos mais próximos utilizar contracepção é um disparate

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

107. Os meus pais sempre me disseram para evitar uma gravidez não desejada

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

108. Os meus amigos mais próximos são a favor da utilização de contracepção com parceiros ocasionais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

109. Os meus pais não concordam com a utilização de contracepção

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

110. O meu parceiro/a não se preocupa com a utilização de contracepção

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

111. Os meus amigos mais próximos estão sempre a dizer que a gravidez não desejada só acontece aos outros

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

112. O meu parceiro/a insiste comigo para que utilizemos contraceção

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

113. Os meus pais dizem-me frequentemente para utilizar contraceção quando tiver relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

114. O meu parceiro/a acha que a utilização de contraceção é muito importante

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

115. Os meus amigos mais próximos são a favor da utilização de contraceção em todas as relações sexuais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

116. O meu parceiro é contra a utilização de métodos contraceptivos

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

117. Os meus pais sempre se opuseram a que eu utilizasse contraceção

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

118. O meu parceiro acha que utilizar contraceção é a coisa responsável a fazer

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

119. Para os meus amigos mais próximos não faz sentido utilizar contraceção com parceiros ocasionais

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

120. **O meu parceiro acha que é um disparate utilizar métodos contraceptivos para evitar uma gravidez não desejada**

Discordo 1 2 3 4 5 Concordo

121. **Qual a influência do seu parceiro/a no utilizar ou não contracepção**

Nenhuma Influência 1 2 3 4 5 Muita Influência

122. **Qual a importância que os seus pais têm no utilizar ou não contracepção**

Nenhuma Importância 1 2 3 4 5 Muita Importância

123. **Qual a importância que os seus amigos mais próximos têm no utilizar ou não contracepção**

Nenhuma Importância 1 2 3 4 5 Muita Importância

Muito Obrigado pela sua colaboração!