

DM
SIMA/A1



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

TESE DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAUDE

CRENÇAS DE SAÚDE E
COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO
FACE AO VIH/SIDA EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS ANGOLANOS E
PORTUGUESES

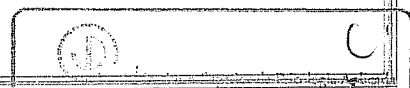
- Um estudo comparativo -

Alice do Carmo Simaria

Lisboa, 2002



15808



Classificação
Bibliográfica

15808
L106.05.05

Tel. 21 312 21 21 - Lisboa - Portugal

*Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria nº107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto "b" do nº2 do Art.º 5 do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.*

Ao meu marido

Aos meus filhos

À minha família

AGRADECIMENTOS

Endereço os meus sinceros agradecimentos:

Ao Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro pela orientação e incentivo prestado para a prossecução e finalização da minha tese de mestrado;

Ao Prof. Doutor António Francisco Mendes Pedro pelo encorajamento e experiência partilhada;

À Mestra Tânia Varela pelo apoio prestado na análise dos dados;

À Dr.^a Ana Amorim pela colaboração prestada na realização do trabalho de campo;

Aos estudantes que acederam participar neste estudo.

A todos

O MEU MUITO OBRIGADO.

RESUMO

O estudo transversal descritivo para avaliar os comportamentos sexuais de risco e as crenças saúde face ao VIH/SIDA, realizou-se através de uma escala construída para esta investigação. A escala é composta por 133 itens, e foi escolhida, após análise factorial, uma solução com seis factores responsáveis por 41,54% da variância total.

Este instrumento foi aplicado pelo método de mail type numa amostra de 198 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos.

O objectivo central foi investigar as relações existentes entre os comportamentos sexuais de risco e as crenças de saúde em jovens universitários de origem angolana quando comparados com jovens portugueses.

Dos resultados destacam-se diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito aos comportamentos sexuais de risco face ao VIH, tendo-se verificado que os jovens de origem angolana apresentaram níveis mais elevados de risco quando comparados com os jovens portugueses. Observou-se ainda, que os comportamentos sexuais de risco estão correlacionados quer positiva quer negativamente com algumas crenças nos dois grupos.

Os jovens de origem angolana iniciaram a sua vida sexual mais cedo, e apresentaram mais multiplicidade de parceiros sexuais quando comparados com os jovens portugueses.

SUMMARY

A transversal descriptive study has been made in order to evaluate the hazardous sexual behaviour as well as health beliefs towards the HIV, through the application of a scale made for this research and comprised of 133 items, having been chosen, after a factorial analysis, a solution of six factors responsible for 41,54% of the total variance.

The scale was applied through the mail type method to a group of 198 university students with ages ranging from 19 to 25 years old.

The main purpose was to research the existing relations between the hazardous sexual behaviour and the health beliefs in young university students of Angolan origin when compared with young Portuguese.

The results show significant differences between the two groups in what concerns to the hazardous sexual behaviour towards the HIV, having being verified that the youth of Angolan origin shows higher levels of hazard when compared to the Portuguese youth. It was also verified that the hazardous sexual behaviour are interlinked, either positive or negatively, with some beliefs in both groups.

The youth of Angolan origin initiates their sexual life earlier and have a higher number of sexual partners when compared to the Portuguese youth.

INDICE

I - INTRODUÇÃO.....	1
II – REVISÃO DA LITERATURA.....	4
1 - Crenças de Saúde	4
2 – Modelo de Crenças de Saúde.....	9
2.1 Crenças de Saúde e Comportamentos sexuais de risco.....	12
3 – A Sida perspectivada no contexto cultural.....	15
3.1 – Crenças sobre a causalidade das doenças em África.....	15
3.2 – Crenças e comportamento sexual em África.....	17
3.3 – A SIDA e as comunidades de origem africana.....	20
3.4 – Crenças e comportamento sexual na Sociedade Ocidental.....	25
4 – Epidemiologia.....	28
4.1 A situação do VIH/SIDA em Angola.....	28
4.2 Dados epidemiológicos de Portugal.....	30
III – OBJECTIVO.....	32
IV – MÉTODO.....	33
1- PLANIFICAÇÃO.....	33
2- PARTICIPANTES.....	34
3- MATERIAL.....	37

4- PROCEDIMENTO.....	48
5- ESTATÍSTICA.....	50
V – RESULTADOS.....	51
1 – Grupo A : Jovens de origem angolana.....	51
2 – Grupo B: Jovens de origem portuguesa.....	62
3 – Comparação de Grupos.....	71
VI– DISCUSSÃO.....	74
1 – Grupo A : Jovens de origem angolana.....	74
2 – Grupo B: Jovens de origem portuguesa.....	78
3 – Comparação de Grupos.....	80
VII– CONCLUSÕES.....	83
VIII – BIBLIOGRAFIA.....	85

ANEXO:

Escala de Comportamentos Sexuais de Risco e crenças de Saúde

I – INTRODUÇÃO

A pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) continua a ser uma preocupação mundial, não apenas pela elevadíssima morbidade e mortalidade mas também pelo seu enorme impacto socioeconómico .

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), no fim de 1999, cerca de 32,4 milhões de adultos e 1,2 milhões de crianças estavam infectadas pelo vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), responsável pelo Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). No mesmo ano, eram previstas aproximadamente, 5,6 milhões de novas infecções por VIH.

Do total de pessoas infectadas, mais de 50% pertence a uma faixa etária entre os 10 e os 24 anos.

Sendo a SIDA sobretudo uma doença sexualmente transmissível, o grupo de jovens adultos constitui um desafio particularmente difícil na luta contra esta doença . os jovens vivem um dos períodos mais vulneráveis à infecção, com susceptibilidades acrescidas e impõe-se, desta forma, que se ponham em marcha estratégias de intervenção que visem este grupo muito específico, com peculiaridades próprias.

Segundo Vilaça & Cruz (1992), os adolescentes e jovens adultos poderão ser considerados em risco porque são sexualmente activos e porque a investigação sugere que eles não tomam, enquanto grupo, precauções adequadas relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e doenças sexualmente transmitidas.

Dentro dos factores que contribuem para este panorama, encontram-se crenças e concepções face à sexualidade e à doença, e nesta perspectiva, qualquer mensagem lançada no âmbito da prevenção da transmissão do VIH nestes grupos, deve ser cuidadosamente elaborada, tendo em conta essas mesmas crenças.

Por outro lado, sendo Portugal um país onde se faz sentir uma forte presença de populações migrantes oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e havendo notícia da progressão rápida e descontrolada da doença, em África, pensou-se que teria interesse recolher alguma informação preliminar a este respeito, em estudantes universitários de uma comunidade africana residente em Portugal, mais especificamente da comunidade angolana, que nunca foi alvo de estudo nesta matéria.

Embora não existam dados relativos à incidência dos casos de SIDA nesta comunidade, é possível presumir, em função de uma anunciada identidade cultural angolana, a existência de particularidades relacionadas com atitudes e crenças sobre a virilidade, sobre o que a gravidez simboliza para ambos os sexos e ainda sobre a saúde e a doença (Carvalho et al, 1997), que poderão influenciar decisivamente a prevenção da transmissão sexual do VIH.

Neste sentido, parece-nos relevante a perspectiva de Valdiseri (1989) no que diz respeito à necessidade dos programas de prevenção contemplarem um conhecimento prévio dos diferentes grupos de indivíduos considerados comportamentalmente em risco.

É assim sublinhada a utilidade do estudo das características especiais de um grupo ou de uma cultura, ao nível do planeamento de programas de prevenção que o grupo venha a considerar relevantes, realistas e aceitáveis.

Os determinantes psicológicos dos comportamentos de risco face à infecção pelo VIH têm sido amplamente estudados, sendo vários os modelos teóricos que procuram explicar quais as variáveis psicológicas associadas ao desempenho de comportamentos de risco associados à transmissão do VIH.

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS), desenvolvido a partir dos anos 50 por psicólogos ligados ao serviço de saúde pública dos E.U.A, para prever os comportamentos de prevenção ligados à saúde, é cada vez mais uma referência teórica central nos estudos comportamentais sobre SIDA (Santos Lucas, 1992).

Este modelo propõe que todos os actos de um indivíduo são baseados em crenças, identificando elementos da tomada de decisão como a percepção de susceptibilidade e da severidade da doença, bem como as barreiras e os benefícios relacionados com a prevenção (Rosenstock et al, 1988).

De acordo com Lollis et al(1997), os estudos realizados com estudantes Universitários que tiveram por base o MCS obtiveram resultados consistentes que suportam a utilidade deste modelo.

Tendo em consideração estes pressupostos, procurámos saber se existem diferenças significativas nos comportamentos sexuais e nas crenças de saúde face ao VIH em estudantes universitários de origem angolana quando comparados com estudantes universitários de origem portuguesa.

As práticas sexuais dos estudantes universitários colocam perante um risco aumentado em relação ao HIV e à SIDA. Estas práticas incluem: múltiplos parceiros sexuais (Basen -Engquist; Knox & Schacht cit Lollis et al, 1997), sexo oral e anal sem protecção (Cochran, Keidan, & Kalechstein; Johnson, Gilbert, & Lollis; Lollis, Johnson, Antoni, & Hinkle cit Lollis et al, 1997) e uso irregular de preservativo (Butcher, Manning, & O' Neal; Severn cit Lollis et al, 1997).

Pareceu-nos pertinente um estudo exploratório que procurasse investigar comportamentos sexuais de risco e crenças de saúde face à SIDA., em jovens adultos heterossexuais, de duas culturas diferentes, mas com ligações históricas muito particulares.

Face à realidade portuguesa neste contexto é necessário dar mais atenção aquilo que faz falta na prevenção da SIDA em Portugal, nomeadamente ao nível da prevenção e da educação para a saúde, desenvolvendo programas de prevenção dirigidos a grupos sociais específicos, em função duma avaliação adequada e prévia de necessidades.

II – REVISÃO DA LITERATURA

1 – CRENÇAS DE SAÚDE

Em primeiro lugar, é importante referir que o termo crença tem, neste estudo, um significado diferente daquele que lhe é dado no senso comum, ou seja, é uma proposição intrínseca à teoria da base do Modelo de Crenças de Saúde (Pais Ribeiro, 1998).

De acordo com Kirscht (cit. Pais Ribeiro, 1998), “crença, abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos”.

Recentemente, têm sido realizadas um número considerável de investigações acerca da relação entre doença, hábitos de saúde e crenças de adultos (Steptoe & Wardle, 1992).

De facto, a pesquisa sobre o comportamento individual relacionado com a saúde é um dos campos da psicologia que se tem desenvolvido rapidamente, nomeadamente por investigadores que se têm dedicado ao estudo da modificação do estilo de vida (Steptoe & Wardle, 1992).

O estudo dos comportamentos relacionados com a saúde baseia-se essencialmente em duas conjecturas: Nos países industrializados, uma parte substancial da mortalidade deve-se aos padrões de comportamento individual, sendo estes modificáveis (Stroebe & Stroebe, 1995).

Efectivamente cada vez mais se reconhece que os indivíduos podem dar importantes contribuições para a sua própria saúde e bem-estar através da adopção de determinados comportamentos que promovem a saúde (por exemplo, o exercício) e

de evitar outros que a comprometem (por exemplo, o fumar) (Conner & Norman, 1996).

A identificação dos factores que sublinham estes comportamentos relacionados com a saúde tornou-se nos recentes anos, o objectivo de algumas pesquisas, no âmbito da psicologia e de outras disciplinas relacionadas com a saúde.

Esta investigação tem sido motivada, principalmente, por dois factores. Primeiro, o desejo de delinear intervenções de modo a modificar a prevalência de tais comportamentos e promover melhorias na saúde dos indivíduos e das populações; segundo, o desejo de adquirir um conhecimento mais geral sobre as razões que levam os indivíduos a adoptar diferentes comportamentos (Conner & Norman, 1996).

Uma série de factores responde pelas diferenças individuais na tendência para empreender comportamentos relacionados com a saúde, tais como os factores demográficos, factores económicos, factores sociais e culturais, factores emocionais e relacionais, factores relacionados com o acesso aos cuidados médicos e factores relacionados com a personalidade (Conner & Norman, 1996).

Contudo, têm sido os factores cognitivos, isto é, aquilo que as pessoas sabem ou acreditam, que tem atraído a atenção dos psicólogos (Stephens & Wardle, 1992).

Os factores cognitivos desempenham, assim, um papel importante nos comportamentos relacionados com a saúde. As pessoas fazem muitos julgamentos que têm impacto na sua saúde, ao fazerem uma avaliação das condições gerais da sua saúde, isto é, se esta é boa ou má. As pessoas tomam, também decisões acerca de questões, tais como, "devo eliminar o açúcar da minha dieta?", "devo começar a praticar exercício físico?", "devo parar de fumar?", "devo continuar com estes comportamentos de saúde se os iniciar?" contudo, importa não esquecer que, por vezes, as respostas baseiam-se em conceitos errados. Desta forma, será que as crenças de cada pessoa afectam a sua saúde? (Sarafino, 1990).

Para Conner e Norman (1996), estes factores cognitivos tais como as crenças, as atitudes e o conhecimento, e a sua importância na determinação dos comportamentos

relacionados com a saúde, têm sido alvo de uma série de estudos fundamentais para a construção de uma série de modelos.

Para estes autores, as crenças acerca da saúde, das doenças e da medicação variam de indivíduo para indivíduo e formam-se através de informação que as pessoas adquirem de fontes sociais e culturais e, também, através da sua própria experiência passada com as doenças.

Um levantamento das crenças acerca da importância do comportamento para a saúde, revelou que o estilo de vida é relevante para a saúde. As pessoas que têm um modo de vida mais saudável têm crenças mais firmes na importância do comportamento para a manutenção da saúde do que outras pessoas (Steptoe & Wardle, 1992). Estes autores consideram que as crenças no valor de acções preventivas encontram-se associadas à probabilidade dessas acções serem empreendidas.

Para Pill (1991), o estudo das crenças de saúde e do comportamento assume grande importância quando se fala em promoção da saúde. O estilo de vida predominante da sociedade é essencial para esta área, uma vez que promove padrões individuais de comportamento, sejam eles benéficos ou nocivos para a saúde. A promoção de estilos de vida que contribuem para a saúde envolve a consideração de estratégias pessoais de coping e de crenças e valores relacionados com a saúde, todas elas marcadas pelas experiências e condições de vida.

Desta forma, todos aqueles interessados na promoção da saúde, necessitam de examinar mais de perto algumas das hipóteses subjacentes à pesquisa das crenças de saúde e comportamento relacionado com a saúde, uma vez que irão ter influência no modo como a promoção da saúde é implementada.

Uma pessoa realiza uma série de actividades com a crença que essas actividades podem contribuir para proteger a sua saúde e que a sua maior parte não requer ou envolve o contacto com o sistema formalizado de cuidados de saúde. O conhecimento acerca do que se acredita que seja eficaz na manutenção da saúde é, então,

essencial se deseja reforçar um comportamento positivo relacionado com a saúde (Harris & Guten, citados por Pill, 1991).

Nos estudos dos países desenvolvidos, o trabalho dos antropólogos e sociólogos que têm investigado o comportamento relacionado com a saúde e doença em contextos diferentes pode, por vezes, constituir uma ajuda importante.

As suas descobertas chamam a atenção para a associação dos conhecimentos e crenças acerca da saúde com outro tipo de conhecimentos, crenças e valores existentes na sociedade, para a probabilidade de se descobrirem um grande número de concepções e para o facto desta coexistência de concepções, aparentemente incompatíveis, poderem ser associadas à presença de grupos, dentro da sociedade, com diferentes ideologias (Pill, 1991).

Os estudos de autores como Cornwell e Pierret (1984, citados por Pill, 1991) mostram a existência de uma ligação estreita entre crenças relativas à saúde e experiências e condições de vida às quais os indivíduos estão expostos. Os trabalhos de Cornwell e Pierret sugerem que a posição socio-económica que os indivíduos ocupam numa sociedade contemporânea irá influenciar as suas teorias acerca da saúde e comportamento, assim como as originadas pelas diferenças de etnia e religião.

O estilo de vida das pessoas que vivem nas sociedades ocidentais industrializadas, como nas outras sociedades, aquilo que pensam e dizem sobre a sua saúde, reflecte a sua visão sobre si mesmo e sobre o seu mundo. O sexo, a idade, a raça, a filiação religiosa, entre outros factores, podem exercer uma importante influência no tipo de experiência pessoal e podem, assim, estar associados a variações sistemáticas no conhecimento sobre a saúde, crenças e comportamento, apesar da pouca atenção que tem sido prestada a estes temas (Pill, 1991).

As variações sistemáticas nas crenças de saúde observadas em diferentes grupos de pessoas, poderão ser o resultado de contextos muito diferentes entre si, dentro dos quais os indivíduos podem interpretar e integrar, no seu quotidiano, as mensagens biomédicas a que estão expostos (Pill, 1991).

Chrisman (1997, citado por Pill, 1991) sugere que a variação das crenças de saúde associada a factores socioeconómicos deve-se, fundamentalmente, às características da rede familiar, de amizades e da rede de conhecimentos e à sua influência. São levantadas, então, duas hipóteses: quanto mais fechada e hermética é a rede dos indivíduos, (1) maior é a probabilidade das crenças de saúde existentes serem mantidas, devido à pressão exercida no sentido da conformidade com as normas do grupo e (2) maior é a probabilidade do conteúdo das crenças divergirem do ponto de vista médico.

Esta abordagem começa por proporcionar uma estrutura teórica que examina várias questões, tais como a persistência das crenças de saúde e os factores associados à mudança. Chama a atenção para a importância das características do grupo no processo pelo qual as crenças e os comportamentos relacionados com a saúde são transmitidos aos indivíduos. Salienta-se, então, a potencialidade destas redes em fornecer suporte social e até influenciar a saúde dos seus membros (Pill, 1991).

Mas qual será a relação entre crenças e comportamento?. Até prova em contrário, certos investigadores continuam a assumir que, o que os indivíduos acreditam constitui um bom preditor do seu comportamento futuro. Contudo, esta questão da natureza exacta da relação entre crenças de saúde e comportamentos deve, segundo alguns, aguardar por estudos longitudinais que possam fornecer uma informação mais correcta sobre os factores que influenciam as primeiras (Pill, 1991).

Como teremos oportunidade de aprofundar no próximo capítulo, esta questão levantada por Pill, é certamente, um dos factores de peso para a actual falta de consenso no que diz respeito ao valor predictivo do MCS.

2 – MODELO DE CRENÇAS DE SAÚDE

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) é um modelo que aborda o problema da adopção de comportamentos e que explica quer a mudança de comportamentos quer os factores que influenciam a percepção que o indivíduo tem de estar em risco. Este modelo já foi usado em muitos estudos sobre comportamentos preventivos de saúde, desde que foi originalmente desenvolvido por Rosenstock em 1966 (Abraham et al, 1992).

Segundo Sheeran & Abraham (1996), de acordo com este modelo, a prontidão dos indivíduos para procederem a uma determinada acção em relação à sua saúde é determinada por quatro factores ou crenças. Em complemento, e no sentido de aumentar o valor explicativo do MCS Becker e Rosenstock (1984) incluíram ainda dois factores:

- 1- Percepção de susceptibilidade à doença
- 2- Percepção da gravidade da doença
- 3- Percepção dos benefícios da acção em relação à saúde
- 4- Percepção das barreiras existentes para proceder à referida acção
- 5- Motivação para a Saúde
- 6- Percepção de auto-eficácia para realizar uma acção específica

Os seis factores perceptivos do Modelo de Crenças de saúde são: susceptibilidade, gravidade, benefícios e barreiras. Assim, neste modelo a susceptibilidade é uma avaliação cognitiva em que a pessoa acredita que é provável que venha a contrair uma doença se não forem tomadas medidas de prevenção. A gravidade representa uma avaliação cognitiva da seriedade das consequências que uma pessoa acredita que irá sofrer se contrair uma doença. Quanto mais sério considerar que são as consequências, maior a probabilidade do indivíduo efectuar a acção preventiva. Os benefícios são vistos em termos da compreensão da eficácia das acções preventivas.

As Barreiras para as acções preventivas representam uma avaliação cognitiva da compreensão dos custos dos comportamentos preventivos (Eisen, 1992)

O conjunto destes factores ligados às crenças produz um grau de prontidão psicológica para o acto; se o grau de prontidão é acima do limiar e as condições ambientais permitem a acção, o comportamento é provável que ocorra ou seja modificado para ser iniciado (Becker et al, 1977).

De acordo com Rosenstock (1974) é necessário uma pista ou sinal para que se possa iniciar a acção. Isto significa que para a doença ser percebida como ameaçadora e para que a acção seja iniciada, terá de haver uma deixa para a acção, quer seja interna, tal como o início dos sintomas, quer seja externa, por exemplo campanhas dos meios de comunicação social (Rutter, 1993).

Assim, as deixas internas ou externas que os indivíduos associam à realização de acções ligadas á saúde, são consideradas necessárias para iniciar essas mesmas acções (Rutter, 1993).

Deste modo, as crenças devem ser vistas como o caminho final para o comportamento (Becker et al, 1977). Sem esquecer que segundo Sigel (1985) as crenças são importantes determinantes da acção.

O Modelo de Crenças de Saúde teve um papel significativo na breve história da investigação dos comportamentos relacionados com a saúde. Este modelo é conhecido como um modelo de valor e expectativas, que diz respeito à prevenção primária (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). No entanto, este modelo também é utilizado tendo em vista a prevenção secundária e a prevenção terciária (Eisen, 1992).

O MCS originalmente foi desenvolvido para explicar comportamentos preventivos de saúde, contra uma doença em particular, por indivíduos que não sofrem dessa doença (Eisen, 1992) e segundo Becker e Maiman (1975) para prever o cumprimento de recomendações preventivas em relação à saúde.

Numa revisão crítica, Leventhal et al (1985) afirmaram que o Modelo de Crenças de Saúde é o Modelo cognitivo usado mais frequentemente em estudos sobre comportamentos de saúde e cumprimento desses comportamentos. O modelo foi também largamente usado no desenvolvimento de intervenções, tendo como objectivo os comportamentos relacionados com a saúde.

Têm sido planeadas muitas intervenções em torno das crenças relacionadas com a saúde. As crenças na saúde não eram as únicas considerações envolvidas no desenvolvimento de mensagens, mas elas providenciaram uma estrutura organizada. De facto, o Modelo de crenças de saúde tem um valor significativo como sendo um projecto heurístico no desenvolvimento de intervenções.

Muitos estudos examinaram a capacidade do modelo em prever a aceitação ou rejeição dos indivíduos às recomendações preventivas para a saúde, e a sua tendência para cumprir as recomendações durante períodos de doença aguda (Becker, et al 1972; Becker, Drachman & Kirscht, 1974). No entanto, segundo Janz & Becker (1984) poucos estudos usaram este modelo para prever qual a aderência a regimes médicos por parte de indivíduos que sofrem de doenças crónicas.

O MCS Chama a atenção para a vulnerabilidade pessoal e para as expectativas que as pessoas têm, assim como para que acção é que está implicada na ameaça. Chama também a atenção para o valor atribuído à alteração do comportamento de vários géneros e reconhece que existem custos pessoais, sociais e ambientais para a alteração do comportamento.

2.1 – Crenças de Saúde e comportamentos sexuais de risco

Nos últimos anos, alguns autores têm questionado o valor preditivo do MCS, fazendo referência a algumas limitações: a) a maioria das investigações testar individualmente as variáveis do modelo, em vez de este ser testado como um todo, b) o modelo não tem em consideração factores ambientais, sociais e económicos, e apenas valoriza o individual, c) não explica a inter-relação entre as crenças, pondo-se a questão se o modelo é linear ou multifactorial, (Ogden, 1999).

Controvérsias, à parte, cabe-nos apresentar resumidamente, alguns estudos no âmbito dos comportamentos sexuais de risco tendo por base o MCS:

Abraham e colaboradores (1992), realizaram um estudo com uma amostra de 690 jovens escoceses com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos, com o intuito de avaliar a relação entre as 6 dimensões do MCS (percepção de gravidade, percepção de susceptibilidade, auto-eficácia, antecipação de custos e percepção de benefícios, motivação para a saúde e pistas para a acção).

No que diz respeito aos resultados os autores constataram o seguinte:

1 – A percepção de barreiras ou custos são um importante preditor dos comportamentos preventivos.

2 – Existem diferenças na percepção de gravidade e de desconforto por andar com preservativos em função do sexo, sendo as mulheres quem percepção a doença como mais grave, e sente maior inibição em ter consigo preservativos.

3- Os níveis de percepção de eficácia do uso de preservativo foram elevados, mas a intenção em usar preservativo foi relativamente baixa o que segundo os autores se poderá explicar pelo facto de a percepção de barreiras (redução do prazer sexual, opinião desfavorável do parceiro, e crenças relacionadas com consequências sociais do uso de preservativo) poder influenciar fortemente as intenções comportamentais.

Lollis e colaboradores (1997), realizaram um estudo com 122 (58 homens e 64 mulheres) jovens estudantes, heterossexuais, com idades compreendidas entre os 17 e os 33 anos, e cujo objectivo era o de testar a eficácia do modelo de Crenças de Saúde como preditor do uso de preservativo e de comportamentos sexuais de risco.

Verificou-se que:

- 1 – os componentes do MCS, foram mais eficazes a predizer o comportamentos sexual de risco das mulheres do que dos homens;
- 2 – Nas mulheres, existiu uma correlação positiva entre o número de parceiros sexuais e a percepção de risco;
- 3 – Os componentes do MCS foram bons preditores do comportamento sexual de risco nas mulheres no que diz respeito ao uso de drogas e consumo de álcool durante o acto sexual, mas não conseguiram predizer o uso de preservativo durante o sexo vaginal e oral.

No estudo de Montgomery e colaboradores (1989), com homens bissexuais, os resultados sugeriram que a percepção de benefícios estava significativamente relacionada com a redução de comportamentos de risco, e que a percepção de risco não estava relacionada com a mudança de comportamento a longo prazo.

Estes estudos, no entanto, foram realizados com indivíduos bissexuais, e a generalização destes resultados para outros grupos de indivíduos não foi ainda estabelecida.

Num estudo realizado por Simon & Das (1984), com 416 estudantes universitários americanos, os resultados apontam para: a) uma forte correlação positiva entre a percepção de benefícios e os comportamentos preventivos face às DST/SIDA; b) A percepção de susceptibilidade estava positivamente correlacionada com a intenção de fazer testes às DST/SIDA; c) a percepção de barreiras ou custos teve uma correlação negativa moderada com a intenção de fazer testes às DST/SIDA.

Basen – Engquist, (cit. Lollis et al,1997) num estudo com estudantes universitários concluiu que as barreiras para o uso de preservativo (vergonha, razões morais do uso de preservativo) em conjunto com a percepção de susceptibilidade e a auto-eficácia estavam fortemente relacionados com a intenção de usar preservativo.

Um estudo longitudinal realizado por Dorren Rosenthal & Shepherd, em 1993, com jovens australianos, cujo propósito foi o de avaliar o comportamento sexual, conhecimentos sobre VIH/SIDA e as atitudes em relação aos preservativos, nos últimos seis meses anteriores ao estudo.

As autoras avaliam os comportamentos sexuais face a dois tipos de parceiros (regular e ocasional), pois o risco que os jovens correm poderá depender do tipo de parceiro com quem se estão a relacionar.

Em termos de resultados do estudo de Rosenthal & Shepherd (1993), verificou-se que:

- 1 – Os jovens são na sua maioria monogâmicos e têm relações amorosas duradouras;
- 2 – Existiu um nível elevado de comportamentos de risco com parceiros regulares, ou seja, grande parte dos jovens não se protege. As autoras sugerem que o facto dos adolescentes terem a crença de que a monogamia e o evitamento de parceiros ocasionais são, por si só, eficazes na protecção contra a infecção pelo VIH, explica estes resultados.
- 3– O uso de preservativo não estava relacionado com o tipo de parceiro.

naturais, aos antepassados, aos feiticeiros ou devida à influências que remontam ao tempo das colonizações, portanto trazidas do Ocidente pelos brancos), ou uma causa endógena, quando se prende com a transgressão de regras e interditos, funcionando nesta perspectiva, como um sinal de que uma conduta imprópria esteve na origem da doença. O indivíduo é responsável pela doença, na medida em que transgride um interdito (Charles-Nicolas et al., 1990; M'Bokolo, 1984).

De uma maneira geral, a origem das DST é atribuída à colonização, isto é, a sua aparição é relacionada com a colonização, sendo consideradas como provenientes do Ocidente, trazidas para África pelos brancos. Efectivamente, os escritos missionários do séc. XIX, sobretudo na África Central, dão conta quer do aparecimento quer do aumento da incidência das DST (M' Bokolo, 1984). São doenças socialmente estigmatizadas e associadas a vergonha (Lamptey & Weir, 1992; Sabatier, 1989).

Simbolicamente, também se considera que podem surgir como sanção ao adultério (transgressão de um interdito), relacionado com as mulheres. Com efeito, Augé (1984), refere que em certas sociedades matrilineares, as mulheres são o garante da continuidade das linhagens, suportando, portanto, grande número de proibições. Elas são, também, o agente de sanção do grande interdito que é a relação sexual ilícita.

3.2 – Crenças e comportamento sexual em África

A SIDA é frequentemente associada com medo, estigma, rejeição, solidão, ódio, abandono, desonra, vergonha, culpa, frustração, perda de saúde, depressão, discriminação, negação secretismo, diminuição da auto-estima e morte. Frequentemente classificam-se os outros como pecadores, intensifica-se a homofobia e se é forçado a falar explicitamente sobre drogas, sexo e prostituição (Morales & Bok, 1992).

De acordo com Mays (1990), a SIDA é uma doença epidémica de proporções catastróficas para todos aqueles afectados por ela. Ora, as epidemias constituem um perigo sério, que compromete o funcionamento e a sobrevivência de grupos sociais. As fases iniciais de uma epidemia são acompanhadas por um processo de negação social, caracterizado por um mecanismo inconsciente de defesa contra o medo e a ansiedade.

Diversos factores poderão impedir a resolução deste processo, tais como, factores geográficos ou, principalmente, o isolamento emocional da ameaça, traduzido pela crença de que não existe uma ameaça real ao grupo a que se pertence, porque aqueles que estão em risco, face determinada situação, representam um grupo diferente em idade, raça, sexo, classe social, orientação sexual, religião ou outras características identificativas (Fullilove, 1989).

De acordo com a autora acima citada, esta questão tem ilustração, actualmente através da epidemia da SIDA, que muito tem afectado grupos étnicos e sexuais minoritários.

Segundo Charles-Nicolas et al. (1990), os africanos tomaram contacto com a existência da doença, através do ocidente. As primeiras referências a que terão tido acesso, associavam a doença unicamente aos homossexuais e só posteriormente, incluíam outros grupos, então denominados como grupos de risco, que continham, para além dos referidos, o das prostitutas, o dos toxicod dependentes e o dos

transfusionados. Finalmente, cerca de 1985, foi colocada a hipótese da origem africana do vírus da SIDA, por cientistas ocidentais (Sabatier, 1989).

De acordo com Grmek (1990), estas hipóteses foram consideradas como insultuosas e racistas pelos africanos, permitindo fantasias e generalizações irrealistas sobre desordens comportamentais ao nível sexual associadas a poligamia, liberdade nos costumes e prostituição como prática corrente.

Esta situação terá fornecido argumentos para a designação geral de mais um “bode expiatório”. Para além dos toxicod dependentes e dos homossexuais, os imigrantes e os negros eram responsáveis (Charles-Nicolas et al., 1990).

O imigrante, o outro, o estranho exterior à comunidade, foi, pois, designado como fonte do mal (Fainzang, 1989).

Em África, a par com as reacções de incredulidade e suspeita face a um discurso encarado como hostil e com uma insuficiência ao nível da difusão de informação adequada, engendra-se uma reinterpretação sobre a origem e a transmissão da doença.

Assim, nesta perspectiva, a SIDA nasceu no Ocidente, através da constante transgressão dos interditos sociais (homossexualidade, adultério, toxicomania, liberdade sexual das mulheres), e foi introduzida em África por turistas bissexuais e homossexuais, prostitutas, por forma a que somente as relações sexuais com brancos ou com prostitutas com clientes brancos, ou imigrantes oriundos do Ocidente, poderiam ser fonte de contaminação pelo vírus (Sabatier, 1989).

A SIDA, tal como outras doenças, surge como consequência maléfica de uma transgressão de interditos ou através da intervenção de antepassados descontentes, espíritos ou de inimigos (Guy & Adotevi, 1989).

Desta forma, o conceito de comportamento de risco, está associado à transgressão de leis sociais – são comportamentos desviantes, travados com indivíduos impuros, que irão receber punição divina.

Nos Estados Unidos, junto das populações negras, tal como, em África geraram-se teorias conspiratórias com base na crença de que a SIDA é uma forma de genocídio lançada pela sociedade branca, no sentido de eliminar a raça negra (Thomas, 1992).

De acordo com Charles-Nicolas et al. (1990), muitos africanos não vivenciam a SIDA como uma realidade mórbida que afecta a África, preferindo ignorar o problema. Este processo tem vindo a atrasar a luta contra a epidemia.

Nesta perspectiva, a utilização do preservativo, para algumas populações africanas, significa comprometer a energia e a vitalidade que o esperma confere à mulher, bem como, representa um obstáculo à procriação, que é, para ambos os sexos, algo de fundamental dos pontos de vista social, simbólico e psicológico.

Estas crenças atribuem à utilização do preservativo um valor de desrespeito e desconsideração para com a mulher, bem como uma desconfiança, para além de representar, ainda, a supressão de um "sopro da vida", essencial à mulher (Guy & Adotevi, 1989).

Por outro lado, o preservativo ou qualquer outra forma de contracepção significaria para o homem, deixar unicamente evitar um nascimento do qual ele não seria autor (Charles-Nicolas et al, 1990).

Desta forma o preservativo aparece como uma barreira, cuja utilização contradiz, formalmente, todas as representações da ligação entre um homem e uma mulher, remetendo, sempre, para um procedimento local de contracepção (Guy & Adotevi, 1989).

3.3– A SIDA e as Comunidades de origem africana

Fullilove (cit. Weistein & Lawson, 1989), refere que a maior parte da investigação em minorias étnicas, tem sido orientada pela vontade de descrever o modo como estas são atingidas pela epidemia da SIDA, sem se procurar compreender as razões que poderão estar na origem da situação.

Para combater a SIDA em grupos minoritários, é essencial avaliar os conhecimentos, atitudes e comportamentos, dentro da própria comunidade, para delinear programas que correspondam especificamente às necessidades desses grupos (McCallum, Esser-Stuart, Howell & Klemmack, 1992).

Alguns autores, referem-se à necessidade de existência de uma maior compreensão dos factores culturais e sociais em jogo nas comunidades migrantes de origem africana e o papel que desempenham na prevenção da SIDA (Airhihenbuwa et al, 1992; Mays & Cochran, 1988; Peterson & Marín, 1988).

Esta compreensão implica investigação que permita identificar os padrões culturais que facilitam a disseminação do HIV, distinguindo aqueles que têm um enraizamento histórico, dos que são sintoma das condições sócio-económicas (Airhihenbuwa, cit. De La Cancela, 1989).

De acordo com Ibra N'Doye (1989), África possui especificidades próprias, quer nos planos epidemiológicos, clínico, terapêutico e preventivo, quer nos planos sócio-culturais e comportamentais, que é importante conhecer antes de traçar qualquer espécie de mensagem que contribua para uma prevenção eficaz da infecção pelo HIV.

Qualquer reflexão sobre os factores que colocam as minorias étnicas em risco de infecção pelo VIH deverá considerar, não só, determinados atributos culturais que incluam papeis tradicionais associados ao sexo feminino ou masculino, valores, identificação cultural e costumes, mas também o impacto de factores ambientais e económicos, isto é, o conjunto de circunstâncias socio-económicas envolventes. (De La Cancela, 1989; Mays & Cochran, 1989).

Neste sentido, há que distinguir estes dois factores, prevenindo a criação de estereótipos.

Muitos indivíduos de origem africana, não se percebem como estando em risco de contrair o vírus da SIDA (Thomas, 1992). Este baixo nível de percepção de risco, está directamente relacionado com o facto de não existir informação suficiente, elaborada e transmitida por forma a captar a atenção das comunidades africanas, isto é, informação com meios educativos específicos, elaborados para apoiar a comunidade na formação e alteração das suas atitudes, no que diz respeito aos comportamentos de risco, relacionados com a transmissão do VIH (AIDS Office, 1993; Mays, 1990).

A percepção precisa de risco de infecção pelo VIH pode ainda ser impedida por um outro factor, que consiste na negação social, isto é, mesmo que haja consciência ou conhecimento sobre os riscos, estes são desvalorizados em relação ao grupo de pertença, como por exemplo, indivíduos negros que encaram a SIDA como uma doença dos brancos, ou de indivíduos heterossexuais que defendem que a SIDA atinge apenas homossexuais (AIDS Office, 1993; Thomas, 1992).

Relacionado com este último item, é pertinente mencionar que muitos imigrantes africanos partilham sentimentos de suspeita e desconfiança, sempre que uma maioria branca expressa um interesse supostamente repentino acerca do seu bem-estar, bem como, a percepção de que a informação sobre SIDA está a ser imposta por essa mesma maioria.

Desta forma, mesmo as campanhas e intervenções dinamizadas por instituições ou departamentos públicos, na área da saúde ou da educação poderão ser consideradas como intrusivas e merecedoras de desconfiança (Johnson, Ostrow & Joseph, 1990; Valdiserri, 1989;)

Estes factores poderão comprometer futuros progressos na forma como estas comunidades encaram a infecção pelo VIH (AIDS Office, 1993; Airhihenbuwa et al., 1992; Johnson et al., 1990; Mays & Cochran, 1988; Valdiserri, 1989).

Desta forma, e de acordo com De La Cancela & McDowell (1992), a epidemia revelou a incapacidade geral do sistema, em fornecer um acesso universal a uma prevenção e tratamento culturalmente competente e linguisticamente apropriado.

Para ser possível intervir com eficácia em comunidades migrantes, é necessário que os comportamentos de negação e distanciamento sejam ultrapassados, para que se consiga mobilizar a comunidade, no sentido de que ela própria comece a agir junto daqueles que persistam com comportamentos de risco. Indivíduos da comunidade ou organizações desenvolvidas e reconhecidas, dentro das comunidades, poderão ter um papel preponderante na prevenção, utilizando, sobretudo redes informais de comunicação, constituindo-se como agentes credíveis de informação (Johnson et al., 1990).

O nível de percepção que se tem sobre a possibilidade de ser infectado pelo VIH, assimilável a um sentimento de vulnerabilidade perante a doença, é relevante na adopção de comportamentos, de redução de risco. A crença de que se é capaz de encetar tais comportamentos, bem como, o benefício que deles possa advir é também factores relevantes (Peterson & Marín, 1988).

O caso dos homens

Relativamente aos indivíduos do sexo masculino, pertencentes a comunidades africanas, diversos factores terão que ser levados em conta, quando se considera práticas que colocam os indivíduos em risco de infecção pelo VIH.

Grande quantidade de homossexuais, de origem africana, acreditam, que a relação sexual anal não implica risco se actuarem como parceiro activo em vez de receptivo, e se, paralelamente, só tiverem parceiros com a mesma pertença étnica (Peterson & Marín, 1988).

Alguns estudos revelaram falta de informação ou concepções incorrectas sobre o modo de transmissão, bem como um nível baixo de percepção de risco, entre esta

camada da população, associado às referidas crenças. Estes factores poderão conduzir à rejeição de mensagens de prevenção e à persistência da negação do risco (Peterson & Marín, 1988.).

A possibilidade da expansão da infecção pelo VIH, através de contacto sexual heterossexual, assume proporções mais salientes em determinados grupos culturais, nomeadamente os hispânico-latinos e os africanos, uma vez que, para os homens, as relações sexuais fora do casamento são sinal da sua virilidade (Peterson & Marín, 1988.).

Desta forma, segundo os autores citados, a utilização do preservativo ocorre com baixa ou nula frequência, uma vez que a percepção de risco está associada a crenças que ditam que o risco é inexistente.

O caso das mulheres

Para mulheres economicamente desfavorecidas, o sexo pode significar uma fonte de segurança, de rendimento, de aquisição de um suporte emocional e financeiro palpável (Mays & Cochran, 1988). Efectivamente, será previsível que mulheres nesta situação, valorizem mais a segurança ao nível da alimentação, da protecção, quer para si quer para os seus filhos, do que a prática de sexo mais seguro, sobretudo se a sua solicitação as colocar em risco de perder essa fonte de segurança.

Desta forma, as mulheres têm um papel mais passivo, subserviente e com menos privilégios (Weistein & Lawson, 1989), em que negociar a utilização de preservativos com o parceiro, pode representar para este último, um sinal de promiscuidade ou imoralidade por parte da mulher ou ser entendido como uma falta de confiança, através da implicação de que o homem foi ou é imoral ou sexualmente permissivo. Assim, a mulher arrisca-se a ser rejeitada pelo parceiro (Airhihenbuwa et al. , 1989; Mays & Cochran, 1988).

Neste sentido, pedir a uma mulher africana que imponha ao parceiro a utilização de preservativo poderá resultar numa experiência traumática (Alexander, 1990),

eventualmente caracterizada por abuso verbal e/ou físico ou abandono (Mays & Cochran, 1988).

Por outro lado, muitas mulheres africanas ou de ascendência africana, não obstante o papel preponderante que desempenham na gestão do quotidiano e dos seus lares, retraem-se na forma como lidam com os seus parceiros, sobretudo ao nível da sexualidade, mercê de um apego a valores tradicionais. Nesta perspectiva, nunca irão questionar as motivações dos homens, em relação a tópicos relacionados com sexo. Eventualmente a sua falta de capacidade, fruto de tabus culturais, para determinar se os seus companheiros têm ou não um historial que os coloca numa posição de elevado risco de infecção pelo VIH, possibilita, também, de forma muito pertinente, a abordagem da temática da SIDA e a sua prevenção (Valdisserri, 1989).

Deve, ainda, ser levada em conta a realidade de que muitas mulheres africanas ou de ascendência africana, ainda não incorporaram nos seus reportórios de comportamentos sexuais, métodos eficazes de controlo de natalidade, podendo, este facto, dificultar a prevenção da SIDA (Mays & Cochran, 1988).

Efectivamente, a extrema valorização atribuída à maternidade e aos filhos poderá interferir com as tentativas de promoção do preservativo, como forma de prevenção da SIDA (Valdisserri, 1989).

A transmissão perinatal do VIH envolve as mulheres de uma forma directa. Como já foi anteriormente referido, as crianças africanas são muito valorizadas pela comunidade, na medida em que representam e potenciam a sobrevivência cultural do grupo, a libertação e elevação dos recursos económicos do núcleo familiar (Valdisserri, op. cit.).

A criança pode representar, paralelamente, o garante da comunidade de uma relação, constituindo um bem precioso, dada a escassez de homens adequados (Mays & Cochran, 1988). Neste sentido, enfatizar os perigos da transmissão perinatal do VIH, poderia aumentar a probabilidade de interessar homens e mulheres, nas questões da prevenção da SIDA, isto é, apresentando a prevenção da SIDA enquanto tentativa de prevenir o aparecimento da doença nas crianças, tanto os homens como as mulheres

poderiam encontrar maior motivação para ultrapassar as barreiras culturais descritas anteriormente (Valdisserri, 1989).

Falta de capacidade, fruto de tabus culturais, para determinar se os seus companheiros têm ou não um historial que os coloca numa posição de elevado risco de infecção pelo VIH, possibilita, também, de forma muito pertinente, a abordagem da temática da SIDA e a sua prevenção (Valdisserri, 1989).

Deve, ainda, ser levada em conta a realidade de que muitas mulheres africanas ou de ascendência africana, ainda não incorporaram nos seus reportórios de comportamentos sexuais, métodos eficazes de controlo de natalidade, podendo, este facto, dificultar a prevenção da SIDA (Mays & Cochran, 1988).

3.4 – Crenças e comportamento sexual na Sociedade Ocidental

Aggleton, Homans, Mojsa, Watson & Watney (1989); Charles-Nicolas et al. (1990), e Grmek (1990), referem-se a uma série de crenças baseadas em preconceitos existentes face à SIDA e face à infecção pelo VIH.

Assim sendo, e segundo estes autores, a visão Ocidental atribui à doença uma causa viral e da pessoa infectada, diz-se portadora, o que suscita uma falsa imagem de contágio através do contacto social ou da simples proximidade física, o que reenvia a todo um imaginário construído através das epidemias históricas, como é o caso da peste bubónica (Sontag, 1989)

A esta doença é atribuída uma origem provável em África, uma vez que se conseguiu isolar um vírus, em alguns aspectos geneticamente semelhante ao VIH, numa determinada espécie de primatas existentes em África (Aggleton et al, 1989; Grmek, 1990).

De acordo com Charles-Nicolas et al. (1990) e Aggleton et al, numa fase inicial da epidemia, esta era considerada perigosa apenas para certos grupos de pessoas, considerados de risco, nomeadamente toxicómanos, homossexuais, hemofílicos e africanos, cujo estilo de vida os exponha a um risco mórbido. Isto é, uma determinada qualidade inerente aos hábitos, comportamentos e estilo de vida da pessoa, predispunha o aparecimento e desenvolvimento da doença.

Paralelamente, desenvolve-se a noção de que alguns indivíduos estão acima do perigo, não são vulneráveis porque se encontram protegidos pelo facto de serem fiéis a um parceiro numa relação amorosa, devido a hábitos e práticas religiosas, ou sendo selectivos nas escolhas dos parceiros.

Por outro lado, os hemofílicos infectados são considerados como vítimas inocentes por oposição àqueles que são culpados de um comportamento desviante e promíscuo.

Não obstante estas crenças básicas, já se vai, progressivamente, compreendendo que a SIDA é uma doença a que todos são vulneráveis e que se transmite através de uma cadeia inter-humana de comportamentos, que aumentam o risco de infecção (Charles-Nicolas et al., 1990).

De acordo com Leal (cit. Cláudio & Mateus, 2000), quando abordamos a questão do amor e do sexo temos necessariamente que ter em consideração a questão da confiança, e desta forma, se um dos parceiros sugerir o uso de preservativo isso poderá comprometer uma relação.

A mesma autora chama ainda a atenção para o facto de o medo da infecção pelo VIH ser frequentemente subestimado pelas pessoas envolvidas numa relação de amor.

De facto, as questões ligadas à sexualidade dos indivíduos são extremamente complexas e a sua compreensão merece cada vez mais uma reflexão atenciosa por parte dos investigadores, promovendo, assim, o aumento de hipóteses explicativas.

Um estudo realizado por Pereira (cit. Cláudio & Mateus, 2000) com adolescentes portugueses, mostra, claramente, existirem diferenças a nível do comportamento do uso de

Um estudo realizado por Pereira (cit. Cláudio & Mateus, 2000) com adolescentes mostra, claramente, existirem diferenças a nível do comportamento do uso de preservativo entre os jovens que usaram o preservativo na primeira relação sexual e aqueles que não o usaram. Os jovens que usaram preservativo na primeira relação são aqueles que apresentam maior intenção de continuar a usar nas relações seguintes, ou seja, é importante haver comportamentos seguros logo na primeira relação sexual, desde o início da vida sexual.

4 – EPIDEMIOLOGIA

4.1 – A Situação do VIH/SIDA em Angola

Desde 1985, ano de notificação do primeiro caso de SIDA, até Junho de 1999, a nível nacional, tinham sido notificados ao Ministério da Saúde um total de 5.112 casos de SIDA, de um total de 43.748 casos de SIDA previstos pela ONUSIDA e OMS, correspondendo apenas a cerca de 12% dos casos estimados a nível nacional . República de Angola – Ministério da Saúde (1999); Plano Estratégico Nacional para as doenças sexualmente transmissíveis VIH/SIDA em Angola (2000-2002).

Este facto está provavelmente associado à limitada capacidade de diagnóstico laboratorial e suspeita clínica dos casos de SIDA, assim como a dificuldades das províncias em notificar para o nível central os casos diagnosticados localmente, o que se compreende sabendo que apenas 30% do serviço de saúde está a funcionar.

Cerca de 84% dos casos notificados têm idade compreendida entre os 20 e 49 anos, idade de maior produtividade económica.

A distribuição de casos de SIDA em relação ao sexo não revelou diferença estatisticamente significativa, embora seja de salientar que existe maior percentagem de indivíduos do sexo feminino (63%) em relação ao sexo masculino (37%) nos grupos etários dos 15-19 e 20-29.

A transmissão do VIH é maioritariamente heterossexual (52%). Cerca de 14% têm história de transmissão perinatal; 9% das transfusões de sangue; 1% homo ou bissexual.

É de salientar que em 24% do total de casos notificados, não existe informação sobre o modo de transmissão implicado.

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra SIDA/UNAIDS (1997), os principais determinantes da disseminação do VIH em Angola estão relacionados com os seguintes aspectos:

Políticos e Financeiros

1. Pouca sensibilidade política face às DTSS/VIH/SIDA no país;
2. Actual situação de guerra que se vive no país, particularmente nas áreas rurais;
3. Movimentação dos militares e polícias no país;
4. Ausência de financiamento do governo para as actividades de luta contra as DTSS/VIH/SIDA, com excepção do pagamento dos salários, o restante financiamento é externo.

Sócio-económicos

1. Aumento dos níveis de pobreza da população (67% da população vive abaixo do limiar de pobreza)
2. Migração das áreas rurais para as áreas urbanas, devido à guerra;
3. Aumento acentuado das taxas de desemprego;
4. Aumento das taxas de analfabetismo por destruição das escolas rurais, limitada capacidade de absorção pelo sistema escolar do elevado número de crianças fora do ensino formal;
5. Aumento dos níveis de prostituição infantil e em adolescentes associado ao elevado custo de vida.

Éticos, legais e direitos humanos

1. Ausência de legislação nacional aos seropositivos e doentes de SIDA;
2. Falta de confidencialidade e sigilo profissional face aos seropositivos e doentes de SIDA, ao nível das unidades sanitárias, locais de trabalho, etc.

3. A prostituição é actividade “clandestina” e extremamente repugnante.

Culturais

1. Fraca aceitabilidade dos preservativos;
2. Ritos de iniciação sexual;
3. Poligamia

Sector da Saúde

1. Fraca sensibilidade para a gravidade e importância da SIDA como problema de saúde pública;
2. Limitado acesso aos cuidados primários de saúde (destruição das unidades sanitárias, custos elevados, fraca qualidade de atendimento);
3. Elevado número de transfusões de sangue, associado às mutilações por minas e doenças parasitárias, especialmente em crianças;

4.2 – Dados Epidemiológicos de Portugal

Em Setembro de 2000 haviam sido notificados, em Portugal, cerca de 7455 casos de SIDA (Paixão, 2000). Deste total, cerca de 6240 (83,7%) pertencem ao sexo masculino, e 16,2% dizem respeito ao sexo feminino. Por grupo etário, nos casos em que a idade é conhecida verifica-se que 86,0% correspondem aos grupos etários entre os 20 e os 49 anos de idade. (C.N.L.C.S., 2000).

Em 1993, Lucas referiu que a probabilidade de evolução da epidemia, em Portugal, seria elevada, mesmo superior ao panorama observado em outros países europeus, isto se não ocorressem alterações importantes nas estratégias de prevenção de infecção pelo VIH.

Perante o aumento observado do número de casos de SIDA, entre 1994 e 2000, esta afirmação assume uma grande relevância e conduz-nos à conclusão de não terem ocorrido as mudanças necessárias, enunciadas pelo mesmo autor.

De acordo com Caldeira e al. (1993) e Machado Caetano (2000), uma das características epidemiológicas que distingue Portugal dos restantes países europeus, é a importância que a infecção pelo VIH-2, assume entre nós, devida sobretudo ao fenómeno da imigração, que significa a entrada em Portugal de população dos PALOP, onde a prevalência deste vírus na população é considerada alarmante.

No entanto, e lamentavelmente, não existem dados epidemiológicos concretos sobre o número de casos de infecção pelo VIH nestas comunidades residentes no nosso país.

Portugal foi o país da União Europeia onde a epidemia não se estabilizou, tendo-se verificado a maior taxa de crescimento nos toxicodependentes e heterossexuais (Machado Caetano, 2000).

No terceiro trimestre de 2000, as três formas de transmissão mais frequentes de transmissão do vírus, em Portugal, consistiam na partilha de agulhas e seringas entre os utilizadores de drogas endovenosas (48,9%); relações sexuais heterossexuais (26,8%); e relações sexuais homossexuais ou bissexuais (17,1%). Consideram-se ainda, outras formas de transmissão, como por exemplo, transfusões de sangue (2,4%) e transmissão Mãe/Filho (0,9%).

III – OBJECTIVO

O objectivo principal deste trabalho é investigar as relações existentes entre os comportamentos sexuais de risco face ao VIH e as crenças de saúde face ao VIH, em estudantes universitários de origem angolana a viverem em Portugal, quando comparados com estudantes universitários portugueses.

Tendo em conta este objectivo, colocámos as seguintes questões de investigação:

- Caracterizar a distribuição da variável comportamentos sexuais de risco face ao VIH, em estudantes universitários de origem angolana a viverem em Portugal
- Caracterizar a distribuição da variável comportamentos sexuais de risco face ao VIH, em estudantes universitários portugueses
- Caracterizar a distribuição da variável crenças de saúde face ao VIH, em estudantes universitários de origem angolana a viverem em Portugal
- Caracterizar a distribuição da variável crenças de saúde face ao VIH, em estudantes universitários portugueses
- Analisar se em estudantes universitários de origem angolana, os comportamentos sexuais de risco estão relacionados com as crenças de saúde face ao VIH
- Analisar se em estudantes universitários portugueses, os comportamentos sexuais de risco estão relacionados com as crenças de saúde face ao VIH
- Identificar quais as diferenças existentes entre os estudantes universitários de origem angolana e os estudantes universitários portugueses quanto à distribuição da variável comportamento sexual de risco
- Identificar quais as diferenças existentes entre os estudantes universitários de origem angolana e os estudantes universitários portugueses quanto à distribuição da variável crenças de saúde.

IV - MÉTODO

1- PLANIFICAÇÃO

Trata-se de um estudo com carácter exploratório, descritivo e comparativo.

Consideramos que é um estudo exploratório porque na nossa pesquisa através do programa Psyclit, da Internet e de alguns centros de documentação, não identificamos nenhum estudo realizado em Portugal sobre o tema que decidimos estudar. As investigações sobre crenças e comportamentos sexuais de risco face ao VIH que encontramos não tinham como base o Modelo de Crenças de Saúde.

Simultaneamente é um estudo descritivo e comparativo porque pretende descrever as diferenças dos dois grupos estudados e compará-los entre si.

Desta forma, neste estudo consideram-se as seguintes variáveis:

VARIÁVEIS PRINCIPAIS:

Variável 1 – Comportamentos sexuais de risco face ao VIH

Variável 2 – Crenças de saúde face ao VIH

VARIÁVEL SECUNDÁRIA

Variável 1 – Sexo

VARIÁVEIS DE CONTROLO

Variável 1– origem angolana ou origem portuguesa

Variável 2– Idade

Variável 3 – Ter iniciado a vida sexual

Tivemos ainda em conta a distribuição das seguintes variáveis: habilitações literárias, Primeiro relacionamento sexual, estado civil, número de parceiros nos últimos seis meses.

2 – PARTICIPANTES

Tratou-se de uma amostra de conveniência, constituída por 198 estudantes universitários, heterossexuais, com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos.

Grupo A – 59 estudantes universitários de nacionalidade e naturalidade angolana – origem angolana.

Grupo B – 139 estudantes universitários de nacionalidade e naturalidade portuguesa – origem portuguesa.

Respeitando os factores de inclusão/exclusão na amostra, todos os participantes são estudantes universitários, têm idade compreendida entre os 19 e os 25, são de origem angolana ou de origem portuguesa, e por último aderiram voluntariamente a participar no estudo.

Desta forma, procedemos à caracterização da amostra em termos de:

- **Idade**

Quadro 1. Distribuição por idade

	Grupo A	Grupo B
19 anos	4	13
20 anos	3	32
21 anos	9	15
22 anos	6	35
23 anos	10	15
24 anos	16	10
25 anos	11	19

Grande parte dos participantes do Grupo A tem idades compreendidas entre 23 e os 25 (62,7%), enquanto que no grupo B os participantes são um pouco mais novos, 68,3% pertence à faixa etária dos 19 – 22 anos.

- **Sexo**

Quadro 2. Distribuição por Sexo

	Grupo A		Grupo B	
	F	%	F	%
Masculino	29	49,1	67	48,2
Feminino	30	50,9	72	51,8

No grupo A 50,9% dos elementos são do sexo feminino 49,1% pertencem ao sexo masculino. Por outro lado, o Grupo B também se apresenta equilibrado com 51,8% de elementos do sexo feminino e 48,2% pertencentes ao sexo masculino.

- **Estado Civil**

Quadro 3. Distribuição por Estado Civil.

	Grupo A		Grupo B	
	F	%	F	%
Solteiro	56	94,9	134	96,4
Casado	3	5,1	2	1,4
Divorciado	0	0	3	2,2

Como podemos observar no quadro 3. , maioritariamente, nos 2 Grupos, os sujeitos são solteiros. 94,9% no caso do Grupo A, e 96,4% no Grupo B.

3 – MATERIAL

No sentido de responder às questões de investigação colocadas, foi utilizada a escala **“Comportamentos Sexuais de Risco e Crenças de Saúde face ao VIH” (Anexo)**

Esta escala foi construída pelo facto de não existirem instrumentos que se adequassem aos objectivos deste estudo.

Desta forma, seguimos o procedimento de construção de escalas sugerido por Pais Ribeiro (1999). Em primeiro lugar definimos as variáveis, neste caso específico, os comportamentos sexuais de risco e crenças de saúde, sendo, assim, possível a sua operacionalização.

Posteriormente, tal como refere o mesmo autor, procedeu-se à revisão da literatura nesta área de estudo tendo em vista dois objectivos principais: a) conhecer os aspectos dimensões e características que estão normalmente relacionados com as nossas variáveis; b) conhecer instrumentos aplicados noutros estudos e que possam dar pistas ou linhas de orientação a quando da elaboração do nosso questionário.

Deste modo, baseamo-nos na informação recolhida no estudo piloto (abordado mais detalhadamente no capítulo dedicado ao procedimento) realizado com estudantes universitários portugueses e angolanos, utilizamos itens existentes noutras escalas, e ainda, tivemos em conta dados retirados da investigação feita nesta área de estudo (Pais Ribeiro, 1999).

A primeira folha da escala é uma folha de rosto com declarações introdutórias sobre o objectivo do estudo: “Esta escala destina-se a um projecto de investigação, que pretende avaliar os comportamentos de risco e crenças face ao VIH. A sua colaboração torna-se deste modo indispensável. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta. A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a”.

e definiram-se os conceitos presentes nas diferentes questões postas, de maneira a uniformizá-las e tentar minimizar eventuais dúvidas que os sujeitos da amostra pudessem ter, nomeadamente o conceito de **Parceiro Habitual**: pessoa com quem mantém uma relação relativamente permanente; **Parceiro Ocasional**: pessoa com quem teve relações sexuais uma ou duas vezes.

Assim, o nosso instrumento é constituído pelas sub-escalas:

- 1 - **Dados Pessoais;**
- 2 - **Idade do Primeiro Relacionamento Sexual;**
- 3 - **Número de Parceiros Sexuais;**
- 4 - **Comportamento sexual nos últimos seis meses;**
- 5 - **Percepção de Barreiras;**
- 6 - **Percepção de Benefícios;**
- 7 - **Gravidade da Doença;**
- 8 - **Percepção de Susceptibilidade;**
- 9 - **Auto-Eficácia;**
- 10 - **Motivação para a Saúde;**
- 11 - **Conhecimentos sobre a Doença.**

Dados pessoais

Tem como objectivo a caracterização da amostra em relação às seguintes variáveis:

- **Idade;**
- **Naturalidade;**
- **Nacionalidade;**
- **Estado Civil;**
- **Habilitações Literárias.**

Consideramos importante questionar a **idade de início da vida sexual**, assim como o **número de parceiros sexuais** tendo em conta que acordo com Caetano (2000), mais de 50% das infecções pelo VIH ocorre entre os 10 e os 24 anos de idade, temos que nos lembrar que o adolescente, e o jovem adulto, iniciam a sua actividade sexual, na maioria dos casos, insuficientemente esclarecidos, e que o início das práticas sexuais é cada vez mais precoce.

Por outro lado, o mesmo autor defende que, relativamente ao contágio com o vírus da SIDA, um dos comportamentos de risco mais importante são as relações sexuais com múltiplos parceiros.

As sub-escalas que iremos apresentar de seguida foram elaboradas tendo por base as investigações de Abraham e colaboradores (1992) ; Lollis e colaboradores (1997); Rosenthal & Shepherd (1993) anteriormente descritas no ponto 2.1., e Vilaça & Cruz (1992).

Comportamento sexual nos últimos seis meses

É constituída por 10 itens (6,7,8,9,10,11,12,13,14,15), e avalia as relações sexuais (vaginais, orais e anais) e o uso de preservativo, com parceiros ocasionais e parceiros habituais, ocorridas nos últimos seis meses, (ex: “Durante os últimos 6 meses teve relações sexuais vaginais com um parceiro ocasional”?; “Usou preservativo?”).

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- Nunca Tive;
- Tive uma vez ou Raramente;
- Tive muitas vezes;

(itens 6,8,10,12, 14,15),

e optar entre:

- Sempre;
- Às Vezes;

- Raramente;
- Nunca;

(itens 7,9,11,13).

Percepção de Barreiras

É constituída por 29 itens:

(16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44, e foram colocadas questões relacionadas com:

- Os custos envolvidos na realização de um comportamento sexual preventivo;
- Os custos em usar preservativo e a crença na ineficácia dos mesmos na prevenção contra o VIH;
- Os custos em comprar e negociar o seu uso com parceiro habitual e parceiro ocasional;
- Os custos em limitar o número de parceiros sexuais;

ex: “ Ficaria ofendido se o meu/minha parceiro (a) habitual sugerisse a utilização de preservativo”.

As respostas foram dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

1. Absolutamente Verdade;
2. Verdade;
3. Não Sei;
4. Falso;
5. Absolutamente Falso;

Podendo cada sujeito obter o mínimo de 29 pontos e o máximo de 145 pontos.

Percepção de Benefícios

É constituída por 18 itens: 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62; que apelaram para os benefícios envolvidos na realização de comportamentos preventivos, como o uso de preservativo com os dois tipos de parceiros, a crença na eficácia do preservativo na prevenção da infecção pelo VIH, benefícios em não estar sob o efeito de álcool e drogas durante o acto sexual, em limitar o número de parceiros sexuais, e em ter consigo preservativos.

Ex: " Uso preservativo porque oferece uma protecção muito segura contra o vírus da SIDA".

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- 1 – Absolutamente Verdade;
- 2 – Verdade;
- 3 – Não Sei;
- 4 – Falso;
- 5 – Absolutamente Falso;

Podendo os sujeitos obter pontuações que variam entre os 18 e os 95 pontos.

Gravidade Da Doença

É constituída por 19 itens: 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, avaliam a dimensão da ameaça da doença, a sua mortalidade e morbilidade, e até que ponto afectaria as várias dimensões da vida dos sujeitos (social, afectiva e relacional).

Ex: "Se eu contrair o vírus da SIDA a minha relação amorosa poderá terminar".

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- 1 Absolutamente Verdade;
- 2 Verdade;

- 3 Não Sei;
- 4 Falso;
- 5 Absolutamente Falso;

Podendo cada sujeito obter o mínimo de 19 pontos e o máximo de 95 pontos.

Percepção de Susceptibilidade

É constituída por 10 itens 82,83,84,85,86,87,88,89,90,91, que avaliam se os sujeitos se sentem vulneráveis à infecção, e a possibilidade de já ter contraído ou de vir a contrair o vírus VIH devido ao comportamento sexual.

Ex: " Sinto que a possibilidade de vir a contrair o vírus da SIDA nos próximos anos é muito grande".

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- 1 Absolutamente Verdade;
- 2 Verdade;
- 3 Não Sei;
- 4 Falso;
- 5 Absolutamente Falso;

Podendo os sujeitos obter pontuações que variam entre os 10 e os 50 pontos.

Auto-Eficácia

É constituída por 19 itens:

92,93,94,95,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109,110, e foram incluídos itens relacionados com a capacidade em: reduzir o número de parceiros sexuais, controlar o impulso sexual quando não se tem um preservativo à mão, recusar um relacionamento sexual, negociar o uso de preservativo com os dois tipos

de parceiros, colocar o preservativo, comprar preservativos e mudar o comportamento sexual.

Ex:” Quando preciso de preservativos nunca me sinto capaz de os ir comprar”.

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- 1 Absolutamente Verdade;
- 2 Verdade;
- 3 Não Sei;
- 4 Falso;
- 5 Absolutamente Falso;

Podendo cada sujeito obter o mínimo de 19 pontos e o máximo de 95 pontos.

Motivação para a Saúde

É constituída por 9 itens 111,112,113,114,115,116,117,118,119, que remetem para a valorização de assuntos relacionados com a sua saúde, como a implementação de comportamentos protectores da saúde.

Ex: “ O desejo de ser saudável influencia o meu comportamento sexual”.

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- 1 Absolutamente Verdade;
- 2 Verdade;
- 3 Não Sei;
- 4 Falso;
- 5 Absolutamente Falso;

Podendo os sujeitos obter pontuações que variam entre os 9 e os 45 pontos.

Conhecimentos sobre a Doença

Esta sub-escala é constituída por 14 itens

122,123,124,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135, e avalia o conhecimento:

- dos meios de transmissão do VIH;
- dos comportamentos e situações de prevenção da infecção;
 - sobre a etiologia e desenvolvimento do VIH – sinais e sintomas;
- sobre os locais onde pode realizar o teste.

Ex: “ O vírus da SIDA está essencialmente concentrado nos fluidos sexuais e no sangue”

As respostas são dadas numa escala tipo Likert, podendo os sujeitos optar entre:

- 1 Verdadeiro;
- 2 Não Sei;
- 3 Falso;

Podendo cada sujeito obter o mínimo de 14 e o máximo de 42 pontos.

Após a aplicação da escala, com vista à determinação dos factores foi feita uma análise factorial – Análise de correspondências– adequada a variáveis ordinais (Siegel, 1988)

Foram extraídos 6 factores responsáveis por 41,54% da variância total. O factor 1 foi responsável por 15,55%, o factor 2 por 8,24%, o factor 3 por 5,45%, o factor 4 por 4,64%, o factor 5 por 4,20%, o factor 6 por 3,43%, tendo sido seleccionados todos os itens com saturações factoriais iguais ou superiores a 0,30, e não havendo itens repetidos em factores diferentes.

Desta forma foram eliminados 47 itens por não apresentarem em nenhum factor as condições descritas anteriormente.

Quadro 4. Análise de Correspondências – Escala C.S.R.C.S

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Item 16	0,48	0,11	-0,46	0,30	0,17	0,06
Item 17	0,36	0,02	-0,27	0,24	0,21	0,07
Item 18	0,50	0,28	0,13	0,10	0,19	0,28
Item 19	0,39	0,00	0,07	0,01	0,19	0,01
Item 20	0,40	0,06	0,13	0,12	0,09	0,01
Item 22	0,52	0,09	0,05	0,29	0,13	0,05
Item 23	0,58	0,26	0,11	0,14	0,16	-0,15
Item 24	0,39	0,07	0,06	-0,35	0,14	-0,23
Item 25	0,35	0,22	-0,17	-0,31	0,22	-0,33
Item 26	0,37	-0,64	-0,43	0,19	0,10	0,21
Item 27	0,54	0,28	0,02	0,03	0,04	0,14
Item 28	0,39	0,17	0,14	0,21	0,16	0,29
Item 29	0,55	0,17	0,01	0,02	0,11	0,10
Item 30	0,57	0,21	0,15	0,27	0,26	0,20
Item32	0,54	-0,06	0,10	0,08	0,20	0,05
Item33	0,50	0,09	0,00	0,29	0,28	0,11
Item34	0,58	-0,27	0,01	0,28	0,17	0,10
Item35	0,62	0,00	-0,46	-0,35	0,13	0,27
Item36	0,50	0,22	0,14	0,15	-0,06	0,01
Item43	0,64	0,02	0,01	0,20	0,28	0,19
Item44	0,64	0,14	0,19	0,21	0,16	0,00
Item45	0,12	0,36	0,14	0,18	0,04	0,27
Item47	0,12	0,59	0,25	0,24	0,06	0,26
Item49	-0,01	0,53	-0,27	0,09	0,06	0,12
Item50	0,23	0,53	0,20	-0,43	-0,04	0,29
Item51	0,05	0,65	-0,01	0,12	0,02	0,17
Item52	0,00	0,45	0,13	0,21	0,01	0,04
Item56	-0,04	0,44	0,16	0,15	0,07	0,25
Item57	0,17	0,55	-0,33	0,23	-0,35	-0,46
Item65	0,21	-0,35	0,58	0,13	0,20	0,09
Item66	0,01	0,14	0,32	0,11	0,10	0,12
Item67	0,21	0,01	0,45	0,11	0,10	-0,04
Item68	0,02	0,01	0,68	-0,17	0,15	0,19
Item70	-0,31	0,03	0,43	0,19	0,02	0,01
Item71	0,24	0,09	0,31	0,16	0,14	0,00
Item72	0,25	0,23	0,34	0,06	0,11	0,09
Item75	0,25	-0,54	0,36	0,29	0,13	0,17
Item79	-0,64	0,10	0,57	0,06	0,05	0,26
Item80	0,11	0,10	0,41	0,25	0,08	0,19
Item81	0,17	0,05	0,43	0,25	0,09	0,01
Item82	0,09	0,16	0,19	0,12	0,82	0,23
Item83	0,16	0,13	0,06	0,24	0,45	0,17
Item84	0,09	0,20	0,01	-0,43	0,37	0,05
Item90	0,16	0,01	0,27	0,26	0,53	0,24
Item 91	0,05	0,08	-0,01	0,09	0,51	0,21

Item 93	0,10	0,22	-0,35	0,47	0,16	0,13
Item 95	0,21	0,01	0,11	0,38	0,04	0,11
Item 97	0,29	-0,33	0,02	0,56	0,04	-0,64
Item 100	-0,06	0,03	-0,54	0,56	0,27	0,02
Item 102	0,20	0,07	0,13	0,63	0,23	0,00
Item 107	0,03	0,21	0,19	0,34	0,03	0,06
Item 113	0,03	-0,04	0,21	0,16	0,05	0,67
Item 114	0,29	0,18	-0,06	0,22	0,11	0,65
Item 115	0,06	0,20	0,11	0,03	0,21	0,33
Item 116	0,19	0,05	0,16	0,22	0,10	0,40
Item 117	0,21	0,12	0,09	0,09	-0,04	0,50
Item 119	0,10	0,07	0,04	0,10	-0,01	0,31

O Factor 1– Barreiras – é composto por 21 itens: 16, 17,18,19,20,22,23,24, 25,26,27,28,29,30,32,33,34,35,36,43,44;

O Factor 2 – Benefícios – é composto por 8 itens: 45,47,49,50,51,52,56,57;

O Factor 3 – Gravidade da Doença – é composto por 11 itens: 65,66,67,68,70,71,72,75,79,80,81;

O Factor 4 – Auto-Eficácia – é composto por 6 itens: 93,95,97,100,102,107;

O Factor 5 – Vulnerabilidade – é composto por 5 itens:82,83,84,90,91;

O factor 6 – Motivação para a Saúde – é composto por 6 itens: 113,114,115,116,117,119;

No sentido de avaliar a consistência interna da escala e dos factores encontrados, recorreu-se ao coeficiente de correlação Alpha de Cronbach:

Quadro 5. Coeficiente de correlação Alpha de Cronbach para a escala de comportamentos sexuais e crenças de saúde

	Alpha de Cronbach (α)
Factor 1	0,95
Factor 2	0,89
Factor 3	0,82
Factor 4	0,79
Factor 5	0,77
Factor 6	0,72
Total da Escala	0,98

Na globalidade, a escala mostrou uma elevada consistência interna (0,98), apresentando o factor 6 uma consistência interna relativamente baixa, o que pode ser justificável pelo reduzido número de itens que o inclui.

4- PROCEDIMENTO

A amostra foi recolhida entre Maio e Novembro de 1999. Para os dois grupos os locais de recolha foram Universidades da área metropolitana de Lisboa, a saber: Instituto Superior Técnico, Faculdade de Direito, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Faculdade de Medicina, Universidade Lusófona.

Devido ao elevado número de escalas a serem distribuídas a autora obteve o apoio de uma estudante de psicologia do ISPA, motivada para colaborar no estudo, e a quem foram fornecidas as instruções a dar quando da entrega das escalas.

Quando se abordaram os estudantes foi-lhes dito, sem excepção, tratar-se de um estudo no âmbito de um Mestrado em Saúde, mais precisamente sobre comportamentos sexuais e crenças face ao VIH/SIDA.

Foi também referido a todos os sujeitos que tinham a liberdade de não participar no estudo, assim como lhes foi explicado como proceder após o preenchimento da escala, apelando sempre para a devolução do mesma.

Deste modo, os participantes preencheram a escala na ausência do testador, tendo sido fornecido um envelope para efeitos de devolução, com selo e endereço da autora.

Recorreu-se à técnica de Mail Type, em que os sujeitos receberam o questionário com um envelope com selo, com o nome e morada da autora, para onde deviam enviar depois de responderem garantindo assim o anonimato e confidencialidade.

Informou-se que a participação era voluntária, quem não quisesse participar não recebia a escala.

No grupo em estudo, após esclarecimento sobre os objectivos da escala, a adesão ao mesmo foi voluntária, através de consentimento verbal.

Estudo Piloto

Com o objectivo de testar e corrigir a escala, foram realizadas 2 entrevistas com 10 jovens universitários, portugueses e angolanos, que vieram a participar no estudo final. Foi-lhes inicialmente explicado o objectivo do estudo, e o que se pretendia da sua participação neste estudo piloto.

Para a realização do pré-teste escolhemos seis sujeitos portugueses e angolanos, dos dois sexos. Colocaram-se-lhes as questões tal como estavam formuladas, mas foi-lhes pedido respostas desenvolvidas ou comentadas e observações sobre o significado que atribuíam a cada questão.

Posteriormente as escalas foram preenchidas individualmente e simultaneamente os sujeitos colocaram dúvidas e as sugestões apresentadas foram anotadas pela autora. De uma maneira geral não surgiram problemas no preenchimento da escala, os jovens inquiridos referiram que compreenderam bem os itens e que o tema abordado era "interessante, importante e actual".

Ao questionar se na sua opinião a escala era demasiado longa, o grupo respondeu que o "questionário é um pouco extenso, mas responde-se facilmente e em pouco tempo".

Os participantes neste sentiram que o tema era motivador e importante para os estudantes universitários, ou seja, que se identificavam com o tema abordado pela escala e não o sentiram demasiado intrusivo.

Inicialmente desenvolvemos uma "pool" com cerca de 200 itens, mas na sua versão final a escala foi construída com 133, que melhor mediam os nossos constructos, e foi entregue a 400 estudantes universitários (200 portugueses e 200 angolanos).

Este número elevado de itens devesse sobretudo a duas condições: o número de dimensões que o MCS estuda, e o facto de os itens sobre comportamento sexual terem de contemplar tanto o parceiro sexual habitual, como o parceiro sexual ocasional.

O valor de retorno das escalas foi baixo para os dois grupos (weathers, furlong, solórzano, 1993 cit. Pais Ribeiro, 1996), embora relativamente mais alto no caso dos jovens portugueses (69,5%), os jovens angolanos atingiram um retorno de apenas 29,5%.

5- ESTATÍSTICA

As escalas foram previamente codificadas e os dados introduzidos numa base de dados criada no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Recorremos à estatística descritiva, com o objectivo de caracterizar a população em estudo no que diz respeito às variáveis sócio demográficas: sexo, idade, estado civil; e às variáveis do comportamento sexual: idade de início da vida sexual e nº de parceiros sexuais.

Optámos por recorrer à estatística não paramétrica por estarmos na presença de variáveis ordinais (Siegel, 1988)

Posteriormente utilizamos a Análise factorial, mais especificamente a análise de correspondências, que nos permitiu avaliar a validade factorial da escala, e reduzir o seu número de variáveis e agrupando-as em 6 factores.

Utilizamos o teste Mann-Whitney para determinar se as diferenças entre os dois grupos em relação às distribuições das variáveis comportamentos sexuais de risco, crenças e conhecimentos são estatisticamente significativas.

Recorremos à análise de correlação de Spearman para averiguar a existência de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis: idade/crenças; Idade da primeira relação/comportamentos sexuais de risco; crenças/comportamentos sexuais de risco.

O coeficiente de fidelidade Alpha de Cronbach, permitiu-nos verificar a consistência interna das variáveis, tendo-se encontrado um valor total da escala de 0,98, o que de acordo com Pais Ribeiro (1999), revela uma boa consistência interna do instrumento.

V – RESULTADOS

Tendo em conta que nos últimos seis meses nenhum jovem do grupo A praticou sexo anal (frequência nula), e que poucos jovens do grupo B o praticaram, este comportamento sexual (sexo anal) foi excluído da nossa avaliação.

Após esta breve Justificação, passamos a apresentação dos resultados dos dois grupos estudados.

1 – Grupo A: Jovens Angolanos

Crenças de Saúde

Quadro 6. Distribuição de frequências – Escala C.S.R.C.S (factor 1)

		1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 16	Factor 1	1	1,7	4	6,9	11	19,0	14	24,1	28	48,3
Item 17		0	0	3	5,2	9	15,5	18	31,0	28	48,3
Item 18		1	1,7	5	8,6	4	6,9	24	41,4	24	41,4
Item 19		5	8,6	14	24,1	6	10,3	24	41,4	9	15,5
Item 20		0	0	2	3,4	22	37,9	9	15,5	25	43,1
Item 22		4	6,9	6	10,3	11	19,0	8	13,8	29	50,0
Item 23		2	3,4	4	6,9	6	10,3	19	32,8	27	46,6
Item 24		0	0	0	0	5	8,6	15	25,9	38	65,5
Item 25		0	0	4	6,9	2	3,4	15	25,9	37	63,8
Item 26		0	0	0	0	2	3,4	14	24,1	42	72,4
Item 27		0	0	0	0	4	6,9	9	15,5	45	77,6
Item 28		0	0	0	0	2	3,4	13	22,4	43	74,1
Item 29		1	1,7	1	1,7	4	6,9	21	36,2	31	53,4
Item 30		1	1,7	5	8,6	6	10,3	23	39,7	23	39,7
Item 32		0	0	4	6,9	2	3,4	29	50,0	23	39,7
Item 33		0	0	2	3,4	6	10,3	17	29,3	33	56,9
Item 34		0	0	4	6,9	6	10,3	15	25,9	33	56,9
Item 35		0	0	1	1,7	4	6,9	16	27,6	37	63,8
Item 36		0	0	2	3,4	5	8,6	13	22,4	38	65,5
Item 43		0	0	4	6,9	3	5,2	18	31,0	33	56,9
Item 44	1	1,7	2	3,4	4	6,9	23	39,7	28	48,3	

Em relação ao **factor 1** da escala – **Barreiras** – verificou-se que no geral, os jovens discordaram das afirmações que lhes foram apresentadas, tendo na generalidade obtido na maioria dos itens a pontuação de 4 ou 5, mostrando ter crenças favoráveis ao uso de preservativo e à prática de outros comportamentos preventivos. No entanto, no que diz respeito ao item 19 (“Quando tenho relações sexuais com um parceiro (a) habitual não uso preservativo porque diminui o prazer”), apesar de a maioria das respostas ter ido no sentido da discordância, 32,7% dos jovens concordaram ou concordaram totalmente com aquela afirmação.

Quadro 7. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes angolanos – Escala C.S.R.C.S (factor 2)

Item 44		1	1,7	2	3,4	4	6,9	23	39,7	28	48,3
Item 45	Factor 2	22	37,9	19	32,8	10	17,2	3	5,2	4	6,9
Item 47		3	5,2	7	12,1	9	15,5	22	37,9	17	29,3
Item 49		22	37,9	17	29,3	5	8,6	11	19,0	3	5,2
Item 50		10	17,2	10	17,2	33	56,9	4	6,9	1	1,7
Item 51		13	22,4	13	22,4	27	46,6	3	5,2	2	3,4
Item 52		15	25,9	13	22,4	22	37,9	5	8,6	3	5,2
Item 56		16	27,6	13	22,4	7	12,1	18	31,0	4	6,9
Item 57		36	62,1	10	17,2	1	1,7	7	12,1	4	6,9

Para o **factor 2 – Benefícios** – não existiu uma uniformidade no tipo de respostas, isto é, nos itens 45, 49, 52, 56 e 57 os inquiridos concordam maioritariamente com as afirmações apresentadas, e, no item 47 (“ultimamente tenho limitado o meu número de parceiros sexuais para não correr o risco de ser infectado”) discordaram, no item 50 (“Penso que se sugerir a um parceiro habitual a utilização de preservativo ele irá pensar que eu sou uma pessoa responsável”), a maioria não concordou nem discordou e por fim no item 51 (“Só tenho um parceiro sexual de cada vez porque isso tem a ver com a minha forma de estar na vida”) em que 46,6% dos jovens não concordou nem discordou, e 44, 8% concordou com esta afirmação.

Quadro 8. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes angolanos – Escala C.S.R.C.S (factor 3)

Item 65	Factor 3	30	51,7	22	37,9	1	1,7	4	6,9	1	1,7
Item 66		31	53,4	23	39,7	1	1,7	2	3,4	1	1,7
Item 67		3	5,2	4	6,9	28	48,3	9	15,5	14	24,1
Item 68		12	20,7	25	43,1	18	31,0	2	3,4	1	1,7
Item 69		18	31,0	15	25,9	22	37,9	3	5,2	0	0
Item 70		32	55,2	15	25,9	10	17,2	0	0	1	1,7
Item 71		8	13,8	19	32,8	25	43,1	5	8,6	1	1,7
Item 72		18	31,0	20	34,5	17	29,3	3	5,2	0	0
Item 75		13	22,4	18	31,0	18	31,0	9	15,5	0	0
Item 79		21	36,2	30	51,7	3	5,2	4	6,9	0	0
Item 80		7	12,1	16	27,6	11	19,0	12	20,7	12	20,7
Item 81		3	5,2	13	22,4	23	39,7	12	20,7	7	12,1

No caso do **factor 3 – Gravidade da doença** – os sujeitos concordaram maioritariamente com as crenças que iam no sentido da existência de um maior sentimento de maior gravidade da doença, excepção ocorrida no item 67 (“Se eu contrair o vírus da SIDA a minha relação amorosa corre o risco de terminar”), em que 48,3% não concordou nem discordou e 39,6% discordou.

Quadro 9. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes angolanos – Escala C.S.R.C.S (factor 4)

		1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 93	Factor 4	0	0	6	10,3	3	5,2	25	43,1	24	41,4
Item 95		0	0	3	5,2	17	29,3	23	39,7	15	25,9
Item 97		0	0	0	0	3	5,2	27	46,6	28	48,3
Item 100		2	3,4	0	0	8	13,8	22	37,9	26	44,8
Item 102		1	1,7	2	3,4	4	6,9	26	44,8	25	43,1
Item 107		0	0	1	1,7	0	0	23	39,7	34	58,6

No **factor 4 – Auto-eficácia** – A maioria dos participantes discordou das afirmações apresentadas.

Quadro 10. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes angolanos – Escala C.S.R.C.S (factor 5)

Item 82	Factor 5	21	36,2	31	53,4	6	10,3	0	0	0	0
Item 83		18	31,0	15	25,9	15	25,9	7	12,1	3	5,2
Item 84		23	39,7	18	31,0	12	20,7	3	5,2	2	3,4
Item 90		1	1,7	1	1,7	17	29,3	18	31,0	21	36,2
Item 91		5	8,6	11	19,0	11	19,0	18	31,0	13	22,4

Em relação ao **factor 5 – Percepção de Susceptibilidade** – verificou-se, que no geral, os jovens concordaram com as afirmações apresentadas.

Quadro 11. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes angolanos – Escala C.S.R.C.S (factor 6)

Item 113	Factor 6	13	22,4	35	60,3	4	6,9	1	1,7	5	8,6
Item 114		12	20,7	24	41,4	7	12,1	9	15,5	6	10,3
Item 115		25	43,1	24	41,4	3	5,2	4	6,9	2	3,4
Item 116		40	69,0	18	31,0	0	0	0	0	0	0
Item 117		27	46,6	19	32,8	5	8,6	6	10,3	1	1,7
Item 119		22	37,9	27	46,6	6	10,3	3	5,2	0	0

Quanto ao **factor 6 – Motivação para a Saúde** – os sujeitos concordaram maioritariamente com as crenças apresentadas.

Assim, e atendendo à análise da mediana (**Quadro 12**), verificou-se que existiu um nível elevado de benefícios, gravidade da doença e de motivação para a saúde, um nível moderado de vulnerabilidade, e um nível baixo de barreiras e de auto-eficácia.

Quadro 12. Medidas de tendência central para o grupo de estudantes angolanos .

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Percepção de Barreiras	5,00	5,00	3,00	5,00
Percepção de Benefícios	2,50	3,00	1,00	5,00
Gravidade da Doença	2,00	2,00	1,00	4,00
Auto-Eficácia	2,50	3,00	1,00	4,00
Percepção de Susceptibilidade	4,00	4,00	3,00	5,00
Motivação para a Saúde	2,00	2,00	1,00	4,00

Comportamentos Sexuais

Quadro 13. Distribuição por Idade do primeiro relacionamento sexual dos estudantes angolanos.

	F	%
Até aos 16	38	64,4
Dos 16 aos 20	16	27,1
Mais de 20	5	8,5

Verifica-se que maioria dos jovens angolanos iniciou a sua vida sexual antes dos 16 anos (64,4%).

Quadro 14. Distribuição de Frequências do comportamento sexual com parceiro ocasional para o grupo de estudantes angolanos.

	Nunca teve		Teve uma vez ou raramente		Teve muitas vezes	
	F	%	F	%	F	%
Sexo Vaginal	38	64,4	17	28,8	4	6,8
Sexo Oral	54	91,5	4	6,8	1	1,7

A maior parte dos jovens pertencentes ao Grupo B, tal como os do Grupo A, diz não ter tido qualquer tipo de comportamento sexual com **parceiro ocasional**, nos últimos 6 meses. Assim, 63,8% diz nunca ter feito sexo vaginal, 91,4% sexo oral. Daqueles que tiveram algum tipo de experiência sexual, a maioria teve sexo vaginal (29,3% fizeram-no uma vez ou raramente e 6,9% muitas vezes).

Quadro 15. Distribuição de Frequências do comportamento sexual com parceiro habitual para o grupo de estudantes angolanos.

	Nunca teve		Teve uma vez ou raramente		Teve muitas vezes	
	F	%	F	%	F	%
Sexo Vaginal	8	13,6	8	13,6	43	72,9
Sexo Oral	42	71,2	15	25,4	2	3,4

No que respeita ao **parceiro habitual**, os dados são semelhantes aos obtidos com o Grupo A, uma vez que a maioria diz ter tido sexo vaginal (74,1% fizeram-no muitas vezes e 13,8% pelo menos uma vez ou raramente), oral (58,6% fizeram-no muitas vezes e 12,1% uma vez ou raramente), enquanto que o sexo oral não constitui uma prática comum (70,7% nunca o fizeram).

Comportamentos Sexuais de Risco

Quadro 16. Distribuição de frequências do nº de parceiros sexuais para o grupo de estudantes angolanos.

<u>Sexo com mais de um parceiro</u>		
	F	%
Sim	21	35,6
Não	38	64,4

Um parceiro sexual foi aquilo que a maioria dos participantes respondeu, no entanto, é de salientar que um número significativo de jovens angolanos tem mais do que um parceiro sexual (36,2%) quando comparados aos jovens portugueses, como iremos ver mais à frente.

Quadro 17 – Distribuição de Frequências do comportamento sexual de risco com parceiro ocasional para o grupo de estudantes angolanos.

	Com Risco		Sem Risco	
	F	%	F	%
Sexo Vaginal	8	38,1	13	61,9
Sexo Oral	4	80,0	1	20,0

No que se refere ao **parceiro ocasional**, a maior parte dos participantes não teve comportamentos de risco quando praticou sexo vaginal (61,9%), mas uma boa percentagem teve comportamentos de risco (23,8% diz nunca ter usado preservativo, 9,5% fê-lo raramente, e 4,8% às vezes), por outro lado, a maioria dos jovens teve comportamentos de risco quando praticou sexo oral (60% diz que nunca usou preservativo e 20% fê-lo às vezes). É de salientar que apenas 20% dos jovens afirmou ter usado sempre preservativo.

Quadro 18 – Distribuição de Frequências do comportamento sexual de risco com parceiro habitual para o grupo de estudantes angolanos.

	Com Risco		Sem Risco	
	F	%	F	%
Sexo Vaginal	44	86,3	7	13,7
Sexo Oral	14	94,2	1	5,9

Em termos de **parceiro habitual**, a grande maioria dos participantes teve comportamentos de risco quando praticou sexo vaginal (43,1% respondeu que nunca usou preservativo, 13,7% usou raramente e 29,4% fê-lo às vezes), quanto ao sexo oral também se verificou uma marcada presença dos comportamentos de risco (47,1% afirmou que nunca usou preservativo, 35,3% raramente, e 11,8% usou às vezes).

Correlações

Idade/crenças

Quadro 19 – Correlação de Spearman entre a idade e as crenças para o grupo de estudantes angolanos.

	Ys	P
Idade/Percepção de Barreiras	-0,14	0,27
Idade/Percepção de Benefícios	0,26*	0,27
Idade/Gravidade da Doença	-0,01	0,95
Idade/Auto-Eficácia	0,10	0,41
Idade/Percepção de Susceptibilidade	-0,15	0,24
Idade/Motivação para a Saúde	-0,09	0,47

Nota a correlação assinalada com * é significativa para $p < 0,05$

Verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa para $p < 0,05$ entre a idade e um factor da escala, uma vez que à medida que a idade avançou aumentaram os benefícios em ter comportamentos preventivos.

Idade de início da vida sexual/crenças

Quadro 20 – Correlação de Spearman entre idade de início da vida sexual e crenças para o grupo de estudantes angolanos

	γ_s	P
Idade I.V.S./Percepção de Barreiras	0,12	0,35
Idade/Percepção de Benefícios	0,02	0,83
Idade/Gravidade da Doença	-0,15	0,24
Idade/Auto-Eficácia	-0,04	0,74
Idade/Percepção de Susceptibilidade	-0,05	0,69
Idade/Motivação para a Saúde	-0,16	0,21

Não se verificaram correlações significativas entre os factores da escala para $p < 0,05$ e a idade de início da vida sexual dos jovens angolanos.

Idade de início da vida sexual/Comportamentos de risco

Não se verificaram correlações para $p < 0,05$ entre a idade de início da vida sexual e os comportamentos sexuais de risco.

Crenças/Comportamentos sexuais de risco

Verificou-se a existência de uma correlações negativas entre alguns dos factores da escala e os comportamentos de risco com parceiro habitual para $p < 0,05$, nomeadamente:

Factor Benefícios, isto é, quanto mais concordaram com os benefícios em ter comportamentos preventivos, menor foi o número de comportamentos de risco com parceiro habitual

Factor Vulnerabilidade, visto que quanto mais vulneráveis se sentiram em relação à infecção pelo VIH, menor foi o número de comportamentos de risco com parceiro habitual

Factor Auto-eficácia, uma vez que quanto mais auto-eficazes se sentiram para praticarem comportamentos preventivos, menor foi o número de comportamentos de risco com parceiro habitual

Constatou-se ainda que os comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional estavam correlacionados com dois factores da escala para $p < 0,01$, nomeadamente:

Factor Benefícios (correlação positiva), já que, quanto mais concordaram com os benefícios em ter comportamentos preventivos, maior foi o número de comportamentos de risco com parceiro ocasional.

Factor Vulnerabilidade (correlação negativa), isto é, quanto mais vulneráveis se sentiram em relação à infecção pelo VIH, menor foi o número de comportamentos de risco com parceiro ocasional.

2 – Grupo B: Jovens Portugueses

Crenças de Saúde

Quadro 21. Distribuição de frequências – Escala de comportamentos sexuais de risco e Crenças de Saúde (factor 1)

	1		2		3		4		5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 16	0	0	2	1,7	28	23,7	15	12,7	73	61,9
Item 17	0	0	0	0	30	25,4	10	8,5	78	66,1
Item 18	0	0	0	0	1	0,8	16		101	85,6
Item 19	5	4,2	24	20,3	4	3,4	26	22,0	59	50,0
Item 20	2	1,7	1	0,8	40	33,9	8	6,8	67	56,8
Item 22	4	3,4	12	10,2	39	33,1	11	9,3	52	44,1
Item 23	1	0,8	0	0	8	6,8	19	16,1	90	76,3
Item 24	0	0	0	0	21	17,8	10	8,5	87	73,7
Item 25	0	0	1	0,8	2	1,7	16	13,6	99	83,9
Item 26	0	0	1	0,8	2	1,7	11	9,3	104	88,1
Item 27	1	0,8	0	0	2	1,7	8	6,8	107	90,7
Item 28	0	0	1	0,8	2	1,7	11	9,3	104	88,1
Item 29	0	0	1	0,8	7	5,9	14	11,9	96	81,4
Item 30	0	0	15	12,7	6	5,1	31	26,3	66	55,9
Item 32	3	2,5	9	7,6	3	2,5	28	23,7	75	63,6
Item 33	0	0	3	2,5	25	21,2	12	10,2	78	66,1
Item 34	0	0	2	1,7	23	19,5	16	13,6	77	65,3
Item 35	0	0	1	0,8	5	4,2	13	11,0	99	83,9
Item 36	1	0,8	2	1,7	7	5,9	11	9,3	97	82,2
Item 43	0	0	0	0	3	2,5	16	13,6	99	83,9
Item 44	0	0	0	0	5	4,2	22	18,6	91	77,1

Em relação ao **factor 1** da escala – **Percepção de Barreiras** – verificou-se que no geral, os jovens discordaram das afirmações que lhes foram apresentadas, tendo na generalidade obtido na maioria dos itens a pontuação de 4 ou 5, mostrando ter crenças favoráveis ao uso de preservativo e à prática de outros comportamentos preventivos. Demonstrando pouca percepção de custos/obstáculos para pôr em prática comportamentos preventivos.

Quadro 22. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes portugueses – Escala C.S.R.C.S (factor 2)

Item 45	Factor 2	38	32,2	46	39,0	11	9,3	16	13,6	7	5,9
Item 47		4	3,4	11	9,3	13	11,0	54	45,8	36	30,5
Item 49		5	4,2	11	9,3	33	28,0	19	16,1	50	42,4
Item 50		23	19,5	32	27,1	53	44,9	5	4,2	5	4,2
Item 51		25	21,2	39	33,1	46	39,0	1	0,8	7	5,9
Item 52		32	27,1	52	44,1	20	16,9	8	6,8	6	5,1
Item 56		31	26,3	34	28,8	11	9,3	28	23,7	14	11,9
Item 57		47	39,8	21	17,8	14	11,9	8	6,8	28	23,7

No factor 2 – Percepção de Benefícios – A maioria dos participantes concordou com as crenças apresentadas que iam no sentido da existência de um nível moderado de benefícios, excepção ocorrida nos itens 47 (“Ultimamente tenho limitado o meu número de parceiros sexuais para não correr o risco de ser infectado”), e, no item 49 (“Penso que se sugerir a um parceiro ocasional a utilização de preservativo ele irá pensar que eu sou uma pessoa com maturidade”), em que a maioria discordou.

Quadro 23. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes portugueses – Escala C.S.R.C.S (factor 3)

Item 65	Factor 3	69	58,5	42	35,6	5	4,2	1	0,8	1	0,8
Item 66		62	52,5	48	40,7	5	4,2	2	1,7	1	0,8
Item 67		0	0	9	7,6	46	39,0	38	32,2	25	21,2
Item 68		14	11,9	47	39,8	37	31,4	15	12,7	5	4,2
Item 69		10	8,5	22	18,6	54	45,8	25	21,2	7	5,9
Item 70		53	44,9	47	39,8	15	12,7	3	2,5	0	0
Item 71		24	20,3	23	19,5	58	49,2	8	6,8	5	4,2
Item 72		15	12,7	31	26,3	56	47,5	13	11,0	3	2,5
Item 75		23	19,5	37	31,4	53	44,9	4	3,4	1	0,8
Item 79		27	22,9	46	39,0	16	13,6	26	22,0	3	2,5
Item 80		8	6,8	31	26,3	19	16,1	48	40,7	12	10,2
Item 81		2	1,7	26	22,0	68	57,6	17	14,4	5	4,2

Para o **factor 3- Gravidade da Doença** – não existiu uma uniformidade no tipo de respostas, isto é, nos itens 65,66, 68,70,75 e 79 os inquiridos concordam

maioritariamente com as afirmações apresentadas, nos itens 67 e 80, discordam e nos itens 69,71 e 72, não concordam nem discordam.

Quadro 24. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes portugueses – Escala C.S.R.C.S (factor 4)

		1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 93	Factor 4	0	0	9	7,6	4	3,4	42	35,6	63	53,4
Item 95		0	0	5	4,2	57	48,3	29	24,6	27	22,9
Item 97		1	0,8	22	18,6	15	12,7	46	39,0	34	28,8
Item 100		1	0,8	2	1,7	16	13,6	39	33,1	60	50,8
Item 102		1	0,8	10	8,5	8	6,8	53	44,9	46	39,0
Item 107		0	0	2	1,7	6	5,1	54	45,8	56	47,5

No **factor 4 – Auto-Eficácia** – A maioria dos participantes discordou das afirmações apresentadas.

Quadro 25. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes portugueses – Escala C.S.R.C.S (factor 5)

Item 82	Factor 5	24	20,3	81	68,6	7	5,9	5	4,2	1	0,8
Item 83		63	53,4	35	29,7	7	5,9	7	5,9	6	5,1
Item 84		74	62,7	35	29,7	4	3,4	4	3,4	1	0,8
Item 90		11	9,3	20	16,9	14	11,9	38	32,2	35	29,7
Item 91		18	15,3	19	16,1	13	11,0	50	42,4	18	15,3

Em relação ao **factor 5 – Percepção de Susceptibilidade** – verificou-se, que no geral, os jovens concordaram com as afirmações apresentadas, mostrando que se sentem pouco vulneráveis à infecção pelo vírus VIH.

Quadro 26. Distribuição de frequências para o grupo de estudantes portugueses – Escala C.S.R.C.S (factor 6)

Item 113	Factor 6	34	28,8	64	54,2	12	10,2	6	5,1	2	1,7
Item 114		9	7,6	48	40,7	24	20,3	29	24,6	8	6,8
Item 115		36	30,5	48	40,7	11	9,3	21	17,8	2	1,7
Item 116		85	72,0	21	17,8	5	4,2	6	5,1	1	0,8
Item 117		46	39,0	36	30,5	19	16,1	11	9,3	6	5,1
Item 119		18	15,3	39	33,1	31	26,3	27	22,9	3	2,5

Quanto ao **factor 6 – Motivação para a Saúde** – os sujeitos concordaram maioritariamente com as crenças apresentadas que iam precisamente no sentido da existência de uma boa motivação para a saúde.

Assim como se pode observar pela análise da mediana (**Quadro 27**) existiu um nível baixo de barreiras e de Auto-Eficácia, e um nível moderado de benefícios, gravidade da doença e de vulnerabilidade, e um nível elevado de motivação para a saúde.

Quadro 27 – Medidas de tendência central– E.C.S.R.C.S. para o grupo de estudantes portugueses

	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Percepção de Barreiras	5,00	5,00	3,00	5,00
Percepção de Benefícios	3,00	3,00	1,00	5,00
Gravidade da Doença	3,00	3,00	1,00	4,00
Auto-Eficácia	2,00	2,00	1,00	5,00
Percepção de Susceptibilidade	4,00	4,00	3,00	5,00
Motivação para a Saúde	2,00	2,00	1,00	4,00

Comportamentos Sexuais

Quadro 28. Distribuição por Idade do primeiro relacionamento sexual

	F	%
Até aos 16	33	23,7
Dos 16 aos 20	74	53,2
Mais de 20	32	23,0

Verifica-se que a maioria dos jovens teve o seu primeiro relacionamento sexual os 16 e os 20 anos, ou seja, mais tarde do que os jovens angolanos.

Quadro 29. Distribuição de Frequência dos Comportamentos Sexuais com parceiro habitual para o grupo de estudantes portugueses.

	Nunca teve		Teve uma vez ou raramente		Teve muitas vezes	
	F	%	F	%	F	%
Sexo Vaginal	39	28,1	18	12,9	82	59,0
Sexo Oral	116	83,5	20	14,4	3	2,1

Em termos de **parceiro habitual**, a maioria dos participantes diz ter feito sexo muitas vezes (69,5%), ou pelo menos 1 vez ou raramente nos últimos 6 meses (15,3%), o sexo oral não pareceu ser um comportamento habitual deste grupo, 80,5% disseram nunca o ter praticado.

Quadro 30. Distribuição de Frequência dos Comportamentos Sexuais com parceiro ocasional para o grupo de estudantes portugueses.

	Nunca teve		Teve uma vez ou raramente		Teve muitas vezes	
	F	%	F	%	F	%
Sexo Vaginal	127	91,4	12	8,6	0	0
Sexo Oral	138	99,3	0	0	1	0,7

Relativamente ao **parceiro ocasional**, a grande maioria dos participantes disse que nos últimos 6 meses não teve qualquer tipo de comportamento sexual, assim não praticaram quer sexo vaginal (89,8%), sexo oral (99,2%). Daqueles que dizem ter tido comportamentos sexuais, a maior parte diz respeito ao sexo vaginal (10,2% fê-lo 1 vez ou raramente e 0,8% fê-lo muitas vezes)

Comportamentos Sexuais de Risco

Quadro 31. Distribuição por nº de parceiros para o grupo de estudantes portugueses.

	<u>Sexo com mais de um parceiro</u>	
	F	%
Sim	7	5,0
Não	132	95,0

Um parceiro sexual foi o que a maioria dos participantes portugueses afirmou, quando questionados sobre o número de parceiros sexuais actuais.

Quadro 32. Distribuição de Frequência dos Comportamentos Sexuais de risco com parceiro habitual para o grupo de estudantes portugueses.

	Com Risco		Sem Risco	
	F	%	F	%
Sexo Vaginal	71	71,0	29	29,0
Sexo Oral	16	69,4	7	30,4

No que diz respeito ao **parceiro habitual**, verifica-se que a maioria dos jovens teve comportamentos de risco quando praticou sexo vaginal (37% nunca usou preservativo, 20% diz ter usado às vezes e 14% usou raramente o preservativo). Apenas 29% dos participantes não teve relações de risco quando praticou sexo vaginal, tendo respondido que usou sempre preservativo.

Relativamente ao sexo oral também se verificou a maioria dos jovens teve comportamentos de risco (43,5% diz nunca ter usado preservativo, 17,4% fê-lo raramente e 8,7% usou preservativo às vezes). Apenas 30,4% dos jovens não teve relações de risco quando praticou sexo oral, tendo respondido que usou sempre preservativo.

Quadro 33. Distribuição de Frequência dos Comportamentos Sexuais de risco com parceiro ocasional para o grupo de estudantes portugueses.

	Com Risco		Sem Risco	
	F	%	F	%
Sexo Vaginal	4	33,4	8	66,7
Sexo Oral	0	0	1	100,0

No que se refere ao **parceiro ocasional**, a maior parte dos participantes não teve comportamentos de risco quando praticou sexo vaginal (66,7%), e considera-se que 33,4% teve comportamentos de risco (16,7% nunca usou preservativo e a mesma percentagem de jovens usou preservativo às vezes). Quanto ao sexo oral, apenas 1 jovem que o praticou usou sempre preservativo (100%)

Correlações

Idade/crenças

Quadro 34 – Correlação de Spearman entre a idade e as crenças para o grupo de estudantes portugueses.

	γ_s	P
Idade/Percepção de Barreiras	-0,15	0,10
Idade/Percepção de Benefícios	-0,03	0,72
Idade/Gravidade da Doença	0,04	0,63
Idade/Auto-Eficácia	0,15	0,09
Idade/Percepção de Susceptibilidade	0,08	0,36
Idade/Motivação para a Saúde	-0,05	0,54

Não se verificaram correlações significativas entre os factores da escala para $p < 0,05$ e a idade dos jovens portugueses.

Idade de início da vida sexual/Crenças

Quadro 35. Correlação de Spearman entre idade de início da vida sexual e crenças para o grupo de estudantes portugueses.

	γ_s	P
Idade início da vida sexual/ Barreiras	0,02	0,76
Idade inicio da vida sexual/ Benefícios	0,01	0,96
Idade inicio da vida sexual/Gravidade da Doença	-0,10	0,27
Idade inicio vida sexual/Auto-Eficácia	-0,06	0,49
Idade inicio da vida sexual/ Susceptibilidade	-0,03	0,74
Idade/ inicio da vida sexual M. para a Saúde	-0,07	0,43

Não se verificaram correlações significativas entre os factores da escala para $p < 0,05$ e a idade de início da vida sexual dos jovens portugueses.

Idade da 1ª relação /comportamentos sexuais de risco

Verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa para $p < 0,05$ entre a idade de inicio da vida sexual e os comportamentos de risco com parceiro habitual, uma vez que, quanto mais tarde os jovens iniciaram a vida sexual, maior foi o número de comportamentos de risco com parceiro habitual.

Crenças /comportamentos sexuais de risco

Existiu uma correlação positiva significativa para $p < 0,05$ entre um factor (benefícios) da escala e os comportamentos de risco com parceiro habitual, uma vez que, quanto mais concordaram com os benefícios, maior foi o número de comportamentos de risco com parceiro habitual.

3 – COMPARAÇÃO DE GRUPOS

Comportamento sexual de risco

O teste de Mann-Whitney mostrou existirem diferenças significativas para $p < 0,05$ entre os dois grupos, no que respeita às relações sexuais vaginais e orais com parceiro ocasional, tendo os jovens angolanos apresentado um maior grau de risco.

Quadro 36. Teste de Mann-Whitney: Comparação dos dois grupos

	Angolanos	Portugueses	U	P
	Soma das ordens			
Parceiro Ocasional	3154,00	2234,00	910,00	0,0001
Parceiro Habitual	3005,05	2418,50	1015,50	0,10

Crenças

Quadro 37. Teste de Mann-Whitney: Comparação dos 2 Grupos

	Angolanos	Portugueses	U	P
	Soma das ordens			
Barreiras	4104,00	11472,00	2393,00	0,0001
Benefícios	4612,50	10963,50	2901,50	0,08
Gravidade da Doença	4404,00	11172,00	2693,00	0,01
Auto-Eficácia	5963,50	9612,50	2591,50	0,0001
Susceptibilidade	5221,00	10355,00	3334,00	0,75
Motivação para a Saúde	4085,00	11491,00	2374,00	0,0001

O teste de Mann-Whitney revelou existirem diferenças significativas para $p < 0,05$ entre os dois grupos nos Factores: 1 (Barreiras) –, 3 (Gravidade da Doença) tendo os jovens portugueses um nível mais elevado de percepção de gravidade da doença, 4 (Auto-eficácia) na qual os jovens angolanos evidenciaram valores mais altos, e 6 (Motivação para a Saúde).

Nos Factores 2 (Benefícios) e 5 (Vulnerabilidade à Doença) não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos.

Resta-nos justificar o facto de existirem diferenças significativas para os factores Barreiras e Motivação para a Saúde entre os dois grupos e os valores das medianas apresentarem-se iguais.

De acordo com Siegel et al (1988), isto acontece pelo facto do teste ser sensível às diferenças de simetria e achatamento das duas funções.

Conhecimentos sobre a Doença

Quadro 38. Teste de Mann-Whitney: Comparação dos 2 Grupos

	Angolanos	Portugueses	U	ρ
	Soma das ordens			
1	4981,50	10594,50	3270,50	0,60
2	5130,50	10445,50	3419,50	0,98
3	4244,50	11331,50	2533,50	0,0001

Legenda:

- 1- Conhecimentos sobre a doença;**
- 2- Conhecimentos sobre os meios de transmissão;**
- 3- Conhecimentos sobre comportamentos preventivos.**

Não existem diferenças significativas entre os dois grupos, no que diz respeito aos conhecimentos sobre a etiologia, meios de transmissão do VIH e comportamentos preventivos.

VI – DISCUSSÃO

1 – JOVENS ANGOLANOS

Constatamos que a maioria dos jovens iniciou a sua vida sexual antes dos 16 anos, dados que já tinham sido encontrados por Leitão, Neves, Carvalho e al., em 1997, num estudo sobre a saúde dos adolescentes e comportamentos sexuais de risco em Luanda.

Segundo a literatura o início das práticas sexuais nos jovens angolanos é cada vez mais precoce, apontando como principais razões factores sociais e culturais.

É importante salientar a relação entre a idade jovem e uma maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH, isto acontece porque os adolescentes e jovens adultos iniciam a sua actividade sexual, na maioria dos casos insuficientemente esclarecidos (Machado Caetano, 2000).

No entanto, surpreendentemente os nossos resultados apontam para uma correlação positiva entre a **idade de início da vida sexual** e os **comportamentos de risco** com parceiro habitual o que de qualquer forma não contradiz os dados da literatura e de outras investigações, porque os jovens angolanos iniciaram a sua vida sexual, na sua maioria antes dos 16 anos, ou seja, durante um período de pré-adolescência e adolescência.

Noutra perspectiva, podemos pensar que outros factores podem estar associados. Num estudo realizado por Gouveia Pereira com adolescentes, mostrou a importância de haver comportamentos seguros logo na primeira relação sexual, ou seja, desde o início da vida sexual.

Este estudo, mostra claramente, existirem diferenças a nível do comportamento do uso de preservativo entre os jovens que usaram o preservativo na primeira relação sexual e aqueles que não o usaram. Os jovens que usaram preservativo na primeira relação são aqueles que apresentam maior intenção de continuar a usar nas relações

seguintes, como se existisse um percurso de comportamentos seguros, ou um percurso de comportamentos de risco (Gouveia Pereira, sem data cit. Claudio e Mateus, 2000).

Estes resultados parecem muito interessantes e deveriam ser tidos em conta nas campanhas de prevenção, visto esta variável se revelar importante na intenção do uso de preservativo posteriormente.

Em termos do **Número de Parceiros Sexuais**, apesar de a maioria dos jovens ter referido que tinha apenas um parceiro, consideramos significativa a percentagem daqueles que afirmaram ter mais do um parceiro sexual (36,2%).

Esta variável é considerada como um factor de risco importante, que torna os sujeitos mais vulneráveis ao contágio pelo VIH.

Segundo um documento publicado pela Universidade da Califórnia, em 1998 – “Preventing HIV/STD among adolescents”, um elevado número de parceiros num curto espaço de tempo, aumenta o risco de contrair o vírus. Os dados do CDC (Center of Disease and Control), mostram que os adolescentes que iniciaram a sua vida sexual mais cedo têm maior probabilidade de vir a ter um maior número de parceiros sexuais, facto que constatamos neste Grupo.

De acordo com Héritier (1984), a multiplicidade de parceiros e a poligamia simboliza para os africanos poder e consideração social. De facto a sociedade angolana sobrevaloriza e simultaneamente banaliza a poligamia, quer em relação aos homens, quer em relação às mulheres, mesmo que nestas tenha contornos diferentes. A poligamia da mulher angolana pertencente a uma certa classe social mais carenciada é o reflexo da crise social patente em Angola.

Relativamente às **Crenças de Saúde** dos jovens angolanos verificamos bons resultados nos factores Benefícios, Gravidade da Doença, Motivação para a Saúde e Barreiras, e um nível moderado de susceptibilidade à doença e, por fim, um nível baixo de auto-eficácia.

Podemos verificar que, ao analisar os seis factores, que existem mais dificuldades ao nível da Auto-Eficácia, os jovens percebem-se pouco eficazes na implementação de comportamentos preventivos, e por outro lado, sentem-se pouco vulneráveis à infecção pelo VIH.

Muito provavelmente seriam de esperar outros resultados a nível das crenças, já que existe um grau elevado de comportamentos de risco, mas esta situação poderá ter a ver com diversos factores, alguns deles inerentes ao próprio Modelo de Crenças de Saúde.

Dados de uma investigação longitudinal realizada por Joseph e al. Em 1987 revelaram que as crenças de saúde tinham pouco impacto quando se referiam a comportamentos realizados há mais de seis meses. A percepção de Benefícios diminuía ao longo do tempo, e a percepção de susceptibilidade só se manifestava quando dizia respeito às relações com parceiros ocasionais.

Esta associação é preocupante e permite clarificar, porquê que uma maior percepção de vulnerabilidade pode levar certos indivíduos a terem menos comportamentos protectores.

Analisando estes resultados, faz sentido a hipótese de que as crenças face ao VIH podem mudar ao longo do tempo, que apenas as crenças que o indivíduo tem imediatamente anteriores ao comportamento o podem influenciar de facto. O comportamento só poderá ser influenciado pelas crenças que o sujeito manifesta num tempo próximo e imediatamente anterior a esse mesmo comportamento.

Por outro lado, Abraham e Sheeram em 1994, avançaram com a hipótese de que o consenso acerca da gravidade da SIDA, consenso que o VIH provoca uma doença muito grave, faz com que surja um efeito de tecto, o qual dificulta a avaliação de grandes diferenças nesta variável Abraham e Sheeram (1994) cit. Jane Ogden (1999). Tornando-se assim mais frágil a capacidade da componente Gravidade ser boa preditora da implementação de comportamentos protectores como por exemplo o uso de preservativo.

Porque o sexo é um comportamento emocional, interactivo e que envolve um processo de negociação no contexto de uma relação, Abraham e Sheeram (1993), afirmaram que para melhor se predizer o sexo seguro é importante a associação de 3 tipos de factores: Intrapessoais (crenças, atitudes, conhecimentos, personalidade), Interpessoais (relação com os pares, o companheiro, estatuto ou tipo da relação), e por fim, Situacionais (uso de substâncias antes do acto sexual).

De uma maneira geral as investigações sugerem que os comportamentos de risco face ao VIH se perpetuam no tempo, e que os factores como as competências sociais, percepção de Auto-eficácia, e factores situacionais são melhores preditores de comportamentos preventivos face ao VIH.

Constatamos, ainda, a existência de correlações negativas entre três factores (Benefícios, Vulnerabilidade e Auto-eficácia) e o comportamento sexual de risco com parceiro habitual.

Basen-Engquist (1992) verificou que os benefícios em usar preservativo em conjunto com a percepção de vulnerabilidade e a auto-eficácia, quando associados eram bons preditores dos comportamentos sexuais seguros.

Os resultados apontam para uma correlação positiva entre o factor benefícios e o comportamento sexual de risco com parceiro ocasional.

Esta correlação positiva entre o factor benefícios e os comportamentos de risco, à partida, surpreendente tem sido explicada na literatura, com o facto de estar muitas vezes associada a uma auto-eficácia baixa, o que de facto ocorreu neste grupo. Alguns autores sugerem que a percepção de auto-eficácia, é um útil preditor do comportamento sexual de risco (Rosenthal & al, 1991; Shaalma et al., 1993, cit. Sheeran & Abraham, 1996).

Em termos de **Comportamento Sexual de Risco**, foi possível constatar que os jovens, na sua maioria, tiveram comportamentos de risco quer com parceiro habitual, quer com parceiro ocasional.

No que respeita ao parceiro habitual, o sexo vaginal é responsável por 86,2% do comportamento de risco, e o sexo oral somou cerca de 94% de comportamentos de risco.

Esta caracterização é preocupante e faz-nos reflectir sobre os factores que potenciam os comportamentos de risco nos jovens adultos.

Com o parceiro ocasional o comportamento de risco também se verificou, tendo 38% corrido riscos quando praticou sexo vaginal e 80% quando fez sexo oral.

2 – JOVENS PORTUGUESES

Constatamos que a maioria dos jovens iniciou a sua vida sexual mais tarde entre os 16 e os 20 anos, só tem um parceiro sexual (94%), o que os posiciona, logo a partida, com menos factores de risco associados quando comparados com os jovens do outro grupo.

No entanto, em termos de **Comportamento Sexual**, ele é igualmente preocupante neste grupo, pois a maioria teve comportamentos de risco quando praticou sexo vaginal (71%) e oral (69,6) com parceiro habitual, assim como, quando fez sexo vaginal (33,3%) e oral (33,4%) com parceiro ocasional.

A correlação positiva entre o factor benefícios e o comportamento sexual de risco evidencia claramente que a monogamia pode ser uma falsa protecção contra a infecção pelo VIH.

Resultados de um estudo de Rosenthal e Shepherd (1993), com jovens, na sua maioria monogâmicos, tal como acontece com o nosso grupo B, mostram que a incidência de sexo não protegido com parceiros regulares foi elevada, o que pode ser

explicado com o facto de acreditarem que o evitar parceiros ocasionais é suficiente para os proteger do risco de infecção.

Como sugere Leal (cit. Claudio e Mateus, 2000) é importante abordar a questão da confiança entre os parceiros envolvidos numa relação amorosa, porque frequentemente, essa mesma confiança secundariza o medo da infecção, e não há espaço para o uso do preservativo, e conseqüentemente para haver amor protegido.

A correlação positiva entre a Idade de Início da Vida Sexual e os comportamentos sexuais de risco com parceiro habitual contraria de certa forma os dados da literatura tem como hipótese explicativa o que foi dito anteriormente e, por outro lado, mostra que a idade nem sempre funciona como um factor facilitador da negociação com o parceiro habitual do uso de preservativo.

Relativamente às **Crenças de Saúde** dos jovens portugueses constatamos um nível baixo no factor barreiras e no factor auto-eficácia, um nível moderado nos factores benefícios, vulnerabilidade e gravidade, e por fim um bom nível de motivação para a saúde.

O que nos leva a afirmar que este grupo tem poucas crenças que funcionam como obstáculos à implementação de comportamentos preventivos, apresentam um bom nível de motivação para a saúde, sentem-se moderadamente vulneráveis ao VIH, e pensam que existem alguns benefícios em adoptar comportamentos seguros, afirmam que a SIDA é uma doença com alguma gravidade, e apresentam uma auto-eficácia baixa.

Por último, gostaríamos de chamar a atenção para a necessidade de intervenção precoce, tendo em conta que o primeiro relacionamento sexual poderá ser um forte preditor de comportamentos sexuais futuros.

3 – COMPARAÇÃO DOS DOIS GRUPOS

Foi possível constatar que os jovens angolanos iniciaram a sua vida sexual mais cedo e apresentaram mais multiplicidade de parceiros.

Nos jovens angolanos existe uma correlação negativa entre os factores benefícios, vulnerabilidade e auto-eficácia e os comportamentos de risco com parceiro habitual. Nos jovens portugueses existe uma correlação positiva entre o factor Benefícios e os comportamentos de risco.

Nos jovens angolanos existe uma correlação negativa entre a vulnerabilidade e os comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional.

Nos jovens portugueses não se verificaram correlações entre as crenças e o comportamento sexual com parceiro ocasional.

Isto poderá significar que os angolanos têm mais dificuldades em introduzir o uso do preservativo com parceiros ocasionais e os portugueses sentem mais essa dificuldade com o parceiro habitual.

Nos jovens angolanos não existe correlação entre a idade de início da vida sexual e o comportamento de risco.

Nos jovens portugueses existe uma correlação positiva entre a mesma e o risco com parceiro habitual, o que mais uma vez aponta para a dificuldade de negociação do uso de preservativo com parceiro habitual.

Nos dois grupos os factores barreiras e auto-eficácia são baixos, a motivação para a saúde é elevada e a susceptibilidade à doença é moderada.

Nos jovens angolanos os factores Benefícios e Gravidade da doença são altos, enquanto que nos portugueses estes dois factores são de nível moderado.

Nos jovens angolanos o sexo vaginal com parceiro habitual obteve 86,2% de risco, e o sexo oral com o mesmo tipo de parceiro 94,2% de risco.

Nos jovens portugueses nas relações com parceiro habitual o sexo vaginal obteve 71,0% de risco e o sexo oral 69,6% de risco.

Com parceiro ocasional, os jovens angolanos correram risco quando praticaram sexo vaginal-38,1%, e quando fizeram sexo oral -80%.

Com parceiro ocasional, 33,3% dos jovens portugueses correu risco quando praticou sexo vaginal e 33,4% quando praticou sexo oral.

Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao nível de conhecimentos sobre os meios de transmissão, etiologia e comportamentos preventivos face à infecção pelo VIH.

Pensamos que o comportamento dos indivíduos depende principalmente do contexto socio-cultural no qual se encontra inserido. Desta forma é importante pensar sobre algumas características culturais que podem estar relacionadas com as diferenças observadas no comportamento dos dois grupos.

- **Educação Sexual**

A educação transmitida no seio familiar, particularmente no que diz respeito à sexualidade exerce uma grande influência no comportamento dos jovens. Em Angola, a discussão deste tema é muito raro entre os pais, e de uma maneira geral a temática sexual é considerada tabu.

Resultados de um estudo realizado em Luanda com adolescentes e jovens adultos entre os 14 e os 20 anos de idade, mostram que na sua maioria estes não falam sobre sexo com os seus pais. Geralmente este assunto é abordado com amigos, colegas ou com o parceiro sexual Leitão et al (1997).

De acordo com alguns autores, os pais evitam falar sobre sexualidade com os seus filhos porque acreditam que isso os motivaria a iniciar a sua vida sexual mais cedo.

Um outro estudo realizado pelo WHO (cit. Programa Nacional de Luta contra a SIDA/UNAIDS, 1997), indica que a educação sexual na escola pode contribuir para a

alteração do comportamento sexual dos jovens, levando-os a iniciar a vida sexual mais tarde, assim como, a utilizar mais o preservativo.

Segundo Rwenge (1996), a educação sexual nas escolas tem mais eficácia quando as normas sociais e a responsabilidade individual é sobrevalorizada. Contudo estes programas deveriam ser implementados antes dos jovens iniciarem a sua vida sexual.

- **Perda de valores tradicionais ligados à sexualidade**

As sociedades tradicionais angolanas sofreram grandes alterações com o processo de modernização. Transformações levaram à perda de alguns valores culturais tradicionais que antes tinham uma grande influência no comportamento sexual dos indivíduos. A mudança para as cidades e a educação formal afastou as pessoas dos seus grupos de origem, e desta forma, as decisões relacionadas com a sexualidade deixaram de ser do âmbito familiar ou comunitário, e passaram a ser muito mais do foro pessoal e individual (Serrano et al, 1998).

A crise socioeconómica exacerbou estas transformações. Actualmente observa-se que os adultos perdem progressivamente o controlo sobre os jovens.

- **Factores associados ao casamento**

Em Angola é comum os jovens casarem muito cedo, e é também frequente a poligamia fazer parte da relação conjugal, influenciando o comportamento sexual das crianças e adolescentes, que são particularmente sensíveis aos hábitos e atitudes dos pais.

A instabilidade conjugal observada em Angola poderá igualmente influenciar o comportamento sexual dos jovens. De acordo com Rwenge (1996), Existe uma tendência para homens e mulheres procurarem relações fora do casamento durante períodos de conflito, e estes são seguramente factores de grande exposição ao VIH/SIDA.

Quando observamos que os estudantes angolanos correm mais riscos face ao VIH/SIDA, podemos colocar a hipótese de que este comportamento pode ser potenciado pelas características da própria cultura angolana.

VII- CONCLUSÕES

Tendo em consideração o facto de termos trabalhado com amostras de conveniência, as conclusões aqui descritas dizem respeito, apenas, aos grupos estudados.

Desta forma podemos concluir que:

A maior parte dos jovens (portugueses e angolanos) corre riscos quando se relaciona sexualmente com parceiros habituais e parceiros ocasionais, e como anteriormente já se referiu os jovens angolanos apresentam mais comportamentos de risco.

Nos **jovens angolanos** verificou-se uma relação manifestamente importante entre as crenças, - factor Benefícios, Vulnerabilidade e Auto-Eficácia e os comportamentos sexuais de risco, ou seja, os jovens que percebem mais benefícios em implementar comportamentos seguros, sentem mais vulneráveis à doença e pouco auto-eficazes a pôr em marcha comportamentos preventivos, são também aqueles que correm mais risco.

A crença-factor Vulnerabilidade revelou ser uma variável importante, no que respeita ao risco com parceiro ocasional (mais vulnerabilidade, menos risco).

Os jovens que sentem mais benefícios em ter comportamentos seguros, são também aqueles que apresentam mais comportamentos de risco com parceiro ocasional. Neste grupo não se verificaram correlações entre a idade de início da vida sexual e os comportamentos de risco.

Os **jovens angolanos** apresentaram um nível baixo de barreiras (poucas barreiras) e de auto-eficácia, resultados elevados na motivação para a saúde, Benefícios e Gravidade da doença, e um nível moderado de percepção de Vulnerabilidade.

Os **jovens portugueses** que sentem maiores benefícios em implementar comportamentos preventivos, e que iniciaram a vida sexual mais tarde, são também aqueles que apresentam mais comportamentos de risco com parceiro habitual.

Ao contrário do que se passou com o grupo A, não se verificaram correlações entre as crenças e os comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional.

Os **jovens portugueses** apresentaram níveis baixos de Barreiras e de Auto-eficácia, resultados elevados na Motivação para a Saúde e níveis moderados no que diz respeito à Gravidade da doença, Vulnerabilidade e Benefícios.

Pensámos que os dados obtidos neste estudo põem em relevo algumas pistas importantes, a ter em conta se pensarmos em termos de intervenção.

Do nosso ponto de vista, é prioritário reforçar a Auto-eficácia, dando competências de negociação do uso de preservativo quer com parceiro habitual, quer com parceiro ocasional. Para o grupo de jovens angolanos em particular, torna-los conscientes dos riscos acrescidos tendo múltiplos parceiros. Promover uma mudança no seu estilo de vida, facilitando a adopção de uma expressão da sexualidade saudável sem pôr em risco a sua saúde, visto que, neste grupo, tornou-se bastante evidente que promover aceitabilidade do preservativo é um processo multifacetado, que depende em grande medida, da aceitação cultural e social.

Não menos importante, é trabalhar com o grupo alvo desta intervenção, a crença de susceptibilidade à infecção pelo VIH, reforçando que todos os indivíduos são passíveis de ser infectados se não tiverem comportamentos sexuais seguros.

É fundamental reforçar a importância da investigação na área dos comportamentos sexuais de risco, pois é isso que nos transmitem os números actuais sobre a evolução da SIDA no mundo.

E reportando-nos à origem dos grupos estudados nesta investigação podemos dizer que, se por um lado, Portugal é o país da união europeia onde se verifica a maior taxa de crescimento de pessoas infectados entre os heterossexuais, em África, tem sido desmedido o impacto deste flagelo na vida económica e social dos indivíduos, das famílias e das comunidades que têm vindo a assistir à privação de profissionais, familiares, jovens no desenvolvimento das suas potencialidades, na fase mais produtiva da vida.

VIII – BIBLIOGRAFIA

- Abraham, C. et al (1992). Health Beliefs and Promoting of HIV – Preventing Intentions Among Teenagers: A Scottish Perspective. *Health Psychology*, 11 (6), 363-370.
- Aggleton, P. et al (1989). Lay Beliefs about HIV infection and AIDS. In Churchill Livingstone (ED), *AIDS: Cientific & Social Issues. A Resource for Health Educators*, (pp. 56 – 65).
- AIDS Office (1993). People of Colour and HIV/AIDS. S. Francisco: Mayor's Office of Community Development.
- Airhihenbuwa, C., et al (1992). HIV/AIDS Education and Prevention among African-Americans: a focus on culture. *AIDS, Education and Prevention*, 4 (3), 267 – 276.
- Alexander, V. (1990). Black Women and HIV/AIDS. *Siecus Report*, Dec/Jan, 8 – 10.
- Augé, M. (1984). Ordre Biologique, Ordre Social; La Maladie, forme elementaire de l'evenement. In M. Augé & C. Herzlich (Eds.), *Le Sens du Mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie* (pp. 9 – 31). Paris: Edition des Archives Contemporaines.
- Becker, M.H., et al (1972). Predicting Mothers' Compliance with Pediatric Medical Regimens, *Journal of Pediatrics*, 81, 843.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioural Determinants of Compliance with Health and Medical Recommendations. *Medical Care*, 13, 10 – 24.
- Becker, M.H., et al (1977). The Health Beliefs Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behaviour*, 18, 348 – 366.

- Becker, M. H., Rosenstock, I.M. (1984). Compliance with Medical Advice. In A. Steptoe e A. Mathews (Eds), *Health Care and Human Behaviour*. London: Academic Press.
- Caetano, M. (2000). *Lições de Sida Lições de Vida: Sida e Comportamentos de Risco*. Porto: Ambar.
- Caldeira, L. et al (1993). Prevenção e aconselhamento na SIDA. In F. Antunes & M. Forte (Eds), *Manual sobre Infecção pelo VIH*. (pp. XV1 – XV12). Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde do M. S.
- CDC – (1998) Basic Statistics – International Projections Statistics – [WWW.cdc.gov/nchstp/hiv – aids/stats/internet/htm](http://WWW.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/stats/internet/htm)
- Charles-Nicolas, A. et al (1990). Enquête Qualitative sur Connaissances, Attitudes et Comportements vis a vis du Sida, dans la Communauté Africaine Resident en France. Paris: FIRST.
- Claudio, V., Mateus, M. (2000). *Sida Eu e os Outros*. Lisboa: Climepsi.
- Comissão Nacional de Luta Contra Sida (2000). *A Situação em Portugal a 30 de Setembro de 2000*. Lisboa: C.V.E.D.T./Instituto Nacional de Saúde.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner (Ed.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1 – 22). Philadelphia: University Press.
- De La Cancela, V. (1989). Minority AIDS Prevention: Moving Beyond Cultural Perspectives Towards Socio-political Empowerment. *AIDS Education and Prevention*, 1 (2), 141 – 153
- De La Cancela, V. & McDowell, (1992). AIDS: Health Care Intervention Models for Communities of Color. In Julio Morales & Marcia Bok (Eds), *Multicultural Human*

Services AIDS Treatment and Prevention (pp. 121 – 140), Binghamton: Harrington Park Press.

- Eisen, M. (1992). *Health beliefs field experiment*. New Bury Park: Sage.
- Fainzang, S. (1989). *Pour une Anthropologie de la Maladie en France: un regard africaniste*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Sciences.
- Fullilove, M. (1989). Social Denial: a barrier to halting AIDS. *Multicultural Inquiry and Research on AIDS*, 3 (2), 5 – 7.
- Grmek, M. (1990). *História da SIDA*. Lisboa: Relógio d' Água.
- Guy, F. & Adotevi, F. A. (1989). L' Afrique et le SIDA: un Drame et/ou un Défi. In F. Guy & Adotevi (Eds), *Psychologie du SIDA* (pp. 233 – 249).
- Héritier, F. (1984) Sterilité, Aridité, Sechesse: quelques invariants de la pensée symbolique. In M. Augé & C. Herzlich (Eds.), *Le Sense du Mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. (pp. 123 – 154). Paris: Editions des Archives Contemporaines.
- Janz, N. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later, *Health Education Quarterly*, 11, 1 – 47.
- Johnson, R.W. et al (1990). Education Strategies for Prevention of Sexual Transmission of HIV. In David G. Ostrow (Ed), *Behavioural Aspects of AIDS* (pp. 43 – 73). New York: Plenum Medical Book Company.
- Lamptey, P. & Weir, S. (1992). Targeted AIDS intervention programs in Africa. In J. Sepulveda, H. Fineberg & J. Mann (Eds), *AIDS Prevention Through Education: a worldview*. Oxford University Press
- Leitão A., et al (1997). A Saúde dos adolescentes – Comportamentos de Risco, Luanda, MINSA/ASDI/FNUAP, (pp. 49-56).

- Leventhal, H. et al (1985). Preventive Health Behaviour Across the Life Span. In J.C. Rosen e L.J. Solomon (Eds), *Prevention in Health Psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Lollis, C. M. et al (1997). The Efficacy of the Health Belief Model for Predicting Condom Usage and Risky Sexual Practices in University Students. *AIDS Education and Prevention*, 9 (6), 551 – 563.
- Mays, V. (1990). AIDS prevention in black populations: methods of a safer kind. In V. Mays, G. Albee & S. F. Schneider (Eds). *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*. Newsbury Park: SAGE Publications.
- Mays, V. & Cochran, S. (1988). Issues in the Perception of AIDS risk and Risk Reduction Activities by Black and Hispanic/Latin Women. *American Psychologist*, 43 (11), 949 – 957.
- M' Bokolo, E. (1984). Histoire des Maladies, Histoire et Maladie: l' Afrique. In M. Augé & C. Herzlich (Eds), *Le Sens du Mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie* (pp. 155 – 186), Paris: Editions des Archives Contemporaines.
- McCallum, D. M. et al (1992). AIDS: Assessing African-American Knowledge and Attitudes for Community Education Programs. In Julio Morales & Marcia Bok (Eds), *Multicultural Human Services, AIDS Treatment and Prevention* (pp. 27 – 41), Binghamton: Harrington Park Press.
- Montgomery, S.B. et al (1989). The Health Belief Model in Understanding Compliance with Preventive Recommendations for AIDS: how useful?, *AIDS Education and Prevention*, 1, 303 – 323.
- Morales, J. & Bok, M. (1992). Introduction: AIDS within a cultural perspective. In Julio Morales & Marcia Bok (Eds), *Multicultural Human Services, AIDS Treatment and Prevention* (pp. 4 - 20), Binghamton: Harrington Park Press.

- N' Doye, I. (1989). Resultats d'enquêtes qualitatives et quantitatives sur les connaissances, comportements et attitudes vis a vis du SIDA : choix des messages spécifiques et de moyens de communication. In *Prevention du SIDA dans la Communauté Africaine en Europe: Specificité et Éthique* (pp. 3 – 11), Paris: D.G.S. – First.
- Ogden, J. (1999) *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais Ribeiro, J. L. (1996). Questões acerca da avaliação do comportamento sexual. *Análise Psicológica*, 1 (XIV), 13-21.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Paixão, T. (2000). A situação epidemiológica em Portugal a 30.09.2000. *Boletim de Informação*. Lisboa: C.V.E.D.T. – Instituto Nacional de Saúde.
- Peterson, J.L. & Marín, G. (1988). Issues in the Prevention of AIDS among Black and Hispanic men. *American Psychologist*, 43 (11), 871 – 877.
- Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health: Lay meanings of health and health behaviour. In B. Badura & I. Kicherbusch (Eds.), *Health Promotion Research: Towards a new social epidemiology* (pp. 187 – 211). Copenhagen: WHO.
- PNUD (1999) *Relatório de Desenvolvimento Humano – Angola*.
- Programa Nacional de Luta contra a SIDA/UNAIDS (1997) *SIDA: Perfil do país resposta nacional*, Luanda 5-23.
- República de Angola – Ministério da Saúde (1999). *Plano Estratégico Nacional para as Doenças Sexualmente Transmissíveis/VIH/SIDA em Angola (2000-2002)*.

- Rosenthal, D. & Shepherd, H. (1993). A Six –Month Follow-up of Adolescents Sexual Risk-taking, HIV/AIDS Knowledge, and Attitudes to Condoms, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3, 53 – 65.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model, *Health Education Monographs*, 2, 1 – 8.
- Rosenstock, I., et al (1988). Social Learning theory and the health belief model, *Health Education Quarterly*, 15, 175 – 183.
- Rwenge, M. (1996). Facteurs Contextueles de la transmission sexuelle du SIDA en Afrique Subsaharienne: une syntese, in Colloque International sur les Sciences Sociales et le SIDA en Afrique, Dakar, CORDESRIA/CNLS/ORSTOM.
- Santos Lucas, J. (1993). A Sexualidade Desprevenida dos Portugueses. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Serrano, D. et al (1998). HIV e SIDA em Angola, 1985-1998. Programa Nacional de Luta Contra a SIDA.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (1996) The Health Belief Model. In M. Conner and P. Norman, *Predicting Health Behaviour*, (pp: 23-61). Buckingham: Open University Press.
- Siegel, S. et al (1988) *Nonparametric Statistics For the Behavioural Sciences*. New York: Mc Graw-Hill.
- Sigel, I. (1985). A conceptual analysis of beliefs. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Simon, K.J. & Das, A. (1984). Na Application of the Health Belief Model toward Educational Diagnosis for VD Education, *Health Education Quarterly*, 11, 403 – 418.

- Sontag, S. (1989). *Le SIDA et ses Metaphores*. Paris: Christien Bourgois Editeur.
- Steptoe, A & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485 – 502.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1995). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Thomas, S. (1992). The Shaping of Public Perceptions on HIV and AIDS Among Black Americans. Written testimony before the National Commission on Acquired Immune Deficiency Syndrome.
- Valdisserrri, R. O. (1989). The Design of Effective Programs. In R. O. Valdisserrri (Ed.) *Preventing AIDS* (pp. 91 – 128), New Brunswick: Rutgers University Press.
- Vilaça, T. & Cruz, F. (1992). Avaliação dos conhecimentos e atitudes face à SIDA. Relatório Técnico nº4 – Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica. Braga: Universidade do Minho.
- Weinstein, M. & Lawson, C. (1989). U.S. Minorities and V International Conference on AIDS. *Multicultural Inquiry and Research on AIDS*, 3 (3), 1 – 2.

ANEXO

ESCALA

ACERCA DESTAS PERGUNTAS

Esta escala faz parte da elaboração de uma Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, sobre "**comportamentos sexuais e crenças de saúde**".

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre o seu comportamento sexual.

A escala é **anónima e confidencial**.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que **responda o mais honestamente possível**.

Se não tiver a certeza da resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser **identificado(a)**.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

IDADE: _____ SEXO: M F

NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: _____

Por favor, para as questões 1, 2, e 3 assinale com uma cruz (X) apenas uma opção.

1. Já teve a sua primeira relação sexual ?

Sim Não

2. Se sim, que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?

_____ anos.

3. Tem actualmente relações sexuais com mais do que um parceiro ?

Sim Não

Para responder as questões que se seguem deve ter em conta as seguintes definições:

- | |
|--|
| <p>I. RELAÇÕES SEXUAIS ORAIS: Envolve o contacto da boca com os órgãos genitais do homem ou da mulher.</p> <p>II. COITO INTERROMPIDO: Quando o homem retira o pénis antes de ejacular.</p> <p>III. PARCEIRO HABITUAL: Pessoa com quem mantém uma relação relativamente permanente.</p> <p>IV. PARCEIRO OCASIONAL: Pessoa com quem teve relações sexuais uma ou duas vezes.</p> |
|--|

Por favor, para as questões 4 a 15 assinale com uma cruz (x) a opção que considera mais correcta

4. Durante os últimos seis meses teve relações sexuais vaginais com um(a) parceiro(a) habitual?

- Nunca tive Tive uma vez ou raramente Tive muitas vezes

5. Usou preservativo?

- Sempre Às vezes Raramente Nunca

6. Durante os últimos seis meses teve relações sexuais vaginais com um(a) parceiro(a) ocasional?

- Nunca tive Tive uma vez ou raramente Tive muitas vezes

7. Usou preservativo?

- Sempre Às vezes Raramente Nunca

8. Durante os últimos seis meses teve relações sexuais anais com um(a) parceiro(a) habitual?

- Nunca tive Tive uma vez ou raramente Tive muitas vezes

9. Usou preservativo?

- Sempre Às vezes Raramente Nunca

10. Durante os últimos seis meses teve relações sexuais anais com um(a) parceiro(a) ocasional?

- Nunca tive Tive uma vez ou raramente Tive muitas vezes

11. Usou preservativo?

- Sempre Às vezes Raramente Nunca

12. Durante os últimos seis meses teve relações sexuais orais com um(a) parceiro(a) habitual?

- Nunca tive Tive uma vez ou raramente Tive muitas vezes

13. Usou preservativo?

- Sempre Às vezes Raramente Nunca

14. Durante os últimos seis meses teve relações sexuais orais com um(a) parceiro(a) sexual ocasional?

Nunca tive Tive uma vez ou raramente Tive muitas vezes

15. Usou preservativo?

Sempre Às vezes Raramente Nunca

Em relação às perguntas que se seguem, assinale com um circulo o número que corresponde à opção que lhe parece mais correcta, de acordo com o seguinte quadro:

Absolutamente Verdade	Verdade	Não Sei.	Falso	Absolutamente Falso
1	2	3	4	5

16. Quando tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a) ocasional não uso preservativo porque torna o sexo menos estimulante.	1	2	3	4	5
17. Quando tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a) ocasional não uso preservativo porque fico embaraçado(a) para falar sobre isso.	1	2	3	4	5
18. Quando tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a) habitual não uso preservativo porque pode ser ofensivo.	1	2	3	4	5
19. Quando tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a) habitual não uso preservativo porque diminui o prazer.	1	2	3	4	5
20. Quando tenho relações sexuais anais com um(a) parceiro(a) ocasional não uso preservativo porque torna o acto sexual desconfortável.	1	2	3	4	5
21. Quando tenho relações sexuais anais com um(a) parceiro(a) habitual não uso preservativo porque torna o acto sexual desconfortável.	1	2	3	4	5
22. Faço sexo oral com um(a) parceiro ocasional, porque sei seleccionar os meus parceiros sexuais.	1	2	3	4	5
23. Ficaria ofendido(a) se um(a) parceiro(a) habitual sugerisse a utilização de preservativo.	1	2	3	4	5
24. Ficaria ofendido(a) se um(a) parceiro(a) ocasional sugerisse a utilização de preservativo.	1	2	3	4	5
25. Não uso preservativos porque são caros.	1	2	3	4	5

26. Não uso preservativos porque não são uma protecção segura contra o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
27. Não uso preservativos porque é contra a minha religião (por motivos religiosos).	1	2	3	4	5
28. Não uso preservativos porque isso não é valorizado na minha cultura (não é usual na minha cultura).	1	2	3	4	5
29. Não consigo diminuir o número de parceiros(as) sexuais porque a minha cultura valoriza as pessoas que têm muitos(as) parceiros(as).	1	2	3	4	5
30. Não uso preservativos porque retiram a intimidade ao momento.	1	2	3	4	5
31. Não uso preservativos porque dão muito trabalho (atrapalham o acto sexual).	1	2	3	4	5
32. Não uso preservativos com um(a) parceiro(a) habitual porque normalmente pratico coito interrompido.	1	2	3	4	5
33. Não uso preservativo com um(a) parceiro(a) ocasional porque normalmente pratico coito interrompido.	1	2	3	4	5
34. Não sugiro a utilização de preservativo a um(a) parceiro(a) ocasional porque sei seleccionar os meus parceiros.	1	2	3	4	5
35. Tenho vários(as) parceiros(as) sexuais porque isso é importante para a minha imagem.	1	2	3	4	5
36. Tenho vários(as) parceiros(as) Sexuais porque é a minha maneira de estar na vida.	1	2	3	4	5
37. Não uso preservativo porque tenho vergonha de os ir comprar.	1	2	3	4	5
38. Sinto-me sempre embaraçado(a) quando compro preservativos.	1	2	3	4	5
39. Não ando com preservativos porque as pessoas podem fazer maus juízos a meu respeito.	1	2	3	4	5
40. Por vezes recorro à prostituição e não uso preservativo, porque retiram o prazer.	1	2	3	4	5
41. Por vezes tenho relações sexuais depois de beber muito álcool.	1	2	3	4	5
42. Por vezes tenho relações sexuais quando estou sob o efeito de drogas.	1	2	3	4	5
43. Tenho vários parceiros sexuais, porque não quero estar "preso(a)" sexualmente só a uma pessoa.	1	2	3	4	5
44. Não sugiro a utilização de preservativo a um(a) parceiro(a) habitual , porque pode pensar que lhe sou infiel.	1	2	3	4	5
45. Uso preservativos porque oferecem uma protecção muito segura contra o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
46. Uso preservativos porque podem tornar o sexo mais estimulante.	1	2	3	4	5
47. Uso preservativos porque são divertidos.	1	2	3	4	5

48. Geralmente ando com preservativos na carteira porque posso precisar.	1	2	3	4	5
49. Ultimamente tenho limitado o meu número de parceiros(as) sexuais para não correr o risco de ser infectado(a).	1	2	3	4	5
50. Penso que se sugerisse a um(a) parceiro(a) ocasional a utilização de preservativo ele(a) ficaria satisfeito(a) com isso.	1	2	3	4	5
51. Penso que se sugerir a um(a) parceiro(a) ocasional a utilização de preservativo ele(a) irá pensar que eu sou uma pessoa com maturidade.	1	2	3	4	5
52. Penso que se sugerir a um parceiro(a) habitual a utilização de preservativo ele(a) irá pensar que eu sou uma pessoa responsável.	1	2	3	4	5
53. Só tenho um(a) parceiro(a) Sexual de cada vez porque isso tem a ver com a minha forma de estar na vida.	1	2	3	4	5
54. Quando tenho relações Sexuais com um(a) parceiro(a) ocasional uso preservativo porque é mais seguro para nós os dois.	1	2	3	4	5
55. Quando tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a) ocasional nunca substituo o preservativo pelo coito interrompido porque posso correr o risco de me infectar com vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
56. Quando tenho relações sexuais com um parceiro(a) habitual nunca substituo o preservativo pelo coito interrompido porque não é um método seguro para me proteger do vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
57. Não recorro à prostituição porque posso correr o risco de me infectar com o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
58. Sinto-me à vontade quando vou comprar preservativos.	1	2	3	4	5
59. Evito ter relações sexuais orais (fazer sexo oral) com um(a) parceiro(a) ocasional .	1	2	3	4	5
60. Uso preservativos porque são baratos e têm qualidade.	1	2	3	4	5
61. Fico satisfeito(a) quando um(a) parceiro(a) sexual sugere o uso de preservativo.	1	2	3	4	5
62. Uso preservativos porque são um meio anticoncepcional eficaz.	1	2	3	4	5

Para as perguntas 63 e 64, por favor assinale com uma cruz (x) apenas uma opção.

63. Quantas pessoas que contraem o vírus da SIDA se tornam doentes (desenvolvem a doença) ?

Nenhumas Poucas Não sei Muitas Todas

64. Quantas pessoas que contraem o vírus HIV morrem por isso ?

Nenhumas Poucas Não sei Muitas Todas

Em relação às perguntas que se seguem, assinale com um circulo o número que corresponde à opção que lhe parece mais correcta, de acordo com o seguinte quadro:

Absolutamente Verdade	Verdade	Não Sei.	Falso	Absolutamente Falso
1	2	3	4	5

65. Quando penso que posso contrair o vírus da SIDA sinto medo.	1	2	3	4	5
66. A ideia de poder contrair o vírus da SIDA assusta-me.	1	2	3	4	5
67. Se eu me infectasse com o vírus da SIDA teria que interromper os meus estudos.	1	2	3	4	5
68. Se eu contrair o vírus da SIDA a minha vida profissional estará em perigo.	1	2	3	4	5
69. Se eu contrair o vírus da SIDA a minha relação amorosa corre o risco de terminar.	1	2	3	4	5
70. Se eu contrair o vírus da SIDA toda a minha vida irá mudar.	1	2	3	4	5
71. Se eu contrair o vírus da SIDA vou me sentir muito culpado(a).	1	2	3	4	5
72. Se eu contrair o vírus da SIDA vou sentir uma grande solidão.	1	2	3	4	5
73. Não gosto de falar sobre SIDA porque é uma doença fatal.	1	2	3	4	5
74. Não gosto de pensar que tenho possibilidades de vir a contrair o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
75. Se eu contrair o vírus da SIDA vou perder o meu equilíbrio emocional.	1	2	3	4	5
76. Não tenho medo de contrair o vírus da SIDA porque acredito nos avanços da medicina.	1	2	3	4	5
77. Não tenho medo de contrair o vírus da SIDA, porque nem todas as pessoas que contraem o vírus morrem.	1	2	3	4	5
78. Não tenho medo de contrair o vírus da SIDA, porque existem outras doenças mais mortíferas do que a SIDA.	1	2	3	4	5
79. Preocupa-me muito o facto de poder apanhar SIDA.	1	2	3	4	5
80. A SIDA é a doença mais grave que conheço.	1	2	3	4	5
81. Se eu contrair o vírus da SIDA vou ser excluído da sociedade.	1	2	3	4	5

82. Se eu tiver relações sexuais com preservativo a probabilidade de contrair o vírus da SIDA é muito baixa.	1	2	3	4	5
83. Quando penso no meu comportamento sexual passado sinto que é pouco provável que tenha já contraído o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
84. Quando penso no meu comportamento sexual actual sinto que é pouco provável vir a contrair o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
85. Não tenho cuidado em prevenir-me contra a SIDA porque o número de pessoas infectadas é muito baixo.	1	2	3	4	5
86. Nos últimos seis meses tive relações sexuais com uma pessoa que me podia ter transmitido o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
87. Ultimamente só tenho um(a) parceiro(a) sexual porque assim tenho menos possibilidades de contrair o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
88. Mesmo quando uso preservativo continuo com medo de me infectar com o vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
89. Sinto que as minhas possibilidades de contrair SIDA nos próximos cinco anos são altas.	1	2	3	4	5
90. Não tenho medo de contrair SIDA porque não pertença a nenhum grupo de risco.	1	2	3	4	5
91. Não estou em risco de contrair o vírus da SIDA porque só tenho um(a) parceiro(a) sexual.	1	2	3	4	5
92. Tenho relações sexuais sem preservativo porque às vezes não consigo controlar o meu impulso sexual.	1	2	3	4	5
93. Por mais que eu tente não consigo usar preservativo Quando tenho relações Sexuais.	1	2	3	4	5
94. Sinto que é muito difícil escolher um(a) parceiro(a) Sexual seguro(a), ou de confiança.	1	2	3	4	5
95. Tenho muita dificuldade em convencer um(a) parceiro(a) ocasional a usar preservativo.	1	2	3	4	5
96. É muito difícil abordar o problema do uso de preservativo com um(a) parceiro(a) habitual .	1	2	3	4	5
97. Quando preciso de preservativos tenho sempre receio de ir comprá-los.	1	2	3	4	5
98. Nunca sei o que dizer quando tenho que falar sobre preservativos com o(a) parceiro(a) habitual.	1	2	3	4	5
99. Não sou capaz de limitar o número de parceiros(as) Sexuais.	1	2	3	4	5
100. Não sou capaz de colocar um preservativo num pénis erecto.	1	2	3	4	5
101. Tenho receio de colocar mal o preservativo.	1	2	3	4	5
102. Nunca ando com preservativos porque tenho vergonha que alguém veja.	1	2	3	4	5

103. É muito difícil controlar os meus desejos sexuais Quando estou sob o efeito de álcool ou de drogas.	1	2	3	4	5
104. Não sou capaz de negociar com o(a) parceiro(a) habitual o uso de preservativo para nos protegermos da SIDA, mesmo quando outros meios anticoncepcionais já estejam a ser usados (por exemplo a pílula).	1	2	3	4	5
105. Não sou capaz de recusar um avanço sexual indesejado de uma pessoa que não seja o meu (minha) parceiro(a) sexual, por exemplo um(a) amigo(a).	1	2	3	4	5
106. Não sou capaz de comprar preservativos numa farmácia.	1	2	3	4	5
107. Não sou capaz de falar com um médico sobre as precauções que devo tomar para me proteger da SIDA.	1	2	3	4	5
108. Quando tenho um encontro romântico sinto-me sempre obrigado(a) a ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
109. É muito difícil mudar o meu comportamento Sexual.	1	2	3	4	5
110. Não consigo ter apenas um(a) parceiro(a) sexual.	1	2	3	4	5
111. Quando tenho relações sexuais uso preservativo porque penso primeiro na minha saúde.	1	2	3	4	5
112. Estaria disposto(a) a fazer um teste ao sangue para ver se estive exposto ao vírus da SIDA.	1	2	3	4	5
113. Estaria disposto(a) a frequentar seminários(cursos, encontros) para aprender mais sobre as formas de contágio e transmissão da SIDA.	1	2	3	4	5
114. Este inquérito fez com que eu ficasse com vontade de aprender mais sobre SIDA.	1	2	3	4	5
115. Evito beber álcool em excesso porque gosto de estar lúcido(a).	1	2	3	4	5
116. Não consumo drogas porque ter uma vida saudável é muito importante para mim.	1	2	3	4	5
117. O meu desejo de ser saudável influencia o meu comportamento sexual.	1	2	3	4	5
118. Quando tenho relações sexuais uso preservativo porque dou muito valor à minha saúde.	1	2	3	4	5
119. Ultimamente o meu lema é: "primeiro está a saúde e só depois o prazer".	1	2	3	4	5

Em relação às perguntas que se seguem, assinale com um círculo o número que corresponde à opção que lhe parece mais correcta, de acordo com o seguinte quadro:

Verdadeiro	Não Sei	Falso
1	2	3

120. Uma pessoa pode ter o vírus da SIDA (ser seropositivo) e não apresentar sinais de ter a doença.	1	2	3
121. Um resultado negativo do teste de seropositividade pode ocorrer numa pessoa que tenha o vírus da SIDA.	1	2	3
122. Um resultado positivo do teste da SIDA pode ocorrer mesmo em pessoas que não têm o vírus.	1	2	3
123. A SIDA enfraquece as defesas naturais do corpo contra as doenças.	1	2	3
124. O vírus da SIDA está essencialmente concentrado nos fluídos sexuais e no sangue.	1	2	3
125. O vírus da SIDA está essencialmente concentrado nos fluídos sexuais e na saliva.	1	2	3
126. Só as pessoas que têm muitos(as) parceiros(as) sexuais é que podem contrair o vírus da SIDA.	1	2	3
127. Quando se tem apenas um(a) parceiro(a) sexual não é preciso usar preservativo.	1	2	3
128. Para evitar a transmissão do vírus da SIDA pode-se usar apenas um espermicida ou outro método anticoncepcional Qualquer.	1	2	3
129. Durante uma relação sexual heterossexual o homem tem mais probabilidades de se infectar do que a mulher.	1	2	3
130. Durante uma relação homossexual (entre dois homens) o parceiro que penetra tem mais probabilidades de se infectar.	1	2	3
131. O vírus da SIDA não se transmite durante uma relação homossexual entre duas mulheres.	1	2	3
132. Há injeções que se podem tomar e que impedem que se apanhe SIDA.	1	2	3
133. Tenho conhecimento dos locais onde posso realizar o teste da SIDA.	1	2	3

Em relação às perguntas que se seguem, assinale com um círculo o número que corresponde à opção que lhe parece mais correcta, de acordo com o seguinte quadro:

Verdadeiro	Não Sei	Falso
1	2	3

120. Uma pessoa pode ter o vírus da SIDA (ser seropositivo) e não apresentar sinais de ter a doença.	1	2	3
121. Um resultado negativo do teste de seropositividade pode ocorrer numa pessoa que tenha o vírus da SIDA.	1	2	3
122. Um resultado positivo do teste da SIDA pode ocorrer mesmo em pessoas que não têm o vírus.	1	2	3
123. A SIDA enfraquece as defesas naturais do corpo contra as doenças.	1	2	3
124. O vírus da SIDA está essencialmente concentrado nos fluídos sexuais e no sangue.	1	2	3
125. O vírus da SIDA está essencialmente concentrado nos fluídos sexuais e na saliva.	1	2	3
126. Só as pessoas que têm muitos(as) parceiros(as) sexuais é que podem contrair o vírus da SIDA.	1	2	3
127. Quando se tem apenas um(a) parceiro(a) sexual não é preciso usar preservativo.	1	2	3
128. Para evitar a transmissão do vírus da SIDA pode-se usar apenas um espermicida ou outro método anticoncepcional Qualquer.	1	2	3
129. Durante uma relação sexual heterossexual o homem tem mais probabilidades de se infectar do que a mulher.	1	2	3
130. Durante uma relação homossexual (entre dois homens) o parceiro que penetra tem mais probabilidades de se infectar.	1	2	3
131. O vírus da SIDA não se transmite durante uma relação homossexual entre duas mulheres.	1	2	3
132. Há injeções que se podem tomar e que impedem que se apanhe SIDA.	1	2	3
133. Tenho conhecimento dos locais onde posso realizar o teste da SIDA.	1	2	3

MUITO OBRIGADO

Por favor, agora que terminou de preencher a escala não deixe de a enviar, com a maior brevidade possível.

O sucesso desta investigação depende da sua colaboração.

Deve colocar a escala no envelope selado e endereçado, que lhe foi entregue com a mesma, e deixar em qualquer marco ou estação dos Correios.

Telefone de contacto: 387 95 19/ 20