

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM.
ROGA.1

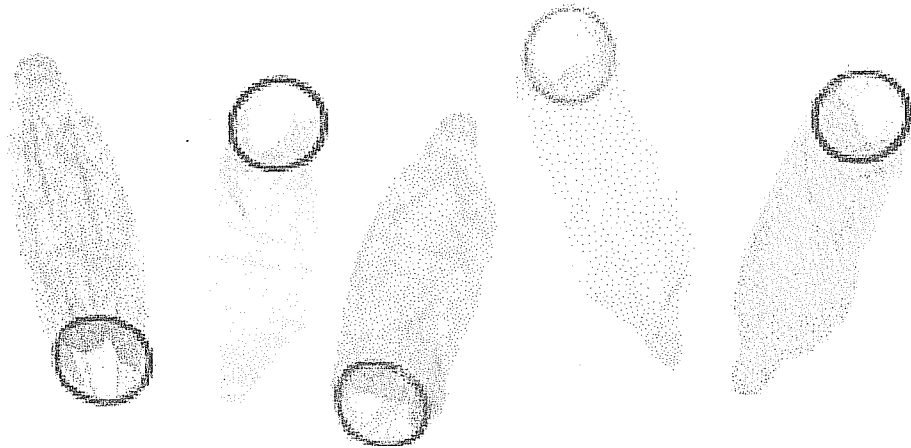
TESE DE DISSERTAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

1997/1999

TERESA ROGADO

AUTO-EFICÁCIA E CRENÇAS EM MULHERES JOVENS – O CASO
ESPECÍFICO DO PRESERVATIVO / KAMISINHA
(UM ESTUDO COMPARATIVO)



ORIENTADORA: PROF. DOUTORA ISABEL LEAL

7567
Ψ C.
ISPA
Centro de Documentação
Tel: 21 881 1750
Registro: 12623
Data: 15/03/01

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só se tornou possível com a ajuda empenhada de uma série de pessoas que nele participaram, desde os sujeitos que integraram a amostra e se dispuseram a responder a uma longa lista de questões que lhes foram colocadas, à orientadora que tal como o próprio nome indica teve um papel fundamental ao nível do controlo da dispersão inerente a este tipo de trabalhos, aos colegas e em especial à Carla Patrocínio pela fervorosa discussão de ideias, à Barbara Marín e Doreen Rosenthal por terem facilitado a adaptação das escalas por elas construídas, aos colaboradores na recolha da amostra que voluntariamente se dispuseram a participar, e a todos os outros, não menos importantes, com quem partilhámos e em quem nos apoiámos ao longo de um ano de investigação.

Red. 12623

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

RESUMO

Tratou-se dum estudo descritivo no qual participaram 104 jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos, cujo principal objectivo foi investigar as relações existentes entre as crenças em relação ao preservativo, a auto-eficácia face ao preservativo e os comportamentos sexuais de risco – uso do preservativo em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana quando comparadas com jovens Portuguesas. Para medir as crenças face ao preservativo foi construída uma escala composta por 31 itens, tendo sido escolhida, após análise factorial, uma solução com 4 factores responsáveis por 47,07 % da variância total. Para avaliar a auto-eficácia e os comportamentos sexuais de risco, foram adaptados para a língua portuguesa instrumentos já existentes, respectivamente a Escala de auto-eficácia face ao preservativo de 20 itens de Marín e colaboradoras e o Questionário acerca do comportamento sexual nos últimos 6 meses de Rosenthal e Shepherd. Em termos gerais, observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos, no que respeita às três variáveis em causa. Relativamente às crenças e à auto-eficácia face ao preservativo, as jovens de origem Cabo-Verdiana obtiveram resultados significativamente inferiores e, no que se refere aos comportamentos sexuais de risco – uso do preservativo, as jovens de origem Cabo-Verdiana obtiveram resultados significativamente superiores quando comparadas com as jovens Portuguesas, verificando-se ainda, que crenças e auto-eficácia face ao preservativo, mostraram estar positivamente correlacionados nos dois grupos.

<i>I – INTRODUÇÃO</i>	5
<i>II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</i>	9
1 – AUTO-EFICÁCIA E CRENÇAS.....	9
1.1 - Auto-eficácia.....	9
1.2 - Crenças.....	12
1.3 – A auto-eficácia e crenças no VIH.....	16
• Auto-eficácia no VIH.....	16
• Crenças no VIH.....	25
2 – COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O VIH.....	30
2.1 – Generalidades.....	30
2.2 - No feminino.....	31
• Homens e Mulheres?.....	31
• Epidemiologia.....	33
• Vulnerabilidades.....	35
• Poder Masculino.....	38
• Comunicação Sexual.....	40
2.3 - Na adolescência.....	42
• Epidemiologia.....	42
• Vulnerabilidades.....	43
• Grupo de Pares.....	47
• Pílula / Preservativo: O Duelo.....	49
2.4 – Em contextos culturais diferentes.....	51
• Minoria Étnicas e VIH.....	52
• Especificidade da Cultura Cabo-Verdiana.....	56
3 - PSICOLOGIA DO PRESERVATIVO.....	62
3.1 – Modelos teóricos.....	62

	4
• Modelo de Crenças de Saúde.....	63
• Teoria da Acção Racional / Teoria do Comportamento Planeado.....	66
• Teoria do Género e Poder.....	70
• Modelo Integrado de Bryan, Aiken e West.....	75
3.2 – Aspectos Práticos.....	78
III – METODOLOGIA.....	83
1 – OBJECTIVO.....	83
2 - PLANIFICAÇÃO	85
3 - MATERIAL.....	87
• Questionário de dados pessoais.....	87
• Escala de crenças face ao preservativo.....	90
• Escala de auto-eficácia face ao preservativo de Barbara Marín e colegas.....	97
• Questionário acerca do comportamento sexual nos últimos 6 meses.....	103
4 – PARTICIPANTES.....	106
5 – PROCEDIMENTO.....	113
6 – TRATAMENTO DOS DADOS.....	116
7 – RESULTADOS.....	117
7.1 - Grupo A – Jovens de origem Cabo-Verdiana.....	117
7.2 – Grupo B – Jovens Portuguesas.....	128
7.3 – Comparação de Grupos.....	136
8 – DISCUSSÃO	137
8.1 - Grupo A – Jovens de origem Cabo-Verdiana.....	139
8.2 – Grupo B – Jovens Portuguesas.....	144
8.3 – Comparação de Grupos.....	146
9 – CONCLUSÕES.....	149
IV – BIBLIGRAFIA.....	152
V – ANEXOS.....	162

I – INTRODUÇÃO

O crescimento nos últimos anos da epidemia da SIDA fez com que a prevenção assumisse um papel preponderante, sendo esta, até agora, a mais segura “arma” que o homem tem de combate ao vírus, pelo que as campanhas para a implementação do uso do preservativo têm sido uma constante, já que este é o método mais eficaz em termos de prevenção da infecção pelo VIH. Os resultados destas campanhas têm sido inferiores àquilo que seria desejável, uma vez que o número de pessoas infectadas através do contacto sexual continua a aumentar, o que se explica pela complexidade envolvida neste comportamento aparentemente simples e justifica o elevado número de estudos que se têm vindo a realizar nesta área.

Nesta segunda década da epidemia, as mulheres, os jovens, e as minorias étnicas a viverem em países industrializados ou as populações dos chamados países do terceiro mundo têm sido os mais afectados pelo problema da SIDA, e, como tal, devem ser merecedores de atenção especial, já que cada um destes “grupos” tem associados a si, vulnerabilidades específicas.

Tendo em conta os pressupostos referidos e focalizando a nossa atenção na realidade Portuguesa, se pensarmos em mulheres, em jovens e simultaneamente pertencentes a uma minoria, neste caso particular a Cabo-Verdiana, ocorre-nos imediatamente a ideia de risco de infecção, porque estamos na presença dum conjunto de vulnerabilidades que só por si são sinónimo de risco. Este foi provavelmente o alerta que deu origem ao presente estudo, porque temos consciência do risco acrescido que estas pessoas correm e da importância de medidas preventivas adequadas a esta situação específica.

Preocupámo-nos com este assunto porque diariamente nos deparamos com ele e temos presentes as limitações existentes, resultantes da falta de dados empíricos. Em Portugal, a investigação pouco se tem dedicado a este problema, sendo os dados existentes insuficientes e dispersos, deixando sem resposta um extenso conjunto de perguntas que ocorrem na necessária implementação de intervenções específicas.

Tendo consciência que são várias as variáveis que contribuem para o comportamento de uso do preservativo, e tendo este estudo um carácter exploratório, tivemos a preocupação de escolher aquelas que pensámos assumirem maior importância atendendo á especificidade deste trabalho.

Assim, pretendemos saber se a auto-eficácia e/ou as crenças face ao preservativo, influenciam o seu uso em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana quando comparadas com as Portuguesas.

Sendo o preservativo o único meio de protecção suficientemente eficaz em relação à infecção pelo VIH, devemos ter em conta que ele pertence ao domínio masculino, o que deixa a mulher em nítida desvantagem na determinação da exposição a comportamentos sexuais de risco. No caso do homem, a utilização do preservativo constitui um comportamento sexual protector, enquanto que para a mulher os comportamentos protectores estão relacionados com a sua capacidade de persuadir o parceiro a usar preservativo ou com a recusa em ter relações sexuais, quando este rejeita o seu uso.

Desta forma, as recomendações provenientes dos estudos e respeitantes às diferentes formas de intervenção vão no sentido de aumentar a percepção relativa às capacidades para vir a usar o preservativo, nomeadamente, a aquisição das competências que normalmente são

importantes para o seu uso adequado, incluindo-se as relacionadas com os aspectos técnicos, o controlo dos impulsos, negociação com o parceiro, e outros.

É muito importante que tal aconteça nos jovens, já que os estudos apontam para uma relação entre os comportamentos tidos quando do início da vida sexual e aqueles que acontecem posteriormente, sendo que, quanto mais precoce for a intervenção, melhores os resultados a esperar.

É neste quadro que se insere a percepção de auto-eficácia, tendo sido vários os trabalhos de investigação que a relacionam com o comportamento sexual. Especificamente, no caso do preservativo, os estudos até agora realizados permitiram concluir que elevados níveis de auto-eficácia estão relacionados com o seu uso efectivo, o que tem feito com que esta variável adquira um papel preponderante e importante nas investigações que se dedicam a este assunto.

No caso específico das mulheres, esta variável assume um papel importante porque tal como referimos anteriormente, para elas, o comportamento sexual seguro é recusarem-se a ter sexo quando o parceiro renuncia ao uso do preservativo, o que como veremos adiante está inevitavelmente associado a elevados níveis de auto-eficácia.

Por outro lado, as crenças face ao preservativo também podem vir a assumir particular importância em comunidades minoritárias que de certa forma vivem fechadas sobre si mesmo com normas culturais próprias e enraizadas, já que nestes casos, em grande parte das situações, é privilegiada a comunicação através da oralidade, muitas vezes entre os mais velhos, que são encarados como figuras de referência, e os mais novos, receptores dessa informação.

Quando a discussão de assuntos relacionados com a sexualidade não constitui uma prática comum e existe simultaneamente uma sujeição implícita e indiscutível às normas do grupo – comunidade – ou às normas culturais nos mais variados aspectos, poderá surgir com

maior facilidade a aceitação de crenças pouco adequadas em relação ao preservativo que posteriormente poderão vir a influenciar os comportamentos protectores.

É neste sentido que pensamos que quer a percepção de auto-eficácia quer as crenças poderão ser variáveis importantes, na medida em que podem influenciar o comportamento das jovens no que diz respeito ao uso do preservativo.

Tendo como base estas considerações, são estes os principais aspectos abordados ao longo deste trabalho.

Assim, no que respeita à fundamentação teórica, abordaremos no primeiro capítulo as duas variáveis psicológicas em estudo - auto-eficácia e crenças face ao preservativo -, no segundo capítulo faremos referência à problemática dos comportamentos de risco em relação ao VIH, nas mulheres, nos adolescentes e nas minorias étnicas e, por fim, no terceiro e último capítulo, daremos voz a alguns dos modelos teóricos que são relevantes nesta área de investigação.

Na metodologia deste trabalho começaremos por fazer alusão aos objectivos e questões de investigação colocadas, à forma como planificámos o estudo, ao material utilizado descrevendo os instrumentos construídos e adaptados para a língua portuguesa, aos participantes, aos procedimentos e, por fim, à forma de tratamento dos dados, aos resultados encontrados e sua discussão.

II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- AUTO-EFICÁCIA E CRENÇAS

1.1 - AUTO-EFICÁCIA

Durante a década de 70, Bandura desenvolveu o constructo de auto-eficácia, com base em alguns acontecimentos que já se vinham verificando. Na época, era patente que cada vez mais se ia dando ênfase às capacidades individuais dos sujeitos, em vez de os considerar, simplesmente, como receptores passivos das influências do meio, o que consequentemente veio desenvolver o interesse nas competências pessoais e de auto-regulação entre as pessoas e o meio (O’Leary, 1992).

Em 1977, Bandura definiu Auto-Eficácia, ou mais concretamente, percepção ou expectativa de auto-eficácia (Caro, 1987), como *“a convicção que o sujeito tem de poder vir a executar com êxito determinada conduta e produzir determinados resultados”*. Desta forma, a percepção ou expectativa de auto-eficácia é uma avaliação pessoal e está relacionada com as crenças sobre as próprias capacidades individuais, isto é, o comportamento é facilitado por um sentimento pessoal de controlo.

Com a publicação de *“Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory”*, Bandura, em 1986, avançou com a noção de que os indivíduos possuem crenças que lhes permitem exercer controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos,

isto é, a forma como as pessoas se comportam está intimamente dependente do modo como pensam, crêem ou sentem (Pajare, sem data).

Mas Bandura não referiu unicamente a percepção de auto-eficácia, distingue-a das expectativas de resultado, sendo estas últimas definidas (Caro, 1987) como *“estimativas que uma pessoa tem quanto ao resultado que determinada conduta poderá vir a ter”*. Esta diferenciação foi importante, na medida em que o individuo pode crer que o seguimento de determinada linha de acção produzirá certos resultados, mas pode igualmente inibir-se quanto à acção propriamente dita, se acreditar que carece das capacidades necessárias para a sua execução, ou ainda, acreditar nas suas capacidades de execução muito embora a acção possa vir a ser inibida em função de baixas expectativas de resultado.

Tanto as expectativas de eficácia, como as de resultados foram concebidas não como variáveis globais e estáveis, mas sim como cognições específicas e passíveis de mudança, que se vão formando e reelaborando a partir do processamento e integração da informação procedente das diferentes origens, como sejam as experiências do passado e as observações das experiências dos outros, etc. (Villamarín, 1994).

Segundo Bandura, ambos os tipos de expectativas actuam, em grande parte, como determinantes na eleição de comportamentos, no esforço e persistência colocados na realização sua, nos padrões de pensamento e repostas emocionais, podendo igualmente ser encaradas como predictoras desses mesmos comportamentos (Villamarín, 1994).

As expectativas constituem portanto crenças actuais, que reflectem a história dos individuos e que têm repercussões no seu futuro.

Segundo Fuchs e Schwarzer (1996), um individuo que acredite ser capaz de produzir determinado resultado, consegue ter uma vida mais determinada e activa. Esta cognição de “conseguir fazer”, espelha um nível de controlo superior em relação ao ambiente que o rodeia, reflecte uma maior capacidade de adaptação e pode ser encarada como uma visão

relativamente optimista em relação à capacidade de manejo do stress. Desta forma, as expectativas de eficácia assumem um papel mais preponderante que as expectativas de resultado, uma vez que ao acreditarmos nas nossas capacidades, mais facilmente conseguiremos alcançar o nível de competências para atingir determinado resultado.

Pode-se pensar que as crenças de auto-eficácia ajudam a determinar qual o esforço e o tempo que as pessoas irão despende em determinada actividade. Mas esta trata-se de uma afirmação algo controversa, uma vez que se por um lado é legítimo pensar que quanto mais elevado for o nível de auto-eficácia, maior é o esforço e a persistência despendidos em determinada tarefa, por outro lado também não é difícil imaginar que em alguns sujeitos, baixos níveis de auto-eficácia são igualmente sinónimo de esforço e persistência, precisamente pela necessidade sentida e pela consciência do empenho necessário para atingir determinado resultado.

Em termos de sentimentos, um baixo nível de auto-eficácia aparece, algumas vezes, associado com depressão e ansiedade, e em oposição, um bom nível de auto-eficácia pode estimular o individuo para a acção. Assim, parece poder concluir-se que o nível de auto-eficácia está associado às diferenças nas formas de sentir, pensar e actuar das pessoas.

Dada a sua importância, ao longo dos últimos anos, a Teoria da Auto-Eficácia deu origem a um número considerável de estudos no âmbito da Psicologia da Saúde, sendo igualmente de salientar, que a noção de auto-eficácia foi adoptada por algumas das teorias, sendo disso exemplo os quadros teóricos referidos neste trabalho, nomeadamente o Modelo de Crenças onde foi reinterpretado aquilo que era considerado como “barreiras para a acção” e a Teoria do Comportamento Planeado criada a partir da Teoria da Acção Racional, acrescentando a noção de percepção de controlo comportamental, que é semelhante ao conceito de auto-eficácia (Schwarzer & Fuchs, 1996).

Para Villamarín (1994), as expectativas de eficácia podem interferir na saúde através dos seus efeitos motivacionais e/ou emocionais, sendo estes últimos entendidos como a capacidade de modulação da reactividade biológica perante estímulos desencadeadores de stress. Assim, na medida em que as expectativas de auto-eficácia constituem variáveis motivacionais de carácter cognitivo, elas determinam a eleição de comportamentos e o esforço e persistência postos na realização dos mesmos. Dessa forma, elas podem regular as intenções de abandonar os hábitos prejudiciais à saúde, o esforço e persistência na execução de comportamentos protectores da saúde e podem igualmente influenciar a rapidez na recuperação de determinada doença.

1.2 – CRENÇAS

Após pesquisa bibliográfica sobre o conceito de crença, foi com alguma surpresa que se verificou, e aqui se dá conta, da escassez de literatura que nos ajude a clarificar este conceito, por demais utilizado, quer pela psicologia quer pelo senso comum e por demenos explicitado.

Assim, escolheu-se começar pela definição, aqui transcrita, do Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (6ª Edição) em que a palavra crença apareceu definida como :
“ acto de crer; atitude de espirito que admite, em grau variável (certeza, convicção, opinião) uma coisa como verdadeira; confiança; opinião adoptada com fé e convicção; fé religiosa; credence”.

Esta definição permite concluir que nas crenças que os sujeitos têm acerca de determinado objectos não estão implícitas um conjunto de evidências empíricas, mas sim um conjunto de outras evidências, que podem ser diferentes de sujeito para sujeito, das quais é

possível deduzir a crença. Assim, duas pessoas podem ter a mesma crença (por exemplo, o preservativo prejudica o acto sexual) mas partirem de pressupostos diferentes sem quaisquer evidências científicas, por exemplo, o preservativo diminui o prazer ou o preservativo influencia o grau de confiança do parceiro.

Outra definição, não muito diferente, é dada pela *Encyclopedia of Human Behavior* (Cacioppo et al, 1994), em que uma crença é uma informação, factual ou não, que uma pessoa tem acerca de outra pessoa, objecto ou assunto, estando desta forma o conceito claramente ligado a uma cognição sobre qualquer coisa.

Siegel (cit Salvaterra, 1990) estabeleceu a comparação entre os conceitos de “conhecimento” e “crença”, sendo o primeiro construído quer através das acções individuais sobre os acontecimentos, como através da reflexão sobre os mesmos, referindo-se pois à aquisição de informação factual sobre o mundo físico e social, e o segundo, e, apesar de tal como o conhecimento contribuir para a construção da realidade física e social, não necessita da evidência para ser sustentado. Assim, para Siegel as crenças são conhecimento, na medida em que o individuo sabe que o que ele sustenta é verdade ou provavelmente verdade, e a evidência pode ou não ser considerada necessária. Se a evidência é usada, constitui um suporte à crença, mas não a crença em si.

As verdades são então parte integrante das crenças, não sendo provável que um individuo mantenha uma crença que julgue ser falsa, muito embora ambas estejam sujeitas a mudar, sendo certo que as crenças baseadas em evidências são mais prováveis de mudar face às contradições do que as crenças não baseadas em evidências.

Sendo assim, para além das evidências, as crenças podem ainda ser baseadas na fé ou nas convicções, não sendo a veracidade de uma crença factor determinante do seu valor para o sujeito. Por exemplo, as crenças baseadas na fé são geralmente sustentadas ao longo do tempo porque têm um efeito securizante e protector, entre outros.

As crenças permitem categorizar a realidade, contribuem para a sua organização e são construídas a partir da experiência de cada indivíduo na interação com o mundo envolvente. Os pais são normalmente a primeira fonte de crenças, seguindo-se os amigos e o grupo que serve de referência ao conhecimento da realidade. Outra fonte de aprendizagem de crenças são as grandes instituições normalizadoras, como por exemplo a escola ou a igreja, uma vez que crenças como a existência do céu ou do inferno, o respeito pelas autoridades e tantas outras, são vinculadas através destas instituições. Finalmente, os meios de comunicação social funcionam como fontes de informação, moldando as crenças (Lima, 1993).

A clarificação e o esclarecimento da razão, são entre outras, questões que podem ser equacionadas na abordagem deste tema, isto é, quais os motivos que levam a crer em determinadas coisas e não noutras, como é que e com que fundamentos são sustentadas as crenças?. Berggen (1998) propôs os seguintes processos para explicar a emergência das crenças:

- 1) Começamos por adoptar uma serie de critérios que nos permitem avaliar se os factos são verdadeiros ou falsos. Em geral, a escolha dos critérios a adoptar é influenciada pelos pais, família, escola e sociedade em geral, e, poucas são as pessoas, que em qualquer momento, estão conscientes das razões porque elegeram determinados critérios e não outros;
- 2) Posteriormente deparamo-nos com o facto em causa;
- 3) Avaliamos o facto usando os critérios que adoptamos inicialmente para os julgar, tendo por base evidências empíricas ou não;
- 4) Chegamos a uma convicção – crença – relativa a um determinado nível de veracidade em relação ao facto que se nos apresentou, muito embora seja igualmente possível não chegarmos a esta crença, se pensarmos que não existem evidências suficientes em relação ao facto em causa.

Como já referimos, as crenças não são necessariamente estáticas, são passíveis de mudança ao longo do ciclo de vida com o aparecimento de novas informações provenientes da interacção com os outros, por exemplo, podemos hoje acreditar que o preservativo diminui o prazer, e amanhã, devido à influência de uma série de factores, já não acreditarmos ser esta crença verdadeira.

Parece importante, ser feita nesta altura a distinção entre crença e atitude, o que nem sempre é claro. Sabe-se que tanto as atitudes como as crenças influenciam o comportamento, funcionando como indicadores de como é que as pessoas dão sentido às experiências, sendo importante conhecer como é que se formam, como é que se mantêm no tempo e como é que são modificadas.

O termo crença tem a ver com um conceito de verdadeiro ou falso, certo ou errado, enquanto que as atitudes se relacionam com um julgamento de valor. A maior parte das crenças estudadas têm implícita uma avaliação e podem expressar uma atitude, por exemplo, pensar que usar preservativo afecta negativamente o acto sexual. As atitudes existem suportadas por crenças, que constituem a sua componente cognitiva e racional, isto é, enquanto que a crença é a representação cognitiva da realidade, a atitude refere-se à disposição afectiva, aos sentimentos relativos às acções (Lima, 1993).

Rosenberg e Hovland na década de 60 propuseram o modelo de 3 componentes para caracterizar as atitudes (Lima, 1993 e Stroebe e Stroebe, 1995):

- Reacções cognitivas, expressas por crenças acerca do objecto. Por exemplo, uma atitude positiva em relação ao preservativo pode estar associada à ideia de que os preservativos previnem as DST e são um método eficaz na contracepção. Estas crenças estão relacionadas com ligações percebidas entre o objecto atitudinal (preservativo) e os vários atributos com que é conotado, quer positiva quer negativamente;

- Reacções afectivas relacionadas com as emoções que as pessoas expressam em relação ao objecto atitudinal;
- Reacções comportamentais relacionadas com as acções em relação aos objectos comportamentais.

Concluindo, parece legítimo perguntar qual a influência que as crenças têm no comportamento humano, mas também parece legítimo responder que não é possível quantificar essa influência, sendo as crenças um dos inúmeros factores que interferem, contribuem e caracterizam o comportamento. Refere-se apenas que parece plausível esperar que uma pessoa que tem, por exemplo, a crença de que os preservativos são prejudiciais à saúde, tenha mais dificuldades em ter comportamentos sexuais protectores, do que uma pessoa que acredita que os preservativos previnem a SIDA.

1.3 - AUTO-EFICÁCIA E CRENÇAS NO VIH

- **Auto-eficácia no VIH**

Ao longo da análise dos trabalhos desenvolvidos na área da educação para a saúde verificou-se que o conceito de auto-eficácia só começou a ser parte integrante das investigações na década de 70. Foi inicialmente explorado pelos investigadores na área da interrupção tabágica, controlo de peso, abuso de álcool e exercício, tendo sido aplicado aos comportamentos sexuais protectores pela primeira vez em 1983 por Gilchrist e Schinke que desenvolveram uma intervenção cognitivo-comportamental de maneira a aumentar a capacidade dos adolescentes para lidarem com escolhas e situações de risco em relação aos

comportamentos sexuais, e, conseqüentemente, aumentar os seus níveis de auto-eficácia relativamente aos contraceptivos (Brafford & Beck, 1991).

Foi Bandura quem em 1988, estabeleceu a relação entre a auto-eficácia e o uso do preservativo, referindo que o exercício do controlo pessoal, em situações de relacionamento sexual que acarretem consigo risco de infecção, requer que o individuo tenha elevado nível de auto-eficácia, capacidade de comunicação acerca da sexualidade, práticas de sexo com protecção e capacidade de as negociar com o parceiro, fazendo a distinção entre aqueles que usam preservativos para prevenir as DST, de outros que aceitam e adoptam métodos contraceptivos que normalmente são da responsabilidade da mulher, já que o uso do preservativo obriga a que a pessoa, para além de exercer controlo sobre si própria o faça também sobre o parceiro.

Assim, a teoria de auto-eficácia permite compreender as crenças nas capacidades individuais, a sensação de controlo em relação ao encontro sexual e as crenças relativas às capacidades para vir a usar preservativos.

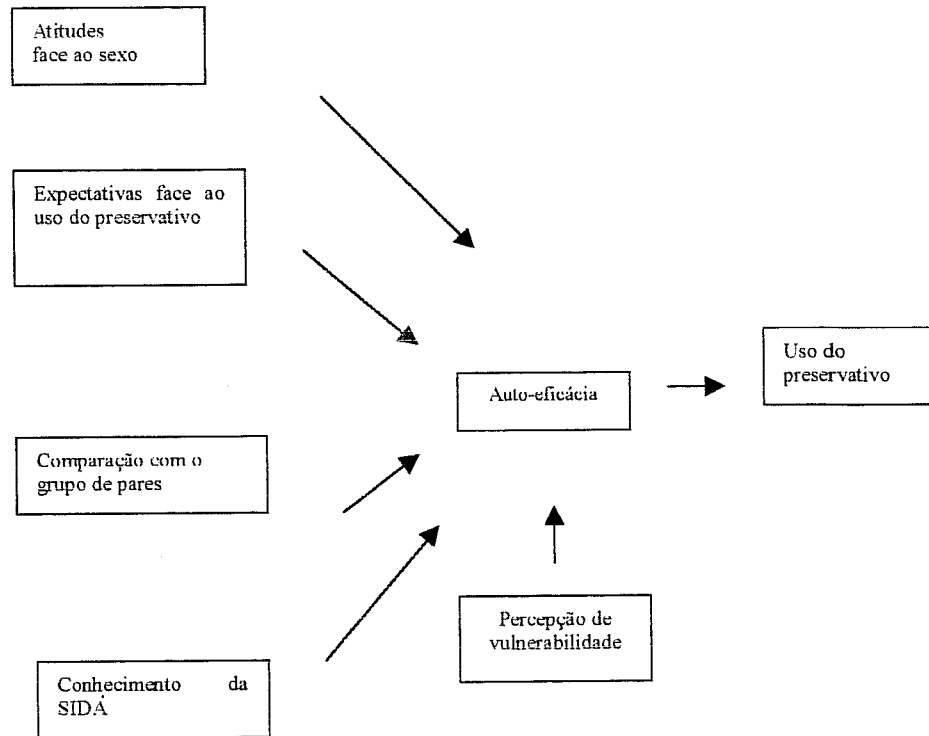
Para Schwarzer & Fuchs (1996), tanto as expectativas de eficácia, como de resultado, têm um papel muito importante na adopção de comportamentos de saúde, apesar desta ser uma tarefa que pode ser difícil para grande parte dos sujeitos, já que para parte considerável das pessoas é difícil mudar comportamentos de risco para comportamentos protectores, e mantê-los ao longo do tempo. A forma como as pessoas adoptam comportamentos protectores, por exemplo, o uso do preservativo em vez de comportamentos de risco, como o de não usarem preservativo durante as relações sexuais onde há penetração, depende assim, de 3 tipos de crenças:

- a) Da expectativa de que se está em risco (“O meu risco de poder vir a contrair o VIH é elevado”);

- b) Da expectativa de que a mudança comportamental possa vir a reduzir o risco de infecção (“Se eu passar a usar preservativo, reduzo as hipóteses de vir contrair a infecção pelo VIH”);
- c) Da expectativa de que se é suficientemente capaz de adoptar um comportamento protector (“Eu sou capaz de vir a usar preservativo em todas as relações sexuais que possa vir a ter”).

Quando os comportamentos sexuais são analisados tendo em conta a perspectiva de Bandura, tanto o conhecimento como a competência para vir a ter comportamentos protectores são necessários mas não suficientes (Bandura cit Wulfert & Wan, 1993). Os sujeitos podem saber como é que o vírus se transmite, terem capacidades para negociar o uso do preservativo e, não obstante, continuarem a ter comportamentos de risco. Segundo Bandura, tal acontece porque o comportamento não é o resultado directo do conhecimento e das capacidades individuais, em vez disso, é mediado por um processo de avaliação cognitiva pelo qual as pessoas integram o conhecimento, as expectativas de resultado, estados emocionais, influências sociais e experiências passadas, de maneira a formar um julgamento de auto-eficácia que medeia o comportamento e determina se as pessoas iniciam determinada acção, qual o esforço que fazem, e qual o tempo que persistem em face de determinada dificuldade (Wulfert & Wan, 1993).

Tal como está patente no esquema apresentado, são várias as variáveis que estão relacionadas com a auto-eficácia e conseqüentemente com o uso do preservativo (Wulfert & Wan, 1993):



Em relação às atitudes face ao sexo, alguns estudos mostraram que estas estão associadas com embaraço/timidez, quando é necessário propor o uso do preservativo, dificuldade em comunicar com o parceiro acerca do preservativo, e, falhanço quanto ao uso do preservativo. Outros, não chegaram a estas conclusões, e, ainda outros, concluíram existir uma relação entre atitudes positivas e o não uso do preservativo. Esta falta de consonância pode ser facilmente explicada se a relação entre atitudes face ao sexo e comportamentos seguros for analisada como sendo as primeiras mediadas pelas crenças de auto-eficácia. Algumas pessoas podem, por exemplo, ter atitudes positivas em relação ao sexo mas baixa auto-eficácia, porque sabem que se esquecerão de usar preservativo a partir do momento em que estiverem sexualmente excitadas, enquanto que outras, em contraste, podem ter atitudes

negativas mas terem grandes certezas em relação ao seu uso, porque têm medo de vir a contrair uma doença.

Como já referimos anteriormente, as expectativas de resultados estão relacionadas com as consequências que as pessoas esperam, pelo facto de terem usado preservativos. Expectativas de resultado positivas motivam as pessoas a terem comportamentos seguros, enquanto que as expectativas negativas estão relacionadas com os comportamentos de risco, pelo decréscimo de auto-eficácia.

A comparação ao grupo de pares também é uma variável bastante importante a ser considerada. Assim, e segundo Bandura, as pessoas formam as suas crenças acerca das suas capacidades, em parte pela comparação com aqueles que são olhados como semelhantes e através da observação de como é que eles se comportam em ocasiões similares.

Em termos da Teoria da Auto-Eficácia, o conhecimento face à SIDA não parece ser uma variável com grande influência no que respeita ao uso do preservativo, uma vez que a educação, só por si, não é causa suficiente para a motivação para a mudança comportamental.

Daqui conclui-se que o uso do preservativo não é causa directa de um elevado nível de auto-eficácia, uma vez que outras variáveis contribuem igualmente, mas não de igual maneira, para este comportamentos.

Ao longo da última década, a auto-eficácia como mediador do comportamento tem sido uma variável incluída num grande número de estudos, passando-se a referir sucintamente alguns deles a título de exemplo, nomeadamente:

* Richard e Pligt (1991), num trabalho realizado com uma amostra de 822 jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, extraíram entre outras conclusões, ser a auto-

eficácia um forte preditor do uso de preservativo em raparigas que habitualmente têm parceiros ocasionais.

*No trabalho desenvolvido por Brafford e Beck (1991), com vista à validação de uma escala de auto-eficácia em relação ao uso do preservativo em estudantes, pode-se concluir que parte dos sujeitos da amostra não se mostraram confiantes e tinham um nível de auto-eficácia relativamente baixo em áreas como: propor o uso do preservativo sem embaraço, conversar sobre o uso do preservativo antes de qualquer tipo de contacto sexual, sugerir o seu uso a um novo parceiro e usar o preservativo sem reduzir qualquer tipo de sensação sexual. As áreas em que os sujeitos da amostra se mostraram confiantes tinham a ver com a capacidade para porem preservativos neles próprios ou nos parceiros, conversar sobre o uso do preservativo com qualquer parceiro, manter a erecção enquanto usavam um preservativo, capacidade para usar um preservativo correctamente, persuadir o parceiro para usar um preservativo e usarem um preservativo com sucesso.

Ainda sobre o estudo acima mencionado, a comparação entre os dois grupos indicou que:

- a) Os sujeitos que usavam preservativos obtiveram um score de auto-eficácia mais elevado do que os que os não usaram;
- b) Os sujeitos com experiência sexual obtiveram um valor mais elevado na escala do que os que não tinham experiência;
- c) Os sujeitos que dizem usar preservativo e estarem preocupados com o planeamento familiar, obtiveram valores de auto-eficácia mais elevados do que aqueles que se mostraram menos preocupados ;
- d) Os sujeitos que dizem usar preservativos e não ter história de DST obtiveram resultados mais elevados do que aqueles com história de DST.

Desta forma, é possível concluir estar a auto-eficácia positivamente relacionada com o uso do preservativo, sendo influenciada pela experiência sexual, pelas preocupações com o planeamento familiar e com a ausência de história de DST

* Em 1997 Forsyth e Carey replicaram o estudo de Brafford e Beck, verificando existir consistência interna entre os diferentes factores avaliados pela escala original.

*Rosenthal, Moore e Flynn (1991), num estudo realizado com jovens australianos investigaram as relações entre a percepção de competência sexual, especificamente, a auto-estima e a auto-eficácia sexual e comportamentos de risco, e, concluíram existirem diferenças entre aquilo que os adolescentes acreditam ser capazes de fazer e aquilo que na realidade fazem, sendo a confiança na capacidade de dizer não, um bom preditor de comportamentos sexuais seguros.

*Num estudo realizado por Goldman & Harlow (1993), com estudantes universitários, os resultados sugeriram que o sentimento de controlo, assim como os sentimentos de auto-eficácia e percepção de risco estão positivamente relacionados com os comportamentos preventivos face à SIDA. Quanto mais capaz a pessoa se sentir, mais facilmente terá comportamentos seguros.

*No estudo de Wulfert e Wan (1993), com uma amostra de 350 estudantes universitários, foram investigados os factores psicológicos associados aos comportamentos de risco, mais precisamente, se o modelo da auto-eficácia era capaz de prever o uso do preservativo. As variáveis que fizeram parte do estudo foram: atitudes face ao sexo,

expectativas face ao uso de preservativos, comparação com o grupo de pares, conhecimento face à SIDA, auto-eficácia, percepção de vulnerabilidade e, finalmente, o uso do preservativo.

Os resultados indicaram ser o Modelo da auto-eficácia útil na compreensão dos diferentes factores envolvidos nos comportamentos de risco. Assim, e em primeiro lugar, os sujeitos da amostra evidenciaram conhecimentos adequados em relação às formas de infecção pelo VIH, mas subestimaram o risco envolvido nos seus próprios comportamentos sexuais, apesar de parte deles serem de risco.

Em segundo lugar, ficou provado que os comportamentos seguros estão associados a determinadas crenças e expectativas acerca do uso do preservativo, mais especificamente, crenças sobre as consequências negativas no uso do preservativo, como por exemplo, diminuição do prazer sexual, que estão, por sua vez, associadas a um decréscimo da auto-eficácia e menor frequência do uso do preservativo, enquanto que e ao invés as crenças de que os preservativos previnem eficazmente a gravidez e as DST, estão associadas com uma elevada auto-eficácia e com o aumento do seu uso.

Também se verificou estar o uso do preservativo associado com as influências do grupo de pares, isto é, sujeitos que se comparavam favoravelmente com os seus pares e acreditavam que eles habitualmente usavam preservativos, revelaram maior nível de auto-eficácia e um uso mais consistente, do que aqueles que não se comparavam com o grupo de pares e/ou acreditavam que estes não usavam preservativos. A comparação com o grupo de pares foi a única variável do estudo que mostrou estar directamente relacionada com o uso do preservativo, não sendo mediada pela auto-eficácia. Os autores defenderam que tal pode ser explicado pelo facto do uso do preservativo não ser unicamente determinado pela estrutura cognitiva da pessoas, mas também pela do parceiro sexual ou daqueles que são percebidos como próximos.

Por fim as, atitudes em relação ao sexo não mostraram estar relacionadas com a auto-eficácia ou com o uso do preservativo.

**Estudo de Marín et al (1998)*

No seu estudo, Barbara Marín e colaboradoras, partiram do conceito de auto-eficácia de Bandura, isto é, do pressuposto de que as crenças que as pessoas têm de virem a ter determinado comportamento, afecta aquilo que elas escolhem fazer, o esforço que despendem, quanto tempo enfrentam as dificuldades e se encorajam ou não o parceiro a ter determinado comportamento. Desta forma, a auto-eficácia para usar preservativos trata-se dum constructo que pode fornecer informação que preveja o comportamento de usar ou não o preservativo e pode tornar-se um meio de diagnóstico em relação às razões porque é que o preservativo não é usado. Podem existir inúmeras razões culturais que dificultem o uso de preservativo, como por exemplo, o desconforto que pode estar associado com o “silêncio sexual” (não discussão de assuntos relacionados com o sexo) no caso da cultura latina (homens e mulheres), uma atitude negativa em relação aos preservativos por parte dos homens, uma série de crenças relacionadas com os papéis desempenhados por cada um, tais como, caber ao homem iniciar as actividades sexuais, ou desejo sexual ser um impulso que não depende do controlo dos homens. Estas crenças e a diferença de poder, consoante o género, causam às mulheres dificuldades acrescidas na negociação do preservativo.

Neste estudo, realizado com mulheres de origem latina a viverem nos Estados Unidos, onde foi validada a *“Escala de Auto-eficácia em relação ao preservativo”*, por nós utilizada neste trabalho, Marín e as suas colaboradoras verificaram que as mulheres revelaram níveis mais elevados de auto-eficácia em situações em que o parceiro não tinha uma opinião favorável ao seu uso ou mesmo com o parceiro-regular, quando comparadas com os homens.

Verificou-se, igualmente, que os sujeitos menos aculturados tinham níveis de auto-eficácia inferiores aos mais aculturados.

Deu-se aqui exemplo de alguns dos estudos realizados nesta área e, uma constante que se verifica em todos eles, é o facto da auto-eficácia estar positivamente relacionada com o uso do preservativo, independentemente dos diferentes contextos ou dos instrumentos utilizados para a medir, o que reforça a importância da inclusão desta variável nos trabalhos de investigação e nas posteriores intervenções na área da prevenção da SIDA.

- **Crenças no VIH**

Em virtude do aumento do número de mulheres infectadas pelo VIH, alguns estudos têm vindo a sugerir que muitas delas não usam o preservativo, adoptando em contrapartida a pílula como o principal método preventivo. São inúmeras as razões que podem justificar os dados que de certa forma são alarmantes em termos de probabilidade de infecção, mas importa não esquecer que a aquisição e uso do preservativo são comportamentos dependentes de um elevado número de variáveis, incluindo-se aqui as crenças individuais (Libbus, 1995).

Até que ponto existem divergências no que respeita às crenças acerca dos preservativos, quando comparados sujeitos que habitualmente usam preservativo com aqueles que raramente o fazem? Por exemplo, tal como prevê o Modelo de Crenças de Saúde (referido adiante), será que os sujeitos que habitualmente usam preservativos são motivados por fortes crenças acerca da gravidade da SIDA, por sentimentos de susceptibilidade individual em relação à doença ou por fortes crenças no papel preventivo do preservativo, enquanto que o

mesmo não se passa com aqueles que não os usam? Será que aquilo que distingue os utilizadores dos não utilizadores de preservativos está relacionado com a percepção de consequências quando da sugestão do uso do preservativo ou com a possível intervenção ao nível do prazer, que este poderá provocar?

Esta são algumas questões que se põem quando nos deparamos com os dados alarmantes apresentados pela UNAIDS. Aparentemente e à primeira vista, em termos de infecção pelo VIH (via sexual), não parece difícil ter comportamentos preventivos, já que simplesmente é necessário o uso de preservativo. No entanto, vários são os factores associados que fazem com que este comportamento seja menos frequente do que aquilo que seria de desejar, incluindo-se neste vasto grupo as crenças, que pensamos constituírem uma variável importante para ser investigada, no caso particular deste estudo, uma vez que a comunidade Cabo-Verdiana a viver em Portugal tem problemas de integração, o que explicaremos mais tarde, vive fechada sobre si mesmo e por tradição privilegia a passagem de informação através da oralidade, assumindo os mais velhos um papel preponderante e influente nos mais novos, o que pode potenciar o enraizamento de crenças pouco adequadas em relação ao preservativo.

Ao longo dos anos têm sido feitos alguns trabalhos de investigação, nos quais as crenças assumem um papel decisivo que irão influenciar o uso do preservativo. Daremos em seguida conta de alguns estudos que trazem ao nosso conhecimento a existência de um variado número de crenças que interferem nos comportamentos sexuais protectores.

Desta forma, num trabalho realizado por Strade & Beaman, conclui-se que os homens tendem a acreditar que a sua parceira é a favor do uso do preservativo, enquanto que as mulheres muitas vezes pensam que o seu parceiro se irá opor ao seu uso (cit Stader et al, 1992), factores que obviamente interferem no seu uso, porque se relacionam com

pressupostos e não com factos reais, mas que só por si são suficientes para interferirem ao nível dos comportamentos protectores.

✓ Sabe-se que os preservativos carregam consigo significados que podem ser diferentes de pessoa para pessoa, por exemplo, conforme o parceiro sexual regular/ocasional, ou ainda dependente do momento em que a relação se encontra, e, esses significados são ilustrativos daquilo que é considerado um comportamento apropriado, quanto à contracepção e ao sexo seguro (Lear, 1995). Por exemplo, para algumas pessoas pode ser difícil virem a usar preservativo com parceiros regulares em relações de longa-duração, porque acreditam irem pôr em causa uma serie de factores que até então eram inquestionáveis, como pode ser o caso da confiança no parceiro.

Associado a tudo isto e num grande número de situações, o controlo da natalidade está entregue à mulher, existindo um grande número de homens que aceita que as suas mulheres usem anticoncepcionais, mas, e no entanto, negam-se eles próprios ao uso do preservativo, argumentando que uma relação estável deverá basear-se na confiança plena e na exclusividade da relação, colocando deste modo, o uso do preservativo relacionado com a dúvida da fidelidade conjugal (Vandale, sem data). A vontade expressa ou simples menção por parte da mulher para o uso do preservativo, pode constituir um motivo de violência e/ou do abandono por parte do parceiro.

Outro dados provenientes da investigação revelam que muitas mulheres podem sentir-se embaraçadas quanto ao uso do preservativo (Holland et al 1991 cit Lear, 1995). Quando põem a sua reputação em primeiro lugar, comprar preservativos, andarem com eles e pedirem para serem usados é bastante difícil para um grande número de mulheres. Dum estudo feito com mulheres australianas concluiu-se que ter consigo um preservativo, indica um baixo nível de inocência, uma identidade pouco feminina e tratar-se de uma mulher que procura o sexo de forma activa (Wyn, 1994 cit Lear, 1995), crenças que com toda a certeza comprometem o seu

uso por parte das mulheres, tanto mais que a maioria não se identifica com o perfil apresentado, e por parte dos homens que não crêem que a sua parceira se enquadre dentro desse perfil .

Por Libbus (1995) foi desenvolvido um outro estudo baseado na teoria da Acção Racional um estudo com o objectivo de identificar as principais crenças das mulheres, quer no que respeita á aquisição, quer quanto ao uso do preservativo, estudo este realizado com base em entrevistas abertas, do qual fizeram parte 58 mulheres que disseram ter utilizado o preservativo pelo menos uma vez nos últimos 5 anos.

As mulheres inquiridas identificaram desvantagens, quer na aquisição, quer no uso dos preservativos. Terem os preservativos de ser adquiridos antes de serem usados, e o “mal estar” sentido durante a sua compra foram citados como uma desvantagem e como um factor que dificulta a sua aquisição. Estes dados, e o facto do seu custo impossibilitar algumas pessoas da sua aquisição, fazem pensar que a distribuição gratuita de preservativos pode, em alguns casos, facilitar o seu uso, apesar de não o garantir. Em termos de uso do preservativo, as inquiridas nomearam como vantagens a prevenção das DST, o controlo da natalidade, a sua fácil utilização, a ausência de efeitos secundários, e, como desvantagens, a diminuição de espontaneidade, a diminuição da sensibilidade, o facto dos homens não o quererem usar e o pouco conforto que induzem.

Outro estudo com mulheres, realizado por Catania e colaboradoras (cit Wingood & DiClemente 1998), permitiu concluir que elas acreditam que factores como a percepção de inconveniência, a percepção do impacto negativo que o preservativo pode ter na satisfação sexual e a crença de que o uso do preservativo afecta a relação de confiança do casal, podem estar negativamente associadas ao seu uso.

Num estudo realizado por Strader e colaboradores (1992), tendo como objectivos determinar se os individuos comunicam com aqueles que são considerados como referências

sociais e investigar os efeitos dessa comunicação nas crenças e intenções para usar preservativos, com base numa amostra de 310 sujeitos, concluíram que a comunicação com elementos de referência social, especialmente o parceiro sexual, os pais e/ou amigos, tem um efeito positivo nas crenças e intenções para usar o preservativo, pelo que pôde-se concluir que se essas crenças forem favoráveis ao seu uso, essa influência assume um papel positivo, mas se o não forem, comprometem os comportamentos preventivos, o que está de acordo com aquilo que anteriormente referimos no que respeita ao facto das crenças não aparecerem isoladas, mas sim relacionadas com as influências a que estamos sujeitos.

Dos estudos mencionados é possível observar que raramente o preservativo é visto simplesmente como uma protecção contra as DST ou como um meio contraceptivo, uma vez que associados a ele estão uma quantidade indecifrável de significados que acabam por interferir no seu uso.

São várias as razões que dificultam ou chegam a impedir a aquisição ou o uso do preservativo, destacando dentre elas tanto a percepção da pressão social como da relacional. As intervenções no âmbito da prevenção da SIDA devem ter em conta a mudança de crenças, de forma a possibilitarem às mulheres “pensarem” o uso do preservativo.

Salientamos que pela revisão bibliográfica feita, e ao contrário daquilo que esperávamos, tivemos a oportunidade de verificar que poucos têm sido os estudos feitos no âmbito das crenças face ao preservativo, quando a nosso ver esta é uma variável importante, quando se pensa em prevenção da SIDA.

2 – COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O VIH

2.1- GENERALIDADES

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), são consideradas pela generalidade das pessoas como a grande epidemia do século XX, já que estão associadas a uma elevada taxa de mortalidade e morbidade.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) que ataca o sistema imunológico, infectando determinados glóbulos brancos, principalmente os CD4 + linfócitos T, células estas que desempenham um papel fundamental na capacidade do organismo para combater infecções, existindo, desta forma, uma maior susceptibilidade às infecções e ao desenvolvimento de tumores.

Até ao momento, apesar das constantes investigações, não foi descoberta nem vacina nem cura para a doença, assumindo a prevenção e a conseqüente mudança comportamental - mudar comportamentos sexuais de risco para comportamentos protectores - um papel preponderante.

A SIDA pode afectar qualquer pessoa em qualquer idade, deixando, como no início da epidemia se fez crer, de ser um doença associada a grupos de risco, homossexuais, toxicodependentes ou prostitutas, para passar a estar associada a comportamentos de risco, (relações sexuais desprotegidas, trocas de seringas, entre outros, ou a situações de risco, minorias pobres ou marginalizados do mundo ocidental e países subdesenvolvidos.

Tal como demonstraram os dados provenientes da investigação, ter um adequado conhecimento da doença, das formas de infecção e dos comportamentos protectores adequados, não é de modo algum sinónimo de comportamentos seguros, já que a informação

não tem, necessariamente, uma relação de causalidade directa com comportamentos seguros face à SIDA. Desta forma, importa perceber quais os determinantes (individuais, relacionais e culturais) dos comportamentos seguros e dos comportamentos de risco, e quais as variáveis que medeiam este processo, que no caso particular deste estudo, são a auto-eficácia face ao preservativo e as crenças em relação ao preservativo.

2.2 – NO FEMININO

- *Homens e Mulheres ?*

Desde o início da epidemia que a grande maioria dos casos de VIH/SIDA eram identificados em pessoas com condutas de risco, como por exemplo os homossexuais, toxicodependentes e prostitutas. Apesar de existirem casos de SIDA nas mulheres desde o aparecimento desta epidemia, e deste número estar a aumentar consideravelmente ao longo dos anos, existe ainda um reduzido número de estudos centrados na especificidade que é a SIDA nas Mulheres.

Os resultados de estudos com homossexuais e bissexuais masculinos podem não ser extensíveis às mulheres com VIH e SIDA, porque os grupos diferem em muitos aspectos, facto a salientar, já que tudo leva a crer que possam existir diferenças no que se refere aos determinantes, circunstâncias de vida, tipos de comportamentos e consequências biológicas, psicológicas e sociais da infecção pelo VIH (Bastos, Teixeira, Paixão, 1995 e Ickovics e Rodin, 1992). Estes factores sugerem fortemente que as mulheres com SIDA podem representar uma população diferente dos homens com SIDA.

Em grande parte dos estudos feitos no passado existe uma ausência da variável género sexual, facto que se tem vindo a modificar, já que cada vez mais se têm tornado importante as especificidades e o papel do género nos comportamentos sexuais. Alguns estudos passaram a ter em consideração o contexto de vida das mulheres, nomeadamente o tipo de relações, a família, os factores que afectam a tomada de decisão, a situação económica e, em especial, a noção de que as mulheres necessitam de programas de intervenção diferentes dos homens, atendendo às especificidade inerentes que, por sua vez, podem constituir barreiras à mudança comportamental (Amaro, sem data).

Alguns investigadores, reconhecendo que as diferenças de género estão relacionadas com os factores de risco em relação ao VIH, direccionaram os seus estudos nesse sentido, apesar de se terem baseado em modelos teóricos que não fornecem suporte para as diferenças esperadas e observadas em função do género, como por exemplo, o trabalho de Ickovics e Rodin (1992); Kalichman e colaboradores (1992 e 1998); Mays e Cochran (1988) StLawrence e colaboradores, entre outros.

Ao longo de trabalhos realizados com a comunidade Latina a viver nos E.U.A, Barbara Marín e colaboradoras puderam concluir que (cit Amaro, sem data):

- Existem importantes diferenças quanto ao género sexual, quando se trata do comportamento sexual;
- A aculturação está associada a diferenças quanto ao comportamento sexual, para o caso das mulheres e dos homens;
- Existem diferenças significativas entre os latinos e não latinos,

o que vem reforçar a importância dos trabalhos que têm em conta as características específicas do género, e, para além disso, das minorias étnicas, assunto que abordaremos adiante.

- **Epidemiologia**

As mulheres constituem um grupo no qual a prevalência da infecção do vírus responsável pela SIDA continua a aumentar, uma vez que o número dobra em cada um ou dois anos. Actualmente (dados referentes a 31 de Dezembro de 1998), estima-se que 33,4 milhões de pessoas vivem com VIH/SIDA, correspondendo 32,2 milhões a adultos, dos quais, 13,8 milhões são mulheres – 43% do total dos adultos (CDC – NCHSTP, 1998). Já em 1995 a Organização Mundial de Saúde previa que até ao ano 2000 seriam infectadas pelo vírus da SIDA 13 milhões de mulheres e que 4 milhões morreriam desta doença (Pardal, 1995), estimativas que já foram ultrapassadas, 2 anos antes da data prevista. Na segunda década da epidemia são as mulheres as mais afectadas.

Em Portugal, segundo os dados fornecidos pela Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, referentes a Setembro do corrente ano e aferidos desde Janeiro de 1993, as mulheres representam 15,6% do total dos casos de SIDA, dados que estão longe de representar a realidade e influenciados pelo facto de grande número dos casos não serem notificados às autoridades competentes.

A transmissão da infecção nas mulheres resulta dos contactos heterossexuais e da utilização de sangue ou derivados contaminados.

A percentagem de mulheres infectadas por contacto heterossexual indica que as mulheres representam 65% de todos os indivíduos diagnosticados com SIDA e expostos ao contacto heterossexual (Morokoff, Harlow e Quina, 1995).

A transmissão heterossexual é a forma mais comum de transmissão da SIDA nas mulheres, o que se tem tornado evidente no aumento do número de adolescentes infectadas pelo seu parceiro sexual (Amaro, 1995). Nos E.U.A. existe um maior número de jovens mulheres infectadas do que jovens homens, o que pode ser explicado pelo facto das mulheres

mais novas tenderem a ter sexo com homens mais velhos, e conseqüentemente têm uma maior história de comportamentos de risco (Morokoff, Harlow & Quina, 1995). Padian, Shiboski e Jewell chegaram à conclusão que a possibilidade de transmissão de VIH de homem para mulher é 12 vezes maior do que a transmissão da mulher para o homem, facto que está relacionado com as características anatómicas (cit Amaro, 1995 e Morokoff, Harlow e Quina, 1995).

A ocorrência de casos de VIH nas mulheres em idade fértil, traduz-se igualmente pelo aparecimento de casos em crianças, resultante da transmissão vertical (mãe-filho), infectadas durante a gravidez ou durante o parto, admitindo-se ainda que a infecção também possa ocorrer mais tarde, durante o aleitamento (Bastos, Teixeira e Paixão, 1995 e Morokoff, Harlow e Quina 1995).

Particularmente em risco estão as mulheres toxicodependentes pela troca do material de injeção e pelo maior risco de virem a ter relações sexuais sem protecção, as mulheres com múltiplos parceiros sexuais, as parceiras sexuais de toxicodependentes, de bissexuais ou de indivíduos oriundos de África ou com contactos com África (Bastos, Teixeira e Paixão, 1995).

Alguns dados iniciais reportavam uma menor sobrevivência nas mulheres, após o diagnóstico de SIDA, no entanto, estudos mais recentes têm mostrado que a sobrevivência é equivalente à referida para os homens, tendo sido observado que as diferenças fundamentais se referem ao menor e mais tardio acesso aos cuidados de saúde e à existência de barreiras psicológicas, como por exemplo, a existência de um sentimento de culpa pela transmissão da infecção ao filho ou ao companheiro, o que faz com que as mulheres iniciem a terapêutica mais tarde (Rodrigues, 1999).

- **Vulnerabilidades**

Presentemente, não há dúvidas quando se afirma que as mulheres são mais vulneráveis que os homens em relação ao VIH, destacando-se a:

- *Vulnerabilidade Fisiológica*

Alguns especialistas mundiais concordam que as mulheres constituem hoje o grupo mais vulnerável à SIDA. Por exemplo, numa relação heterossexual existe uma probabilidade maior da mulher se infectar do que o homem, uma vez que do ponto de vista anatómico, o sexo feminino, que funciona como receptáculo, se expõe durante um período prolongado à mucosa genital masculina, bastando lesões microscópicas na zona, para deixar passar o vírus. Por outro lado, há que ter em consideração, pelas mesmas razões, o risco do sexo anal sem protecção (Machado Caetano, 1995 cit Bastos, Teixeira e Paixão, 1995).

- *Vulnerabilidade Relacional*

Em certos casos, o sexo feminino vivencia situações de risco acrescido, sendo uma vulnerabilidade específica das mulheres perante a ameaça do VIH e da SIDA, aquilo que podemos apelidar de vulnerabilidade relacional, por exemplo, quando não é posta em causa a confiança no companheiro, quando se desconhece o tipo de história anterior de comportamentos de risco ou quando o companheiro recusa o uso de preservativo ou a prática de outras modalidades de sexo seguro sem penetração, dificuldades que podem ser agravadas quando a mulher depende economicamente e/ou afectivamente do companheiro, criando-se um eventual conflito de difícil separação (Bastos, Teixeira e Paixão, 1995; Teixeira, 1996).

Algumas mulheres são identificadas como de alto risco de contraírem o VIH precisamente por manterem um relacionamento sexual estável com um companheiro que pode ter múltiplas parceiras, desconhecendo o risco que correm de virem a contrair a infecção (Vandale, sem data).

Em termos de investigação num trabalho realizado por Wingood e DiClemente em 1992, verificou-se que as mulheres jovens, Afro-Americanas, de baixo nível educacional e que vivem nas áreas urbanas, estão em grande risco de serem vítimas de violência doméstica, evidenciando um perfil que reflecte as características das mulheres que estão em grande risco de serem infectadas pelo VIH (cit Kalichman et al, 1998).

Outro trabalho realizado 5 anos mais tarde pelos mesmos autores (cit Kalichman et al, 1998), novamente com uma amostra de mulheres Afro-Americanas, foi possível concluir que aquelas que tinham relacionamentos de tipo abusivo, tinham menos probabilidades de virem a usar preservativos e maior probabilidade de serem sujeitas a abusos, em consequência de terem solicitado o uso do preservativo, do que aquelas com relações não-abusivas. Estes resultados alertam-nos para a ideia de que encorajar as mulheres a discutirem o uso do preservativo com os seus parceiros, pode pô-las em situação de grande risco.

As experiências sexuais indesejadas são um problema quando se pensa em relações heterossexuais, dados retirados de grande parte dos estudos de investigação (Kalichman et al 1998), e que vêm confirmar a vulnerabilidade relacional a que as mulheres estão sujeitas e sobre a qual é urgente encontrar intervenções eficazes, de modo a reduzir os seus efeitos.

- *Vulnerabilidade Social*

A pobreza nos países desenvolvidos afecta mais as mulheres do que os homens, o que aumenta a vulnerabilidade destas ao VIH, tanto mais que o desemprego e os baixos salários perpetuam a subordinação económica por parte das mulheres em relação aos homens.

No contexto social, o estatuto desigual das mulheres tem implicações sexuais, por exemplo, por motivos sociais e culturais, a assertividade das mulheres no plano sexual, em termos de iniciativa sexual, dizer o que quer e o que não quer, não é vista com bons olhos, além do que a própria situação social de desigualdade leva as mulheres a escolher homens mais velhos, que por um lado estão economicamente estabilizados e, por outro, com uma mais longa história de passado sexual (Teixeira, 1996), o que envolve riscos acrescidos.

Muitas mulheres, viveram sempre com algum tipo de risco, particularmente quando a sua realidade de vida tem sido a pobreza, constituindo a SIDA mais um risco a ser considerado. Estas mulheres têm longas histórias no que respeita ao confronto com adversidades (Mays & Cochran, 1988), por vezes, a percepção que têm do perigo quando relacionada com a hierarquia de risco a que estão sujeitas, e a existência de recursos, faz com que a avaliação que fazem da situação seja diferente da desejada.

Poder-se-ia pensar que a raça ou a etnicidade constituem riscos no que respeita à infecção pelo VIH, o que de todo não é verdade, reflectem sim as disparidades sociais, económicas e culturais que estão associadas à transmissão do VIH (CDC, 1994 cit St. Lawrence et al., 1998).

Num estudo feito com uma amostra de 423 mulheres Afro-Americanas sexualmente activas, St Lawrence et al. (1998) verificou que as mulheres em risco de virem a ser infectadas pelo VIH, são aquelas com condições de vida menos estáveis, menos educação, com um maior número de relacionamentos sexuais com carácter instável e temporário, com um maior número de mudanças de parceiro sexual, desempregadas ou empregadas em part-time, baixo suporte familiar, com filhos a cargo. Estas circunstâncias de vida, tomadas em conjunto, reduzem tanto o poder como o controlo que as mulheres têm nas relações, e reduzem as suas capacidades para insistir, de uma forma consistente, no uso do preservativo.

Por todas estas razões é referido que em geral as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo VIH e, por essa razão, têm-se unido esforços para que a mulheres sejam capazes de reduzir os riscos em relação ao vírus, mas é importante que tenhamos consciência que a grande maioria das mulheres, considerando o mundo no seu todo, não têm capacidade para se defenderem, porque estão dependentes dos companheiros, e, muitas vezes, são eles que determinam o momento para o coito e as condições em que ele é levado a cabo, e, infelizmente, uma grande parte dos homens não quer ainda usar preservativo (Vandale, sem data).

Finalizando, chamamos a atenção para a grande importância da redução de “vulnerabilidades”, intervindo quer com as mulheres quer com os homens, já que estes últimos também são parte integrante das relações.

- **Poder Masculino**

O “grande” método de prevenção que reduz drasticamente o risco de infecção é inquestionável e efectivamente o preservativo tradicional, facto que como já se referiu, coloca a mulher em desvantagem na determinação da sua exposição aos comportamentos sexuais de risco. O preservativo feminino poderia diminuir este risco, mas pelo facto de ser relativamente recente e de não se ter tornado amplamente conhecido, não teve grande aceitação, tendo sido inclusivamente retirado do mercado. Por estas razões, tem existido alguma pressão para o desenvolvimento de um método seguro, que dependa do controlo feminino e que não obrigue a um conhecimento por parte do parceiro sexual (Potts, 1994 e Stein, 1990, cit por Amaro, 1995), o que de certa forma pode ser controverso mas justificável quer pela vulnerabilidade relacional quer pela vulnerabilidade social a que as mulheres estão sujeitas.

Para além disso o conceito da saúde pública de “sexo seguro” trás inúmeros problemas para as mulheres, primeiro, porque parte do princípio que homens e mulheres têm o mesmo “peso” no processo de tomada de decisão, segundo, porque o constructo põe um valor positivo no sexo sem penetração e terceiro, porque o sexo seguro está focado na comunicação entre parceiros, tanto naquilo que diz respeito à experiência sexual anterior, como à negociação sobre aquilo que deve incluir o encontro sexual (Morokoff, Harlow e Quina, 1995), factores que nem sempre se conjugam e são, por si só, suficientes e justificativos de mudanças.

Usar ou não usar preservativo, não é de forma alguma uma questão simples quando se lida racionalmente com o risco, é antes o resultado de uma negociação entre dois parceiros, provavelmente com diferente peso na própria relação. Os preservativos não têm um carácter neutral acerca dos quais pode ser tomada uma decisão, tendo unicamente em conta os factores de saúde. A ideia de que as mulheres são livres de escolher a forma mais racional de se protegerem, ignora o factor material e simbólico da natureza dos preservativos e o seu lugar na relação entre homem e mulher (Holland et al 1991 cit Lear, 1995).

Exemplo do que se referiu são os resultados de diferentes estudos que sugerem que as mulheres solteiras com múltiplos parceiros, com um maior grau de escolaridade, que não consomem álcool, que acreditam que se podem proteger a si próprias das doenças sexualmente transmissíveis, que gostam de usar preservativos, ou têm um controlo sobre a tomada de decisão, têm maiores probabilidades de virem a usar preservativos e, conseqüentemente, de se protegerem (Morokoff, Harlow e Quina 1995).

• Comunicação Sexual

Na maior parte das culturas, homens e mulheres assumem diferentes papéis no que respeita ao relacionamento sexual, pois dos homens é esperado que iniciem o contacto sexual, e das mulheres que decidam até onde os deixam avançar, e, desta forma, serem responsáveis pela contraceção ou pela recusa (Lear, 1995).

Aos homens cabe o uso do preservativo e às mulheres cabe convencê-los a usá-lo ou recusarem-se a ter sexo sem protecção.

A comunicação é um meio de exploração das relações entre comportamento e cultura, neste caso particular da cultura sexual.

Persuadir o parceiro a usar preservativo requer competências para discutir a prevenção e as barreiras culturais no que respeita à comunicação sexual sem tabus entre homens e mulheres, nem sempre são transponíveis e contribuem para os baixos níveis de utilização do preservativo nalguns casos (Sayne & Kaplan, 1991; Smeltzer & Whipple, 1991; Weeks et al, 1991 cit St. Lawrence, 1998). No entanto, em contrapartida e contrariando estas barreiras, muitas das mulheres têm o poder de decisão sexual e estão aptas a iniciar a discussão e a convencerem os seus parceiros quanto ao uso do preservativo (Geringer, Marks, Allen & Armstrong, 1993; Heckman et al, 1996; Kline et al, 1992 cit St. Lawrence, et al 1998).

Em geral, a comunicação sobre sexo, está associada a um vocabulário pobre, envolvendo os encontros sexuais um baixo nível comunicacional através da palavra, sendo esta, normalmente do tipo não verbal e codificada, pelo que esta explicação está em conformidade com discursos do tipo “Aconteceu” (Lear, 1995).

A negociação do sexo seguro implica assertividade e requer um esforço constante, facto que não se coaduna com o tipo de comunicação que habitualmente está associada ao sexo, e que pode funcionar como uma barreira à própria negociação.

Sendo assim, sabe-se que aqueles que frequentemente usam o preservativo são caracterizados com elevados níveis de capacidades comunicacionais acerca da SIDA e com a elevada percepção referente á aprovação do parceiro, em relação ao uso do preservativo (St Lawrence et al 1998). Cvetkovich & Crote (1981 cit Strader et al, 1992) verificaram que as mulheres com elevadas capacidades comunicacionais têm maiores probabilidades de virem a usar preservativo do que aquelas com baixas capacidades, existindo desta forma um relação directa entre as duas variáveis.

Outros dados foram apresentados no estudo realizado por Hutchinson (1998) com uma amostra de 82 casais, com idades compreendidas entre os 17 e 26 anos, cujo objectivo era estudar a comunicação sexual no que respeita aos comportamentos de risco, mostrando os resultados que a maioria das mulheres na descrição que faz dos seus parceiros, não inclui qualquer tipo de história de risco e cerca de metade nunca abordou a questão. As razões apresentadas prenderam-se com:

- Não conhecer suficientemente bem o parceiro / embaraço em abordar questões relacionadas com comportamentos sexuais de risco;
- “Ter conhecimento” que o parceiro não tem história de risco;
- Não ter pensado no assunto.

Uma discussão aberta e franca sobre assuntos relacionados com as histórias sexuais de cada um dos parceiros, pode ser uma das formas que os sujeitos têm para obter informações acerca das histórias de risco ou de insistir na feitura do teste do VIH. No entanto, os resultados do estudo mostraram que os casais da amostra conversam pouco sobre estas questões, pondo-se assim em situação de risco, caso o preservativo não venha a ser utilizado.

Estes resultados alertam-nos para questões relacionadas com a avaliação que as mulheres fazem acerca da história que os seus parceiros têm de comportamentos sexuais de

risco, feita normalmente a partir de pressupostos pouco válidos e para a insuficiente comunicação existente sobre este assunto.

As intervenções, cujo objectivo passa pela negociação do sexo seguro, devem ter em conta as capacidades comunicacionais, a assertividade e a capacidade de recusa do sexo sem protecção, e devem ter em conta as repercursões que irão ter no relacionameto sexual. Atribuir a responsabilidade do sexo seguro unicamente à mulher, não só cria um grande peso, como ignora as grandes barreiras para aceder ao sexo seguro. Os homens devem ser incluídos neste tipo de intervenção, por serem parte interveniente no processo.

2.3 – NA ADOLESCENCIA

• Epidemiologia

Cada vez mais, os jovens são afectados pela epidemia do VIH/SIDA, uma vez que cerca de metade dos caso de novas infecções correspondem a indivíduos com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos, altura em que a grande maioria das pessoas iniciam a sua vida sexual. Segundo os dados da UNAIDS, em 1998, cerca de 3 milhões de jovens foram infectados pelo vírus, o equivalente a 5 jovens em cada minuto do dia, em cada dia do ano. Trata-se de valores alarmantes, uma vez que revelam que grande parte dos jovens iniciam a sua vida sexual com comportamentos de risco, o que é preocupante, já que existe uma tendência para que os comportamentos inicialmente adoptados sejam aqueles que se mantêm ao longo das suas vidas sexuais.

Em Portugal os jovens correspondem a 12,5% da população infectada desde 1983 (dados referentes a Julho do corrente ano), o que revela que este grupo tem vindo a progredir, facto que por sua vez está de acordo com a realidade a nível mundial.

Em vários países, as jovens mulheres emergem como um grupo significativo que apresenta numerosos casos de novas infecções (Teare, 1995), situando-se a média de idade dos casos de mulheres com SIDA, entre os 20 e os 30 anos, o que significa que muitas delas contrariam o vírus durante a adolescência (Vandale, sem data).

- **Vulnerabilidades**

Da adolescência é próprio um sentimento de invulnerabilidade e uma necessidade de experimentação, que não se compadece com o problema da SIDA, já que podem ter associados inúmeros comportamentos de risco.

O início da vida sexual é um patamar que faz parte do processo de desenvolvimento, que muitas vezes é ultrapassado no decorrer da adolescência. Hoje, mais do que alguma vez, existem riscos associados a este “passo”, factores que têm justificado a incidência de investigação nesta área.

Uma parte significativa dos estudos efectuados sobre o comportamento sexual dos adolescentes, evidencia que muitos deles apresentam elevados níveis de actividade sexual e que esta sexualidade se pratica, muitas vezes, com múltiplos parceiros (Rosenthal & Shepherd, 1993 e Lear, 1995), ou que escolhem parceiros com mais anos de experiência sexual, e, conseqüentemente, com maior probabilidade de um maior número de comportamentos de risco (Vandale, sem data), o que os torna num grupo de elevado risco em relação à infecção pelo VIH, e demonstra que os apelos à abstinência ou à racionalização dos comportamentos sexuais não “travam” a epidemia.

Se por um lado alguns adolescentes possuem frequentemente falta de informação acerca dos modos de transmissão do VIH e, por consequência, das formas de prevenir o risco de infecção, por outro, uma grande parte deles têm conhecimentos acerca das formas de

transmissão do vírus e das respectivas medidas em termos de prevenção, o que os “obriga” à utilização duma série de estratégias que não são válidas, no que se refere à racionalização das suas práticas de risco, tais como: aderirem a ideias românticas de parceiros de longa-duração, à monogamia, à crença num estereotipo de “vitima da SIDA” (Homossexuais, prostitutas e toxicodependentes) e à crença de que as pessoas infectadas podem ser identificadas e facilmente evitáveis quanto ao contacto sexual (Rosenthal & Shepherd, 1993), entre outras que lhes permitem ter comportamentos de risco. Se alguns adolescentes acreditam estar imunes ao risco de contágio, outros, expressam um grande fatalismo, que por sua vez e como se compreende, também tem uma influência negativa quanto aos comportamentos protectores.

Prova disso é o estudo de Kegeles e colaboradores (1988 cit Richard & Pligt, 1991) com uma amostra de adolescentes em S. Fransisco, onde concluíram que é elevada a percepção de que os preservativos previnem as DST e a SIDA, e que o valor e a importância dados à prevenção das DST e a SIDA também é elevado, apesar destes resultados não estarem relacionados com o aumento de intenções de usar preservativos, o que pode ser explicado pelo facto do conhecimento, quer da doença quer das medidas de prevenção, não ser directamente proporcional aos comportamentos sexuais protectores.

Brooks-Gunn e colaboradores (1988) fazem referência a diversos estudos acerca dos conhecimentos das atitudes e crenças que os adolescentes sustentam em relação à SIDA e à infecção pelo VIH referindo que:

- A maioria dos adolescentes tem conhecimento de que o acto sexual e a troca de seringas constituem a principal forma de contágio do VIH, apesar de serem poucos aqueles que têm consciência de que o preservativo reduz o risco de infecção, sustentando falsas crenças relativamente ao contágio através do aperto de mão ou da simples proximidade de alguém infectado;

- Alguns adolescentes manifestam alterações ao nível de comportamentos pontuais, por exemplo, estigmatização dos homossexuais por medo da SIDA, mas reduzidas modificações no que se refere à maioria dos comportamentos que efectivamente transmitem o vírus;
- Os adolescentes que possuem menos conhecimentos face à SIDA estão mais vulneráveis relativamente ao risco de infecção;
- A maioria das falsas crenças acerca da transmissão do VIH encontram-se associadas a altos níveis de ansiedade, relativamente ao risco pessoal de infecção.

Os comportamentos acima mencionados representam uma ínfima parte dos factores subjacentes aos comportamentos adoptados pelos os adolescentes, mas reflectem, por si só, grande complexidade, o que vem reforçar a importância destes estudos de modo que os programas de intervenção sejam adequados às necessidades.

Factores de Risco

Segundo um documento publicado pela Universidade da Califórnia – “Preventing HIV/STD among adolescents” (1998) existe uma serie de factores de risco que devem ser considerados, nomeadamente:

- Primeira vez: É importante que os jovens tenham conhecimentos sobre sexo antes de o praticarem, uma vez que usando o preservativo no decorrer da 1ª relação sexual têm maiores probabilidades de o virem a usar no futuro, conclusão resultante dum estudo de StLawrence (1998);
- Idade de inicio da vida sexual: Os dados do CDC (*Center of Disease and Control*) mostram que os adolescentes que iniciaram a vida sexual mais cedo, têm maior probabilidade de vir a ter um maior número de parceiros sexuais;

- Número de parceiros sexuais: Ter um elevado número de parceiros num curto espaço de tempo, aumenta o risco de contrair o vírus;
- Uso do preservativo: O correcto e frequente uso do preservativo, diminui consideravelmente o risco de contrair o vírus;
- Abuso de substâncias: A partilha de agulhas, o uso de drogas ou álcool aumenta consideravelmente o risco de infecção;
- Problemas comportamentais: Os estudos demonstram que os jovens com maior probabilidade de virem a ter comportamentos de risco são aqueles que têm outro tipo de problemas comportamentais, tais como o consumo de tabaco, álcool, consumo de substâncias ou comportamentos anti-sociais;
- Atitudes/Crenças: Sentimentos de invulnerabilidade ou de desespero, podem favorecer os comportamentos de risco. A baixa auto-estima e uma baixa auto-eficácia estão associadas ao risco;
- Romantismo: A ideia tradicional de que sexo e amor devem estar a “par e passo” pode prejudicar a utilização do preservativo. Assim, na ausência de instintos de auto-protecção, o amor pode pôr em causa a capacidade do sujeito vir a insistir no uso do preservativo. A necessidade de provar o amor que se sente pelo o outro, de encontrar aceitação e respeito através do sexo, e o medo de o perder, pode pôr alguns adolescentes em risco;
- Diferenças etárias: Alguns adolescentes, as raparigas em especial, têm tendência a escolher parceiros mais velhos, que obviamente apresentam uma maior história de risco;
- Condições culturais e sociais: Modelos pouco consistentes, uma vida familiar disfuncional e baixas condições socio-económicas, podem contribuir para a elevada prevalência do VIH nos adolescentes;
- Comunicação: Dificuldades de comunicação das necessidades pessoais;

- Instituições: A facilidade de acesso aos serviços de saúde é um importante componente da prevenção. Infelizmente, a acessibilidade é um problema de muitos adolescentes, em particular daqueles que estão em maior risco;
- Jovens em situações de risco: Alguns adolescentes vivem em situação de risco, como é o caso daqueles que vivem ou estão na rua, que abandonaram a escola, que pertencem a determinado grupo racial, entre outros;
- Coerção: Muitos são os adolescentes que são vítimas de coerção, o que os deixa sem possibilidade de escolha em relação aos comportamentos protectores.

Torna-se assim extremamente importante conhecer as variáveis intervenientes nos comportamentos de risco, aquilo que medeia o conhecimento e a acção, já que só por si existem uma serie de factores que põe os jovens em risco.

• Grupo de pares

A adolescência é sinónimo de transição e autonomização, existindo nesta fase, um distanciamento em relação aos pais e uma necessidade de aproximação aos semelhantes, àqueles que partilham as mesmas ideais e actividades – grupo de pares, que funcionam como suporte num periodo de mudança. O grupo de pares possibilita ao jovem novas experiências, podendo elas advir de influências positivas ou negativas.

É no âmbito da identificação a diferentes sub-grupos que os adolescentes estruturam a sua individualidade, no que diz respeito a valores, atitudes, níveis de informação, níveis de competência e contextos sociais, relativamente aos comportamentos relacionados com a sexualidade (Flora & Thresen, 1988).

A partir dum estudo feito por Dana Lear (1995) com o objectivo de explorar a comunicação sexual em jovens adultos, para entender como é que o género e a orientação sexual influenciam a “negociação” do sexo seguro, para conhecer as estratégias empregues na redução do risco e as barreiras ao sexo seguro, concluiu-se que a adolescência é a fase da vida em que existe uma maior necessidade de experimentação, o que está relacionado com a experiência de liberdade e com a formação da identidade, assumindo os amigos uma grande influência no que respeita às práticas de sexo seguro. O modo como e quando os amigos falam de sexo e a sua prática de forma segura, constituem uma forte influência normativa, assumindo um carácter preditor quanto aos comportamentos seguros.

Os amigos são então uma importante fonte de informação e de suporte, normalmente com valores e práticas similares, que se reforçam no próprio grupo, podendo encorajar ou inibir activamente os comportamentos sexuais de alguns elementos do grupo, com um carácter protector, existindo, por vezes, casos em que os valores do individuo são dissonantes dos amigos, o que cria uma tensão e uma tentativa de influência, entre ambas as partes.

Os comportamentos sexuais protectores são influenciados pelas pressões e sugestões dos amigos, pelo que podem existir dificuldades quanto à prevenção por parte do sujeito no que respeita à assertividade e à manutenção de determinada conduta (Rose et al, 1989 e Bandura, 1990 cit Planes, 1994). Num estudo realizado por DiClemente, concluiu-se que os jovens que acreditavam que a maioria dos seus companheiros usava preservativos (normas percebidas), tinham tendência a ter mais comportamentos protectores, do que aqueles que acreditavam que os preservativos eram utilizados por um pequeno número (Planes, 1994).

Noutra investigação, mas desta vez realizada por Moore e Rosenthal (1991), com uma amostra de 1008 jovens, com idades compreendidas entre os 17 e os 20 anos, chegou-se à conclusão que existem diferenças de género quanto à percepção da influência do grupo de pares, isto é, as raparigas têm mais facilidade do que os rapazes em discutir com os amigos

assuntos relacionados com a sexualidade e com os comportamentos protectores. As raparigas adolescentes quando têm parceiros regulares, ao contrário dos rapazes, são positivamente influenciadas pela discussão com o grupo de amigos, em relação ao problema de prevenção da SIDA.

De outra forma, se as normas do grupo rejeitarem o uso de preservativos e promoverem comportamentos sexuais de risco, a adesão de alguns jovens a essas normas pode estar relacionada com o medo de sanções, por não estarem em conformidade com a maioria. Por exemplo, resultados de estudos sugerem que para os jovens é mais fácil ter comportamentos sexuais de risco, do que discutir o uso do preservativo com o parceiro, que tanto os rapazes como as raparigas temem a rejeição por parte do parceiro sexual se falharem em termos de conformidade com as expectativas do grupo e, que em alguns grupos minoritários, as normas culturais tornam muito difícil para os parceiros abordarem a questão do uso do preservativo (Fisher, 1988). No caso específico do uso do preservativo, este pode vir a ser mantido de forma mais eficaz se o comportamento do sujeito (uso ou não) está em consonância com a crença do grupo (Fisher, 1988).

• **Pílula / Preservativo: O Duelo**

O preservativo é anterior ao desenvolvimento dos contraceptivos orais, tendo a sua popularidade entrado em declínio na sociedade contemporânea, para dar lugar à pílula, que é unicamente eficaz no controlo da natalidade, enquanto que o preservativo, se for correctamente utilizado, previne as DST e actua simultaneamente, ao nível do controlo da natalidade.

Os programas tendo em vista a prevenção da gravidez na adolescência privilegiam a adopção de métodos anticoncepcionais como a pílula, uma vez que oferecem maior segurança e menosprezam, de certa forma, os métodos de barreira como o preservativo, como se a prevenção da gravidez e da SIDA pudessem ser tratadas de forma dissociada. Segundo Fisher (1990, cit Planes, 1994), o uso dos contraceptivos por parte dos adolescentes, desde os anos 80, tem obedecido a um determinado desenvolvimento. Os adolescentes ao iniciarem as relações sexuais, não usam normalmente nenhum método contraceptivo, não prevenindo assim nem a gravidez nem a infecção pelo VIH, muito embora venham posteriormente a usar preservativos (que são eficazes em ambos os casos) e, por fim, optem por recorrer a contraceptivos orais, que apenas são eficazes na prevenção da gravidez. Na opinião do autor, a mudança comportamental dos jovens não é benéfica em termos da sua saúde.

Num estudo levado a cabo por Richard e Pligt (1991), já referido anteriormente, com o objectivo de perceber quais os factores que afectam o uso do preservativo, foi possível concluir que o conhecimento da SIDA e da sua forma de transmissão não está directamente relacionado com o uso do preservativo, contudo, o seu uso durante a primeira relação sexual mostrou ser um forte preditor do seu uso futuro, o que sugere que devem ser feitos esforços em termos de promoção de comportamentos seguros com os adolescentes que ainda não iniciaram a sua vida sexual.

Lear (1995) concluiu que o preservativo é mais facilmente usado ao nível dos relacionamentos de tipo ocasional do que com os parceiros de longo tempo, uma vez que no primeiro caso, não se conhecendo previamente as pessoas, mais facilmente equacionam a hipótese de risco, enquanto que no segundo, conforme aquilo que os dados sugerem, os jovens só vêm normalmente a ter relações sexuais entre 3 meses a 1 ano depois de iniciarem o namoro, ficando grande parte das vezes a cargo da mulher, as questões da contracepção.

Como a confiança foi estabelecida antes do início das relações sexuais, a opção recai normalmente nos contraceptivos orais.

Os dados (Gómez e Marín, 1996) revelam que quando a pilula já é utilizada como meio contraceptivo é, em geral, difícil introduzir o uso do preservativo, especialmente numa relação de longa duração, o que pode ser preocupante nos casos em que existem relações sexuais sem protecção com outras pessoas.

Muitas vezes, uma das razões pelas quais a opção recai sobre a pilula está relacionada com a inexistência das competências necessárias quer na aquisição quer no uso do preservativo, ou mesmo ao nível da comunicação com o parceiro, não sendo a pilula, a este nível, tão exigente e não obrigando a um confronto permanente com assuntos relacionados com o sexo, o que para certas pessoas é extremamente difícil ou mesmo impossível.

A opção pela pilula, é muitas vezes uma escolha individual que pertence ao domínio feminino, enquanto que a opção pelo preservativo é feita a dois, factor que com certeza influencia a tomada de decisão.

Salienta-se, dos trabalhos de investigação realizados, a distinção entre parceiro ocasional e parceiro regular, não sendo o comportamento de uso do preservativo igual para os dois casos, daí se concluindo que são várias as variáveis que intervêm neste processo.

2.4 – EM CONTEXTOS CULTURAIS DIFERENTES

Como já tivemos oportunidade de referir, um conhecimento dos determinantes sociais, biológicos e culturais das diferentes comunidades, e da forma como eles interagem entre si é de extrema importância quando pensamos em eficácia dos programas de prevenção do VIH, uma vez que eles têm efeitos significativos na sexualidade dos seus membros.

- **Minorias Étnicas e VIH**

Actualmente, a prevalência e aumento dos casos de infecção pelo VIH está, em parte, associada às minorias étnicas a viverem nos países industrializados, nomeadamente às mulheres, tornando-se desta forma necessário e urgente a compreensão dos factores que contribuem para estes números e a consequente elaboração de programas de prevenção dirigidos a estes grupos de sujeitos.

Os dados provenientes dos E.U.A., sugerem que os sujeitos de raça negra apresentam níveis de infecção entre 5 a 7 vezes superiores aos caucasianos, o que pode fazer pensar que existe alguma relação entre a raça e os casos de infecção pelo VIH (Fullilove & Fullilove, 1998). Actualmente, sabe-se que a raça ou a etnicidade não constituem riscos no que respeita à infecção pelo VIH, mas reflectem as disparidades sociais, económicas e culturais que estão associadas à transmissão pelo VIH (CDC, 1994 cit St. Lawrence et al., 1998 e Fullilove & Fullilove, 1998). Estudos feitos nos E.U.A., com amostras de sujeitos pertencentes às minorias, permitiram concluir que, não por uma questão de raça mas sim por vulnerabilidades inerentes ao próprio género, as mulheres estão em grande risco de contrair o VIH, porque muitos dos seus parceiros apresentam vários comportamentos de risco e baixos níveis de uso do preservativo (Peterson, Catania, Dolcini & Faigeles, 1993 cit St. Lawrence et al., 1998).

Nos E.U.A., para além das mulheres, as adolescentes Afro-Americanas fazem parte de um sub-grupo com grandes probabilidades de ter comportamentos de risco, com 5 vezes mais probabilidades de virem a contrair o VIH (Wingood & Diclemente, 1992), devido a uma serie de influências que determinados factores psicossociais e culturais podem vir a ter no seu comportamento, nomeadamente:

- As adolescentes Afro-Americanas , em geral, iniciam a vida sexual mais cedo do que as caucasianas, existindo um intervalo de tempo mais alargado entre a primeira relação sexual e o início do uso dos métodos contraceptivos (Fullilove et al, 1990);
- A socialização no que respeita aos papéis sexuais é diferente nas adolescentes Afro-Americanas quando comparadas com as adolescentes brancas, especialmente nas classes mais carenciadas, já que tradicionalmente tendem a assumir responsabilidades, normalmente da competência do adulto, como por exemplo tratar dos irmãos mais novos ou assegurar as tarefas domésticas, o que por vezes origina o abandono escolar precoce, desenvolvendo desta forma um determinado sentido de competência e independência, que no entanto, não pode ser generalizado para as competências necessárias á adopção e manutenção de comportamentos sexuais protectores, tais como a negociação do uso do preservativo (Wingood & DiClemente, 1992), factores semelhantes aos observados na comunidade Cabo-Verdiana residente em Portugal;
- A família alargada é uma constante na comunidade Afro-Americana, e serve muitas vezes de principal agente de socialização, o que se reflecte na estrutura tradicional de suporte social, no qual se espera que as mulheres sejam o motor desse suporte e os homens os receptores (Wingood & DiClemente, 1992);
- As adolescentes Afro-Americanas comunicam entre si através daquilo que é chamado de "*Black English*" , o que as aproxima entre si, e é um símbolo importante da solidariedade entre o grupo. Grande parte das mensagens emitidas pelas campanhas de prevenção são provenientes de fontes que não são consideradas credíveis e válidas, e são para além disso emitidas numa língua que não é a habitualmente utilizada por elas (Wingood & DiClemente, 1992), passando-se o mesmo com os Cabo-Verdianos a viverem em Portugal, já que na maioria das vezes utilizam o crioulo como forma de comunicação;

- Baixo índice de comunicação entre parceiros acerca das práticas sexuais, particularmente sobre o uso do preservativo (Fullilove et al, 1990). Numa sociedade tradicionalmente “machista” as mulheres não abordam questões relacionadas com o sexo, já que poderá ser interpretado como inoportuno e ofensivo e/ou sugestivo de promiscuidade sexual;
- Baixo nível de conhecimento acerca do VIH/SIDA (Kalichman et al, 1992)
- Papeis que por tradição são atribuídos a cada um dos géneros, isto é, ao homem é permitido ter mais do que uma parceira, enquanto que a mulher é censurada se o fizer (Fullilove et al, 1990);
- O facto destas mulheres se depararem diariamente com situações limite como o desemprego ou com as más condições habitacionais em que se encontram, faz com que o problema da SIDA passe para segundo plano (Kalichman et al, 1992).

Num trabalho de investigação realizado por Kalichman e colaboradores (1992), com uma amostra de 384 mulheres divididas em dois grupos, sendo um deles de mulheres pertencentes às chamadas minorias e outro não, cujo objectivo se prendia com o estudo das possíveis diferenças entre os dois grupos em relação ao conhecimento face à SIDA, à percepção e experiências sexuais, os resultados confirmaram aquilo que à partida já era esperado no que respeita às diferenças entre os dois grupos, pois que, quando comparados, as mulheres pertencentes às minorias mostraram:

- Ter menos conhecimentos acerca da SIDA
- Estar menos preocupadas com a SIDA
- Percepcionarem o seu risco de infecção como baixo
- Terem um maior número de comportamentos sexuais de risco

Tanto a falta de informação como a percepção de risco e percepção de susceptibilidade, constituem barreiras aos comportamentos preventivos, o que justifica que este grupo apresente uma baixa taxa de utilização do preservativo.

Estes dados estão igualmente em consonância com estudos anteriores, nomeadamente o de Mays e Cochran (1988), na medida em que a SIDA não é a principal preocupação quando se vive com problemas de desemprego de longa duração, más condições habitacionais, filhos a cargo, toxicodependência ou crime.

A minoria latina a viver nos E.U.A. também apresenta elevados índices de infecção, estando particularmente as mulheres, em maior risco de contraírem a infecção pelo VIH, facto que tem vindo a ser alvo de inúmeros estudos. Salientamos o trabalho de investigação elaborado por Gómez e Marín (1996), que realizaram um estudo comparativo com latinos e não latinos, cujo objectivo se prendia com o conhecimento de algumas das variáveis intervenientes na utilização do preservativo. As autoras concluíram que as mulheres latinas têm um menor grau de conhecimento em relação à SIDA, menos poder sexual, isto é, mais medo e menos poder de reacção em relação ao pedido de uso do preservativo, menos auto-eficácia em relação ao uso do preservativo e menor sensação de conforto durante o acto sexual.

É possível fazer um paralelo entre as adolescentes Afro-Americanas e Cabo-Verdianas a viverem em Portugal, uma vez que os factores mencionados estão de acordo com a sua cultura e forma de socialização, muito embora o digamos com algumas reservas, uma vez que existem poucos trabalhos nesta área.

Os números e os resultados dos trabalhos de investigação mostram que são necessários intervenções específicas tendo em conta a realidade económica, social e cultural vivida pelas minorias. Uma outra prova reveladora desta necessidade são as diferenças observadas num trabalho realizado por Kalichman e colaboradores (1993) com mulheres Afro-Americanas que

consistia numa acção de prevenção, em que eram passados dois tipos de informação diferentes: um vídeo tendo em conta a realidade vivida pelas pessoas a quem se destinava a campanha e um vídeo institucional com um carácter generalista. Observou-se que as mulheres que receberam informação adequada ao seu contexto, mostraram ter uma maior percepção de risco e um nível de informação mais adequado do que as mulheres do grupo controlo.

Os resultados deste estudo vêm alertar para o tipo de acções de prevenção que habitualmente são feitas. Para que a sua eficácia seja aumentada, as estratégias baseadas nos modelos teóricos devem incorporar a realidade cultural da comunidade, nomeadamente no que respeita aos comportamentos sexuais. O nível de educação, rendimento económico, tipo de habitação, experiência com uso de drogas ou consumo de álcool, e outras variáveis sociais e culturais têm repercussões ao nível do comportamento sexual (Fullilove et al, 1990).

- **Especificidade da Cultura Cabo-Verdiana**

A chegada dos portugueses ao arquipélago de Cabo Verde situou-se por volta de 1640. Por um lado, o encontro entre etnias e povos, a par de processos de fixação diferenciados e a miscigenação de que foi palco Cabo Verde por outro, veio necessariamente traduzir-se não só nas relações sociais que pautam o quotidiano do arquipélago, mas também na própria cultura Cabo-Verdiana. Esta, resulta da síntese de culturas de que são portadores os actores envolvidos na constituição da sociedade de Cabo Verde (Saint-Maurice, 1997).

O Conceito de família alargada, que ainda hoje perdura e permanece como um traço definidor da identidade cultural Cabo-Verdiana, tem sem dúvida a sua origem num quadro de poligamia, que remonta à fase de povoamento do arquipélago (Saint-Maurice, 1997). A família é o centro da estrutura social Cabo-Verdiana, constituindo a base fundamental da estrutura e união familiar, uma vez que os laços de sangue, são para os Cabo-Verdianos os

mais fortes laços de união entre as pessoas . Por exemplo, o primo pode ser considerado mais da família do que a própria companheira, porque o “primo é de sangue, mulher muda” (França, 1992). Neste sentido, prevalece o conceito de família alargada que abrange parentes próximos e afastados e, por vezes, amigos íntimos.

Em Cabo Verde o homem mantém frequente e simultaneamente relações conjugais, com várias mulheres, acasalando-se ainda jovem, o que possibilita ter filhos de várias mulheres, que são considerados legítimos e perfilhados com todos os direitos. Mas, quando o casamento é celebrado na Igreja Católica, normalmente em idade mais avançada, os filhos tidos das relações extra-conjugais são por vezes tratados com menor atenção por parte do pai, ficando a cargo da mãe e da sua família (França, 1992).

Os Cabo-Verdianos em Portugal

A estrutura etária dos emigrantes Cabo-Verdianos em Portugal caracteriza-se sobretudo por um elevado número de indivíduos activos pois que entre os 20 e os 59 anos estão 73% dos recenseados, ficando de fora um grande número de emigrantes clandestinos (Saint-Maurice, 1997). Existe um elevado número de emigrantes com filhos, facto indicador de uma migração familiar que se pretende estabelecer na sociedade por um longo período de tempo, senão permanentemente (Saint-Maurice, 1997). Tendo sido apurado o número de filhos, para mulheres com mais de 14 anos, constata-se que 70% têm pelo menos 1 filho (Saint-Maurice, 1997).

O facto dos jovens filhos de pais Cabo-Verdianos não serem naturais de Cabo Verde e, por vezes, terem nacionalidade Portuguesa, não anula a influência cultural exercida pelos progenitores e potenciados pela proximidade de compatriotas, sendo assim os agentes privilegiados de socialização (França, 1992).

Integração e Interacção

Uma grande parte dos emigrantes Cabo-Verdianos em Portugal, por razões inerentes à sua própria cultura, têm tendência para viverem próximos dos seus compatriotas, uma vez que cabe àqueles que já cá estão, alojarem os novos emigrantes, o que é notório por exemplo, no Conselho da Amadora – Bairro 6 de Maio, Fontainhas, Bairro Estrela d’Africa ou Bairro Cova da Moura, onde a maioria dos habitantes tem a sua origem em Cabo Verde.

No entanto, a concentração numa minoria étnica num espaço geográfico restrito, cria por um lado condições para que o grupo se feche sobre si próprio – o gueto – e, por outro, reforça a sua identidade cultural e étnica, num quadro de defesas face ao grupo dominante (Saint-Maurice, 1997).

Portanto, se por um lado o bairro é gerador de práticas, trocas reais e simbólicas, é por outro simultaneamente o espaço de conflitos e de solidariedades, de proximidades e rejeições. Nestes casos, os grupos minoritários estão física e socialmente isolados (tendência para a concentração geográfica e exclusão em termos de participação social) (Giddens, 1989 cit Saint-Maurice, 1997). A concentração geográfica, em especial dos emigrantes, reproduz modos de vida, relações de parentesco e vizinhança, onde os membros do grupo partilham dum sentido colectivista, expresso nas mais diversas formas de solidariedade.

A população Cabo-Verdiana a residir em Portugal, tem habitualmente baixas qualificações, quer escolares quer profissionais, o que se traduz numa mão de obra pouco qualificada, por vezes com inserção marginal no mercado de trabalho.

Se por um lado este facto é característico dos próprios emigrantes, também o é dos seus filhos, a grande maioria dos quais, nascida e/ou “criada” em Portugal, apresenta uma longa história de insucesso escolar o que está na origem do emprego precário de baixa qualificação. Na base de toda esta situação estão as baixas condições socio-económicas dos emigrantes e as dificuldades inerentes à integração num país estrangeiro. Sendo a língua um

factor fundamental para a comunicação entre pessoas e o principal veículo de transmissão e da passagem de aprendizagem, o crioulo - língua habitualmente falada em casa e a primeira língua que as crianças aprendem – é um dos factores que está na origem do insucesso escolar, já que grande parte destas crianças não passou pelo ensino pré-escolar e não tem suporte familiar competente, em termos da aprendizagem escolar.

Em geral, a população feminina corresponde a um sector dependente, tendo a seu cuidado a gestão do lar, vendo-se muitas vezes obrigada a cuidar dos familiares a cargo, crianças e velhos. Quando trabalham, fazem-no normalmente na área da limpeza, em firmas ou em casas particulares e apenas durante uma parte do dia ou na área de restauração, normalmente como ajudantes de cozinha ou copeiras, o que é consequência das baixas habilitações que normalmente possuem.

Com multiplas ocupações, bastante stress e com fracos recursos, as mulheres podem ter tendência a descuidar a sua saúde pessoal, o que se traduz na não preocupação com os assuntos relacionados com a saúde, ou no baixo índice de procura de cuidados, ficando a prevenção para segundo plano.

Cabo-Verdianos e Comportamentos Sexuais

Semelhante ao caso dos Afro-Americanos ou latinos, abordados anteriormente, a própria cultura Cabo-Verdiana pode contribuir para o aumento da frequência dos comportamentos sexuais de risco de diversas formas, nomeadamente:

- a) A SIDA coloca inúmeras questões ao continente Africano no âmbito da sua história, cultura e tradições, particularmente no que respeita à sexualidade e fecundidade, sendo estas colocadas no seu lugar natural entre o conjunto de necessidades do homem, representando um bem indispensável ;

- b) Os papéis tradicionalmente atribuídos a cada género e o “machismo” nomeadamente, a partir da ideia de que é embaraçoso falar de sexualidade e que não é suposto que ela seja “discutida”, quer com os filhos quer com o parceiro, faz com que para a mulher seja difícil abordar a história de risco do seu parceiro.

Na cultura Cabo-Verdiana da “boa” mulher, não é esperado que tenha conhecimento acerca do sexo e não é suposto, chegando a ser considerado inapropriado, que aborde assuntos como a SIDA ou o uso do preservativo. O desconforto e embaraço sexual têm sido associados, em inúmeros estudos, a uma menor percepção da capacidade para usar preservativos (Marín e Gómez, 1998).

De acordo com as crenças em relação ao papel atribuído ao género, em termos de sexo, acredita-se em geral, que o homem tem mais necessidades e dele se espera grande virilidade enquanto que à mulher cabe unicamente um papel passivo de satisfação concedida.

Culturalmente, a mulher não tem um papel decisivo no que respeita às questões da sexualidade, sendo desta forma difícil a exigência de comportamentos sexuais protectores quando isso não faz parte do desejo masculino;

- c) O facto de viverem com grandes carências económicas, relega o problema da SIDA para o final da lista de prioridades ;
- d) Como já referimos anteriormente, a forma como os Cabo-Verdianos vivem em Portugal, isto é, em bairros degradados onde existe uma grande concentração de pessoas com graves carências socio-económicas com dificuldades de inserção na sociedade, torna-se numa condição ideal para o fechamento do grupo, havendo desta forma uma maior probabilidade que as relações afectivas se desenvolvam entre elementos da própria comunidade o que pode constituir um aumento da condição de risco em relação ao VIH, na medida em que a probabilidade dum mais rápida

disseminação do vírus aumenta, quando não é usada protecção, o que pensamos ser frequente;

- e) A importância atribuída à procriação e à maternidade, sendo a mulher valorizada pelo número de filhos que cria. A reprodução como garantia de descendência, que assegura a continuidade da família e que por sua vez é vista como a realização social do casal, constitui a forma do homem assegurar a sua virilidade, o que não contribui para o uso sistemático do preservativo;
- f) A forma como a comunidade Cabo-Verdiana encara a doença: “O mal de Deus”, causado pelo “destino”, não pode ser evitado ou controlado, e requer paciência e resignação, ou como “mal de pecador” que é causado pelo mau olhado e pela maldição que outros podem rogar (França, 1992). Em qualquer dos casos, o sujeito não assume responsabilidade pelo seus comportamentos, cabendo-lhe assim um papel passivo e espectante.

Todos sabemos que para as pessoas sexualmente activas, a correcta e consistente utilização do preservativo é a forma mais efectiva de evitar a infecção pelo VIH, mas pensa-se que a taxa do seu uso, no caso das mulheres Cabo-Verdianas, permanece relativamente baixa. Não deverá ficar esquecido que os esforços para implementar o uso do preservativo junto desta comunidade serão mais eficazes quando os programas e acções de prevenção atenderem à realidade social, económica e cultural destas mulheres, e à natureza das relações entre homens e mulheres desta comunidade.

Salienta-se a insuficiência de estudos exploratórios realizados nesta área com a população Cabo-Verdiana, o que tem como resultado a reduzida, eficácia das medidas preventivas implantadas e a realizar no futuro, já que se trata duma realidade desconhecida.

3.1 – MODELOS TEÓRICOS

As teorias do comportamento humano têm desempenhado um papel importante quanto ao desenvolvimento de programas de prevenção do VIH, mas, no entanto, estas teorias apenas foram úteis no que respeita ao entendimento de certos factores psicológicos e sociais, associados aos comportamentos de risco e à mudança comportamental (Amaro, 1995). Tanto a investigação como a prática têm demonstrado de forma clara e inequívoca, especialmente quanto ao comportamento sexual, que existe uma maior complexidade comportamental, do que aquelas que os modelos sugerem.

Antes de se fazer referência aos modelos, importa ter presente que eles têm associados a si algumas limitações, nomeadamente (Amaro, 1995):

- Muitos são baseados em concepções individualistas do comportamento e falham quanto à consideração da cultura e do contexto social da sexualidade. Estas abordagens ignoram a forma como as forças culturais, as expectativas, as normas e os padrões sociais, na rede em que o indivíduo está inserido, afectam a sexualidade e os comportamentos sexuais;
- São baseados na crença de que os comportamentos sexuais dependem única e totalmente do indivíduo, e são sempre iniciados tendo em conta o controlo individual, não obstante o comportamento sexual ser muitas vezes impulsivo e, em algumas circunstâncias, pode ser imposto e não voluntário;
- Os papéis sexuais, assim como os valores e normas culturais, influenciam pelo menos, e algumas vezes definem, o comportamento do homem e da mulher, bem como o tipo de relacionamento em que ocorre o comportamento sexual;

Os resultados de alguns estudos de intervenção sugerem que os factores propostos pelo modelos teóricos, podem falhar quando se pensa em mudança comportamental e em comportamentos de risco nas mulheres (Catania et al, 1992).

Tendo presente que existem limitações, mas tendo consciência da sua ajuda na compreensão dos comportamentos, optou-se por referir, para além da já citada Teoria da auto-eficácia, os modelos que adquiriram importância, quer nos trabalhos de investigação quer nas intervenções realizadas no campo dos comportamentos sexuais de risco, e que para além disso, por diferentes razões, estão relacionadas com este trabalho de investigação.

- **Modelo de Crenças de Saúde**

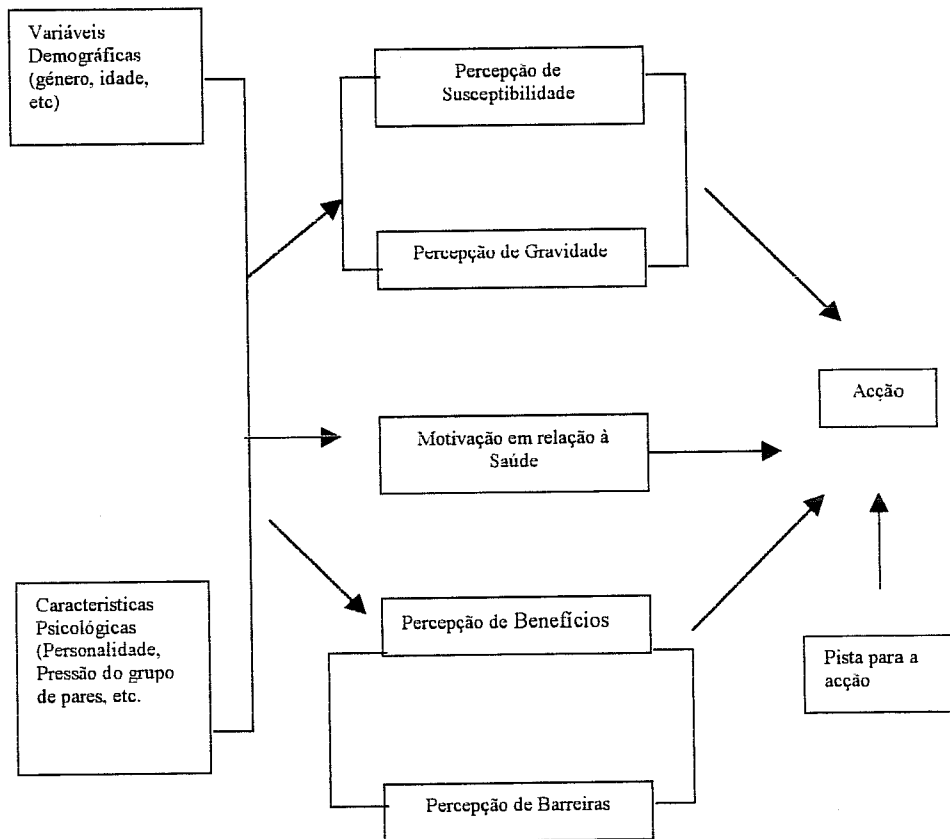
O Modelo de Crenças de Saúde (MCS) foi formulado por Rosenstock e surgiu nos anos 50, no seio do sistema de saúde americano, com o objectivo de explicar os comportamentos preventivos em relação à saúde.

O MCS (Sheeran & Abraham, 1996), utiliza dois aspectos da representação individual de comportamentos de saúde como resposta à ameaça de doença:

- (1) Percepção de ameaça à saúde
- (2) Avaliação dos comportamentos para fazer face a esta ameaça.

Pensa-se que estas duas variáveis, tomadas em conjunto, e tendo em conta as variáveis demográficas, pressão social e personalidade, orientam o comportamento do indivíduo. As percepções de ameaça dependem de duas crenças, da percepção de susceptibilidade em relação à ameaça e da percepção de gravidade das consequências de tal doença. A avaliação do comportamento depende das crenças de benefícios e eficácia da acção e da percepção de custos e barreiras, no desempenho do comportamento.

Adicionalmente, o modelo refere um estado individual e subjectivo de “prontidão para agir” que depende, quer da percepção de susceptibilidade e de gravidade quer duma “pista para a acção” que deve ocorrer para dar lugar ao adequado comportamento de saúde, podendo este estímulo ser interno, por exemplo, percepção de um estado físico, ou externo, por exemplo, interações pessoais e meios de comunicação social.



São vários os trabalhos de investigação que recorreram ao MCS para a explicação de determinados comportamentos em diferentes populações.

No que se refere à aplicação do MCS nas campanhas de promoção do uso do preservativo e segundo St Lawrence e colaboradores (1995), é necessário ter em conta:

- (1) Crenças dos sujeitos relativamente à sua susceptibilidade à infecção pelo VIH;
- (2) A percepção que os sujeitos têm relativamente à gravidade e consequências da infecção;

- (3) As crenças relativas á eficácia do uso do preservativo na prevenção do VIH, variável introduzida mais tarde e que se relaciona com a percepção de barreiras sociais, físicas e/ou psicológicas à utilização de preservativo;
- (4) A minimização das barreiras ao uso do preservativo;
- (5) A optimização das capacidades para o uso do preservativo para proteger os indivíduos.

Foi realizado um estudo na Escócia por Abraham e colaboradores (1992), com uma amostra de 690 jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 18 anos, cujo objectivo era o de testar as 6 componentes do MCS em relação ao uso do preservativo:

- a) Percepção de severidade;
- b) Percepção de susceptibilidade;
- c) Percepção de eficácia do comportamento a executar;
- d) Antecipação dos custos ou das barreiras para executar o comportamento;
- e) Pistas para a acção;
- g) Motivação em relação à saúde.

Em termos de resultados verificou-se que em contraste com estudos anteriores, foram observados elevados níveis de percepção da eficácia do uso do preservativo, mas algo minimizou o impacto destas percepções na intenção de usar preservativos, uma vez que elas não estavam em sintonia com a percepção de eficácia. Aqui, deve-se ter em conta a percepção de barreiras em relação ao uso do preservativo, uma vez que as crenças em relação à redução do prazer sexual, opinião desfavorável do parceiro, entre outras, influenciam as intenções comportamentais. Estes resultados recomendam especial atenção para a percepção que os jovens têm das consequências sociais do uso do preservativo.

Os resultados apelam para diferenças quanto ao género, pois a percepção de gravidade e de desconforto em relação a trazerem consigo preservativos é mais evidente nas raparigas,

estando o mau-estar fortemente relacionado com as intenções comportamentais. É de grande importância que as campanhas sejam eficazes quanto à mudança desta crença, já que inibe as mulheres de terem consigo preservativos.

Na generalidade, os dados deste estudo em particular e doutros em geral, revelaram que a percepção de barreiras são um importante preditor dos comportamentos preventivos, no entanto, muitas das variáveis descritas no Modelo, falham quanto à intenção de ter comportamentos preventivos em relação ao VIH, enquanto outras variáveis não incluídas no Modelo, mostram ser importantes, como por exemplo, o género ou o número de parceiros sexuais.

Podemos dizer que este modelo apresenta algumas limitações, nomeadamente:

- 1) Grande parte da investigação realizada tem testado individualmente as variáveis incluídas no modelo e poucas vezes o modelo tem sido testado como um todo;
- 2) Não levar em considerações variáveis contextuais, culturais ou mesmo factores económicos, que podem influenciar os comportamentos;
- 3) Não levar em conta as normas sociais e a influência dos pares na decisão em relação ao uso do preservativo.

Este modelo que inclui variáveis importantes, mas não suficientes não explica só por si, os comportamentos de uso ou não uso do preservativo.

- **Teoria da Acção Racional / Teoria do Comportamento Planeado**

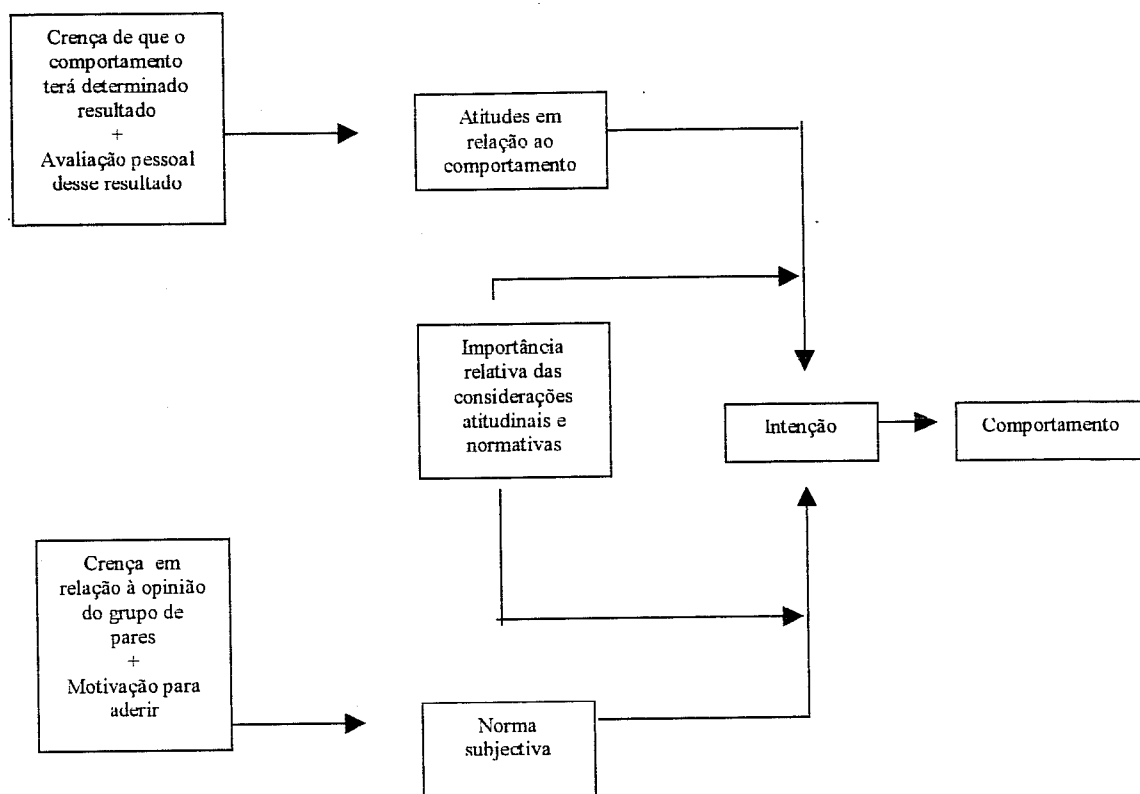
A Teoria da Acção Racional (TAR) foi desenvolvida por Ajzen e Fishbein em 1967, na sequência de uma serie de investigações feitas no âmbito da Psicologia Social, no campo das atitudes e da sua relação com o comportamento, tendo mais tarde (1988) e em virtude de algumas limitações, dado origem à Teoria do Comportamento Planeado (TCP).

De acordo com a TAR (Brown, 1999) a intenção comportamental é o grande motor do comportamento. A intenção de vir a ter determinado comportamento é uma combinação entre a atitude em relação a esse comportamento e a norma subjectiva. Assim é que, quanto mais forte for a intenção comportamental, maior probabilidade existe em se vir a ter determinado comportamento.

A TAR funciona de forma mais eficaz quando aplicada a comportamentos que estão sob o controlo individual, e, foi neste contexto, que os autores introduziram um terceiro construto dando origem à TCP.

Assim, e com um carácter de resumo, a TCP propõe 3 constructos independentes (Brown, 1999; Libbus, 1995; Fisher, Fisher & Rye, 1996):

- Atitudes em relação ao comportamento: Uma atitude em relação a determinado comportamento preventivo em relação ao VIH é o resultado de crenças individuais acerca das suas consequências do comportamento em causa e da avaliação que o sujeito faz dessas mesmas consequências. As atitudes têm uma influência directa na intenção comportamental e estão ligadas quer às normas subjectivas, quer à percepção de controlo comportamental;
- Normas sociais individuais: São uma função da percepção do suporte social que o sujeito tem em relação ao significado que determinado comportamento preventivo possa vir a ter, relacionado ainda com a motivação do sujeito, para aderir a essas referências do grupo;
- Percepção do controlo comportamental: Relacionado com a percepção da facilidade ou dificuldade em levar a cabo determinado comportamento, sendo este, determinado pelas experiências passadas e pelas expectativas em relação ao futuro;



A TCP (Ajzen & Fishbein, 1980, Fishbein & Ajzen, 1975; Fishbein & Middlestadt, 1989 cit Fisher, Fisher & Rye, 1996) propôs que o comportamento preventivo em relação à SIDA, deve ser considerado como uma função da intenção em vir a usar preservativos, que por sua vez é uma função da atitude individual em relação ao comportamento em causa, da norma subjectiva ou percepção daquilo que os outros que são significativos para o sujeito gostariam que este fizesse em relação ao uso de preservativos, e da percepção que ele tem das suas capacidades de vir a ter determinado comportamento.

Têm sido vários os estudos que têm dado suporte empírico à TCP, nomeadamente um realizado por Fisher, Fisher & Rye (1996) com uma amostra constituída por homossexuais masculinos, estudantes do secundário e estudantes universitários, todos eles, e segundo os autores, fazendo parte de grupos em risco. Os resultados mostraram estar em consonância com a Teoria.

Boldero, Moore e Rosenthal (1992) fizeram igualmente um estudo com 223 jovens heterossexuais, cujo objectivo era testar o modelo no caso do uso do preservativo, em que os

resultados forneceram um suporte limitado a este modelo. As intenções dos inquiridos em usar preservativo, quer antes do encontro sexual quer imediatamente após, são preditoras do seu uso, mas, no entanto, também revelaram ter influência variáveis contextuais como por exemplo, a comunicação com o parceiro (aqueles que comunicam com o parceiro acerca do uso do preservativo apresentam maiores intenções de o virem a usar e uma taxa de uso mais elevada, do que aqueles que não o fazem), a excitação sexual (o aumento da excitação sexual diminui a probabilidade de uso do preservativo) e o facto de se ter acesso aos preservativos (ter preservativos “à mão”, implica que se seja capaz de o comunicar ao parceiro, e aquilo que os estudos referem é que os adolescentes sexualmente inexperientes, apresentam níveis relativamente elevados de embaraço em relação ao uso dos preservativos).

As atitudes em relação aos preservativos e as desvantagem em relação aos mesmos previnem directamente o comportamento, muito embora, existam associações indirectas entre as vantagens e desvantagens dos preservativos, via intenção comportamental.

As normas subjectivas não mostraram ter qualquer tipo de efeito no uso dos preservativos.

Assim, de acordo com a Teoria, um individuo com atitudes positivas quanto ao uso do preservativo, ou que habitualmente use preservativos, que acredite que aqueles que são importantes para si o apoiam, e que esteja convencido das suas capacidades para os vir a usar, terá grandes hipóteses de vir a usá-los. Não foram tidos em conta factores contextuais, que tal como ficou patente no estudo acima mencionado, têm influência no uso ou não dos mesmos.

- **Teoria do Género e Poder**

Uma das limitações dos estudos que investigam as correlações entre o VIH e os comportamentos de risco nas mulheres está relacionada com o facto de apenas se basearem num único modelo para explicarem a complexidade do comportamento humano, no entanto, para além disso, é extremamente importante ter em conta os aspectos culturais, relacionais e os factores específicos do género, variáveis que habitualmente não são tidas em conta e que exercem influência no processo de tomada de decisão. Existem importantes diferenças no comportamento sexual do homem e da mulher, não tendo nenhum dos modelos teóricos abordado a questão da identificação dos papéis sexuais (Helweg-Larsen & Collins, 1994).

A Teoria do Género e Poder de Connell (1987 cit Wingood & DiClemente, 1998) pode ser aplicada à compreensão do uso/não uso do preservativo por parte das mulheres, no caso do estudo de Wingood e DiClemente (1998) Jovens Afro-Americanas, uma vez que a SIDA é uma condição que reúne sexo, género e doença, facto que pode ser compreendido pela teoria que defende que as normas que guiam as relações sociais e sexuais, podem servir para a compreensão do uso do preservativo. Assim, a Teoria põe a hipótese de que as mulheres que não usam preservativo são influenciadas por factores sócio-económicos, pelo desequilíbrio de poder nas relações e, por normas culturais específicas de cada género sexual.

Foram incorporadas 3 estruturas distintas de maneira a explicar a distância significativa dos papéis culturais atribuídos ao homem e à mulher, e foram elas:

- *A Divisão Sexual do Trabalho*

A generalidade dos trabalhos, em especial alguns deles, ainda são normalmente atribuídos em conformidade com o sexo, existindo trabalhos específicos para o homem e

trabalhos específicos para a mulher, muito embora a fronteira que os separa seja cada vez mais ténue.

A divisão sexual do trabalho é manifestada na segregação do trabalho não remunerado, tal como no trabalho doméstico ou no cuidar dos filhos ou irmãos a cargo, o que dá origem a desigualdades, como por exemplo o acesso à educação. A divisão sexual do trabalho explica a forma como as mulheres, com fracos recursos económicos, se encontram mais vulneráveis ao VIH, pondo a questão do preservativo no fim da lista de prioridades, quando existem seguramente coisas mais importantes como a renda da casa ou a possibilidade de comprar alimentos para os filhos (Mays & Cochran, 1988). Pode-se ainda referir que os baixos níveis educacionais podem limitar a mulher no acesso e na compreensão da informação preventiva para o VIH.

- *A divisão Sexual do Poder*

A divisão sexual do poder diz respeito a assuntos como o controlo, a autoridade e a coerção nas relações heterossexuais.

Alguns estudos indicam que as mulheres são psicológica, económica e socialmente mais dependentes do que o homem no seio de uma relação heterossexual, já que frequentemente é ele quem trabalha, ficando desta forma a mulher mais vulnerável em relação ao uso e abuso do poder (Wingood & DiClemente, 1998).

A divisão sexual do poder explica como é que a força física (aspecto específico do poder), põe a mulher em risco no que se refere ao VIH. A investigação, no caso de mulheres Afro-Americanas, mostra que as mulheres com relações onde existe abuso físico, têm menos probabilidades de virem a negociar e a usar preservativos, quando comparadas com aquelas cujo parceiro não é agressivo (Wingood e DiClement, 1997 cit Wingood e DiClemente, 1998).

Um outro componente relacionado com o poder nas relações, encontra-se associado à capacidade de impor e definir uma situação, o que se manifesta na dificuldade que a mulher poderá vir a ter na negociação do uso do preservativo com parceiros mais velhos, no facto das mulheres terem uma baixa auto-eficácia ou mesmo competências para o uso do preservativo.

De acordo com esta teoria, a divisão sexual do poder sugere que as mulheres que tenham um parceiro que as maltrate fisicamente, que tenham sido maltratadas quando sugeriram ao parceiro o uso do preservativo, que tenham uma história de abuso sexual na infância, que não sejam assertivas na negociação do preservativo, cujo parceiro seja muito mais velho, com baixo auto-eficácia em relação ao uso do preservativo e que se percepcionem como tal e mulheres cujo parceiro se mostre resistente em relação ao uso do preservativo, terão uma elevada probabilidade de não virem a usar preservativo.

- A Estrutura da Cathexis

A estrutura da *Cathexis* dita as normas sociais que gerem o comportamento sexual apropriado para as mulheres e o tipo de ligações emocionais contidas na relação. Esta estrutura define as normas para os comportamentos consistentes com aquilo que a sociedade define como socialmente aceitável para uma mulher.

Num estudo efectuado por Fullilove e col (Cit Wingood & DiClemente, 1998) com mulheres Afro-Americanas, pôde-se concluir que uma das razões para as mulheres não se sentirem à vontade ao trazerem consigo preservativos foi o resultado da percepção delas próprias estarem “sexualmente disponíveis” ou “perdidas”.

Esta estrutura é também evidente nas relações sociais que a mulher tem com os seus parceiros sexuais, uma vez que sugere que os resultados pouco satisfatórios que as mulheres obtêm na negociação do sexo seguro, resultam da percepção de que irá enfraquecer a confiança e intimidade da relação. Este facto, torna-se particularmente evidente na dificuldade

que as mulheres têm na negociação do uso de preservativos nas relações de longo-termo, pretendendo evitar as implicações de infidelidade e da quebra de confiança que tal poderá vir a ter, quer dela quer do parceiro.

Resumindo, as mulheres que acreditam que trazer com elas ou comprarem preservativos implica que estão sexualmente disponíveis, mulheres que têm valores religiosos muito tradicionais, mulheres que estejam interessadas em ter crianças ou mulheres cujos parceiros queiram ter filhos, mulheres que acreditem que negociar o sexo seguro diminui a confiança na relação, mulheres que não gostam de sugerir ao parceiro o uso do preservativo, e mulheres que acreditem que é difícil encontrar um homem elegível com probabilidades de querer vir a usar preservativo, têm maiores probabilidades de não se protegerem quando do encontro sexual.

Em termos de investigação Wingood e DiClemente (1998), com uma amostra de 128 jovens raparigas (18-29 anos) Afro-Americanas, aplicaram a Teoria do Género e Poder de maneira a identificar quais as variáveis relacionadas com o não uso do preservativo, e, os resultados mostraram que em consonância com a estrutura da *cathexis*, o não uso do preservativo está fortemente relacionado com a percepção que as mulheres têm de que perguntarem ao parceiro se quer usar preservativo, implica infidelidade ou pode mesmo vir a comprometer a estabilidade da relação.

As mulheres da amostra que não usaram preservativos sentiram-se mais insultadas do que as outras, sempre que o seu parceiro sugeriu que o deviam usar, uma vez que este procedimento acarretou consigo sentimentos de infidelidade por parte dele.

Algumas variáveis associadas à divisão sexual do poder mostraram igualmente estar associadas ao não uso do preservativo. O grande poder social que o homem tem nas decisões em geral e muito especialmente quando se trata da sexualidade e da escolha do uso ou não do preservativo, limita a mulher quanto ao seu desejo e vontade de os usar ou não. Acrescentado,

as mulheres que não revelaram assertividade no plano sexual também mostraram ter maiores probabilidades de não usarem preservativos. Existem grandes dificuldades na negociação do sexo seguro quando o parceiro não revela uma atitude favorável e quando a sugestão do uso do preservativo sugere questões relacionadas com deslealdade.

Este estudo veio reforçar a importância de intervenções comunitárias de modo a desenvolver o suporte comunitário que dará força à influência das mulheres, quanto ao controlo da sua sexualidade. Mais uma vez, refere-se que estes programas devem ter em conta os factores culturais específicos de cada comunidade, e, se por um lado o seu alvo é o individuo e a adopção de comportamentos sexuais seguros, por outro é a comunidade que limita as escolhas na promoção da mudança das normas sociais.

Adicionalmente, e como as mulheres em risco de serem infectadas pelo VIH são fortemente influenciadas pela resistência do parceiro em relação ao uso de medidas preventivas, é necessário desenvolver estratégias que encorajem os homens a darem apoio às mulheres, de maneira a elas desenvolverem um maior controlo da sua sexualidade e das suas próprias vidas.

Esta teoria assume um papel importante na medida em que veio introduzir o papel do género, valores culturais e a percepção de normas na investigação sobre VIH/SIDA, quando a maior parte das intervenções se centram no estudo das variáveis psicológicas envolvidas no uso do preservativo e na compreensão das dinâmicas interpessoais subjacentes ao relacionamento sexual.

Tal como as outras teorias abordadas anteriormente, esta também “peca” por defeito, já que neste caso, são esquecidos alguns dos factores psicológicos intervenientes neste tipo de comportamentos.

- **Modelo Integrado de Bryan, Aiken e West**

Modelo desenvolvido com vista à prevenção das DST, em jovens raparigas sexualmente activas.

Trata-se dum modelo aplicado unicamente às mulheres, uma vez que os autores tiveram em conta existirem diferenças no género sexual em relação ao uso de preservativos (Campbell, Peplau & DeBro, 1992; Goldman & Harlow, Sacco, Levine, Reed & Thompson, 1991 cit Bryan, Aiken & West, 1997; Helweg-Larsen & Collins, 1994; Rosenthal et al, 1992; Wulfert & Wan, 1993) e a sugestão de Helweg-Larsen & Collins (1994) de serem desenvolvidos modelos consoante o género.

Deste modelo fazem parte 3 importantes constructos:

- a) A aceitação da sexualidade individual e a sensação de controlo do encontro sexual , nomeadamente em relação ao uso do preservativo;
- b) O papel da percepção de susceptibilidade/gravidade e de benefícios como motivadores dos comportamentos sexuais seguros;
- c) A caracterização da auto-eficácia em relação ao preservativo.

A percepção sobre a sexualidade está patente em dois dos construtos presentes neste modelo, que já em estudos anteriores mostraram estar relacionados com o uso do preservativo em mulheres jovens(Bryan, Aiken e West, 1996):

- a) A aceitação da sua própria sexualidade ;
- b) A sensação de controlo sobre o encontro sexual, incluindo se têm ou não relações sexuais e quais as actividades praticadas.

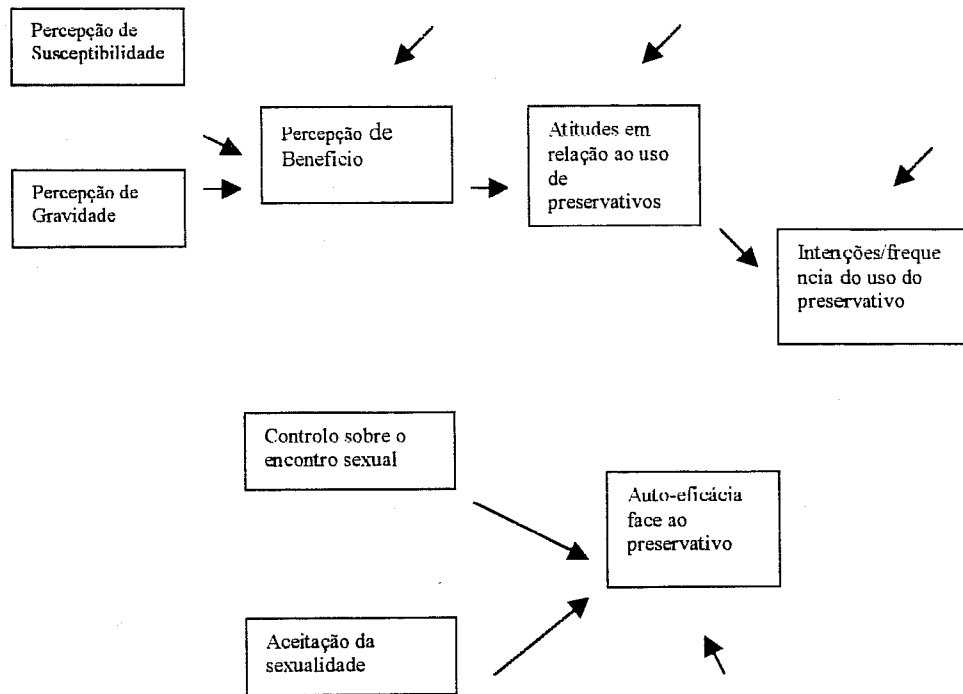
Quando estamos em contacto com adolescentes, apercebemo-nos rapidamente que as raparigas sentem um maior desconforto do que os rapazes, quando abordadas sobre assuntos relacionados com o sexo. É importante que a mulher seja capaz de aceitar a sua sexualidade sem culpabilidade e com naturalidade, e que se sinta responsável pelo seu controlo, no decorrer de um encontro, num quadro de uma atitude geral sexual que seja percursora da auto-eficácia face ao uso do preservativo (Bryan, Aiken e West, 1997).

Para Bryan, Aiken e West (1996), tanto a percepção de susceptibilidade, como de gravidade ou dos benefícios, são construtos habitualmente usados pelo Modelo de Crenças de Saúde e são aqui integrados nas percepções que as jovens têm em relação ao uso do preservativo e quanto à sua auto-eficácia para o seu uso. A percepção de susceptibilidade é encarada como um factor motivacional que está na base de comportamentos protectores (Bryan, Aiken e West, 1997).

As atitudes afectivas positivas em relação ao uso do preservativo e aos seus utilizadores mostraram estar associadas positivamente com o seu uso.

O construto auto-eficácia, usado no modelo, inclui 4 aspectos:

- (1) Aquisição de preservativos;
- (2) Mecanismos para os usar;
- (3) Capacidade de convencer o parceiro a usá-lo;
- (4) Capacidade para lidar com a insatisfação do parceiro em relação ao seu uso.



Num trabalho experimental que os autores (1996) desenvolveram com um grupo de 198 jovens, com a finalidade de testar um programa de intervenção cujo objectivo se traduzia no aumento das intenções em relação ao uso do preservativo (1º momento de avaliação) e aumento do uso efectivo do preservativo (2º momento de avaliação, passados 6 meses) intervindo ao nível da percepção acerca da sexualidade, percepção de barreiras e auto-eficácia face ao preservativo, foi possível verificar eficácia quanto aos objectivos delineados.

A análise dos dados mostrou que o aumento das intenções para usar preservativo foi mediado, tanto pelas atitudes como pela auto-eficácia. A percepção de benefício medeia os efeitos do programa nas atitudes, na aceitação da sexualidade e no controlo sobre o encontro sexual.

Mais tarde, os autores (1997) voltaram a efectuar um estudo com o objectivo de testar o modelo por eles proposto, onde concluíram que a percepção de susceptibilidade, as atitudes em relação ao preservativo e seus utilizadores, estavam directamente relacionadas com as intenções dos jovens em virem a usá-los. Encontraram igualmente relações indirectas entre

percepção de susceptibilidade, percepção de benefícios, controlo em relação aos encontros e aceitação da sexualidade, encontrando finalmente uma forte relação entre as intenções face ao uso de preservativos e o seu uso efectivo (2º momento de avaliação, passadas 6 semanas).

Mulheres com elevados valores, quer de aceitação da sua sexualidade quer de controlo sobre o desenrolar do encontro sexual, têm maior probabilidade de ter as competências necessárias em termos de negociação do uso do preservativo (auto-eficácia em relação ao preservativo).

A percepção de susceptibilidade apresenta uma forte correlação com as intenções em usar preservativo, não se passando o mesmo em relação ao seu uso efectivo, sendo mais difícil, nesta altura, ter em conta os factores cognitivos.

A auto-eficácia em relação ao preservativo é um preditor das intenções de uso.

Trata-se de mais um modelo explicativo dos comportamentos sexuais de risco, que integra várias variáveis pertencentes aos modelos descritos anteriormente. Este modelo tem a particularidade de se aplicar exclusivamente às mulheres.

3.2 – ASPECTOS PRÁTICOS

Ao chegar a esta fase do trabalho deparamo-nos com a grande complexidade envolvida num comportamento aparentemente simples – uso do preservativo –, que não requerendo à partida competências com um carácter complexo no que respeita à sua utilização correcta, não é um comportamento tão frequente como seria de desejar, tal como indicam os dados relativos ao número de pessoas anualmente infectadas pelo VIH, que não deixam esquecer este problema, o que não aconteceria caso se estivesse perante uma questão simples.

Sabendo-se que um "sem número" de variáveis estão envolvidas nos comportamentos protectores face à SIDA, abordaram-se alguns dos modelos teóricos que tentaram explicar os factores envolvidos no acto de usar um preservativo, mas tal como já se referiu e se volta a fazê-lo, se por um lado eles ajudam na sistematização dum comportamento complexo, por outro, cada um deles sem excepção apresenta limitações que estão inerentes à simplificação e reducionismo da realidade.

Em nosso entender, para que as campanhas de prevenção tenham eficácia, devem ser precedidas de estudos que possibilitem simultaneamente caracterizar a população a quem eles se destinam e algumas das variáveis que possam estar envolvidas no uso do preservativo, porque tal como se pode observar existem especificidade inerentes ao género sexual, ao ciclo de vida, à cultura e aos factores socio-económicos, que não podem deixar de ser tomadas em conta. Com tudo isto, importa realçar que, por exemplo, uma acção de prevenção para os adolescentes da comunidade Cabo-Verdiana a viver em Portugal, não pode ser a mesma do que para os adolescentes Portugueses, pois que se outras razões não houver para esta diferença de actuação, que os há, existe pelo menos uma, por vezes esquecida, e que é a língua e a forma de comunicar.

Como anteriormente se referiu, os adolescentes Cabo-Verdianos utilizando o crioulo para comunicarem entre si, o que lhes dá uma identidade própria, fazem-no como meio preferencial de passagem de informação oral, já que se trata de uma população com um baixo nível de habilitações literárias. Provavelmente, uma campanha cuja informação seja veiculada através de panfletos e cuja língua seja o português, não será concerteza alvo de grande atenção, por parte daqueles a quem se dirige. Pode-se pensar que se está a referir aquilo de que todos já têm conhecimento, mas vale a pena perguntar porque razão as entidades responsáveis continuam a cometer este mesmo tipo de erros. Damos aqui o exemplo do nosso país, em que o Ministério da Saúde – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, apesar do

grande número de Africanos a viverem em Portugal, não tem um projecto específico com dimensão adequada a esta comunidade, passando-se o mesmo no caso da especificidade do género. Pelo contrário, as organizações não governamentais têm-se dedicado a estas questões e cabe-nos a nós citá-las aqui com grande apreço, já que apesar dos poucos recursos disponíveis não têm esquecido estas questões.

Ao chegarmos aqui deparamo-nos com dúvidas de carácter existencial em relação às variáveis escolhidas para esta investigação e questionamo-nos até que ponto seriam estas e não outras a fazer sentido para a população em causa, facto que nos obrigou a uma reflexão de que aqui damos conta, salvaguardando que se trata apenas de considerações teóricas, fruto das leituras feitas para a elaboração deste trabalho, e que não nos deixaram indiferentes.

Assim, escolhemos as crenças face ao preservativo, variável presente em vários modelos teóricos que se ocupam desta questão, nomeadamente:

- O Modelo de Crenças de Saúde sob a forma de crenças em relação aos benefícios e/ou custos e barreiras à utilização de preservativos;
 - O Modelo da Acção Racional/Comportamento Planeado, ao referirem-se especificamente às crenças relativas às consequências do comportamento;
 - A Teoria do Género e Poder, na medida em que referiu que as normas sociais definem o comportamento sexual, sendo estas normas influenciadas por crenças face aos preservativos;
 - Modelo Integrado de Bryan, Aiken e West sob a forma de atitude em relação ao preservativo, sendo as crenças um dos elementos que delas fazem parte,
- o que vem demonstrar a importância que esta variável adquire quando pensamos em comportamentos seguros face à SIDA.

No caso deste estudo pareceu importante incluir esta variável, talvez pelo facto das nossas próprias crenças, como anteriormente tivemos oportunidade de referir, estarem

relacionadas com o facto das crenças face ao preservativo poderem adquirir um papel fundamental no grupo dos adolescentes, sendo um dos factores intervenientes ao nível dos comportamentos sexuais protectores e pela especificidade inerente à comunidade Cabo-Verdiana, em que é privilegiada a comunicação através da oralidade, geralmente por parte dos mais-velhos para os mais-novos, funcionando estes últimos como receptores das tradições culturais e experiências vividas pelos elementos do grupo que funcionam como referência, constituindo um terreno fértil para o enraizamento de crenças desadequadas que posteriormente irão influenciar o comportamento.

Relativamente à outra variável escolhida, a auto-eficácia face ao preservativo, também foi possível observar que ela está incluída em vários dos modelos que tratam esta questão, nomeadamente:

- Teoria da Auto-eficácia, em que como seria de esperar ela adquire um papel central, tendo sido alvo de inúmeros estudos;
- Modelo de Crenças de Saúde, quando adicionalmente foi introduzida a noção de que a percepção de eficácia em relação aos comportamentos sexuais seguros está relacionada com a percepção de barreiras para a acção;
- Teoria da Acção Racional com a noção de percepção de controlo comportamental, relacionada com a facilidade ou dificuldade de vir a utilizar o preservativo;
- Modelo Integrado de Bryan, Aiken e West em que uma das variáveis consideradas é a auto-eficácia face ao preservativo.

Neste caso, pareceu-nos que esta seria uma variável com grande importância, especificamente no caso das mulheres jovens, tendo em conta a cultura Cabo-Verdiana no que respeita aos papéis tradicionalmente atribuídos a cada género, em que a mulher muitas vezes tem um papel passivo perante a sexualidade, assumindo por vezes a satisfação das

necessidades e desejos masculinos, sendo nestes casos muito importante que ela acredite que é capaz de vir a convencer o parceiro a usar preservativo ou recusar-se a ter sexo caso a resposta seja negativa, adquirindo para tal as necessárias competências, nomeadamente ao nível da resistência do parceiro, comunicação e controlo dos impulsos.

Pensamos que poderá não ser vantajoso pensar estas variáveis de forma isolada pois:

- Se uma mulher tiver crenças pouco adequadas em relação ao preservativo, esse facto por si só poderá vir a intervir negativamente no comportamento de convencer o parceiro a utilizar o preservativo ou recusar-se a ter sexo caso ele rejeite a utilização, por isso, neste caso, a auto-eficácia aparece como secundária às crenças, sendo influenciada por estas;
- Se uma mulher tiver crenças adequadas face ao preservativo, este facto poderá eventualmente não ser um factor suficiente para que tenha comportamentos sexuais seguros porque ela pode não acreditar nas suas capacidades individuais para convencer o parceiro a utilizar preservativos ou recusar-se a ter sexo caso ele se negue a tal, neste caso uma baixa auto-eficácia.

Estas são questões que se põem neste momento e que esperamos poder ver respondidas com este trabalho.

Para além de ser necessário dotar as mulheres de competências neste campo, é necessário intervir ao nível de toda uma comunidade na mudança de crenças face ao preservativo, e este não deve ser um trabalho feito unicamente com as mulheres, porque quando pensamos em relacionamento sexual pensamos pelo menos em duas pessoas, sendo desta forma fundamental envolver o género masculino.

Concluindo esta primeira parte, esperamos ter sistematizado os conhecimentos existentes nesta área de investigação, de modo a possibilitar e a facilitar a resposta à nossa questão inicial.

III – METODOLOGIA

Chegando a esta fase será importante relembrar os pressupostos iniciais que nos têm conduzido ao longo deste trabalho, nomeadamente a falta de dados empíricos no que respeita as variáveis associadas aos comportamentos de risco para o VIH, especificamente no caso da realidade Portuguesa e das minorias emigrantes que habitam no país, que claramente vivem em “situação de risco”, tal como já tivemos oportunidade de explicitar mas que não podemos deixar de voltar a mencionar já que este foi um dos alertas que deu origem a esta investigação.

1 – OBJECTIVO

Assim, o objectivo principal deste trabalho foi investigar as relações existentes entre a auto-eficácia face ao preservativo, as crenças em relação ao preservativo e os comportamentos sexuais de risco – uso do preservativo, em jovens mulheres de origem cabo-verdiana a viverem em Portugal, quando comparadas com portuguesas.

Desta forma, as principais questões de investigação foram:

- Distribuição da variável auto-eficácia face ao preservativo, em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana, a viverem em Portugal
- Distribuição da variável auto-eficácia face ao preservativo, em jovens mulheres Portuguesas

- Distribuição da variável crenças em relação ao preservativo, em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana, a viverem em Portugal
- Distribuição da variável crenças em relação ao preservativo, em jovens mulheres Portuguesas
- Distribuição da variável comportamentos sexuais de risco, em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana a viverem em Portugal
- Distribuição da variável comportamentos sexuais em jovens mulheres Portuguesas
- Saber se em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana, a viverem em Portugal, a auto-eficácia está relacionada com as crenças em relação ao preservativo
- Saber se em jovens mulheres Portuguesas, a auto-eficácia está relacionada com as crenças em relação ao preservativo
- Saber se em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana, a viverem em Portugal, a auto-eficácia está relacionada com os comportamentos sexuais de risco
- Saber se em jovens mulheres Portuguesas, a auto-eficácia está relacionada com os comportamentos sexuais de risco

- Saber se em jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana, a viverem em Portugal, as crenças face ao preservativo estão relacionadas com os comportamentos sexuais de risco
- Saber se em jovens mulheres Portuguesas, as crenças face ao preservativo estão relacionadas com os comportamentos sexuais de risco
- Saber quais as diferenças existentes entre as jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana e as Portuguesas quanto à distribuição da variável auto-eficácia face ao preservativo
- Saber quais as diferenças existentes entre as jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana e as Portuguesas, em relação à distribuição da variável crenças face ao preservativo.
- Saber quais as diferenças existentes entre as jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana e as Portuguesas, em relação à distribuição da variável comportamentos sexuais de risco.

2 – PLANIFICAÇÃO

O desenho do estudo foi descritivo, de comparação entre 2 grupos e o método foi o de sondagem.

Para efeitos deste trabalho admitiu-se entender por:

- *Auto-eficácia*, o grau de certeza, crenças e expectativas que o sujeito tem quanto à sua capacidade de vir a usar preservativo durante a relação sexual.
- *Crenças em relação ao preservativo*, as informações, factuais ou não, que o sujeito tem acerca do preservativo.
- *Comportamentos sexuais de risco*, as relações sexuais com penetração (quer sejam vaginais, orais ou anais) em que não é utilizado o preservativo.

Assim, neste estudo consideram-se as seguintes variáveis:

- VARIÁVEIS PRINCIPAIS

Variável 1 - Auto - eficácia em relação ao preservativo

Variável 2 - Crenças face ao preservativo

Variável 3 – Comportamentos sexuais de risco

VARIÁVEIS DE CONTROLO

Variável 1 - Sexo

Variável 2 - Idade

Variável 3 – Origem: Cabo-Verdiana ou Portuguesa

Variável 4- Ter iniciado a vida sexual

Foi ainda tida em conta a distribuição das seguintes variáveis: idade, escolaridade, profissão, rendimento mensal, agregado familiar, residência, nº assoalhadas, primeiro relacionamento sexual, companheiro, tempo de relação, estado civil, nº de parceiros nos últimos 6 meses, idade do parceiro, métodos contraceptivos utilizados, nº filhos, teste de VIH, no sentido de caracterizar os participantes neste estudo e, perceber qual a sua relação com as principais variáveis em estudo.

3 – MATERIAL

De maneira a tornar possível a resposta às questões de investigação colocadas foi utilizado o seguinte material

- *Questionário – Dados pessoais (Anexo 1)*

Este questionário teve como objectivo a caracterização da amostra em relação às seguintes variáveis:

- Idade
- Escolaridade
- Profissão
- Rendimento Mensal
- Agregado Familiar
- Origem
- Tipo de habitação

- Relacionamento sexual – Idade de início
- Relações ocasionais/ regulares
- Estado civil
- Nº de parceiros nos últimos 6 meses
- Idade dos parceiros
- Métodos Contraceptivos
- Nº de filhos
- Teste VIH

Ao questionar a amostra, sobre a sua profissão (Questão 3), rendimento mensal (Questão 4) e sobre o seu agregado familiar (Questão 5), pretendeu-se aferir sobre o nível socio-económico, já que alguns estudos apontam para uma maior incidência de comportamentos de risco em populações mais carenciadas, existindo nestes casos maior vulnerabilidade em relação ao VIH, sendo disso também exemplo, a idade dos parceiros sexuais escolhidos (Questão 10), uma vez que a situação de desigualdade existente, entre o homem e a mulher, pode levá-las a escolherem parceiros mais velhos, com uma situação económica mais estável, mas também com maior história de risco.

Nos E.U.A. existem mais jovens mulheres infectadas do que jovens homens, o que pode ser explicado pelo facto das mulheres mais novas tenderem a ter sexo com homens mais velhos (Morokoff, Harlow e Quina, 1995; Teixeira, 1996 e Vandale, sem data). O desemprego e os baixos salários perpetuam a subordinação económica da mulher em relação ao homem.

Outro estudo importante, e que de certa forma justifica as questões colocadas, foi elaborado por St Lawrence e colaboradores (1998), tendo concluído que as mulheres em risco de virem a ser infectadas pelo VIH, são as que têm as condições de vida menos estáveis, com

menos educação (Questão 2), com um maior número de relacionamentos sexuais de carácter instável e temporário (Questão 9), com um maior número de mudanças de parceiro sexual (Questão 9), desempregadas ou empregadas em *part-time* (Questão 3 e 4) e com filhos a cargo (Questão 12).

Igualmente, o estudo Wingood e DiClemente, efectuado em 1992, refere que o nível educacional pode ser uma variável importante em termos de comportamentos de risco, tendo sido possível concluir que as jovens com um baixo nível educacional, a viverem em áreas urbanas, estão em risco de serem vítimas de violência doméstica e, conseqüentemente, em risco de serem infectadas pelo VIH (cit Kalichman et al, 1998).

A idade de início da vida sexual (Questão 7) também pareceu ser uma variável a considerar, tendo em conta que os dados fornecidos pelo *Center of Disease and Control* referem que os adolescentes que iniciam a sua vida sexual mais cedo, têm maiores probabilidades de virem a ter um maior número de parceiros sexuais e, conseqüentemente, correrem mais riscos em relação à infecção pelo VIH.

É importante conhecer os métodos contraceptivos usados pelas jovens (Questão 11) uma vez que alguns estudos apontam para o facto da opção recair normalmente sobre os contraceptivos orais, principalmente no caso das relações com um carácter estável, não tendo este método um carácter preventivo em relação ao VIH e não sendo comum a utilização simultânea da pilula e preservativo (Gómez e Marín, 1996). Tal como refere Vandale (sem data), determinadas mulheres são consideradas de alto-risco de virem a contrair o vírus, precisamente por manterem relacionamentos estáveis com companheiros que por sua vez têm outras parceiras, não utilizando o preservativo em qualquer dos casos.

Por fim, a questão relativa ao teste VIH/SIDA (Questão 13), pretendeu ter um carácter informativo podendo de alguma forma ser indicadora da preocupação que algumas jovens têm com a questão do VIH. Apesar de termos presente que muitas jovens podem ter feito o teste

quando das análises de rotina efectuadas no periodo de gravidez, só o facto de terem consciência que o efectuaram, pode ser um indicador positivo.

- *Escala de Crenças face ao Preservativo (Anexo 2)*

Dada a inexistência de instrumentos que se adequassem aos objectivos deste estudo, neste caso específicos das crenças face ao preservativo, vimo-nos confrontados com a construção duma escala, tendo presente as implicações que daí advém.

Tal como é referido por Pais Ribeiro (1999), o ponto de partida foi a definição da variável crenças face ao preservativo, que se entende por um determinado conjunto de informações, factuais ou não, que o sujeito tem acerca do preservativo, de maneira a possibilitar a sua operacionalização.

Em seguida, e tal como é recomendado pelo referido autor, procedeu-se a revisão da literatura existente nesta área, com vista à tomada de conhecimento dos aspectos, dimensões e características que habitualmente são utilizados quando se pretende medir as crenças face ao preservativo e, inclusive, conhecer alguns dos instrumentos utilizados noutros estudos, de modo a ter alguma orientação na elaboração da escala.

Simultaneamente, conversou-se com algumas jovens, quer Portuguesas quer Cabo-Verdianas tendo sido pedido que indicassem algumas das crenças que elas pensavam existir relativamente ao preservativo.

Assim, os itens foram construídos tendo por base itens existentes noutras escalas, os resultados dos trabalhos de investigação nesta área, a consulta feita às jovens e a opinião dos especialistas relativamente ao caso particular deste estudo.

Uma das áreas que pareceu importante ser abordada nesta escala foi a **Percepção de Benefícios/Custos** relativamente ao uso do preservativo, incluindo-se itens relacionados com:

- Prazer

Tendo em conta a redução do prazer sexual que pode estar associado ao uso do preservativo, se tomado num sentido lato, incluíram-se os itens 5, 8, 11, 43 e 44, criados com base no trabalho de Chapman e colaboradores (1990), que numa investigação cujo objectivo consistia em conhecer o comportamento sexual dos jovens heterossexuais, a sua preocupação acerca das DST e as suas atitudes em relação ao preservativo, no instrumento para avaliar estas questões figuravam itens que relacionavam o preservativo à redução do prazer e, a UCLA – *Multidimensional Condom Attitudes Scale* (Helweg-Larsen e Collings, 1994), da qual fazem parte questões que apelam ao desconforto/diminuição de prazer inerente ao uso do preservativo.

Num sentido mais estrito incluíram-se itens que apelaram para a redução de prazer, no caso específico das mulheres (nº 9, 20 e 45) e no caso específico dos homens (nº 4 e 14) tal como ilustraram algumas das questões que fazem parte do CABI - *Condom Attitude and Belief Instrument*, instrumento de avaliação desenvolvido por Stander, Beaman e McSweeney (1992).

- Confiança e Eficácia dos Preservativos

Esta é outra das dimensões focadas por alguns dos trabalhos de investigação e que se pensou ser importante incluir na escala. Verificou-se que quer na UCLA quer no CABI estão integradas questões relacionadas com o facto dos preservativos serem uma boa forma de contracepção (no nosso estudo itens 7 e 32), e, igualmente no CABI ou no trabalho de Chapman e colaboradores encontrarem-se itens que associam os preservativos à protecção relativamente à SIDA/DST (itens 13, 18, 22, 28, 33, 34 e 40, no nosso instrumento).

Alguns dos trabalhos de investigação realizados nesta área integram a questão dos **factores negativos** que normalmente estão associados ao preservativo. Na UCLA são postas questões nas quais são focadas situações como, o preservativo estar associado a situações desagradáveis (que nesta escala correspondem aos itens nº24 e 39), ou que as mulheres pensam mal daqueles que usam preservativo (nesta escala itens nº 21, 31, 41), achando que no caso deste trabalho também seria importante incluir as mesmas questões para o sexo masculino (itens 7, 29, 46), itens relacionados com a infidelidade conjugal (item12), parceiros ocasionais/ de longa duração (nº 16, 23, 36, 38, 42, 48), poder relacional (nº 26) e problemas para a saúde daqueles que os utilizam (nº 3).

Foram colocadas questões relacionadas com a **correcta utilização do preservativo** (itens 6 e 10), com a **facilidade de aquisição** dos mesmos (itens 1 e 2), visto terem sido áreas que se salientaram nas entrevistas feitas às jovens .

Muitas vezes, as crenças face ao preservativo estão associadas aos chamados **grupos de risco**, facto que é referido no estudo de Rosenthal e Shepherd (1993), e que pareceu ser de grande importância, já que se uma pessoa tiver essa crença e não se incluir num desses grupos – homossexuais, prostitutas e toxicodependentes – terá seguramente menos probabilidades de vir a usar o preservativo. No caso particular da escala construída tratam-se dos itens 25, 27, 37 e 47.

Foram incluídos 7 itens relacionados com o **grupo de pares** (nº 35, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55) visto os estudos, em especial, o efectuado pela Universidade da Califórnia (1998) – *Preventing HIV/STD among adolescents*, o de Planes (1994), Lear (1995), Wulfert e Wan (1993) e DiClemente (1991 cit Planes, 1994), terem concluído que aqueles que se comparam favoravelmente com os seus pares, que acreditam que os seus amigos utilizam preservativo, têm maiores probabilidades de virem a usá-lo do que aqueles que não o fazem.

Ficaram por incluir itens relacionados com a percepção de benefícios relativamente ao uso de preservativos, como por exemplo o facto do preservativo possibilitar uma relação sexual mais prolongada ou uma erecção mais prolongada, entre outras, o que advém de nas entrevistas realizadas não terem sido mencionados esses aspectos.

Os itens escolhidos foram submetidos a uma avaliação de especialistas, no sentido de assegurar que eles têm a capacidade de avaliar o construto em causa.

Na construção da escala houve o cuidado de criar frases simples e curtas, facilmente perceptíveis pelos sujeitos da amostra, tendo a preocupação de que a sua apresentação gráfica fosse o mais atractiva possível.

Inicialmente, e antes da escala ser aplicada como parte integrada no conjunto dos outros instrumentos que fazem parte deste estudo, foi feito o denominado “estudo piloto” (Pais Ribeiro, 1999), isto é, pediu-se a algumas jovens em idade de integrarem a amostra, para preencherem a escala tendo-as posteriormente inquirido, para conhecer todas e quaisquer dúvidas que a escala pudesse ter levantado.

Nas entrevistas feitas não foram levantadas dúvidas de maior, tendo as inquiridas referido que compreenderam os itens apesar de por vezes terem tido dificuldade em se posicionar perante algumas das afirmações, o que pode estar relacionado com a especificidade do tema abordado; que alguns itens se repetem ao longo da escala, o que é uma realidade que se justifica pelo facto de termos as mesmas afirmações para o caso específico das mulheres e dos homens e de termos tentado controlar a desejabilidade social; o facto da escala ser demasiado longa, o que subscrevemos, mas que foi necessário tendo em conta que teriam de ser seleccionados os itens, com propriedades psicométricas adequadas.

Da escala fizeram parte 55 itens de escolha múltipla, podendo os sujeitos optar entre:

- Discordo Totalmente

- Discordo
- Não concordo Nem Discordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

Formularam-se alguns itens na negativa e outros na positiva precisamente para tentar que não existisse um estilo de resposta. Desta forma, a escala foi cotada atribuindo 1 ponto quando o sujeito optou por **Discordo Totalmente**, 2 por **Concordo**, 3 por **Não Concordo Nem Discordo**, 4 por **Concordo** e 5 por **Concordo Totalmete** aos itens 1, 10, 12, 16, 19, 22, 28, 34, 35, 36 e 38, considerados como crenças facilitadoras ou promotoras do uso do preservativo e, 5 pontos por **Discordo Totalmente**, 4 por **Discordo**, 3 por **Não Concordo Nem Discordo**, 2 por **Concordo** e 1 por **Concordo Totalmente** aos restantes itens (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14,15, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55), considerados como crenças não facilitadoras ou não promotoras do uso do preservativo, podendo os sujeitos obter pontuações que variam entre os 55 pontos e os 275.

Na aplicação final da escala não existiu uma instrução específica para esta escala, uma vez que foi apresentada aos sujeitos da amostra, integrada no conjunto de instrumentos utilizados nesta investigação.

Após a aplicação da escala, com vista à determinação dos factores subjacentes foi feita uma análise factorial. A matriz foi submetida a uma análise dos componentes principais com rotação varimax, tendo sido extraídos 4 factores responsáveis por 47.07% da variância total. O factor 1 foi responsável por 28.76% da variância, o Factor 2 por 8.62%, o Factor 3 por 5.37% e o Factor 4 por 4.32%.

Foram seleccionados todos os itens com saturações factoriais iguais ou superiores a 0.40 em módulo e que não se saturassem em acima deste valor absoluto em mais do que um factor.

Quadro 5.1.1 – Análise Factorial com Rotação Varimax

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 3	0,55	0,00	0,07	0,12
Item 4	0,78	0,09	0,01	0,02
Item 5	0,63	0,22	0,01	0,23
Item 6	0,43	0,24	-0,05	0,12
Item 7	0,72	0,23	0,14	0,23
Item 11	0,60	0,23	0,01	0,20
Item 13	0,74	0,01	-0,12	0,36
Item 15	0,59	0,29	0,21	0,21
Item 20	0,46	0,38	-0,01	0,11
Item 25	0,56	-0,16	0,13	0,29
Item 26	0,47	0,21	0,12	0,31
Item 32	0,55	-0,10	0,39	0,01
Item 37	0,71	-0,15	0,14	0,26
Item 40	0,65	0,05	-0,68	0,32
Item 9	0,35	0,44	-0,24	0,08
Item 24	-0,07	0,57	-0,26	0,13
Item 30	-0,18	0,58	0,62	-0,14
Item 39	0,09	0,42	-0,32	-0,08
Item 44	0,28	0,68	-0,03	0,07
Item 48	0,33	0,41	0,13	0,37
Item 50	-0,02	0,59	-0,06	0,37
Item 12	-0,14	-0,02	0,53	-0,15
Item 16	0,03	-0,07	0,50	0,03
Item 22	0,24	0,19	0,71	0,06
Item 28	-0,01	-0,18	0,70	0,07
Item 34	0,09	-0,19	0,62	0,11
Item 41	0,35	0,26	0,07	0,65
Item 52	0,25	0,10	0,12	0,74

Item 53	0,16	0,13	0,02	0,77
Item 54	0,29	0,16	0,19	0,52
Item 55	0,25	0,03	0,01	0,79

O **Factor 1 - Crenças Desadequadas** - é composto por 14 itens: 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 15, 20, 25, 26, 32, 37, 40.

O **Factor 2 - Percepção de Custos** - é composto por 7 itens: 9, 24, 30, 39, 44, 48, 50.

O **Factor 3 - Crenças Adequadas** - é composto por 5 itens: 12, 16, 22, 28, 34.

O **Factor 4 - Grupo de Pares** - é composto por 5 itens: 41, 52, 53, 54, 55.

Foram **eliminados** 24 itens, por não apresentarem em nenhum factor, um coeficiente de saturação igual ou superior a 0.40.

No sentido de avaliar a consistência interna da escala e dos 4 factores encontrados, recorreu-se ao coeficiente Alpha de Cronbach.

Quadro 5.1.2 – Coeficiente de correlação Alpha de Cronbach para Escala de Crenças face ao preservativo

	Alpha de Cronbach (α)
Factor 1	0,90
Factor 2	0,72
Factor 3	0,68
Factor 4	0,87
Total da Escala	0,88

Na globalidade, a escala mostrou uma elevada consistência interna (0,88), apresentando os Factores 2 e 3, uma consistência interna relativamente baixa, o que pode ser justificável pelo reduzido número de itens que eles incluem.

- *Escala de auto-eficácia face ao preservativo de Barbara Marín e colegas*

(Anexo 3)

Antes de fazer referência à escala adaptada para efeitos deste trabalho parece importante referir que para medir, em diferentes populações, a auto-eficácia em relação ao uso do preservativo, muito embora a maioria dos trabalhos tenham sido realizados com estudantes, ao longo dos anos tem-se vindo a usar um diferente conjunto de medidas, nomeadamente:

- Escala de Auto-eficácia face ao Preservativo para Estudantes – Brafford & Beck,

1991

Avalia a eficácia quanto ao uso efectivo do preservativo, tanto ao nível da sua aplicação, como remoção e a sua negociação com o parceiro. Escala de 5 pontos com 28 itens, correspondendo ao 0, Discordo Totalmente e ao 4, Concordo Totalmente. Da análise factorial sobressaem 4 factores:

- (1) Mecanismos para usar preservativos;
- (2) Desaprovação do parceiro em relação ao uso do preservativo;
- (3) Assertividade em relação ao uso do preservativo;
- (4) Uso do preservativo sob o efeito de drogas/álcool.

- Escala de Auto-eficácia face ao Preservativo de Wulferet e Wan (1993)

Faz parte de um conjunto de instrumentos utilizados para testar o Modelo da Auto-eficácia face ao preservativo em estudantes. O construto foi medido através de uma única pergunta: “Que confiança tem na sua capacidade de vir a usar preservativo durante o sexo vaginal, nos próximos 6 meses?”. Os sujeitos podiam optar, numa escala de 7 pontos, entre 1 – Sem nenhuma confiança, até 7 – Extremamente confiante.

O facto de existir apenas 1 único item, trás algumas limitações, uma vez que não permite a compreensão de quais os aspectos que estão na base do uso do preservativo, por exemplo, se se trata de resistência do parceiro ou dos mecanismos inerentes ao próprio uso do preservativo.

- Escala de Auto-eficácia face ao Preservativo de Richard e Pligt (1991)

Respeitante a um estudo feito com adolescentes, sendo-lhes pedido, no caso desta escala, que indicassem para 6 situações, se mantinham relações sexuais e se usavam o preservativo, por exemplo: “Você diz que quer usar preservativo e a outra pessoa zanga-se” ou “Você não tem um preservativo consigo e terá de ir comprá-lo”, podendo os sujeitos optar por uma escala de 1 (Nada provável), a 7 (Muito provável).

- Escala de Auto-Eficácia face ao Preservativo de Barbara Marín e Colegas

Utilizada neste trabalho, tendo sido desenvolvida nos Estado Unidos (1998), especificamente para um estudo feito com uma população minoritária de latinos, heterossexuais e solteiros, afectados em grande número pela SIDA. Uma das maneiras de controlar esta epidemia é através do uso do preservativo, o que só por si justifica a investigação realizada.

Não sendo perfeitamente claro quais as barreiras existentes em relação ao uso do preservativo, no caso da população latina, e porque só através dessa compreensão é que se podem vir a ter intervenções específicas, com um maior grau de eficácia nesta população, Bárbara Marín e colaboradoras, desenvolveram esta escala de auto-eficácia em relação ao preservativo para heterossexuais solteiros e latinos.

Na elaboração deste instrumento foram feitas entrevistas a homens e mulheres Latinas, sexualmente activas. Aos sujeitos era pedido que descrevessem como é que tinham ocorrido os seus encontros sexuais recentes, nomeadamente, onde tinham acontecido, que tipo de relação tinham com o parceiro, se usaram preservativo, e, quais as condições envolventes consoante o ter sido para elas difícil ou fácil usarem o preservativo.

A partir destas entrevistas foi construída uma escala de 49 itens, que ficaram reduzidos a 25 após um pré-teste inicial os quais, ficaram por sua vez reduzidos a 20 após terem sido submetidos a um segundo pré-teste e que acabaram por constituir a actual escala.

Na sua versão final, a escala foi aplicada a 1600 (594 homens e 593 mulheres) latinos não casados, juntamente com um questionário para recolha de dados demográficos (género, idade, origem étnica, Escala de Aculturação de Marín e um questionário com o objectivo de averiguar o uso do preservativo nos últimos 6 meses.

Trata-se de uma escala de 5 pontos (1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo, 3 – Nem Discordo Nem Concordo, 4 – Concordo, 5 – Concordo Totalmente) com 20 itens, podendo cada sujeito obter o mínimo de 20 pontos e o máximo de 100 pontos. A escala tem duas versões consoante o género sexual.

Na análise factorial verificou-se a existência de 5 factores:

Factor 1 – Parceiro Regular, 5 itens relacionados com a capacidade de usar preservativo com um parceiro regular (itens 1, 2, 3, 9 e 16 na escala adaptada);

Factor 2 – Controlo dos Impulsos, 5 itens relacionados com o uso do preservativo quando a “força dos impulsos é elevada (itens 4, 6, 7, 8 e 10 na escala adaptada);

Factor 3 – Resistência do Parceiro, 3 itens que sugerem que a auto-eficácia face ao preservativo enfrenta uma forte resistência do parceiro (itens 12, 15 e 19 na escala adaptada);

Factor 4 – Pensamentos em DST, 3 itens relacionados com a capacidade de usar preservativo quando indiferente em relação à ausência ou impelido para a presença de DST no parceiro (itens 5, 11 e 14 na escala adaptada);

Factor 5 – Discussão do Preservativo, 2 itens relacionados com a capacidade de discutir o uso do preservativo com o parceiro (itens 17 e 18 na escala adaptada) e,

2 itens que não estão relacionados com quaisquer dos 5 factores anteriores (itens 13 e 20 na escala adaptada).

Para averiguar a validade concorrente da escala, foi verificada a associação entre os 5 factores da escala e o uso do preservativo (12 meses), tendo os resultados demonstrado que tanto para os homens como para as mulheres, elevados níveis de auto-eficácia equivalem a uma maior frequência no que se refere ao seu uso.

A análise da escala foi conduzida de maneira a identificar os grupos demográficos que apresentavam níveis mais baixos de auto-eficácia, chegando-se à conclusão que quanto maior o nível de ensino maior o nível de auto-eficácia face aos preservativos. As mulheres revelaram níveis mais elevados que os homens, no que respeita ao uso do preservativo com um parceiro que ofereça resistência ou com o parceiro regular.

Adaptação da Escala

Optou-se por adaptar unicamente a versão feminina, uma vez que esta escala se destina a fazer parte dum estudo, cuja amostra será unicamente constituída por mulheres.

A partir da escala original (Anexo 5), obtida autorização da autora (Anexo 8), procedeu-se à sua tradução. Foi pedido a um tradutor devidamente credenciado que a traduzisse para a língua portuguesa (Anexo 6) e a outro que a retrovertesse para a língua original, o inglês, tendo tido o cuidado que este último não tomasse contacto com a versão original (Anexo 7).

Tal como é sugerido por Pais Ribeiro (1999), a adaptação da escala (Anexo 3) foi o resultado combinado da sua tradução, retroversão e discussão com os especialistas, no sentido de tentar que cada item meça aquilo que se propõe medir na versão original, que exista uma equivalência entre os conceitos e que a linguagem seja acessível ao tipo de população a que se destina, isto é, aos jovens, neles se incluindo as Cabo-Verdianas, que precisamente por terem uma baixa escolaridade é importante que a escala seja perceptível.

Estabeleceu-se prioritariamente que as questões fossem postas na 1ª pessoa do singular, em vez de o serem na 2ª pessoa do singular, como no original, uma vez que, tendo em conta o próprio construto de auto-eficácia, ele apela para a possibilidade das capacidades individuais virem a desempenhar determinado comportamento, o que é reforçado precisamente pelo tempo verbal.

Tanto aos tradutores como aos especialistas, o item 16 suscitou algumas dúvidas em termos de adaptação, uma vez que a expressão “fast” deu azo a inúmeras interpretações. Perante a situação de dúvida e indefinição, optou-se por entrar em contacto com a autora, solicitando a clarificação das dúvidas existentes. Assim, e segundo Barbara Marín, uma pessoa “rápida” é alguém que age depressa, em termos de intimidade, alguém que não pode esperar que a relação evolua naturalmente.

Posteriormente, procedeu-se à aplicação da escala a 6 sujeitos, seguindo-se entrevistas individuais com o objectivo de averiguar a compreensão dos itens. Em geral, os sujeitos a quem foi passada a escala, demoraram cerca de 5 minutos a responder às perguntas, dizendo terem compreendido os itens e terem achado o português acessível. Em termos críticos, alguns sujeitos disseram que as perguntas eram parecidas entre si, e, sentiram dúvidas em relação ao seu modo de agir perante determinadas situações, por se tratarem de situações extremas.

Foi detectada uma gralha – item 15 – “Sou capaz de insistir no uso do preservativo, mesmo que a pessoa me diga que tem nenhuma doença infecciosa?”, o que, tendo em conta o

original, foi substituído por “Sou capaz de insistir no uso do preservativo, mesmo que uma pessoa me diga que não tem nenhuma doença infecciosa?”

Em termos de apresentação da escala, a autora não referiu qualquer especificidade, apenas aconselhando a baralhar os itens, antes de serem aplicados, uma vez que na versão original estão dispostos de acordo com os 5 factores. Neste aspecto, tentou-se que a apresentação da escala fosse feita de maneira a facilitar a sua leitura e consequente resposta.

A escala foi aplicada incluída no conjunto de questionários que solicitámos aos sujeitos que respondessem.

Após a aplicação e com vista à determinação dos factores subjacentes foi feita uma análise factorial, tendo-se escolhido não a tomar em consideração, uma vez que eliminava vários itens e, os próprios factores resultantes, não estavam em consonância com a teoria, mais especificamente com aquilo que a escala original media. Optou-se por analisar a consistência interna da escala e de cada um dos factores definidos por Marín e colaboradoras (1998). Assim, no caso da escala adaptada, recorreu-se ao coeficiente Alpha de Cronbach.

Quadro 5.1.3 – Coeficiente de correlação Alpha de Cronbach para a Escala de Auto-eficácia face ao preservativo

	Alpha de Cronbach (α)
Factor 1	0,81
Factor 2	0,80
Factor 3	0,84
Factor 4	0,73
Factor 5	0,81
Total da Escala	0,93

Tanto os 5 factores, tal como o total da escala, mostram boa consistência interna.

- *Questionário acerca do comportamento sexual nos últimos 6 meses (Anexo 4)*

No momento em que foi feita a revisão da literatura tomou-se conhecimento do trabalho efectuado por Rosenthal e Shepherd (1993) com adolescentes australianos, cujo objectivo se prendia com o conhecimento do seu comportamento sexual, com os seus conhecimentos face à SIDA e com as atitudes em relação aos preservativos, no que respeita a um período de 6 meses.

Tratou-se dum estudo longitudinal, tendo as variáveis em estudo sido avaliadas, em dois momentos distintos, através de escalas que mediam os conhecimentos face à SIDA, as atitudes em relação aos preservativos, as crenças acerca da segurança de determinado comportamento sexual em particular, as intenções em vir a usar um preservativo num próximo encontro e, os comportamentos de risco em relação ao VIH.

É claro que não foram tidos em conta os mesmos pressupostos do estudo a que reporta o questionário adaptado e que aqui se faz referência, mas, em nosso entender, o questionário construído por Rosenthal e Shepherd (1993) adapta-se perfeitamente aos objectivos deste trabalho, tendo sido essa a razão principal que nos fez tomar a decisão de o incluir no grupo dos instrumentos utilizados. Necessitava-se dum instrumento que permitisse caracterizar a amostra em termos de comportamentos sexuais e, mais especificamente, em termos de comportamentos de risco em relação ao VIH, o que vai ao encontro do trabalho das autoras atrás mencionadas.

Em nosso entender, a distinção que é feita em termos de parceiro regular e ocasional é de extrema importância, já que podem existir diferenças no comportamento das jovens no que se refere ao risco a que se expõem consoante os diferentes tipos de parceiros.

Os resultados do estudo de Rosenthal e Shepherd (1993), mostram que os jovens da amostra em geral dizem ter relações de longa-duração, sendo que a incidência de sexo não

protegido com os parceiros regulares mostrou ser elevada, o que pode ser explicado, entre outras razões, pelo facto de aderirem com facilidade a ideais românticos de parceiros de longa-duração ou da monogamia ou, por acreditarem que o evitar parceiros ocasionais é suficiente para os proteger do risco de infecção. No estudo, o uso do preservativo mostrou não estar relacionado com o tipo de parceiro, uma vez que grande parte dos jovens tende a não se proteger.

Igualmente importante o facto do questionário se reportar unicamente a um período de 6 meses, já que os participantes deste estudo seriam jovens e não pareceu adequado e aconselhável considerar um intervalo de tempo mais dilatado.

Considerando que este questionário se adequava às necessidades deste trabalho, contactou-se uma das autoras – Doreen Rosenthal - no sentido dela permitir a sua tradução e a consequente utilização neste estudo (Anexo 8). Tendo tido a sua aprovação, pedimo-lhe que fornecesse as instruções correctas para a sua aplicação e a forma de cotação dos itens, o que foi concedido.

Em termos de adaptação deste questionário pensamos que não se levantaram problemas de maior no que respeita à manutenção do significado das questões na língua portuguesa, já que se trata de situações factuais que em nosso entender não deixam margem para interpretações, quer da nossa parte quer da parte dos especialistas com quem discutimos a adaptação deste instrumento.

O questionário divide-se em três partes :

- Numa primeira parte e tal como o instrumento aplicado por Rosenthal e Shepherd (1993), definiram-se os conceitos presentes nas diferentes questões postas, de maneira a uniformizá-los e tentar minimizar eventuais dúvidas que os sujeitos da amostra pudessem ter, nomeadamente, o conceito de parceiro regular, parceiro ocasional, sexo vaginal, sexo oral, sexo anal e coito interrompido.

- Numa segunda parte foi pedido aos sujeitos que indicassem se já alguma vez praticaram sexo vaginal, anal, oral e/ou coito interrompido, quer com parceiro ocasional quer com parceiro regular. Puderam optar entre *Nunca fiz* sendo atribuída a pontuação **1**, *Fiz uma vez ou raramente* sendo a opção cotada como **2** ou *Fiz muitas vezes* sendo cotada como **3**.

Estes dados serviram para caracterizar a amostra em termos do seu comportamento sexual nos últimos 6 meses.

- Numa terceira parte, e em relação às mesmas questões, deviam referir com que frequência usaram preservativo em cada uma das actividades praticadas. Puderam optar entre: *Usei sempre preservativo*, *Por vezes usei preservativo* e *Nunca Usei preservativo*.

Neste caso estavam-se a avaliar os comportamentos de risco face ao VIH através de duas medidas globais, uma vez que são distinguidos comportamentos de risco com parceiro regular e com parceiro ocasional.

O risco com o parceiro ocasional (Risco ocasional) foi calculado atribuindo a pontuação **1** aos comportamentos considerados de baixo risco, isto é, sexo oral e/ou uso consistente do preservativo, quer para o sexo vaginal como para o sexo anal; a pontuação **2** para os comportamentos que envolvem um risco moderado, como o coito interrompido, o uso de preservativo unicamente algumas vezes no caso do sexo vaginal e anal e a pontuação **3** para comportamentos de elevado risco, como o nunca utilizar o preservativo durante o sexo vaginal ou anal.

Assim, o valor máximo de 9 caracteriza alguém que teve sexo vaginal e anal e nunca usou preservativo, e que teve experiência quer de sexo oral como de coito interrompido.

O risco com o parceiro regular (Risco regular) foi calculado exactamente da mesma maneira.

4- PARTICIPANTES

Tratou-se duma amostra de conveniência, constituída por 104 jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos - grupo etário definido pela Organização Mundial de Saúde como jovens (Pais Ribeiro, 1996).

Grupo A – 52 jovens de nacionalidade Cabo-Verdiana ou Portuguesa, filhas de cabo-verdianos, que tenham tido relações sexuais pelo menos 1 vez.

Grupo B – 52 jovens de nacionalidade Portuguesa filhas de portugueses, que tenham tido relações sexuais pelo menos 1 vez.

Desta forma a amostra pôde ser caracterizada em termos de :

• Nacionalidade

A	F	%
Cabo-Verdiana	37	71.2
Portuguesa	14	26.9
Outra	1	1.9

B	F	%
	0	0
	52	100
	0	0

Respeitando um dos factores de inclusão/exclusão na amostra, todos os participantes do Grupo A têm ascendência Cabo-Verdiana, tendo 71.2% nacionalidade Cabo-Verdiana e 26.9% nacionalidade Portuguesa e, todos os participantes do Grupo B têm ascendência e nacionalidade Portuguesa.

• **Idade**

A	F	%
14 – 16 anos	9	17.3
17 – 19 anos	10	19.2
20 – 22 anos	16	30.8
23 – 25 anos	17	32.7

B	F	%
	0	0
	11	21,1
	17	32.7
	24	46,2

Quer no Grupo A quer no B a maioria dos participantes tem entre 23 e 25 anos (32.7% e 46.2% respectivamente). Existem diferenças entre os dois grupos, especialmente no que respeita ao intervalo 14 – 16 anos, podendo estas estar relacionadas com o facto das jovens de ascendência Cabo-Verdiana iniciarem a vida sexual mais cedo que as Portuguesas.

• **Escolaridade**

A	F	%
1º Ciclo (1º - 4ª Classe)	9	17.3
2º Ciclo (5 ao 6º ano)	13	25.0
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	19	36.5
Secundário (10º ao 12º ano)	9	17.3
Mais 12º ano	2	3.8

B	F	%
	0	0
	0	0
	6	11.5
	16	30.8
	30	57.7

Grande parte das jovens do Grupo A não atingiu a escolaridade mínima (42.3% têm menos do 7º anos de escolaridade), tendo a maioria habilitações compreendidas entre o 7º e o 9º anos de escolaridade (36.5%). Relativamente ao Grupo B, a maioria tem mais do 12º ano (57.7%), sendo de salientar aquelas que têm entre o 10º e o 12º ano (30.8%).

• **Profissão**

A	F	%
Estudante	13	25
Empregada de Limpeza	14	26.9
Empregada da área da Restauração	4	7.7
Técnica Superior	0	0
Outro	9	17.3
Desempregada	12	23.1

B	F	%
	45	86.5
	0	0
	0	0
	3	5.8
	4	7.7
	0	0

Enquanto que a maioria das jovens do Grupo A (75%) já iniciou a sua vida profissional as do Grupo B (86.5%) ainda continuam a estudar. De acordo com as habilitações estão as áreas de empregabilidade dos 2 Grupos, assim as participantes do Grupo A, exceptuando os caso de desemprego (23.1%), dividem-se maioritariamente pelas áreas das limpezas (26.9%) ou restauração (7.7%), enquanto que as do Grupo B exercem preferencialmente funções de técnico superior (5.8%) ou outras(7.7%).

• **Rendimento Mensal**

A	F	%
0 – 60 contos	43	82.7
61 – 120 Contos	9	17.3
Mais 120 Contos	0	0

B	F	%
	34	65.4
	15	28.8
	3	5.8

Maioritariamente para os 2 Grupos, o Rendimento Mensal situa-se entre 0 e os 60 mil escudos (82.7% para o Grupo A e 65.4% para o Grupo B), o que provavelmente pode estar relacionado com os índice salarial das áreas de empregabilidade do Grupo A e com o facto da maioria dos participantes do Grupo B ser estudante.

- **Agregado Familiar**

A	F	%
1 – 4 elementos	25	48.1
4 – 9 elementos	21	40.4
Mais de 10 elementos	6	11.5

B	F	%
	50	96.2
	2	3.8
	0	0

Enquanto a maior parte dos agregados familiares dos participantes pertencentes ao Grupo A tem mais de 4 elementos (51.9%), os do Grupo B têm menos de 4 elementos (96.2%), facto que concerteza está relacionado com as especificidades da cultura Cabo-Verdiana, nomeadamente o conceito de família alargada e a solidariedade existente entre compatriotas.

- **Residência**

A	F	%
Casa própria ou arrendada	27	51.9
Casa de familiares	24	46.2
Outra	1	1.9

B	F	%
	34	65.4
	17	32.7
	1	1.9

A este nível não parece observarem-se diferenças significativas entre os dois grupos.

- **Nº Assoalhadas**

A	F	%
1 – 3 Assoalhadas	22	42.3
4 – 6 Assoalhadas	20	38.5
Mais de 6 Assoalhadas	5	9.6
Não Responde	5	9.6

B	F	%
	11	21.2
	38	73.1
	1	1.9
	2	3.8

Enquanto a maioria dos sujeitos pertencentes ao grupo A vive em casas que têm entre 1 a 3 assoalhadas (42.3%), os do Grupo B habitam em casas que têm entre 4 a 6 assoalhadas

(73.1%), o que de certa forma é “inversamente proporcional” às dimensões do agregado familiar nos dois grupos, e que se traduz numa diferença entre os dois grupos ao nível da qualidade de vida.

• **Primeiro Relacionamento Sexual**

A	F	%
Menos de 15 anos	14	26.9
15 – 20 anos	37	71.2
Mais de 20 anos	1	1.9

B	F	%
	2	3.8
	47	90.4
	3	5.8

Maioritariamente os participantes de ambos os grupos iniciaram a sua vida sexual entre os 15 e os 20 anos (71.2% - Grupo a e 90.4% - Grupo B). É de salientar que um número significativo de jovens com ascendência Cabo-Verdiana teve relações sexuais com menos de 15 anos (26.9%) quando comparadas às jovens Portuguesas (3.8%).

• **Companheiro**

A	F	%
Sim	40	76.9
Não	12	23.1

B	F	%
	36	69.2
	16	30.8

Não parecem existir diferenças significativas entre os dois grupos, sendo que a maioria tem companheiro (76.9% no caso do Grupo A e 69.2% no caso do Grupo B).

- **Tempo de Relação**

A	F	%
Menos de 6 Meses	5	9.6
7 M – 12	9	17.3
13 M – 24M	7	13.5
Mais 24 M	18	34.6
Não Responde	13	25.0

B	F	%
	5	9.6
	6	11.5
	8	15.4
	18	34.6
	15	28.8

Em ambos os grupos não parecem existir diferenças significativas, sendo que a maioria tem relações com um carácter estável, isto é, com mais de 2 anos (34.6% - Grupo A e Grupo B).

- **Estado Civil**

A	F	%
Solteira	41	78.8
Casada/União de facto	11	21.2

B	F	%
	42	80.9
	10	19.2

A maioria dos participantes do grupo A (78.8%) e do Grupo B (80.9%) é solteira.

- **Nº de Parceiros nos Últimos 6 Meses**

A	F	%
Não teve	7	13.5
1 Parceiro	38	73.1
Mais de 1 Parceiro	7	13.5

B	F	%
	8	15.4
	39	75
	5	9.6

Um parceiro sexual nos últimos 6 meses foi aquilo que a maioria dos participantes de ambos os grupos teve (73.1% para o Grupo A e 75% para o Grupo B).

- **Idade do parceiro**

A	F	%
Mais Novo	1	1.9
Mesma Idade	14	26.9
Mais Velho	31	59.6
Não Responde	6	11.5

B	F	%
	5	9.6
	11	21.2
	30	57.7
	6	11.5

Mais uma vez não parecem existir diferenças significativas entre os dois grupo, sendo os parceiros maioritariamente mais velhos (59.6% e 57.7% para o Grupo A e B respectivamente), dados de acordo com a revisão de literatura.

- **Métodos Contraceptivos Utilizados**

A	F	%
Preservativo	3	5.8
Pílula	29	55.8
DIU	4	7.7
Coito interrompido	6	11.5
Nenhum	4	7.7
Outro	1	1.9
Preservativo + Pílula	3	5.8
Preservativo + Coito interrompido	2	3.8

B	F	%
	13	25.0
	20	38.5
	1	1.9
	7	13.5
	0	0
	0	0
	9	17.3
	2	3.8

Tal como seria de esperar, tendo em conta aquilo que apontam os dados de outros estudos anteriormente referidos, a pílula parece ser o método contraceptivo de eleição para ambos os grupos (55.8% para o Grupo a e 38.5% para o Grupo B). Relativamente ao preservativo apenas 5.8% das jovens de ascendência Cabo-Verdiana o usam, enquanto que no caso das Portuguesas a taxa de uso é superior - 25% .

• **Filhos**

A	F	%
Não tem	23	44.2
≤ 2 filhos	23	44.2
≥ 3 Filhos	6	11.6

B	F	%
	46	88.5
	5	9.6
	1	1.9

Das jovens pertencentes ao Grupo A, 55.8% têm filhos enquanto que apenas 11.5% das jovens do Grupo B os têm. Em ambos os casos, maioritariamente as jovens tem entre 1 a 2 filhos (44.2% no caso das jovens de ascendência Cabo-Verdiana e 9.6% das Portuguesas).

• **Teste VIH**

A	F	%
Sim	21	40.4
Não	31	59.6

B	F	%
	12	23.1
	40	76.9

Em qualquer dos casos a maioria diz não ter feito o teste do VIH (59.6% para o Grupo A e 76.9% para o Grupo B). A salientar o facto de cerca de 40.4% das jovens pertencentes ao Grupo A dizerem já ter feito o teste, o que poderá estar relacionado com o facto da maioria ter filhos e deste ser um teste que normalmente faz parte das análises efectuadas aquando da gravidez.

5- PROCEDIMENTO

A amostra foi recolhida entre Maio e Setembro de 1999. Para o Grupo A, os locais de recolha foram os seguintes bairros: 6 de Maio, Fontainhas; Estrela d'África, Cova da Moura e Quinta do Mocho, onde vive uma parte considerável dos emigrantes Cabo-Verdianos, em

condições das habitações precárias (barracas). Tratam-se de zonas segregadas do contexto urbano, com graves problemas de integração.

Neste caso, obteve-se a colaboração dos técnicos que fazem parte dos projectos comunitários a funcionar em alguns dos Bairros, tendo estes sido treinados para o efeito. A todos foram explicados os objectivos do estudo e foram fornecidas as instruções a dar quando da aplicação dos questionários.

Para o Grupo B, a amostra foi recolhida em escolas secundárias, em universidades e em centros de formação profissional, da área metropolitana de Lisboa, tendo obtido a colaboração dos professores e sendo o procedimento, no que respeita às instruções a dar aos participantes, semelhante ao do grupo A.

Relativamente às pessoas que colaboraram, foi-lhes inicialmente explicado a finalidade da investigação, tendo nesta primeira fase a oportunidade de tomar contacto com o material. Pediu-se que fizessem uma primeira leitura dos questionários e pusessem as eventuais dúvidas relativamente aos itens que os compõem. Neste caso, o objectivo estava relacionado com a importância em ter colaboradores informados que pudessem responder às prováveis perguntas que os sujeitos da amostra pusessem.

Foram dadas instruções muito precisas, de maneira a tentar que as explicações dadas a cada um dos participantes fossem as mesmas, nomeadamente acerca:

- Da importância de entregarem os questionários pela ordem em que estavam dispostos;
- Das explicações a serem dadas quando da abordagem da pessoa em causa, sendo dito em todos os casos sem excepção tratar-se de um estudo na área da saúde, mais precisamente sobre sexualidade e utilização do preservativo;
- Da importância da obtenção do consentimento informado de cada sujeito;
- Da provável baixa literacia de alguns dos participantes, especialmente no caso do grupo das jovens de origem Cabo-Verdiana, já que seria de prever que em certos

casos, e daí a importância de termos escolhido colaboradores com experiência de trabalho de terreno com estas populações, fossem postas algumas questões em virtude da não compreensão de determinados itens. Foram autorizados a responder às questões levantadas, uma vez que tinham conhecimento prévio do material usado e não revelaram ter quaisquer dúvidas acerca dos itens.

A cada sujeito, foram fornecidos os questionários pela seguinte ordem:

- Questionário de dados pessoais
- Escala de crenças face ao preservativo
- Escala de auto-eficácia face ao preservativo
- Questionário acerca dos comportamentos sexuais

Não se tratou de uma ordem aleatória, os questionários foram apresentados desta forma com vista a criar o mínimo de inibições possíveis. Pareceu lógico começar por fazer as perguntas com um carácter geral, de maneira a caracterizar a amostra; em seguida conhecer as crenças face ao preservativo, afirmações às quais não está associada uma “carga” pessoal, já que se tratam de informações que o sujeito tem acerca do preservativo; averiguar a auto-eficácia face ao preservativo, altura em que os sujeitos se viram deparados com as suas capacidades individuais percebidas relativamente ao uso do preservativo, e, por fim, perguntar acerca dos comportamentos sexuais, altura em que se é confrontado com os comportamentos sexuais tidos nos últimos 6 meses.

Quanto ao preenchimento dos questionários, foram os participantes a fazê-lo, quer na presença do testador quer na sua ausência, tendo neste caso, sido fornecido um envelope para efeitos de devolução, procedimento que tivemos, uma vez que Pais Ribeiro (1995 cit Pais Ribeiro, 1999) verificou que este tipo de preenchimento não produzia resultados diferentes em

amostras da mesma população que respondiam na presença do testador ou na sua ausência com devolução posterior.

6- TRATAMENTO DOS DADOS

A partir dos dados obtidos na resposta aos questionários utilizados neste trabalho foi construída uma base de dados e foi utilizado o programa estatístico – “Statistica” – no sentido de trabalhar os referidos dados e possibilitar a obtenção de resultados.

Assim, considerando o objectivo deste estudo, os métodos estatísticos utilizados foram:

Análise factorial, que permite avaliar a validade factorial das afirmações que constituem as escalas, informando até que ponto elas estão a medir os mesmos conceitos e permite reduzir o número de variáveis existentes nas escalas agrupando-as em factores;

Coefficiente de fidelidade – Alpha de Cronbach, com a finalidade de verificar a consistência interna das variáveis dos instrumentos utilizados;

Teste da normalidade, realizado para possibilitar escolher entre uma estatística paramétrica ou não paramétrica;

Estatística descritiva, realizada para todos os dados dos instrumentos utilizados, com o objectivo de os caracterizar a população em estudo;

Análise de correlação, com o intuito de averiguar a força e o tipo de associações que as variáveis estabelecem entre si;

Análise bivariada, que permite determinar se as diferenças entre as distribuições de duas variáveis são estatisticamente significativas.

Resta referir que após averiguar o tipo de distribuição dos valores da amostra – Teste de Shapiro – (anexo 9) optou-se por uma estatística não paramétrica uma vez que em alguns dos casos averiguados os valores de p foram inferiores a 0,05, e para além disso não se está na presença de variáveis intervalares (Pais Ribeiro, 1999).

7 - RESULTADOS

7.1 – GRUPO A – JOVENS CABO-VERDIANAS

Segue-se uma análise do comportamento do grupo das jovens de origem Cabo-Verdiana em relação às seguintes variáveis:

• **Crenças**

Quadro 5.2.1 Distribuição de frequências - Escala de crenças face ao preservativo

	1		2		3		4		5	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 3	1	1,9	0	0	14	26,9	19	36,5	18	34,6
Item 4	4	7,7	0	0	9	17,3	16	30,8	23	44,2
Item 5	2	3,8	5	9,6	11	21,2	17	32,7	17	32,7
Item 6	7	13,5	14	26,9	17	32,7	7	13,5	7	13,5
Item 7	5	9,6	4	7,7	4	7,7	20	38,5	19	36,5
Item 11	6	11,5	5	9,6	19	36,5	12	23,1	10	19,2
Item 13	6	11,5	1	1,9	7	13,5	14	26,9	24	46,2
Item 15	4	7,7	7	13,5	11	21,2	17	32,7	13	25,0
Item 20	5	9,6	10	19,2	24	46,2	7	13,5	6	11,5
Item 25	1	1,9	1	1,9	10	19,2	13	25,0	27	51,9
Item 26	1	1,9	7	13,5	17	32,7	9	17,3	18	34,6
Item 32	3	5,8	1	1,9	9	17,3	18	32,6	21	40,4
Item 37	1	1,9	0	0	7	13,5	19	36,5	25	48,1
Item 40	1	1,9	2	3,8	11	21,2	22	42,3	16	30,8
Item 9	5	9,6	10	19,2	17	32,7	12	23,1	8	15,4
Item 24	12	23,1	20	38,5	14	26,9	4	7,7	2	3,8
Item 30	8	15,4	24	46,2	12	23,1	5	9,6	3	5,8
Item 39	7	13,5	19	36,5	16	30,8	7	13,5	3	5,8
Item 44	3	5,8	11	21,2	16	30,8	12	23,1	10	19,2
Item 48	3	5,8	8	15,4	11	21,2	15	28,8	15	28,8
Item 50	7	13,5	15	28,8	12	23,1	11	21,2	7	13,5
Item 12	7	13,5	5	9,6	3	5,8	16	30,8	21	40,4
Item 16	2	3,8	2	3,8	6	11,5	17	32,7	25	48,1
Item 22	4	7,7	2	3,8	6	11,5	19	36,5	21	40,4
Item 28	4	7,7	3	5,8	13	25,0	19	36,5	13	25,0
Item 34	1	1,9	0	0	3	5,8	17	32,7	31	59,6
Item 41	4	7,7	3	5,8	12	23,1	21	40,4	12	23,1
Item 52	3	5,8	3	5,8	15	28,8	20	38,5	11	21,2
Item 53	2	3,8	0	0	14	26,9	20	38,5	16	30,8
Item 54	1	1,9	0	0	12	23,1	25	48,1	14	26,9
Item 55	2	3,8	5	9,6	10	19,2	20	38,5	15	28,8

Em relação ao factor 1 da escala de crenças – Crenças Desadequadas - verificou-se, que no geral, as jovens discordaram das afirmações que lhes foram apresentadas, tendo na generalidade obtido na maioria dos itens a pontuação de 4 ou 5, excepção ocorrida no item 6 (“Durante o sexo oral não é preciso usar preservativo”), em que a maioria das jovens concordou, e, no item 20 (“As mulheres não gostam de usar preservativo”), em que a maioria não concordou nem discordou.

Para o factor 2 – Percepção de Custos - não existiu uma uniformidade no tipo de respostas, isto é, nos itens 24, 30, 39 e 50 as inquiridas concordam maioritariamente com as afirmações apresentadas, e, nos itens 9, 44 e 48 discordaram.

No factor 3 – Crenças Adequadas - a maioria das participantes concordou com as afirmações, mostrando ter crenças adequadas ao uso do preservativo.

No caso do factor 4 – Grupo de Pares, os sujeitos discordaram maioritariamente das crenças apresentadas que iam precisamente no sentido da existência duma manifesta influência por parte do grupo.

Assim, como se pode observar pela análise da mediana (Quadro 5.2.2), existiu um bom nível de crenças adequadas face ao preservativo, um nível moderado/superior de discordância com as crenças desadequadas, percepção de custos e influência do grupo de pares.

Em termos de total da escala, é possível inferir que as jovens revelaram ter crenças moderadamente favoráveis ao uso do preservativo.

Quadro 5.2.2 – Medidas de tendência central – Escala de Crenças face ao preservativo

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Crenças Desadequadas	3,75	3,82	1,86	5,00	0,73
Percepção de Custos	2,90	3,00	1,00	4,43	0,78
Crenças Adequadas	4,01	4,00	2,20	5,00	0,69
Grupo de Pares	3,80	3,80	1,80	5,00	0,75
Total Escala	3,62	3,63	2,81	4,49	0,41

- **Auto-eficácia**

Quadro 5.2.3 – Distribuição de frequências – Escala de Auto-eficácia face ao preservativo

		1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 1	Parceiro Regular	5	9,6	8	15,4	23	44,2	13	25	3	5,8
Item 2		2	3,8	10	19,2	17	32,7	19	36,5	4	7,7
Item 3		3	5,8	11	21,2	14	26,9	21	40,4	3	5,8
Item 9		2	3,8	3	5,8	11	21,2	26	50,0	10	19,2
Item 16		1	1,9	4	7,7	15	28,8	24	46,2	8	15,4
Item 4	Controlo dos Impulsos	2	3,8	8	15,4	8	15,4	25	48,1	9	17,3
Item 6		3	5,8	7	13,5	19	36,5	16	30,8	7	13,5
Item 7		6	11,5	10	19,2	19	36,5	12	23,1	5	9,6
Item 8		5	9,6	10	19,2	18	34,6	16	30,8	3	5,8
Item 10		5	9,6	6	11,5	13	25,0	21	40,4	7	13,5
Item 12	Resistência do parceiro	3	5,8	4	7,7	10	19,2	30	57,7	5	9,6
Item 15		3	5,8	6	11,5	15	28,8	22	42,3	6	11,5
Item 19		2	3,8	4	7,7	18	34,6	22	42,3	6	11,5
Item 5	Pensamentos DST	1	1,9	3	5,8	12	23,1	23	44,2	13	25,0
Item 11		2	3,8	3	5,8	10	19,2	17	32,7	20	38,5
Item 14		0	0	7	13,5	14	26,9	21	40,4	10	19,2
Item 17	D. Pres.	3	5,8	5	9,6	15	28,8	17	32,7	12	23,1
Item 18		3	5,8	6	11,5	12	23,1	24	46,2	7	13,5

As jovens, independentemente dos diferentes factores considerados, posicionara-se maioritariamente de forma positiva (concordaram ou concordaram totalmente), excepções ocorridas nos itens 1 (“Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo quando tenho pouco tempo para fazer sexo”) e 7 (“Sou capaz de parar e procurar preservativos quando já estou excitada”), nos quais a maioria das respostas recaíram na opção Nem concordo/Nem discordo.

Analisando as medianas (quadro 5.2.4) constatou-se existir um bom nível de auto-eficácia para o factor 4 e moderado para os restantes três.

Atendendo ao total da escala, a média das respostas mostrou um nível moderado de auto-eficácia.

Quadro 5.2.4 – Medidas de tendência central – escala de Auto-eficácia face ao preservativo

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Parceiro regular	3,37	3,40	1,80	5,00	0,69
Controlo dos Impulsos	3,26	3,20	1,00	5,00	0,76
Resistência do Parceiro	3,50	3,67	1,00	5,00	0,82
Pensamentos em DST	3,82	4,00	2,33	5,00	0,78
Discussão do Preservativo	3,54	3,50	1,00	5,00	0,96
Total Escala	3,46	3,54	1,68	4,88	0,64

• **Comportamentos Sexuais**

Quadro 5.2. 5 – Distribuição de frequência – Comportamentos sexuais

		Nunca Fez		Fez uma vez ou Raramente		Fez Muitas Vezes		Não Responde	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo Vaginal	P. Ocasional	33	63,46	8	15,38	9	17,31	2	3,85
		42	80,77	6	11,54	2	3,85	2	3,85
		48	92,31	1	1,92	1	1,92	2	3,85
		39	75,00	5	9,61	6	11,54	2	3,85
Sexo Vaginal	P. Regular	4	7,69	8	15,38	37	71,15	2	3,85
		24	46,15	12	23,08	14	26,92	2	3,85
		37	71,15	7	13,46	6	11,54	2	3,85
		9	17,31	15	28,85	26	50,00	2	3,85

Em termos de **parceiro ocasional**, a grande maioria das participantes disse que nos últimos 6 meses não teve qualquer tipo de comportamento sexual, assim nunca praticaram quer sexo vaginal (63,46%), sexo oral (80,77%), sexo anal (92,31%), ou coito interrompido (75,00%). Das que dizem ter tido comportamentos sexuais, a maior parte diz respeito ao sexo vaginal (15,38% fê-lo uma vez ou raramente e 17,31% fê-lo muitas vezes).

Relativamente ao **parceiro regular**, a maioria das participantes diz ter feito sexo vaginal muitas vezes (71,15%), ou pelo menos 1 vez nos últimos 6 meses (15,38%), sendo que parte também fizeram sexo oral (26,96% muitas vezes e 23,08% pelo menos 1 vez) e/ou coito interrompido (30% muitas vezes e 28,85% pelo menos 1 vez). O sexo anal não pareceu ser um comportamento habitual deste grupo, já que 71,15% disseram nunca o ter praticado.

• **Comportamentos Sexuais de Risco**

Quadro 5.2.6 – Distribuição de frequência – Comportamentos sexuais de risco

		1		2		3		Não responde	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo vaginal	Parceiro Ocasional	10	19,2	6	11,5	12	23,1	24	46,2
Sexo oral		17	32,7	0	0	0	0	35	67,3
Sexo anal		3	5,8	2	3,8	8	15,4	39	75
Coito interrompido		0	0	23	44,2	0	0	29	55,8
Sexo vaginal	Parceiro Regular	5	9,6	21	40,4	18	34,6	8	15,4
Sexo oral		27	51,9	0	0	0	0	25	48,1
Sexo anal		2	3,8	2	3,8	17	32,7	31	59,6
Coito interrompido		0	0	44	84,6	0	0	8	15,4

Muitas das jovens não responderam às questões postas, uma vez que muitas delas, não tiveram nos últimos 6 meses os comportamentos sexuais referidos, sendo esta a maioria para todas as situações com parceiro ocasional e, no que respeita ao parceiro regular, unicamente nos casos do sexo oral e sexo anal.

Atendendo que Rosenthal considera que a pontuação 1 corresponde a um baixo nível de risco, 2 a risco moderado e 3 a risco elevado, e tendo unicamente em atenção o número de jovens que responderam às questões, no que se refere ao **parceiro ocasional**, a maioria teve comportamentos de elevado risco quando praticou sexo vaginal (42,86%) e sexo anal (61,54%), de risco moderado quando praticou coito interrompido (100%) e de baixo risco quando praticou sexo oral (100%) e, no que se refere ao **parceiro regular**, o risco foi maioritariamente elevado para o sexo anal (80,95%), moderado para o sexo vaginal (47,73%) e coito interrompido (100%) e baixo para o sexo oral (100%).

Analisando a mediana (Quadro 5.2.7), no caso do **parceiro ocasional** o risco é baixo e elevado no caso do **parceiro regular**, valores influenciados pela falta de respostas.

Quadro 5.2.7 – Medidas de tendência central – Comportamentos sexuais de risco

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Parceiro Ocasional	2,75	1	0,00	9,00	3,20
Parceiro Regular	5,23	5	0,00	9,00	2,69

- **Correlações**

- **Idade/Crenças**

Quadro 2.8 5 – Correlação de Spearman entre idade e crenças

	Spearman (ρ)	P
Idade /Crenças desadequadas	0,53	0,00
Idade/Percepção de custos	0,30	0,03
Idade/Grupo de pares	0,27	0,04
Idade/Total escala crenças	0,49	0,00

Verificou-se a existência de correlações positivas entre a idade das jovens e alguns dos factores da escala de crenças para $p \leq 0,05$, nomeadamente:

- Crenças desadequadas (correlação moderada), isto é, à medida que a idade aumentou surgiu uma tendência para discordar com as crenças desadequadas ou vice versa;
- Total da escala de crenças (correlação moderada), à medida que a idade aumentou verificou-se um aumento das crenças favoráveis ao uso do preservativo ou o contrário;
- Percepção de custos (correlação baixa), à medida que a idade aumentou surgiu uma tendência para discordar com as afirmações relativas á percepção de custos ou vice versa;
- Grupo de pares, tendo sido possível verificar que à medida que a idade aumentou surgiu uma diminuição da influência do grupo de pares.

- Idade de início da vida sexual/Crenças

Quadro .2.8. 6 – Correlação de Spearman entre idade de início da vida sexual e crenças

	Spearman (ρ)	P
Idade início vida sexual /Crenças desadequadas	0,33	0,01
Idade início da vida Sexual/Percepção de Custos	0,32	0,02
Idade início da vida sexual/Grupo de pares	0,30	0,03
Idade início da vida Sexual/Total escala crenças	0,32	0,02

Tal como se verificou com a variável idade, e em relação aos mesmos factores da escala de crenças, a variável idade de início da vida sexual mostrou estar positivamente relacionada com as crenças para $p \leq 0,05$, uma vez que quanto mais tarde as jovens iniciaram a vida sexual mais discordaram das crenças desadequadas, da percepção de custos e acerca da influência do grupo de pares, existindo ainda uma correlação positiva, mesmo que baixa, entre esta variável e o total da escala de crenças.

- Idade do parceiro/Crenças – Grupo de pares

Existiu uma correlação negativa baixa ($\rho = - 0,28$ para $p \leq 0,05$) entre a idade do parceiro e o grupo de pares, uma vez que quanto mais novo é o parceiro, mais próximas são as crenças em relação ao grupo de pares, ou o contrário.

- Idade/Auto-eficácia

Quadro .2.8 7 – Correlação de Spearman entre idade e auto-eficácia

	Spearman (ρ)	P
Idade/Resistência do parceiro	0,32	0,02
Idade/Pensamentos em DST	0,34	0,01
Idade/Discussão do preservativo	0,47	0,00
Idade/Total da escala	0,44	0,00

Existiram correlações positivas para $p \leq 0,05$ entre a idade das jovens e algumas das dimensões da escala de auto-eficácia, constatando-se que à medida que a idade avançou aumentou a auto-eficácia relativamente à resistência do parceiro, pensamentos em DST e discussão do preservativo, ou o contrário.

Verificou-se, igualmente, uma correlação positiva moderada entre a idade e o total da escala.

- Idade de início da vida sexual/Auto-eficácia

Quadro 2.8.8 – Correlação de Spearman entre Idade de início da vida sexual e auto-eficácia

	Spearman (ρ)	P
Idade início vida sexual/Parceiro regular	0,32	0,02
Idade início vida sexual/Controlo dos impulsos	0,34	0,03
Idade início vida sexual/Resistência do parceiro	0,33	0,01
Idade início vida sexual/Discussão do preservativo	0,29	0,03
Idade início vida sexual/Total da escala	0,40	0,00

A idade de início da vida sexual mostrou estar positivamente correlacionada para $p \leq 0,05$ com quatro dos factores da escala de auto-eficácia, daí que quanto mais tarde as jovens iniciaram a vida sexual mais elevada mostraram ser os níveis de auto-eficácia relativamente ao parceiro regular, controlo dos impulso, resistência do parceiro e discussão do preservativo, ou vice-versa.

Constatou-se ainda a existência duma correlação positiva moderada entre a idade de início da vida sexual e o total da escala de auto-eficácia.

- Crenças/Auto-eficácia

Quadro 2.8.9 – Correlação de Spearman entre Total da escala de crenças e auto-eficácia

	Spearman (ρ)	P
Total Escala crenças/Parceiro regular	0,34	0,12
Total Escala crenças/Controlo impulsos	0,27	0,05
Total Escala crenças/Resistência do parceiro	0,38	0,00
Total Escala crenças/Discussão do preservativo	0,32	0,02
Total da escala de crenças/total da escala de auto-eficácia	0,39	0,02

O Total da escala de crenças encontrou-se correlacionado positivamente com 4 das dimensões da escala de auto-eficácia, de onde se pôde inferir que resultados mais elevados na escala de crenças reflectiram um maior nível de auto-eficácia face ao parceiro regular, controlo dos impulsos, resistência do parceiro e discussão do preservativo.

Verificou-se ainda uma correlação positiva moderada entre os totais das duas escalas.

- Crenças/Comportamentos sexuais de risco

Verificou-se a existência duma correlação negativa entre o total da escala de crenças ($\rho = - 0,39$ para $p \leq 0,00$) e os comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional, isto é, quanto mais elevado foi o *score* final da escala de crenças, menor foi o número de comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional.

- Auto-eficácia/Comportamentos sexuais de risco

Existiu uma correlação negativa ($\rho = - 0,31$ para $p \leq 0,02$) entre o total da escala de auto-eficácia e os comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional, daí que quanto maior foi o *score* na escala de auto-eficácia, menos foram os comportamentos de risco com parceiro ocasional.

7.2 – GRUPO B - JOVENS PORTUGUESAS

Relativamente às jovens portuguesas, o grupo pode ser caracterizado em termos das seguintes variáveis:

- **Crenças**

Quadro 5.3.1 – Distribuição de frequências – Escala de crenças face ao preservativo

		1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 3	Crenças desadequadas	0	0	1	1,9	6	11,5	25	48,1	20	38,5
Item 4		1	1,9	1	1,9	1	1,9	9	17,3	40	76,9
Item 5		0	0	2	3,8	3	5,8	12	23,1	35	67,3
Item 6		2	3,8	12	23,1	15	28,8	13	25,0	10	19,2
Item 7		0	0	0	0	5	9,6	13	25,0	34	65,4
Item 11		1	1,9	3	5,8	14	26,9	18	34,6	16	30,8
Item 13		0	0	0	0	3	5,8	11	21,2	38	73,1
Item 15		0	0	4	7,7	4	7,7	18	34,6	26	50,0
Item 20		1	1,9	6	11,5	24	46,2	17	32,7	4	7,7
Item 25		1	1,9	0	0	1	1,9	14	26,9	36	69,2
Item 26		0	0	2	3,8	3	5,8	15	28,8	32	61,5
Item 32		1	1,9	0	0	3	5,8	16	30,8	32	61,5
Item 37		0	0	0	0	0	0	17	32,7	35	67,3
Item 40		0	0	0	0	2	3,8	25	48,1	25	48,1
Item 9	Percepção de custos	2	3,8	7	13,5	15	28,8	19	36,5	9	17,3
Item 24		6	11,5	24	46,2	16	30,8	5	9,6	1	1,9
Item 30		3	5,8	29	55,8	12	23,1	7	13,5	1	1,9
Item 39		2	3,8	24	46,2	11	21,2	12	23,1	3	5,8
Item 44		3	5,8	8	15,4	13	25,0	22	42,3	6	11,5
Item 48		0	0	4	7,7	13	25,0	14	26,9	21	40,4
Item 50		1	1,9	14	26,9	15	28,8	17	32,7	5	9,6
Item 12		5	9,6	5	9,6	5	9,6	17	32,7	20	38,5
Item 16	Crenças adequadas	1	1,0	4	7,7	8	15,4	17	32,7	22	42,3
Item 22		0	0	5	9,6	7	13,5	15	28,8	25	48,1
Item 28		4	7,7	7	13,5	11	21,1	15	28,8	15	28,8
Item 34		1	1,9	2	3,8	3	5,8	17	32,7	29	55,8

Item 41	Grupo de pares	0	0	1	1,9	8	15,4	16	30,8	27	51,9
Item 52		0	0	0	0	4	7,7	20	38,5	28	53,8
Item 53		0	0	0	0	8	15,4	15	28,8	29	55,8
Item 54		0	0	0	0	5	9,6	16	30,8	31	59,6
Item 55		0	0	0	0	5	9,6	16	30,8	31	59,6

Analisando o quadro e atendendo ao Factor 1, foi possível verificar que a maioria das jovens discordou claramente das crenças desadequadas em relação ao preservativo, exceção ocorrida no item 20 (As mulheres não gostam de utilizar preservativo), em que a maioria se posicionou na opção, Não concordo/Nem discordo.

O factor 2 - Percepção de Custos - não deu origem a respostas consensuais, já que e em relação aos itens 9, 44, 48 e 50 estas foram maioritariamente discordo ou discordo totalmente, enquanto que para os itens 24, 30 e 39, as respostas foram contrárias, isto é, concordo ou concordo totalmente.

Assim, e atendendo à análise da mediana (Quadro 5.3.2), verificou-se a existência de bons *scores* na escala de crenças, especificamente no que respeita às discordância com as crenças desadequadas e concordância com as crenças adequadas, ao afastamento da influência do grupo de pares e valores moderados relativamente à percepção de custos.

Considerando o total da escala verificou-se que a maioria das pessoas se posicionou no sentido das crenças favoráveis ao uso do preservativo.

Quadro 5.3.2 – medidas de tendência central – Escala de crenças face ao preservativo

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Crenças Desadequadas	4,30	4,39	3,07	4,93	0,44
Percepção de Custos	3,12	3,14	2,00	4,00	0,50
Crenças Adequadas	3,99	4,00	2,40	5,00	0,79
Grupo de Pares	4,44	4,80	3,00	5,00	0,63
Total Escala	3,96	4,03	2,96	4,63	0,43

• **Auto-eficácia**

Quadro 5.3.3. – Distribuição de frequências – Escala de Auto-eficácia face ao preservativo

		1		2		3		4		5	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Item 1	Parceiro Regular	5	9,6	12	23,1	12	23,1	18	34,6	5	9,6
Item 2		3	5,8	13	25,0	9	17,3	21	40,4	6	11,5
Item 3		3	5,8	8	15,4	7	13,5	24	46,2	10	19,2
Item 9		0	0	6	11,5	5	9,6	25	48,1	16	30,8
Item 16		0	0	8	15,4	4	7,7	26	50,0	14	26,9
Item 4	Controlo dos impulsos	3	5,8	10	19,2	4	7,7	23	44,2	12	23,1
Item 6		3	5,8	18	34,6	12	23,1	14	26,9	5	9,6
Item 7		2	3,8	12	23,1	14	26,9	17	32,7	7	13,5
Item 8		4	7,7	12	23,1	8	15,4	20	38,5	8	15,4
Item 10		0	0	6	11,5	10	19,2	24	46,2	12	23,1
Item 12	Resistência do parceiro	1	1,9	4	7,7	9	17,3	21	40,4	17	32,7
Item 15		0	0	5	9,6	6	11,5	26	50,0	15	28,8
Item 19		0	0	4	7,7	7	13,5	23	44,2	18	34,6
Item 5	Pensamentos DST	1	1,9	5	9,6	7	13,4	22	42,3	17	32,7
Item 11		2	3,8	5	9,6	5	9,6	7	13,5	33	63,5
Item 14		1	1,9	7	13,5	5	9,6	22	42,3	17	32,7
Item 17	D. Pres.	0	0	2	3,8	5	9,6	30	57,7	15	28,8
Item 18		1	1,9	3	5,8	4	7,7	28	53,8	16	30,8

A maioria das jovens, independentemente dos diferentes factores considerados, direccionou as suas opções para o concordo ou concordo totalmente, excepção feita no item 6 – “Sou capaz de insistir no uso do preservativo, mesmo quando estou sob a influência do álcool ou droga”.

Analisando a mediana, tornou-se possível concluir existir um bom nível de auto-eficácia no que respeita à resistência do parceiro, pensamentos em DST e discussão do preservativo e moderado para o parceiro regular e controlo dos impulsos. Atendendo ao total da escala, é possível afirmar que existe um nível de auto-eficácia moderado.

Quadro 5.3.4 – Medidas de tendência central – Escala de auto-eficácia face ao preservativo

	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Parceiro regular	3,56	3,70	2,00	5,00	0,86
Controlo dos Impulsos	3,40	3,40	1,40	5,00	0,90
Resistência do Parceiro	3,99	4,00	1,66	5,00	0,83
Pensamentos em DST	4,02	4,33	2,00	5,00	0,91
Discussão do Preservativo	4,10	4,00	1,50	5,00	0,78
Total Escala	3,72	3,81	2,00	5,00	0,74

• Comportamentos Sexuais

Quadro 5.3.5 – Distribuição de frequências comportamentos sexuais

		Nunca Fez		Fez uma vez ou Raramente		Fez Muitas Vezes		Não Responde	
		F	%	F	%	F	%		
Sexo Vaginal	P. Ocasional	39	75	7	13,46	6	11,54	0	0,00
Sexo oral		49	94,23	2	3,85	1	1,92	0	0,00
Sexo anal		50	96,15	1	1,92	1	1,92	0	0,00
Coito interrompido		46	88,46	5	9,61	1	1,92	0	0,00
Sexo Vaginal	P. Regular	4	7,69	4	7,69	44	84,61	0	0,00
Sexo oral		19	36,54	17	32,69	16	30,77	0	0,00
Sexo anal		41	78,85	8	15,38	3	5,55	0	0,00
Coito interrompido		25	48,08	12	23,08	15	28,85	0	0,00

A maior parte das 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, 75 % dizem nunca ter feito sexo vaginal, 94,23 % sexo oral, 96,15 % sexo anal e 88,46 % coito interrompido. Das que tiveram algum tipo de experiência sexual, a maioria teve sexo vaginal (13,46 % fizeram-no pelo menos 1 vez e 11,54 % muitas vezes).

No que respeita ao **parceiro regular**, os dados são semelhantes aos obtidos com o Grupo A, uma vez que a maioria diz ter tido sexo vaginal (84,61 % fizeram-no muitas vezes e

7,69 % pelo menos 1 vez), oral (32,69 % fizeram-no pelo menos 1 vez e 30,77 % muitas vezes) e/ou coito interrompido (28,85 % fizeram-no muitas vezes e 23,08 % fizeram-no pelo menos 1 vez), enquanto que o sexo anal não constitui uma prática comum (78,85% nunca o fizeram).

- **Comportamentos Sexuais de Risco**

Quadro 5.3.6 – Distribuição de frequências comportamentos sexuais de risco

		1		2		3		Não Responde	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo vaginal	Parceiro Ocasional	7	13,5	5	9,6	3	5,8	37	71,2
		4	7,7	0	0	0	0	48	92,3
		1	1,9	2	3,8	0	0	49	94,2
		0	0	7	13,5	0	0	45	86,5
Sexo vaginal	Parceiro Regular	10	19,2	20	38,5	18	34,6	4	7,7
		32	61,5	0	0	0	0	20	38,5
		1	1,9	4	7,7	8	15,4	39	75
		0	0	29	55,8	0	0	23	44,2

Vários são os casos de não resposta, facto que está relacionado com o facto das jovens não terem tido os comportamentos referidos ao longo do últimos 6 meses. Atendendo unicamente às respostas e relativamente ao **parceiro ocasional**, o sexo anal e coito interrompido esteve maioritariamente relacionado com médio risco em relação á infecção pelo VIH, enquanto que o sexo vaginal e sexo oral esteve associado a um baixo risco. Por outro lado, no que respeita ao **parceiro regular**, o sexo anal esteve associado a um elevado risco, enquanto que o sexo vaginal e o coito interrompido teve a ver com médio risco e o sexo oral com baixo risco.

Atendendo que o máximo risco corresponde a 9, para o parceiro ocasional o risco é nulo, enquanto que para o parceiro regular esse risco é médio/baixo, valores a ser analisados

com alguma reserva porque tal como se referiu anteriormente, existe um grande número de não respostas.

Quadro 5.3.7 – Medidas de tendência central – Comportamentos sexuais de risco

	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Parceiro Ocasional	0,94	0,00	0,00	8,00	1,80
Parceiro Regular	4,36	4,00	0,00	9,00	2,47

- **Correlações**

- **Idade de início da vida sexual/Crenças**

Quadro 5.3.8– Correlação de Spearman entre idade de início da vida sexual e crenças

	Spearman (p)	P
Idade de início da vida Sexual/Crenças desadequadas	0,37	0,01
Idade de início da vida sexual/Percepção de custos	0,44	0,00
Idade de início da vida sexual/Total da escala de crenças	0,36	0,01

Verificou-se a existência de correlações positivas para $p \leq 0,05$, entre a idade de início da vida sexual, os factores crenças desadequadas e a percepção de custos e, o próprio total da escala de crenças, isto é, quanto mais tarde as jovens iniciaram a vida sexual, maior foi o seu grau de discordância com as crenças apresentadas em ambos os factores mencionados, e, no geral, mostraram ter crenças mais favoráveis ao uso do preservativo, ou vice versa.

- **Idade de início da vida sexual/Auto-eficácia**

Quadro 5.3.9 – Correlação de Spearman idade de início da vida sexual e auto-eficácia

	Spearman (p)	P
Idade de início da vida sexual/Parceiro regular	0,67	0,01
Idade de início da vida sexual/Controlo dos impulsos	0,43	0,01
Idade de início da vida sexual/Total da escala	0,32	0,02

Ocorreram correlações positivas moderadas para $p \leq 0,05$, entre a idade de início da vida sexual e dois dos factores da escala de auto-eficácia, uma vez que à medida que a idade de início da vida sexual avançou, aumentaram os níveis de auto-eficácia para o parceiro regular e controlo dos impulsos, tendo verificado-se o mesmo no total da escala.

- **Idade de início da vida sexual/Comportamentos sexuais de risco**

Existiu uma correlação negativa baixa ($\rho = -0,34$ para $p \leq 0,05$) entre a idade de início da vida sexual e os comportamentos sexuais de risco com parceiro original, tendo sido possível constatar que à medida que a idade de início da vida sexual aumentou diminuíram os comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional.

- **Idade do parceiro/Auto-eficácia**

Quadro 5.3.10 – Correlação de Spearman entre idade do parceiro e auto-eficácia

	Spearman (ρ)	P
Idade do parceiro/Parceiro regular	-0,28	0,4
Idade do parceiro/Controlo dos impulsos	-0,38	0,00
Idade do parceiro/Resistência do parceiro	-0,30	0,03
Idade do parceiro/Total da escala	-0,29	0,03

Ocorreram correlações negativas baixas para $p \leq 0,05$, entre a idade do parceiro e três dos factores da escala de auto-eficácia, daí que à medida que a idade do parceiro aumentou diminuíram os níveis de auto-eficácia para o parceiro regular, controlo de impulsos e resistência do parceiro, o mesmo acontecendo quando a escala foi considerada na globalidade.

- Crenças /Auto-eficácia

Quadro 5.3.11 – Correlação de Spearman entre total da escala de crenças e auto-eficácia

	Spearman (ρ)	P
Total da escala de crenças/Parceiro regular	0,47	0,00
Total da escala de crenças/Resistência do parceiro	0,39	0,00
Total da escala de crenças/Pensamentos em DST	0,55	0,00
Total da escala de crenças/Discussão do preservativo	0,60	0,00
Total da escala de crenças/Total da escala	0,56	0,00

Existiram correlações positivas moderadas para $p \leq 0,05$, entre o total da escala de crenças e os diferentes factores da escala de auto-eficácia (parceiro regular, resistência do parceiro, pensamentos em DST e discussão do preservativo) e o próprio total da escala, isto é, à medida que as crenças foram favoráveis ao uso do preservativo, aumentaram os níveis de auto-eficácia para os factores referidos e para o total da escala.

Quadro 5.3.12 – Correlação de Spearman entre Total da escala de auto-eficácia e crenças

	Spearman (ρ)	P
Total da escala de auto-eficácia/Crenças desadequadas	0,40	0,00
Total da escala de auto-eficácia/Percepção de custos	0,47	0,00
Total da escala de auto-eficácia/Crenças adequadas	0,40	0,00
Total da escala de auto-eficácia/Grupo de pares	0,39	0,00

Verificaram-se correlações positivas moderadas para $p \leq 0,05$, entre o total da escala de auto-eficácia e os diferentes factores da escala de crenças, o que quer dizer que quando aumentaram os níveis de auto-eficácia, aumentou o grau de discordância com as crenças desadequadas, percepção de custos e afastamentos do grupo de pares e, de concordância com as crenças adequadas.

7.3 – COMPARAÇÃO DE GRUPOS

Foi possível comparar os dois grupos em relação às seguintes variáveis:

- **Crenças**

Quadro 5.4.1 - Teste de Mann-Whitney: Comparação dos 2 Grupos

	Grupo de Jovens Cabo-Verdianas		Grupo de Jovens Portuguesas		U	P
	Σ Rank	Mediana	Σ Rank	Mediana	Σ Rank	Σ Rank
Crenças Desadequadas	2068,00	3,82	3392,00	4,39	690,99	0,00
Percepção de Custos	2509,50	3,00	2950,50	3,14	1131,50	0,15
Crenças adequadas	2744,00	4,00	2716,00	4,00	1138,00	0,93
Grupo de Pares	2084,00	3,80	3376,00	4,80	706,00	0,00
Total da Escala	2127,50	3,63	3332,50	4,03	749,50	0,00

O teste de Mann-Whitney revelou existirem diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os dois Grupos. As jovens portuguesas evidenciaram melhores resultados nas crenças desadequadas, percepção de custos, grupo de pares e total da escala, assim discordaram mais das crenças desadequadas, dos itens relacionados com a percepção de custos e distanciaram-se mais do grupo de pares, tendo mostrado que no geral têm crenças mais favoráveis e em consonância com o acto de usar um preservativo.

- **Auto-eficácia**

Quadro 5.4.2 - Teste de Mann-Whitney: Comparação dos 2 Grupos

	Grupo de Jovens Cabo-Verdianas		Grupo de Jovens Portuguesas		U	P
	Σ Rank	Mediana	Σ Rank	Mediana	Σ Rank	Σ Rank
Parceiro regular	2503,00	3,40	2957,00	3,70	1125,00	0,14
Controlo dos Impulsos	2605,50	3,20	2854,50	3,40	1227,50	0,42

Resistência do Parceiro	2218,50	3,67	3241,50	4,00	840,50	0,00
Pensamentos em DST	2480,00	4,00	2980,00	4,33	1102,00	0,10
Discussão do Preservativo	2243,00	3,50	3217,00	4,00	865,00	0,00
Total Escala	2394,50	3,54	3065,50	3,81	1016,50	0,03

O teste de Mann-Whitney revelou existirem diferenças significativas entre os dois Grupos, para $p \leq 0,05$ nos seguintes resultados: Resistência do parceiro, Discussão do preservativo e Total da escala, apresentando o grupo das jovens portuguesas, melhores níveis de auto-eficácia nos dois factores mencionados e no total da escala.

- **Comportamentos Sexuais de Risco**

Quadro 5.4.3 - Teste de Mann-Whitney: Comparação dos 2 Grupos

	Grupo de Jovens Cabo-Verdianas		Grupo de Jovens portuguesas		U	P
	Σ Rank	Mediana	Σ Rank	Mediana	Σ Rank	Σ Rank
Parceiro Ocasional	3165,00	1,00	2295,00	0,00	917,00	0,00
Parceiro Regular	3002,50	5,00	2457,50	4,00	1079,50	0,08

O teste de Mann-Whitney mostrou existirem diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os dois Grupos, no que respeita aos comportamentos sexuais de risco com parceiro ocasional, tendo as jovens Cabo-Verdianas comportamentos que envolvem um maior grau de risco.

8 – DISCUSSÃO

Antes da discussão dos resultados propriamente dita é importante salientar que aquilo que foi avaliado neste trabalho esteve relacionado com questões de carácter íntimo, o que

pode ter dado azo a que as respostas aos questionários fossem dadas de acordo com aquilo que os sujeitos julgaram ser o adequado e não de acordo com o seu ponto de vista ou com a verdade dos factos (Pais Ribeiro, 1999).

Igualmente, cabe aqui mencionar que pela caracterização da amostra é possível verificar que os dois grupos são diferentes entre si em vários aspectos, nomeadamente no que respeita às variáveis que têm subjacente as condições socio-económicas dos sujeitos, factor difícil de controlar e inerente às diferentes condições de vida dos jovens de ascendência Cabo-Verdiana, por um lado e Portugueses por outro, o que concerteza poderá ter influenciado as respostas dos sujeitos e poderá vir a influenciar a nossa própria discussão dos resultados.

Assim, dá-se conta que dada a insuficiente literacia dos participantes do grupo A, foi perceptível que existiram alguns problemas no que respeita à compreensão das perguntas, tendo, quando solicitados, respondido e tirado as dúvidas apresentadas, mas tendo presente que provavelmente muitas das jovens se inibiram de o fazer, em virtude da temática abordada.

Relativamente ao material utilizado cabe aqui referir que a Escala de crenças face ao preservativo, por ter sido construída e pelo facto deste trabalho funcionar como um pré-teste, foi demasiado longa, o que tal como menciona Pais-Ribeiro (1999) pode levar à desmotivação do sujeito e à consequente resposta aleatória, sem qualquer critério.

Atendendo à Escala de Auto-eficácia, é importante referir que o facto de todos os itens aparecerem na positiva, pode ter dado azo a que algumas pessoas tivessem tendência para manter o seu estilo de resposta ao longo do questionário (Pais Ribeiro, 1999).

Tecidas as respectivas considerações acerca dos participantes e material utilizado, passámos à apresentação dos resultados, tentando interpretá-los atendendo aos quadros teóricos subjacentes.

8.1 - GRUPO A – JOVENS DE ORIGEM CABO-VERDIANA

Assim, verificou-se que em termos socio-económicos, as jovens de origem Cabo-Verdiana podem, de forma genérica, ser caracterizadas por um baixo nível de escolaridade, empregos pouco diferenciados, baixo rendimento mensal, agregados familiares numerosos, solteiras e com filhos a cargo. Esta descrição, é de certa forma preocupante, já que alguns dos trabalhos de investigação referem que mulheres em situações semelhantes, pelas próprias condições em que vivem, estão mais vulneráveis à infecção pelo VIH (Mays & Cochran, 1988; St Lawrence et al, 1998; Universidade da Califórnia, 1998).

As jovens mostraram ter **crenças**, no geral e em todos os factores avaliados, moderadamente favoráveis ao uso do preservativo, especificamente no Factor 1 – Crenças Desfavoráveis – que continha essencialmente itens onde figuravam crenças relacionadas com a masculinidade, virilidade e/ou infidelidade que podem estar associadas ao uso do preservativo; no Factor 2 – Percepção de Custos - onde foram incluídos itens relacionados com o impacto negativo que o preservativo pode vir a ter na relação sexual; no Factor 3- Crenças Adequadas - onde se apelou à relação existente entre o preservativo e as DST e no Factor 4 – Grupo de Pares, onde os itens apelaram para a influência do grupo de pares.

Analisando os diferentes factores, as jovens mostraram crenças menos favoráveis ao uso do preservativo precisamente naquele que estava relacionado com o impacto negativo do seu uso – Percepção de Custos - nomeadamente onde figuravam crenças que apelavam para a diminuição do prazer sexual que pode estar associado ao uso do preservativo, o que vem demonstrar que de certa forma persiste este tipo de associações, facto que é importante ter em conta numa intervenção futura.

Situação semelhante se verificou com a variável **auto-eficácia**, quer no que respeita ao total da escala quer nos diferentes factores, tendo sido possível inferir um nível moderado de

auto-eficácia, mais especificamente: no Factor 1 – Parceiro Regular - apelando para o tipo de parceiro, nomeadamente para as possíveis situações que possam vir a ocorrer; no Factor 2 – Controlo dos Impulsos - apelando para as diferentes situações em que exigem o controlo dos impulsos sexuais de maneira a que se verifique a utilização do preservativo; no Factor 3 – Resistência do Parceiro - apelando para situações em que o parceiro pode resistir ao uso preservativo; no Factor 4 – Pensamentos em DST - relacionado precisamente com as doenças sexualmente transmissíveis e, por fim, no Factor 5 – Discussão do Preservativo – que inclui itens que têm subjacentes a importância da comunicação para o uso do preservativo.

Tal como no estudo de Marín (1998), neste caso, as barreiras mais difíceis de ultrapassar estiveram relacionadas com o Controlo dos Impulsos, já que foi neste factor que as jovens mostraram maiores dificuldades em vir a usar preservativos quando sob a influencia de drogas ou álcool, ou a pararem e procurarem-nos quando sexualmente excitadas. Estas barreiras em particular, requerem capacidade de auto-controlo e auto-regulação.

De certa forma, e de acordo com a literatura (Fullilove, 1990), estes são resultados algo surpreendentes, uma vez que culturalmente a mulher Cabo-Verdiana assume um papel pouco activo perante a sexualidade, sendo-lhe difícil e embaraçoso falar sobre assuntos com ela relacionados, o que não está patente nas respostas dadas à escala. Pode-se pensar que o Controlo de Impulsos, factor onde se revelaram maiores dificuldades, está associado à crença culturalmente aceite de forma positiva, de que a paixão é algo de incontrolável (Marín, 1998), enquanto que será mais difícil admitir que a comunicação com o parceiro se processa de forma pouco clara, ou que existem dificuldades em fazer valer a sua vontade, factores onde obtiveram bons resultados.

Crenças (Total da escala) e **auto-eficácia** (Parceiro regular, Controlo de impulsos, Resistência do parceiro, Discussão do preservativo e Total da escala) mostraram estar positivamente correlacionadas, facto que não se encontra claramente descrito na literatura.

Sabemos, e tal como referiu Bandura, que o comportamento não é resultado directo do conhecimento e das capacidades individuais, o julgamento de auto-eficácia é mediado por um processo de avaliação cognitiva (Wulfret e Wan, 1993), onde é possível incluir as crenças, tal como se pode observar pelos resultados desta investigação. As crenças permitem ao sujeito categorizar e organizar a realidade, e, o tomar determinado facto como verdadeiro, desde que ele esteja em consonância com o uso dos preservativo, parece ser uma das variáveis a interferir positivamente na cognição do “conseguir fazer”, isto é, na percepção das capacidades individuais de vir a usar preservativo, ou o contrário.

Em termos das variáveis demográficas verificou-se que a **idade** das jovens mostrou estar positivamente correlacionada quer com as crenças quer com a auto-eficácia, o que revela que em assuntos relacionados com a sexualidade, a precocidade das jovens trás problemas acrescidos em termos das competências necessárias no que respeita aos comportamentos protectores, que devemos estar alerta, já que o início da vida sexual, especialmente para este grupo, se dá relativamente cedo. Dá igualmente voz à ideia de que pode ser fundamental, para que os programas de prevenção tenham bons resultados, obter a participação de jovens um pouco mais velhas no sentido da partilha de experiências, mas dentro da mesma faixa etária, de modo a não afastar os processos de identificação, que são muito importantes, quando o grupo alvo são os jovens.

Em termos de **comportamento sexual**, a maioria das jovens diz ter relações com um carácter estável, tendo tido unicamente um parceiro (mais velho) nos últimos 6 meses, usando como método contraceptivo preferencialmente a pílula, tendo o preservativo uma baixa taxa de utilização neste grupo de jovens. Esta caracterização está em consonância com os dados da investigação (Fisher, 1990 cit Planes, 1994; Lear, 1995; Marín, 1996; Teixeira, 1996; Universidade da Califórnia, 1998; Vandale, sem data) que alertam para os seguintes factos: quanto mais cedo as jovens iniciam a vida sexual, maiores são as probabilidades de virem a

ter comportamentos de risco; normalmente os parceiros escolhidos serem mais velhos, logo com mais anos de experiência sexual e com mais probabilidades dum maior número de comportamentos sexuais de risco e, do método contraceptivo utilizado ser a pílula em vez do preservativo como seria desejável, sendo este último mais facilmente usado em relações de tipo ocasional, já que os preservativos podem pôr em causa a confiança no parceiro, factores reforçados pela própria cultura Cabo-Verdiana, onde a mulher não tem um papel decisivo no que respeita às questões da sexualidade sendo embaraçoso abordá-las, e onde de certa forma é aceite que o homem tenha relações extra-conjugais que lhe possibilitem satisfazer as necessidades inerentes à sua virilidade.

A caracterização dos comportamentos sexuais deste grupo é de certa forma preocupante, uma vez que a partir dela podemos verificar que estas jovens acumulam uma série de riscos em termos de infecção pelo VIH, sendo o principal a baixa taxa de utilização do preservativo em detrimento do uso da pílula.

A **idade de início da vida sexual** mostrou estar positivamente correlacionada quer com as crenças quer com a auto-eficácia face ao preservativo, alertando mais uma vez para a atenção que é necessária ter para com as jovens que iniciam a sua vida sexual muito cedo, já que isso pode ser sinónimo de crenças pouco consistentes no que respeita à utilização do preservativo e duma baixa auto-eficácia, facto que está de acordo com o trabalho de Wingood e DiClemente (1992), que referem que tradicionalmente as responsabilidades que as jovens assumem, desenvolve um determinado sentido de competência e independência, não podendo ser generalizado para as competências necessárias à adopção e manutenção de comportamentos sexuais protectores, isto é, o facto de precocemente assumirem determinados encargos (trabalho, família a cargo, filhos, entre outras) não é sinónimo de que sejam capazes de ter comportamentos sexuais protectores e de os manter ao longo do tempo.

O questionário de comportamentos sexuais veio de certa forma confirmar estes dados, já que foi possível constatar que as jovens, na sua maioria, não tiveram comportamentos sexuais com **parceiros ocasionais**, pelo que, e logicamente, também não tiveram comportamentos sexuais de risco com este tipo de parceiros. No que respeita ao **parceiro regular**, o sexo oral e anal não são prática comum nestas jovens, sendo o sexo vaginal e coito interrompido os comportamentos mais frequentes, tendo nestes casos comportamentos considerados de elevado risco, facto que está associado à utilização preferencial da pílula em vez do preservativo. Estes dados estão em consonância com o estudo de Rosenthal e Shepherd (1993), o que é de certa forma preocupante, uma vez que as jovens não percebem a necessidade de mudarem as suas práticas sexuais porque têm apenas um parceiro, acreditando que a abstinência, no que se refere ao sexo com parceiro ocasional, é suficiente para as proteger contra a infecção. É claro que as relações monogâmicas são completamente seguras se nenhum dos parceiros for portador do vírus, mas o que nem sempre se verifica é a possibilidade da conduta sexual dos jovens ser incluída nesta categoria, correspondendo desta forma mais a um ideal do que à realidade propriamente dita, deixando assim espaço para a existência de risco de infecção, factores, que como já tivemos oportunidade de referir, podem ser potenciados pelas características da própria cultura Cabo-Verdiana.

Os resultados apontaram para a existência de correlações negativas entre os comportamentos sexuais de risco com o parceiro ocasional, o total da escala de crenças e o total da escala de auto-eficácia face ao preservativo, facto este que demonstra a importância quer das crenças quer da auto-eficácia na diminuição dos comportamentos de risco. No entanto, estes resultados devem ser interpretados com as devidas reservas já que não se verificou a existência deste tipo de correlações no caso particular do parceiro regular, situação em que se encontra a maioria das participantes.

8.2 - GRUPO B – JOVENS PORTUGUESAS

As jovens Portuguesas que participaram na amostra têm uma escolaridade média/elevada, um baixo rendimento mensal que deve ser considerado, tendo em conta que a maioria ainda é estudante, sendo a sua fonte de rendimento proveniente duma mensalidade dada pelos pais ou familiares, solteiras e sem filhos a cargo. Pode-se dizer que estas jovens têm um nível sócio-económico médio quando comparadas com as jovens do outro grupo, salientando-se que a maioria ainda não iniciou a sua vida profissional e não tem encargos com filhos. Este tipo de caracterização da amostra, em termos de investigação realizada até à data, não está associada a nenhum factor de risco em particular.

Em termos de **crenças e auto-eficácia** no geral e independentemente dos factores em análise, as jovens posicionaram-se de forma clara no sentido de crenças favoráveis ao uso do preservativo e de um bom nível de auto-eficácia, sendo as maiores dificuldades, tal como no grupo das jovens Cabo-Verdianas, ao nível da percepção de custos para as crenças (afirmações na generalidade associadas ao impacto negativo do uso do preservativo, mais especificamente relacionadas com a diminuição do prazer que lhes pode estar associado) e controlo de impulsos (como por exemplo, dificuldades em usar preservativo todas as vezes que se tem sexo, quando sob a influência de drogas ou álcool –elas ou os parceiros ou, quando sexualmente excitadas) para o caso da auto-eficácia.

A **idade do parceiro** mostrou estar negativamente correlacionada com três dos factores da escala de auto-eficácia (parceiro regular, controlo de impulsos e resistência do parceiro) e com o próprio total da escala, o que confirma os dados provenientes da literatura, uma vez que por serem mais velhos têm mais experiência no campo sexual, podendo com maior facilidade fazer valer as suas opiniões e, de certa forma, dando origem a que a mulher

se percepcione num plano inferior, o que consequentemente diminui os seus níveis de auto-eficácia face ao preservativo.

As variáveis **crenças** e **auto-eficácia** encontraram-se positivamente correlacionadas para todos os factores estudados e inclusive nos totais das duas escalas. Tal como anteriormente já mencionámos, esta não é uma relação habitualmente descrita pelas investigações que se dedicam a esta área, facto que nos surpreende mas que compreendemos, uma vez que são várias as variáveis em causa no caso específico do uso do preservativo, não sendo possível estudá-las todas e não tendo até agora ocorrido esta combinação. Reiteramos o que anteriormente foi dito, isto é, o tomar determinado facto como verdadeiro, no caso da nossa amostra, mostrou ter uma influência positiva na percepção de auto-eficácia face ao preservativo, sendo aparentemente mais simples acreditar que se é capaz de executar com êxito determinada tarefa – uso do preservativo - se as crenças vão no sentido favorável dessa mesma tarefa, como se elas funcionassem como uma das forças motriz que contribuem para o próprio “acreditar” que se é capaz.

Em termos de **comportamento sexual** verificou-se que a maioria das jovens tem relacionamentos com um carácter estável, tendo tido apenas um parceiro, habitualmente mais velho, no que respeita aos últimos 6 meses. A pílula, foi o método contraceptivo escolhido pela maioria, sendo importante salientar igualmente que o preservativo apresentou uma taxa de utilização razoável (25 %) quando comparada com o outro grupo. Por tudo o que já se referiu, volta-se a reafirmar que estes dados são de certa forma preocupantes e tal como vem descrito na literatura, estas são condições que potenciam o risco de infecção pelo VIH.

A maioria das jovens disse não ter tido quaisquer comportamentos sexuais com **parceiro ocasional**, logo, também não teve comportamentos de risco com este tipo de parceiro. No que respeita aos comportamentos sexuais com **parceiro regular** é possível dizer que, em termos gerais, o sexo anal e coito interrompido, não são práticas comuns para estas

jovens e os comportamentos sexuais estão associados a um risco moderado, estando maioritariamente relacionados com o sexo vaginal, dados estes de acordo com os estudos de Rosenthal e Shepherd (1993). Tal como no grupo A, as jovens preferencialmente utilizam a pílula, que funciona unicamente como meio contraceptivo não as protegendo da infecção pelo VIH, estando este facto associado à manutenção de relações com um carácter estável e sendo, provavelmente como referiu Lear (1995), o preservativo mais facilmente utilizado nas relações de tipo ocasional, dados não disponíveis já que as participantes maioritariamente disseram não ter tido relações deste tipo. Assim sendo, os dados são preocupantes, porque tal como referiram Gómez e Marín (1996), nos casos em que a pílula já é utilizada, torna-se extremamente difícil introduzir o uso do preservativo, o que parece óbvio tendo em conta as diferentes implicações relacionais que têm.

A **idade de início da vida sexual** mostrou estar positivamente relacionada com as crenças e com a auto-eficácia e negativamente com os comportamentos sexuais de risco, o que quer dizer que o avançar da idade pode ser sinónimo de diminuição do sentimento de invulnerabilidade próprio da adolescência e, funcionar, como um bom indicador de crenças favoráveis ao uso do preservativo, dum nível de auto-eficácia no sentido da sua utilização e de diminuição de comportamentos sexuais de risco, estando estes resultados de acordo com os dados provenientes de alguns dos estudos realizados e anteriormente mencionados.

8.3 - COMPARAÇÃO DOS DOIS GRUPOS

Como anteriormente já se referiu parece ser notória a diferença entre os dois grupos em termos de indicadores do nível socio-económico, factor que deixa as jovens de ascendência Cabo-Verdiana em clara desvantagem, uma vez que tal é sinónimo dum maior confronto com situações de risco, tais como as inerentes à baixa escolaridade, empregos

pouco diferenciados, baixo rendimento mensal, más condições habitacionais, agregados familiares numerosos, filhos a cargo, factores estes que podem potenciar a dependência de terceiros, nomeadamente do companheiro e deixá-las em desvantagem quando se trata de exigir a prática de comportamentos sexuais seguros ou recusarem-se a ter sexo, caso isso não aconteça.

Como se sabe, estas são condições com que grande parte dos emigrantes se deparam nos países de acolhimento, onde muitas vezes não existe igualdade no acesso à saúde, que lhes está vedado pela simples razão de muitos deles não terem a documentação regularizada ou por problemas inerentes à própria língua materna, que lhes dificultam a expressão das suas necessidades em termos de cuidados de saúde, quer preventivos quer curativos, deixando-os mais vulneráveis às situações que põem em risco a sua saúde.

Assim sendo, o pressuposto de que cada um é responsável pelo seu estado de saúde ou doença, uma vez que se está a tratar com questões ligadas ao comportamento, é aqui posto em causa pelas diferentes situações em que as pessoas vivem, tornando-as mais vulneráveis à exposição ao vírus. Só pelas razões apresentadas, as comunidades minoritárias, no caso particular deste estudo- jovens mulheres de origem Cabo-Verdiana, merecem ser alvo de estudos e de intervenções específicas de maneira a capacitá-las no sentido de minorarem os riscos a que estão expostas, facilitando-lhes informação e dando-lhes as necessárias competências para mudarem de comportamentos sexuais de risco para comportamentos protectores em relação ao VIH.

Exemplo daquilo que se referiu verifica-se ao comparar os dois grupos, na medida em que se puderam observar diferenças significativas em relação às variáveis principais deste trabalho. Assim, quer no que respeita às **crenças** ou à **auto-eficácia** face ao preservativo, as jovens de origem Cabo-Verdiana obtiveram resultados significativamente inferiores e, no que

respeita aos **comportamentos sexuais de risco**, resultados significativamente superiores quando comparadas com as jovens Portuguesas.

Antes de mais, importa referir que muitas das diferenças observadas entre os dois grupos estão, em parte, relacionadas com o “peso” que a cultura tem nos diferentes grupos. Assim, verifica-se que a família alargada e o próprio meio onde vivem – “Bairro”, é uma constante nas jovens de ascendência Cabo-verdiana, e serve muitas vezes de principal agente de socialização, reflectindo uma estrutura tradicional onde faltam outras influências muitas vezes vedadas pelo abandono escolar precoce e pelas tarefas que desde cedo lhes são impostas – cuidar da casa, cuidar dos irmão mais novos, e outras.

Particularizando, pode-se dizer que as diferenças observadas no que diz respeito às **crenças**, estão provavelmente relacionadas com o próprio processos que está na sua própria emergência. Tal como propôs Berggen (1998), começamos por adoptar, pela influência dos pais, família, comunidade, e outros, uma série de critérios que nos permitem avaliar os factos como verdadeiros ou falsos, em seguida somos confrontados com um facto qualquer, que avaliamos tendo em conta esses critérios e por fim chegamos a uma convicção – crença. Ora, provavelmente todo este processo foi diferente nos dois grupos, uma vez que a cultura Cabo-Verdiana e a Portuguesa são diferentes e têm “pesos” distintos no processo de crescimento e socialização, nomeadamente no que respeita aos comportamentos sexuais. Por exemplo, a forma como a comunidade Cabo-Verdiana encara a doença – “Um mal de Deus” causado pelo “destino” - pode estar na origem de crenças pouco favoráveis ao uso do preservativo, sendo este visto como o “intruso” no bem essencial que é considerada a sexualidade e fecundidade, sendo a virilidade masculina posta em causa pelo recurso ao uso do preservativo, não esquecendo que as mulheres são valorizadas pelo número de filhos que criam.

Atendendo à **auto-eficácia** face ao preservativo e sendo ela, para além da crença nas capacidades individuais, influenciada por uma série de variáveis tais como capacidade de

comunicação acerca da sexualidade, capacidade de negociar com o parceiro, pode-se tornar mais difícil para a mulher Cabo-Verdiana atingir os mesmos níveis de auto-eficácia do que a mulher Portuguesa precisamente por causa das questões culturais que influenciam fortemente o seu comportamento, tais como a ideia de que é embaraçoso falar de sexualidade, tendo inclusive sido possível verificar que o desconforto e o embaraço sexual estão associados a um nível inferior de auto-eficácia face ao preservativo (Marín e Gómez, 1998). Culturalmente, e como já se referiu, a mulher Cabo-Verdiana não tem um papel activo nestas questões da sexualidade, sendo-lhe extremamente difícil a negociação do uso do preservativo.

Estas são algumas das explicações que podem estar na origem das diferenças significativas observadas no comportamentos dos dois grupos

Tal como temos preconizado ao longo deste trabalho estas duas variáveis têm influência no comportamento sexual, tendo-se verificado pelos resultados apresentados que as jovens Cabo-Verdianas tiveram um maior número de comportamentos sexuais de risco que as jovens Portuguesas.

Tal como referem outros trabalhos efectuados nesta área, as diferenças observadas não podem estar associadas e ser explicadas pela raça dos sujeitos, mas sim pelas diferenças que se prendem com factores socio-económico-culturais, observadas entre os dois grupos, e a ter em conta em futuras intervenções a preparar para esta população.

9 – CONCLUSÕES

Deste trabalho pôde concluir-se que quer as crenças quer a auto-eficácia revelaram ser variáveis importantes, mas seguramente não únicas, no que respeita aos comportamentos sexuais de risco.

O principal objectivo era o de reunir dados que tornassem possível a elaboração duma acção de prevenção organizada consoante as características e necessidades dos diferentes grupos, o que pensamos ter sido atingido, mas tendo presente que são muitas as variáveis em causa num comportamento que se tem vindo a revelar de complexidade extrema, como é o de usar um preservativo ou recusar-se a ter relações sexuais, caso o parceiro não queira utilizá-lo.

Atendendo à principal questão de investigação colocada, no geral, os dois grupos em estudo mostraram ser diferentes quer no que respeita às características socio-económicas quer relativamente às crenças, à auto-eficácia face ao preservativo e aos comportamentos sexuais de risco, tendo as jovens de ascendência Cabo-Verdiana tido resultados significativamente inferiores às Portuguesas relativamente às crenças e auto-eficácia e portanto significativamente superiores nos comportamentos sexuais de risco.

Cada grupo mostrou ter particularidades próprias, o que reforça a especificidade de intervenções. Não podemos continuar a generalizar aquilo que não o é, correndo o risco de desperdiçar recursos e fazendo com que os canais se fechem a este tipo de mensagens já que elas chegam muitas vezes distorcidas, pelo facto de não serem apelativas e/ou não terem em conta a realidade dos receptores.

Os dados deste estudo permitiram concluir que existem diferenças entre os dois grupos, sendo aquele que corre mais riscos em relação ao VIH o grupo das jovens Cabo-Verdianas, como de certa forma já se esperava, atendendo à realidade observada e aos resultados de outras investigações feitas nos E.U.A. com populações semelhantes.

Foram várias as razões apontadas no sentido de explicar os dados encontrados, nomeadamente aquelas que se prendem com factores socio-económicos, com as dificuldades de acesso à saúde, quer ao nível preventivo quer curativo, o “peso” cultural no processo de crescimento e maturação.

Atendendo a estas jovens, e não esquecendo que essa foi a nossa preocupação inicial ao elaborar este estudo, de uma forma muito geral verificou-se que elas mostraram ter crenças moderadamente favoráveis ao uso do preservativo sendo as menos favoráveis aquelas que se relacionaram com o impacto negativo do seu uso, um nível moderado de auto-eficácia, sendo a área em que mostraram maiores dificuldades o controlo dos impulsos, verificando-se que estas duas variáveis estavam positivamente correlacionadas. Em termos de comportamentos sexuais, o tipo de relações tem maioritariamente um carácter estável, com os parceiros mais velhos, tendo o preservativo uma baixa taxa de utilização. Quer a idade das jovens quer a idade em que iniciaram a sua vida sexual estiveram positivamente correlacionadas com as crenças e com a auto-eficácia face ao preservativo.

Terminamos este trabalho esperando ter contribuído para uma avaliação prévia da situação, de maneira a apoiar a formulação de acções de prevenção. Relembramos que este tratou-se dum estudo exploratório onde foram identificadas algumas problemáticas, mas como seria de esperar muito ficou por dizer e muito está ainda em aberto para futuras investigações nesta área, nomeadamente, a questão da percepção de susceptibilidade, já que um dos factores que pode levar as pessoas a não usarem preservativo tem a ver com o facto de não se considerarem em risco.

Torna-se assim urgente as acções que visem a redução das “vulnerabilidades” a que certas pessoas estão sujeitas. Esperamos de alguma forma, ter dado o nosso contributo nesse sentido, na medida em que foi possível reunir dados que se por um lado ilustram a urgência de medidas preventivas por outro podem dar suporte às próprias acções de prevenção.

IV – BIBLIOGRAFIA

- Abaram, C. et al (1992). Health Beliefs and Promoting of HIV- Preventive Intentions Among Teenagers: A Scottish Prespective. *Health Psychology*, 11(6), 363-370.
- Amaro, H. (1995). Love, Sex, and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. *American Psychologist*, 50(6), 437-447.
- Amaro, H.(Sem data). Gender and Sexual Risk Reduction: Issues to Consider Acessivel:(Internet) <http://latino.sscnet.ucla.edu/reserch/aids/conf/genderse.html>
- Bastos, Teixeira e Paixão (1995). As mulheres e a SIDA. *Análise Psicológica*, 1/2 (XIII), 79 - 94.
- Berggen, N. (1998). *A Note on The Concept of Belief. (Internet)*. Acessivel: www.infidels.org/library/modern/niclas_berggen/belief.html
- Boldero, J.; Moore, S. & Rosenthal, D. (1992). Intention, Context and Safe Sex: Australian Adolescents' Responses to AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22(17), 1374-1396.
- Brafford, L. & Beck, K. (1991). Development and Validation of a Condom Self-Efficacy Scale for College Students. *College Health*, 39, 219-225.

- Brooks-Gunn, J. et al (1988). Prevention HIV Infections and AIDS in Children and Adolescents – Behavioral Reserch and Interventons Strategies. *American Psychologist*, 43(11), 971-976
- Brown, K. (1999). *Theory of Reasoned Action/Theory of Planned Behavior*. (internet).
Acessivel: www.med.usf.edu/~Kmbrown/TRA_TPB.htm
- Bryan, A; Aiken, L. & West, S. (1996). Incresing Condom Use: Evaluation of a Theory-Based Intervention to Prevent Sexually Transmitted Diseases in Young Women. *Health Psychology*, 15(5), 371-382.
- Bryan, A; Aiken, L. & West, S. (1997). Young Women’s Condom Use: The Influence of acceptance of Sexuality, Control Over the Sexual Encounter, and Perceived Susceptibility to Common STD. *Health Psychology*, 16(5), 468-479.
- Cacioppo, J. et al (1994). Attitude Change. In V. Ramachandran (eds.), *Encyclopedia of human Behavior* (vol I, 261-271). London: Academic Press.
- Catania et al (1992). Condom Use in Multi-Ethnic Neighbohods of San Fransisco: The Population – Based AMEN (AIDS in Multi-Ethnic Neighborhoods) Study. *American Journal of Public Health*. 82(2), 284 – 287.
- Caro, I. (1987). Revision Critica de la Teoria de Autoeficacia de Bandura. *Boletín de Psicología*, 16, 61-89.

- CDC – NCHSTP (1998). *Basic Statistics – International Projections/Statistics (Internet)*. Acessível: www.cdc.gov/nchstp/hiv-aids/stats/internat/htm
- Chapman, S. et al (1990). *Discriminat attitudes and Beliefs about condom in young, multi-partner heterossexuals*. *International Journal of STD & AIDES*, 1, 422-428.
- França, L. (1992). *A Comunidade Cabo Verdiana em Portugal*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Fisher, J. (1988). Possible Effects of Reference Group-Based Social Influence on AIDS – Risk Behavior and AIDS Prevention. *American Psychologist*, 43(11), 914- 920.
- Fisher, W.; Fisher, J. & Rye (1995). Understanding and Promoting AIDS-Preventive Behavior Insights From the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14(3), 255-264.
- Flora, J. & Theresen, C. (1988). Reducing the Risk of AIDS in Adolescents. *American Psychologist*, 43(11), 965-970.
- Forsyth, A & carey, M. (1997). Evaluations of the Validity of the Condom Use Self-Efficacy Scale (CUSES) in Young Men Using Two Behavioral Simulations. *Health Psychology*, 16(2), 175-178.

- Fullilove, R. & Fullilove, M. (1998). HIV and Prevention in the African American Community: A Public Health Perspective (*Internet*). Acessivel: <http://hivsite.ucsf.edu/akb/1997/09aapre/index.html>
- Fullilove, M et al (1990). Black Women and AIDS Prevention: A View Towards Understanding the Gender Rules. *The Journal of Sex Research*, 27(1), 47-64.
- Gillmore, M.; Morrison, D.; Lowery, C. & Baker, S. (1994). Beliefs about Condoms and Their Association with Intentions to Use Condoms Among Youths in Detention. *Journal of adolescent Health*, 15, 288-237.
- Goldman, J. & Harlow, L. (1993). Self - Percepcion Variables That Mediate AIDS - Preventive Behavior in College Students. *Health Psychology*, 12(6), 489 - 498.
- Gómez, C. e Marín, B. (1996). Gender, Culture, and Power: Barriers to HIV – Precention Strategies for Women. *The Journal of Sex Research*, 33(4), 355-362.
- Hankins, C. (1993). Women and HIV Infection. In L. Sherr (Eds.), *AIDS and the Heterosexual Population*, pp 21-39. Great Britain: Harwood Academic Publishers
- Helweg-Larsen, M. & Collins, B. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes scale: Documenting The Complex Determinants of Condom use in College Students. *Health Psychologist*, 13(3), 224 - 237.

- Hutchinson, M. (1998). Something to talk about: Sexual Risk Communication Between Young Women and Their Partners. Acessivel: <http://www.awhonn.org/jognn/3-98.htm>
- HIV/AIDS: The Global Epidemic (1998). UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Acessivel: <http://hivinsite.uscf.edu/social/un/2098.401c.html#anatomy>.
- Ickovics, J & Rodin, J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, Natural History, and Mediating Mechanisms. *Health Psychology*, II(1), 1-16
- Kalichman, S. et al (1992). Perceptions of AIDS Susceptibility Among Minority and Nonminority Women at Risk for HIV Infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 725-732.
- Kalichman, S. et al (1993). Culturally Tailored HIV-AIDS Risk-Reduction Messages Target to African-Amerivan Urban Women: Impact on Risk Sensization and Risk Reduction, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 291-295.
- Kalichman, S. et al (1998). Sexual Coercion, Domestic Violence, and Negotiating Condom Use among Low-Income African American Women. *Journal of Women's Health*, 7(3), 371 – 379.
- Lear, D. (1995). Sexual Communication in the Age of AIDS: The Construction of Risk and Trust Among Young Adolescents. *Soc. Sci. Med.*, 9, 1311 - 1323.

- Libbus, K. (1995). Women's beliefs Concerning Condom Acquisition and Use. *Public Health Nursing*, 12(5), 341 – 347.
- Lima, M. (1993). Atitudes. In Jorge Vala e M^a Benedita Monteiro (Eds), *Psicologia Social* (pp 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mays, V. & Cochran, S. (1988). Issues in the Perception of AIDS Risk and Risk Reduction Activities by Black and Hispanic/Latina Women. *American Psychologist*, 43(11), 949 – 957.
- Marín, B. et al (1998). Self – Efficacy to Use Condoms in Unmarried Latino Adults. *American Journal of Community Psychology*, 26(1), 53 – 71.
- Marín, B. & Gómez, C. (1998). Latinos and HIV: Cultural Issues in AIDS Prevention, (*Internet*). Acessivel: <http://hivsite.ucsf.edu/akb/1997/09hipre/>
- Morokoff, P., Harlow, L. & Quina, K. (1995). Women and AIDS. In Stanton & Gallant (Eds) *The Psychology of Women's Health: Progress and challenges in Research and Applications*. Washington: American Psychological Association
- Moore, S. & Rosenthal, D. (1991). Adolescents' Perceptions of Friends' and Parents' Attitudes to Sex and Sexual Risk Taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 189 – 200.

- O'Leary, A. (1992). Self-Efficacy and Health: Behavioral and Stress – Psychological Mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245.
- 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.
- Pajare, M. (sem data). *Overview of Self-Efficacy (internet)*. Acessível: <http://userwww.service.emory.edu/~mpajare/eff.html>
- Pardal, M. (1995). As Mulheres e o Vírus da SIDA. Coleção Informar as Mulheres (16). Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Planes, M. (1994). Prevención de los Comportamientos Sexuales de Riesgo en los Adolescentes: SIDA, Otras Enfermedades de Transmisión Sexual Y Embarazos no Deseados. *Infancia Y Aprendizaje*, 67-68, 245 – 260.
- Preventing HIV/STD Among Adolescents. Acessível: <http://hivinsite.uscf.edu/prevention/facts-sheets/2098.20cb.html>
- Richard, R. & Pligt, J. (1991). Factors Affecting Condom Use Among Adolescents. *Journal of Community Applied Psychology*, 1, 105 – 116.

- Rodrigues, G.(1999). As Mulheres e a Infecção pelo VIH. Acessível: abraço.esoterica.pt
- Rosenthal, D.; Moore, AS. & Flynn, I. (1991). Adolescent Self-efficacy, Self-esteem and Sexual Risk-taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 77 - 88.
- 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.
- Saint-Maurice, A. (1997). Identidades Reconstituídas: Cabo-Verdianos em Portugal. Oeiras: Celta.
- Salvaterra, F. (1990). Definição do Conceito de Crenças. In F. Salvaterra, Tese de Mestrado - *Crenças das Mães Sobre a Aquisição e o Desenvolvimento da Linguagem*, (11-24). Lisboa: ISPA.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-Efficacy and Health Behaviours. In M. Conner and P. Norman, *Predicting Health Behavior*, (pp:163-196). Buckingham: Open University Press.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (1996). The Health Belief Model. In M. Conner and P. Norman, *Predicting Health Behavior*, (pp: 23-61). Buckingham: Open University Press.

- St Lawrence et al (1995). Theoretical Models Applied to AIDS Prevention. In Gorenezy (Eds.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 555- 583). New York: Plenum Press.
- St. Lawrence et al (1998). Factores Influencing Condom Use Among African American Women: Implications for Risk Reductions Interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26(1), 7 – 27.
- Strader, M., Bearman, M. & McSweeney, M. (1992). Effects of Communication with Important Social Referents on Beliefs and Intentions to Use Condoms. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 699 – 703.
- Stroebe, W. & Stroebe, S. (1995). Determinants of Health Behavior: A Social Psychology Analysis. In Stroebe & Stroebe (Eds), *Social Psychology and Health* (13- 44) . Buckingham: Open Univerity Press.
- Teare, C. (1995). Young Women Face High Risks and Few Resources. Acessivel: <http://hivinsite.ucsf.edu/topics/adolescents/2098.2c77.html>
- Teixeira, J. (1996). A SIDA no Feminino e no plural : As Mulheres e a Infecção pelo VIH. *Análise psicológica*, 2/3 (XIV), 367-370
- Vandale, S. (sem data). *Mejeres y Vulnerabilidad para el VIH/SIDA: Perspectivas para la Prevencion (Internet)*. Acessivel: www.funsalud.org.mx/sidalac/spanish/libro/cap8.html

- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigacions en Psicologia de la Salut. *Anuario de Psicologia*, 61, 9-18.
- Wingood, G. & DiClemente, R. (1992). Cultural, Gender, And Psychosocial Influences on HIV-Related Behavior of African-American Female Adolescents: Implications for the Development of Tailored Prevention Programs. *Ethnicity & Disease*, 2, 381- 388.
- Wingood, G. & DiClemente, R. (1998). Partener Influences and Gender-Related Factores Associated With Noncondom Use Among young Adult African american Women. *American Journal of Community Psychology*, 26(1), 29- 51.
- Wulfert, E. & Wang, C. (1993). Condom Use: A Self - Efficacy Model. *Health Psychology*, 12(5), 346 - 353.

ANEXO 1

Venho pedir-te que respondas a algumas perguntas. Não necessito saber o teu nome, trata-se de um questionário anónimo. As tuas respostas vão servir para um trabalho de investigação

1- Idade:

- 2 - **Escolaridade:**
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Analfabeta | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo (1ª a 4ª classe) | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo (5º ao 6º ano) | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo (7º ao 9º ano) | <input type="checkbox"/> |
| Secundário (10º ao 12ºano) | <input type="checkbox"/> |
| Mais do 12º ano | <input type="checkbox"/> |

3 - **Profissão:** _____

- 4 - **Rendimento Mensal:**
- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 0 – 60 contos | <input type="checkbox"/> |
| 61 – 120 contos | <input type="checkbox"/> |
| Mais 120 contos | <input type="checkbox"/> |

5 - **Agregado Familiar:**

- a) Nacionalidade da tua mãe ou pai: Portuguesa
- Cabo-verdiana
- Outra Qual? _____

- b) Nacionalidade: Portuguesa
- Cabo-verdiana
- Outra

c) Nº de pessoas com quem vives _____

- d) Residência: Casa própria ou arrendada
- Casa de familiares
- Outra

e) Nº de assoalhadas que tem a tua casa _____

6 – Já alguma vez tiveste relações sexuais: Sim Não

Caso a tua resposta seja Não peço que entregues este questionário a quem te pediu para responderes às perguntas
Caso a resposta seja Sim, então ainda preciso de te fazer mais umas perguntas

7 – Com que idade tiveste a tua 1ª relação sexual? _____

8 – Actualmente, tens companheiro ? Sim Não

Caso tenhas respondido Sim:

a) Há quanto tempo? _____

b) Solteira ou Casada/vives maritalmente

9 – Nos últimos 6 meses, quantos parceiros tiveste? _____

10 – Nos últimos 6 meses, os teus parceiros foram maioritariamente
mais novos , da mesma idade mais velhos

11 – Como é que normalmente evitas a gravidez?

Preservativo

Pílula

DIU

Coito interrompido

Nenhum

Outros

12 – Tens filhos?

a) Sim Quantos? _____

b) Não

13 – Já alguma vez fizeste o teste do VIH/SIDA?

Sim Não

OBRIGADA

ANEXO 2

Nº _____

Coloca uma **X** dentro do rectângulo que pensas ter mais a ver contigo e com aquilo em que acreditas. Não há respostas certas ou erradas, apenas queremos saber a tua opinião

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 - É fácil conseguir preservativos					
2 - O preservativo é caro					
3- O preservativo provoca infecções					
4 - Homem que é homem não usa preservativo					
5 - O preservativo não deixa o homem atingir o orgasmo					
6 - Durante o sexo oral não é preciso usar preservativo					
7 - Uma mulher que procura usar preservativo é porque vai para a cama com qualquer um					
8 - Usar preservativo é como comer rebuçados com papel					
9 - Uma mulher não sente tanto prazer quando usa preservativo					
10- O preservativo só deve ser posto antes da penetração					
11 - Usar preservativo é como tomar banho vestido					
12 - Deve-se usar preservativo quando se pensa que o parceiro/a tem outras pessoas					
13 - Uma mulher que queira usar preservativo é porque sabe que tem SIDA					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
14 - Um homem não sente tanto prazer quando usa preservativo					
15 - Só se usa preservativo se o homem quiser					
16 - Quem não tem namorado fixo deve usar preservativo					
17 - Não é preciso usar preservativo quando a mulher já toma a pilula					
18 - Um homem que queira usar preservativo é porque sabe que tem SIDA					
19 - Deve usar-se sempre o preservativo					
20 - As mulheres não gostam de utilizar o preservativo					
21 - Um homem que queira utilizar o preservativo é porque tem muitas mulheres					
22 - As pessoas que têm relações sexuais sem preservativo correm riscos					
23 - Quem está casado não precisa de usar preservativo					
24 - Para a maioria das pessoas, usar preservativo é uma chatice					
25 - Um homem que queira utilizar o preservativo é porque é homossexual					
26 - É o homem quem decide se usa preservativo durante a relação sexual					
27- Apenas os toxicodependentes precisam de usar preservativo					
28 - As pessoas que têm relações sexuais sem preservativo, podem ficar doentes					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
29 - Uma mulher que queira utilizar o preservativo é porque tem muitos homens					
30 - Os homens não gostam de usar preservativo					
31 - Um homem que procura usar preservativo é porque vai para a cama com qualquer uma					
32 - O preservativo só serve para evitar a gravidez					
33 - Uma mulher que queira usar preservativo é porque sabe que tem alguma doença					
34 - O preservativo serve de protecção contra a SIDA					
35 - A maioria dos jovens utilizam preservativo durante as relações sexuais					
36 - Quando não se conhece a pessoa com quem se tem relações sexuais, deve usar-se preservativo					
37 - Apenas os homossexuais precisam de usar preservativo					
38 - A maioria dos casados utilizam preservativo durante as relações sexuais					
39 - Para muitas pessoas, usar preservativo é um disparate					
40 - Um homem que queira usar preservativo é porque sabe que tem alguma doença					
41 - Um homem não deve insistir para usar preservativo porque a parceira pode pensar mal dele					
42 - Quem tem namorado, não precisa de usar preservativo					
43 - Utilizar o preservativo tira o prazer sexual					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
44 - Utilizar o preservativo tira a sensibilidade					
45 - O preservativo não deixa a mulher atingir o orgasmo					
46 - Uma mulher não deve insistir para usar preservativo porque o parceiro pode pensar mal dela					
47 - Apenas as prostitutas precisam de usar preservativo					
48 - Quando se conhece a pessoa com quem se tem relações sexuais, não é preciso usar preservativo					
49 - Para os meus amigos, usar preservativo é um disparate					
50 - Para os meus amigos, usar preservativo é uma chaticice					
51 - A maioria dos meus amigos não usa preservativo					
52 - Os meus amigos iam pensar mal de mim se soubessem que eu queria usar preservativo durante as relação sexuais					
53 - Para os meus amigos só as prostitutas precisam de usar preservativo					
54 - Para os meus amigos só os homossexuais precisam de usar preservativo					
55 - Para os meus amigos só os toxicod dependentes precisam de usar preservativo					

OBRIGADA PELA TUA AJUDA

ANEXO 3

Nº _____

Coloca um X no rectângulo que pensas ter a ver contigo e com aquilo em que acreditas. Não há respostas certas ou erradas, queremos saber a tua opinião

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem Concordo Nem Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
1 - Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo quando tenho pouco tempo para fazer sexo?					
2 - Sou capaz de começar a insistir no uso do preservativo com um parceiro com quem habitualmente tenho tido relações?					
3 - Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo que o meu parceiro possa vir a pensar "mal" de mim?					
4 - Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo se o meu parceiro estiver sob a influencia do álcool ou droga?					
5 -Sou capaz de insistir no uso de preservativo mesmo se tiver com uma pessoa que rapidamente quer ter sexo?					
6 - Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo quando estou sob a influência do álcool ou droga?					
7 - Sou capaz de parar e procurar preservativos quando já estou excitada?					
8 - Sou capaz de pôr um preservativo no meu parceiro todas as vezes que temos sexo?					
9 -Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa com quem estou apareça bem arranjada e cheirosa?					
10- Sou capaz de pôr um preservativo no meu parceiro sem estragar o "ambiente"?					

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem Concordo Nem Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
11 – Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa me diga que tem uma doença infecciosa?					
12 – Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que o meu parceiro não queira usá-lo?					
13 – Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo que já use outro método para evitar a gravidez ?					
14 – Sou capaz de sugerir o uso do preservativo com um parceiro mesmo que ele venha a pensar que eu tenho alguma doença sexualmente transmissível?					
15 –Sou capaz de continuar a insistir com uma pessoa para ela usar preservativo mesmo quando ela se chateia ao falar no assunto?					
16 –Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo se estiver com uma pessoa por quem estou apaixonada?					
17 – Sou capaz de discutir o uso do preservativo com qualquer parceiro sexual que possa vir a ter?					
18 – Se me sinto insegura quanto à opinião do meu parceiro acerca do uso do preservativo, sou capaz de lhe pedir que use um?					
19 –Sou capaz de continuar a insistir no uso do preservativo com uma pessoa que ameaça ir embora se tiver de vir a usá-lo?					
20 – Se o meu parceiro quiser ter um filho e eu não, sou capaz de continuar a convence-lo de que é necessário usar preservativo?					

OBRIGADA PELA TUA AJUDA

ANEXO 4

Nº _____

Em relação aos **ÚLTIMOS 6 MESES** Vamos pedir-te que respondas às seguintes questões. Coloca uma X no rectângulo que corresponde aquilo que aconteceu contigo.

Mas, antes de começares, vamos definir:

- **PARCEIRO OCASIONAL**, por aquele com quem só tiveste 1 relação
- **PARCEIRO REGULAR**, por aquele com quem mantens uma relação mais ou menos permanente
- **SEXO VAGINAL**, quando há contacto entre pénis e vagina
- **SEXO ORAL**, quando há contacto entre a boca e os órgãos genitais
- **SEXO ANAL**, quando há contacto entre o pénis e o ânus
- **COITO INTERROMPIDO**, quando o rapaz retira o seu pénis antes de ejacular

Nesta secção pretendemos saber se já fizeste algumas destas actividades

ACTIVIDADE	Nunca fiz	Fiz uma vez ou raramente	Fiz muitas vezes
1 – Sexo vaginal com parceiro ocasional			
2 – Sexo vaginal com parceiro regular			
3 – Sexo oral com parceiro ocasional			
4 – Sexo oral com parceiro regular			
5 – Sexo anal com parceiro ocasional			
6 – Sexo anal com parceiro regular			
7 – Coito interrompido com parceiro ocasional			
8 – Coito interrompido com parceiro regular			

Agora, e se já alguma vez fizeste algumas das actividades descritas em cima, queremos saber quando usaste preservativo

Actividade	Usei sempre preservativo	Por vezes usei preservativo	Nunca usei preservativo
1 – Sexo vaginal com parceiro ocasional			
Sexo vaginal com parceiro regular			
Sexo oral com parceiro ocasional			
Sexo oral com parceiro regular			
Sexo anal com parceiro ocasional			
Sexo anal com parceiro regular			
Coito interrompido com parceiro ocasional			
Coito interrompido com parceiro regular			

OBRIGADA PELA TUA AJUDA

ANEXO 5

ESCALA DE AUTO – EFICÁCIA (ORIGINAL)

- Can you start to insist on condom use with a long time partner?
- Can you insist on condom use even if you are with a person you're in love with?
- Can you insist on condom use regularly even if a partner might think less of you?
- Can you insist on condom use when the person you are with appears clean and decent?
- Can you insist on condom use regularly when the time to have sex is limited?
- Can you insist on condom use regularly even when you under the influence of alcohol or drugs?
- Can you stop and look for condoms when you are sexually aroused?
- Can you put a condom on a partner without spoiling the mood?
- Can you insist on condom use regularly even when you partner is under the influence of alcohol or drugs?
- Can you put a condom on your partner whenever you have sex?
- Can you continue to insist on condom use with a person who gets angry when you suggest it?
- Can you insist on condom use if a partner does not want to use one?
- Can you continue to insist on condom use with a person who threatens to leave if he has to use it?
- Can you suggest using condoms with a partner if they will think that you have STD?
- Can you insist on condom use even when someone says they have a infectious diseases?
- Can you insist on condom use whenever you are with a person who seems "fast"?
- Can you discuss condom use with any sexual partner you might have?
- If you unsure about your partner's opinion about using condoms, can you suggest using on?
- Can you insist on condom use regularly even if you use another method to prevent pregnancy?
- If a partner wants to have a child and you don't, can you still convince him that it's necessary to use a condom?

ANEXO 6

Escala de auto-eficácia

- Está disposto a começar a insistir no uso de preservativo com um parceiro de longa data?
- Está disposto a insistir no uso regular do preservativo, mesmo que se encontre com a pessoa amada?
- Está disposto a começar a insistir no uso regular do preservativo mesmo que isso altere a opinião favorável que a outra pessoa tem de si?
- Está disposto a insistir no uso de preservativo quando a pessoa com quem está parece ser limpa e decente?
- Está disposto a insistir no uso regular de preservativo quando o tempo que tem disponível para o sexo é limitado?
- Está disposto a usar regularmente preservativo mesmo quando está sob a influência de álcool ou drogas?
- Está disposto a parar e procurar preservativos quando está excitado?
- Consegue pôr um preservativo no parceiro sem estragar a atmosfera do momento?
- Está disposto a usar regularmente o preservativo mesmo quando o seu parceiro se encontra sob a influência de álcool ou drogas?
- Está disposto a colocar um preservativo no parceiro sempre que pratica sexo?
- Está disposto a continuar a insistir no uso regular do preservativo mesmo quando a pessoa fica irritada quando o sugere?
- Está disposto a insistir no uso do preservativo mesmo quando o parceiro não quer?
- Está disposto a continuar a insistir no uso do preservativo se a pessoa a quem o sugere ameaçar partir caso tenha que ser obrigada a fazê-lo?
- Está disposto a sugerir o uso do preservativo a um parceiro se pensar que o mesmo tem uma doença sexualmente transmissível?
- Está disposto a insistir no uso do preservativo quando alguém lhe comunica que tem doenças infecciosas?
- Está disposto a insistir no uso do preservativo sempre que se encontra com alguém que parece ser “rápida”?
- Está disposto a discutir o uso do preservativo com os seus parceiros ocasionais?
- Se não está certo quanto à opinião do seu parceiro quanto ao uso do preservativo, é capaz de sugeri-lo, contudo?
- Está disposto a insistir no uso regular do preservativo mesmo usando um outro método anti-concepcional?
- Se o seu parceiro quer ter um filho e você não, consegue convencê-lo contudo da necessidade de usar preservativo?

Escala de auto-eficácia

- Consegue começar insistir no uso do preservativo com um parceiro de longa data?
- Consegue insistir no uso regular do preservativo mesmo que se encontre com a pessoa amada?
- Consegue começar a insistir no uso regular do preservativo mesmo que isso altere a opinião favorável que a outra pessoa tem de si?
- Consegue insistir no uso do preservativo quando a pessoa com quem está parece ser limpa e decente?
- Consegue insistir no uso regular do preservativo mesmo quando o tempo que tem disponível para o sexo é limitado?
- Consegue usar regularmente o preservativo mesmo quando está sob a influência de álcool ou drogas?
- Consegue parar e procurar preservativos quando está excitado?
- Consegue pôr um preservativo no parceiro sem estragar a atmosfera do momento?
- Consegue usar regularmente o preservativo mesmo quando o seu parceiro está sob a influência de álcool ou drogas?
- Consegue colocar um preservativo no seu parceiro sempre que pratica sexo?
- Consegue continuar a insistir no uso regular do preservativo quando a pessoa fica irritada quando o sugere?
- Consegue insistir no uso do preservativo quando o parceiro não quer?
- Consegue continuar a insistir no uso do preservativo se a pessoa a quem o sugere ameaçar partir caso tenha que ser obrigada a fazê-lo?
- Consegue sugerir o uso do preservativo com um parceiro se pensar que o mesmo tem uma doença sexualmente transmissível?
- Consegue insistir no uso do preservativo quando alguém lhe comunica que tem doenças infecciosas?
- Consegue insistir no uso do preservativo sempre que se encontra com alguém que parece ser “rápida”?
- Consegue discutir o uso do preservativo com os seus parceiros ocasionais?
- Se não está certo quanto à opinião do seu parceiro quanto ao uso do preservativo, é capaz de sugeri-lo, contudo?
- Consegue insistir no uso regular do preservativo mesmo usando um outro método anti-concepcional?
- Se o seu parceiro quer ter um filho e você não, consegue convencê-lo contudo da necessidade de usar preservativo?

Nota do tradutor: Optou-se pelo verbo “conseguir” em vez de “estar disposto a”, uma vez esta é uma forma mais neutra, enquanto “estar disposto a” obriga a especificar o género, podendo dar azo a várias interpretações em matéria de práticas e preferências sexuais.

ANEXO 7

Self-efficiency Test

- Can you start insisting on the use of a condom with a longstanding partner?
- Can you insist on the regular use of a condom even when with a loved partner?
- Can you insist on the regular use of a condom even where this alters the favourable opinion that the other person holds of you?
- Can you insist on the use of a condom when the person appears clean and decent?
- Can you insist on the regular use of a condom when the time available for sex is limited?
- Are you still able to use a condom when under the influence of alcohol or drugs?
- Can you stop to look for condoms when excited?
- Are you able to put a condom onto your partner without spoiling the mood?
- Can you regularly use a condom even when your partner is under the influence of alcohol or drugs?
- Can you put a condom onto your partner whenever you have sex?
- Can you continue to insist on the regular use of a condom even when your partner gets irritated when it is produced?
- Can you insist on the use of a condom when your partner does not want to?
- Can you continue to insist on the use of a condom when the person to whom this is suggested threatens to leave should he be forced to?
- Can you suggest the use of condoms with a partner who believes that he has a sexually transmitted disease?
- Can you insist on the use of condoms when someone informs you that they have infectious diseases?
- Can you insist on the use of a condom when meeting someone who appears to be "quick"?
- Can you discuss the use of condoms with possible partners?
- Where you are not sure about your partner's opinion regarding the use of condoms, are you still able to suggest them?
- Can you insist on the regular use of a condom even when using other forms of contraception?
- If your partner wanted to have a child and you did not, could you still convince him about the necessity to use a condom?

Translator's Note: direct style chosen. Given this is a questionnaire, repetition of verb forms and simplicity is deliberate. Sometimes this leads to grammatically basic forms and loss of style. More direct, more forceful language would also be possible.

ANEXO 8



HOTMAIL *'Sign Out' Instead of Timing Out* **msn**
Hotmail

Hotmail teresa_rogado@hotmail.com



[Inbox](#) [Compose](#) [Addresses](#) [Folders](#) [Options](#) [Help](#)

Folder: **Inbox**

From: Doreen Rosenthal <d.rosenthal@latrobe.edu.au> [Save Address](#) [Block Sender](#)

To: "Teresa Rogado" <teresa_rogado@hotmail.com> [Save Addresses](#)

Subject: Re: Article published on J. Community & Applied Social Psy

Date: Tue, 7 Sep 1999 15:27:26 +1000 (EST)

[Reply](#) [Reply All](#) [Forward](#) [Delete](#) [Previous](#) [Next](#) [Close](#)

Dear Teresa
Thank you for your enquiry. You certainly have my permission to translate the scale into Portugese. If you send me a fax number, I will send you a copy of the questions as we presented them to participants.
Doreen Rosenthal

Professor and Director

Australian Research Centre in Sex, Health and Society

La Trobe University, Locked Bag 12, Carlton 3053 AUSTRALIA

Tel: +61 3 92855382
Fax: +61 3 92855220
email: d.rosenthal@latrobe.edu.au

[Reply](#) [Reply All](#) [Forward](#) [Delete](#) [Previous](#) [Next](#) [Close](#)

Move To:

[Inbox](#) [Compose](#) [Addresses](#) [Folders](#) [Options](#) [Help](#)

Get notified when you have new Hotmail or when your friends are on-line. Send instant messages. [Click here](#) to get your **FREE** download of **MSN Messenger Service!**

[Buy Books](#) | [Buy Music](#) | [Cars](#) | [Clothes](#) | [Download Music](#) | [Entertainment](#)
[Free Games](#) | [Free Home Pages](#) | [PC Downloads](#) | [Travel Agent](#) | [Yellow Pages](#) | [More...](#)

Search the web:

© 1999 Microsoft Corporation. All rights reserved. [Terms of Service](#) [Privacy Statement](#)

- b. Vaginal sex with a regular partner
- c. Anal sex with a casual partner
- d. Anal sex with a regular partner
- e. Oral sex with a casual partner
- f. Oral sex with a regular partner
- g. Withdrawal with a casual partner
- h. Withdrawal with a regular partner

Risky behaviour was also assessed by two global measures which allowed for differentiation of risk with regular and casual partners. Risk with a casual partner (Casual risk) was calculated by assigning slightly risky behaviours with a casual partner (oral sex and/or consistent condom use for vaginal or anal sex) a score of 1, moderately risky behaviours (withdrawal, use of condoms sometimes for vaginal or anal sex) a score of 2, and high risk behaviours (never using a condom for vaginal or anal sex) a score of 3, then summing these scores for each individual over the behaviours measured.

The maximum score of 9 would characterise someone who had engaged in both anal and vaginal intercourse but never used a condom, and who had experienced both oral sex and withdrawal. Risk with a regular partner (Regular Risk) was measured in exactly the same way except that only behaviours carried out with regular partners were included. As all the respondents in the sample were non-virgins, it was possible to score zero on one of these scales but not both, for example if sex had only occurred with regular but never with casual partners.
 From: (Condoms and coitus: Adolescents attitudes to AIDS and Safe sex behaviour), Moore, S and Rosenthal, D

Jennie Kendrick
 Executive Administrator (International Health Program)
 Australian Research Centre in Sex, Health & Society
 La Trobe University
 Faculty of Health Sciences
 1st Floor
 215 Franklin Street, Melbourne 3000
 Telephone: 61 (0)3 92855 367
 Fax: 61(0)3 92855 220
 email: j.kendrick@latrobe.edu.au

Reply Reply All Forward Delete Previous Next Close

Move To: (Move to Selected Folder) ▾

[Inbox](#) [Compose](#) [Addresses](#) [Folders](#) [Options](#) [Help](#)

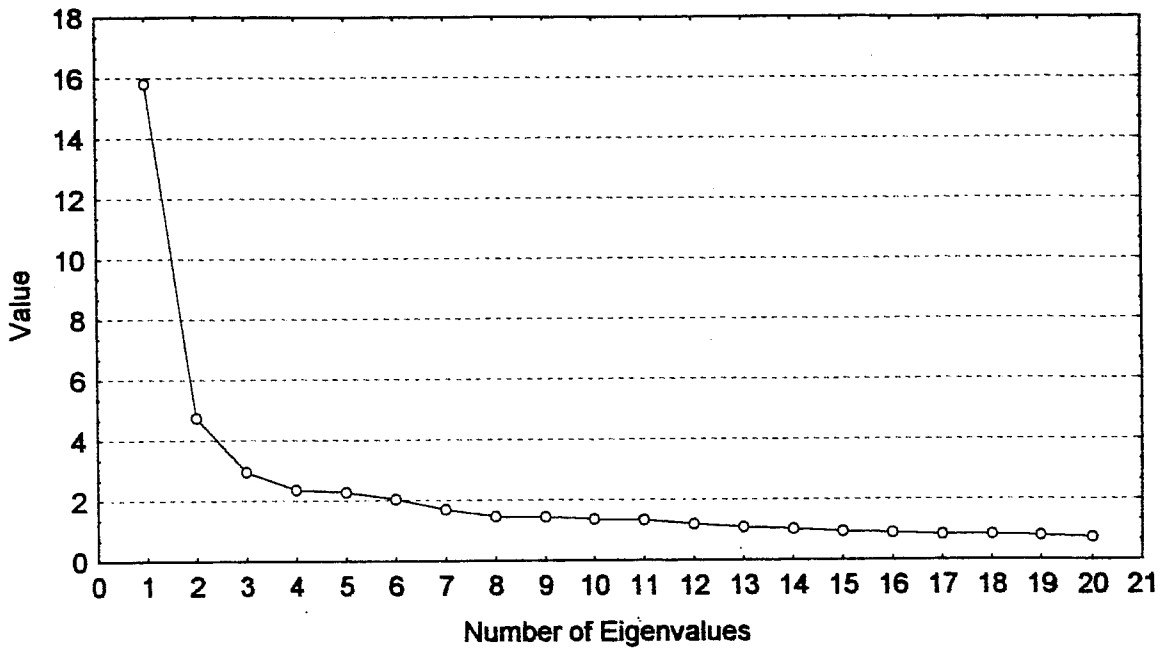
Get notified when you have new Hotmail or when your friends are on-line. Send instant messages. [Click here to get your FREE download of MSN Messenger Service!](#)

[Buy Books](#) | [Buy Music](#) | [Cars](#) | [Clothes](#) | [Download Music](#) | [Entertainment](#)
[Free Games](#) | [Free Home Pages](#) | [PC Downloads](#) | [Travel Agent](#) | [Yellow Pages](#) | [More...](#)

Search the web:

ANEXO 9

Plot of Eigenvalues



TAT. RELIABL. ANALYSIS	Summary for scale: Mean=206.385 Std.Dv.=26.1453 Valid N:104 Cronbach alpha: .930027 Standardized alpha: .934235 Average inter-item corr.: .217291				
Variable	Mean if deleted	Var. if deleted	Stdv. if deleted	Item-Totl Correl.	Alpha if deleted
C1	202.2885	665.2052	25.79157	.208153	.930323
C2	203.7404	675.5576	25.99149	.003441	.932039
C3	202.2596	656.4230	25.62075	.475875	.928606
C4	202.0385	645.1138	25.39909	.591537	.927634
C5	202.2115	641.8014	25.33380	.658855	.927153
C6	203.2885	648.0706	25.45723	.451226	.928647
C7	202.1827	638.3608	25.26580	.694523	.926810
C8	202.8173	641.3801	25.32548	.575527	.927622
C9	203.0577	652.7851	25.54966	.397206	.929056
C10	203.0769	689.6479	26.26115	-.202958	.934699
C11	202.8077	641.0592	25.31915	.599644	.927451
C12	202.6058	684.7965	26.16862	-.135533	.934099
C13	202.0769	638.9749	25.27795	.678604	.926920
C14	203.0865	647.4252	25.44455	.506995	.928205
C15	202.4808	639.1727	25.28187	.639181	.927146
C16	202.2692	672.0044	25.92305	.073647	.931300
C17	202.9231	659.3403	25.67762	.276371	.930023
C18	202.1058	641.9407	25.33655	.705502	.926959
C19	202.7885	657.8975	25.64951	.312690	.929697
C20	203.2308	650.9083	25.51291	.498257	.928325
C21	202.4423	640.6697	25.31145	.665970	.927064
C22	202.3173	657.3513	25.63886	.331962	.929526
C23	202.9327	649.0051	25.47558	.434417	.928788
C24	204.0096	665.9326	25.80567	.204226	.930292
C25	201.9615	655.3640	25.60008	.473175	.928580
C26	202.2981	645.6515	25.40967	.568103	.927781
C27	201.8750	651.4363	25.52325	.561470	.928045
C28	202.7692	675.2352	25.98529	.005500	.932270
C29	202.1346	641.9243	25.33622	.681302	.927058
C30	203.9135	674.7714	25.97636	.026303	.931446
C31	202.4615	639.8832	25.29591	.695211	.926885
C32	202.1250	657.7825	25.64727	.367164	.929219
C33	202.2019	644.7381	25.39169	.658835	.927307
C34	201.9615	673.1331	25.94481	.072661	.930905
C35	203.4904	671.6537	25.91628	.090381	.931010
C36	201.9808	660.1920	25.69420	.391907	.929087
C37	201.9038	655.6446	25.60556	.576316	.928239
C38	203.8462	674.6302	25.97364	.040030	.931049
C39	203.6731	667.9893	25.84549	.146891	.930814
C40	202.1827	651.0532	25.51574	.619053	.927822
C41	202.3942	640.2388	25.30294	.682873	.926961
C42	202.4038	635.5870	25.21085	.706908	.926612
C43	202.8365	640.3290	25.30472	.678610	.926986
C44	203.0481	648.7766	25.47109	.475253	.928446
C45	202.6346	637.1742	25.24231	.721226	.926619
C46	202.3558	640.4023	25.30617	.714730	.926830
C47	201.9327	653.5820	25.56525	.469349	.928549
C48	202.5865	642.6464	25.35047	.582266	.927607
C49	203.0769	646.4748	25.42587	.532674	.928017
C50	203.3173	652.3705	25.54154	.398479	.929054
C51	203.4423	660.6313	25.70275	.268412	.930016
C52	202.3365	646.2426	25.42130	.608330	.927599
C53	202.2212	651.3261	25.52109	.548412	.928093
C54	202.1250	655.3017	25.59886	.543340	.928311
C55	202.2404	647.1442	25.43903	.589284	.927727

AT. CTOR ALYSIS	Factor Loadings (Varimax normalized) (teresa.sta) Extraction: Principal components (Marked loadings are > .700000)			
Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	.18855	.321777	.017895	-.095155
	.10296	.253669	.019954	-.328990
	.55417	.004638	.006654	.124084
	.78368 *	.094100	.011425	.021800
	.62678	.219579	.011488	.234459
	.42527	.241832	-.045659	.121368
	.72247 *	.203717	.139995	.228794
	.57004	.436705	-.106299	.073422
	.35132	.443909	-.240832	.078368
	-.07621	-.293169	.040731	-.134248
	.59953	.233232	.013354	.203580
	-.14179	-.023323	.532397	-.149568
	.73854 *	-.020814	-.117433	.355878
	.40042	.499251	-.102887	.159009
	.58924	.295736	.213764	.210631
	.03465	-.074657	.505440	.028854
	.29123	.139232	.158158	.003290
	.65359	-.004604	-.144387	.502165
	.06180	.117801	.255093	.387800
	.46073	.385059	-.014111	.108631
	.44047	.102255	-.176256	.635412
	.23779	.186716	.715357 *	.058554
	.36955	.372148	.096814	.034146
	-.07154	.573561	-.265602	.127484
	.56284	-.159481	.134050	.288701
	.46734	.209304	.117002	.309041
	.60853	-.253982	.020427	.463114
	-.01759	-.184791	.702376 *	.067672
	.50329	.009994	-.189242	.660304
	-.18537	.585148	.062380	-.138268
	.43505	.098766	-.090489	.695297
	.55205	-.096535	.387073	.011149
	.63585	-.142678	-.108647	.532058
	.09222	-.187954	.623696	.110826
	-.20259	.259419	-.352485	.288769
	.37528	.158567	.217062	.123405
	.71368 *	-.148444	.143582	.258512
	-.08857	.378964	-.074530	-.094917
	.08908	.420082	-.318402	-.083583
	.65025	.055263	-.067567	.325999
	.35299	.256103	.068073	.648046
	.42035	.349523	.035620	.493943
	.42218	.614014	-.072260	.282640
	.27835	.685544	-.030284	.073955
	.50891	.294602	-.064196	.501896
	.52533	-.006679	.038641	.657655
	.54564	-.264898	.005587	.400288
	.33380	.412280	.130198	.374806
	.12799	.554387	-.107477	.486381
	-.01601	.593202	-.056980	.374835
	-.06364	.628048	.064481	.160121
	.25224	.104135	.117487	.739100 *
	.15796	.113792	.025423	.770603 *
	.29215	.157817	.195059	.520117
	.24792	.035199	.007166	.792739 *
Expl.Var	10.05863	5.378778	2.970232	7.480528
Prp.Totl	.18288	.097796	.054004	.136010

ISTICA: Factor Analysis

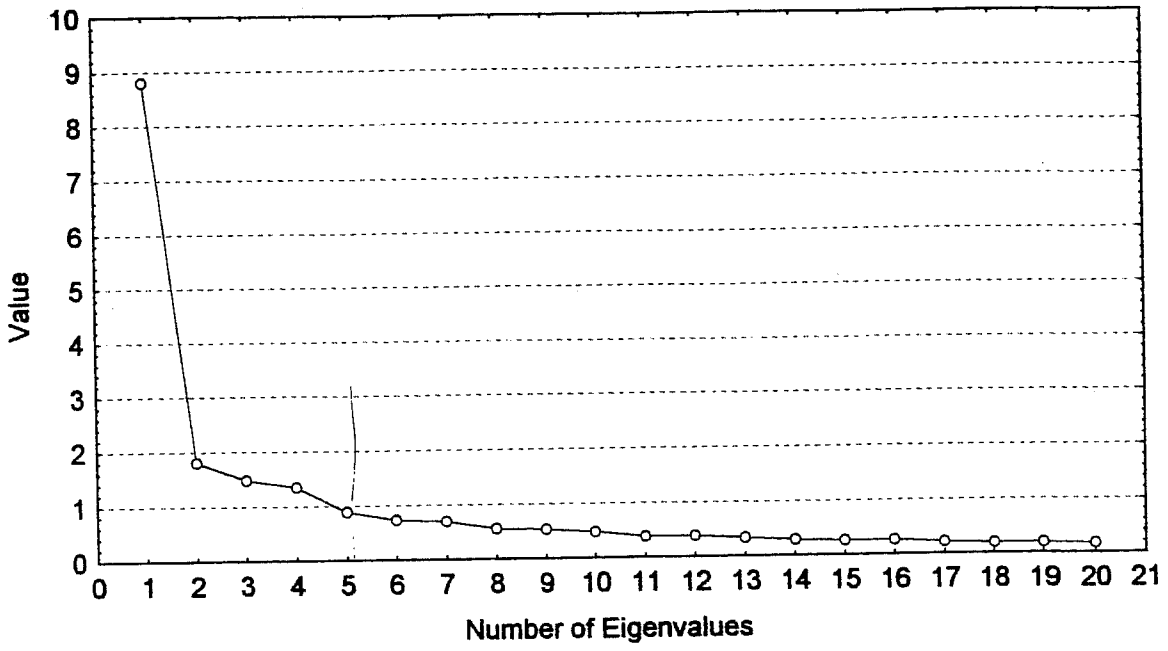
cases were processed (selected)
 valid cases were accepted
 correlation matrix was computed for 55 variables

number of variables: 55
 method: Principal components
 (10) determinant of correlation matrix: -21,475
 number of factors extracted: 4
 eigenvalues: 15,8190 4,74154 2,95334 2,37429

Eigenvalues		Extraction: Principal components		
Factor	Eigenvalue	% total Variance	Cumul. Eigenvalue	Cumul. %
1	15,81899	28,76180	15,81899	28,76180
2	4,74154	8,62098	20,56053	37,38278
3	2,95334	5,36972	23,51387	42,75250
4	2,37429	4,31690	25,88817	47,06940

Eigenvalues		Extraction: Principal components		
Factor	Eigenvalue	% total Variance	Cumul. Eigenvalue	Cumul. %
1	15,81899	28,76180	15,81899	28,76180
2	4,74154	8,62098	20,56053	37,38278
3	2,95334	5,36972	23,51387	42,75250
4	2,37429	4,31690	25,88817	47,06940
5	2,26982	4,12694	28,15798	51,19634

Plot of Eigenvalues



STAT. FACTOR ANALYSIS	Factor Loadings (Varimax raw) (teresa.sta) Extraction: Principal components (Marked loadings are > .700000)	
Variable	Factor 1	Factor 2
E1	.102441	.586729
E2	.301436	.672822
E3	.317672	.608427
E4	.269345	.786646 *
E5	.333081	.603704
E6	.092026	.770147 *
E7	.298196	.533415
E8	.470013	.458139
E9	.662657	.424558
E10	.659478	.181407
E11	.457057	.095199
E12	.776105 *	.193309
E13	.436563	.526300
E14	.648862	.290834
E15	.822299 *	.205276
E16	.756757 *	.303025
E17	.685336	.256336
E18	.875607 *	.116049
E19	.732946 *	.261822
E20	.644015	.181209
Expl.Var	6.438135	4.173635
Prp.Totl	.321907	.208682

STAT. FACTOR ANALYSIS				
Factor Loadings (Varimax normalized) (teresa.sta)				
Extraction: Principal components				
(Marked loadings are > .700000)				
Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
AE1	-.032414	.700709 *	.264532	.093161
AE2	.353743	.802087 *	.021587	.152113
AE3	.368815	.734306 *	.026387	.129657
AE4	.141133	.556778	.297594	.536544
AE5	.062793	.359032	.540150	.451038
AE6	.065303	.280297	.076203	.818270 *
AE7	.274910	-.025100	.121675	.798203 *
AE8	.650921	.185845	-.153654	.512291
AE9	.633145	.401931	.246445	.199830
AE10	.754136 *	-.007020	.034739	.298995
AE11	.083482	.088275	.735500 *	-.020805
AE12	.674215	.244304	.391674	.017126
AE13	.283560	.265487	.377913	.461402
AE14	.324032	.225248	.714844 *	.132092
AE15	.757111 *	.221306	.344984	.066411
AE16	.660397	.298838	.378585	.119794
AE17	.435719	-.006012	.597922	.338815
AE18	.718476 *	.085618	.505180	.061519
AE19	.525345	.057792	.545270	.289254
AE20	.703850 *	.153408	.090646	.124255
Expl.Var	4.892934	2.748997	3.086412	2.705924
Prp.Totl	.244647	.137450	.154321	.135296

STAT. FACTOR ANALYSIS			
Factor Loadings (Varimax normalized) (teresa.sta)			
Extraction: Principal components			
(Marked loadings are > .700000)			
Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3
AE1	-.085091	.578012	.337828
AE2	.304199	.661033	.138420
AE3	.320717	.596152	.138696
AE4	.171816	.773619 *	.277653
AE5	.088134	.585366	.493138
AE6	.177166	.767601 *	-.037438
AE7	.403555	.524226	-.017043
AE8	.715935 *	.445987	-.166115
AE9	.612004	.398912	.311061
AE10	.790132 *	.160260	.037357
AE11	.043583	.069382	.734886 *
AE12	.629076	.161764	.466937
AE13	.320414	.507206	.338853
AE14	.294814	.259135	.725449 *
AE15	.722489 *	.173098	.415795
AE16	.628912	.272446	.441360
AE17	.463601	.226314	.547940
AE18	.689313	.080155	.548515
AE19	.539606	.230705	.523353
AE20	.695303	.158856	.144417
Expl.Var	4.915027	3.911024	3.262972
Prp.Totl	.245751	.195551	.163149

STAT. BASIC STATS				
GRUPO (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
CAB_VERD	52	52	100.0000	100.0000
Missing	0	52	0.0000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
IDADE (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
14.0000	1	1	1.92308	1.9231
15.0000	4	5	7.69231	9.6154
16.0000	4	9	7.69231	17.3077
17.0000	3	12	5.76923	23.0769
18.0000	4	16	7.69231	30.7692
19.0000	3	19	5.76923	36.5385
20.0000	7	26	13.46154	50.0000
21.0000	7	33	13.46154	63.4615
22.0000	2	35	3.84615	67.3077
23.0000	8	43	15.38462	82.6923
24.0000	4	47	7.69231	90.3846
25.0000	5	52	9.61538	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
ESCOLARI (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2.00000	9	9	17.30769	17.3077
3.00000	13	22	25.00000	42.3077
4.00000	19	41	36.53846	78.8462
5.00000	9	50	17.30769	96.1538
6.00000	2	52	3.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

STAT. BASIC STATS				
PROFISSÃ (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	13	13	25.00000	25.0000
2.00000	14	27	26.92308	51.9231
3.00000	4	31	7.69231	59.6154
5.00000	9	40	17.30769	76.9231
6.00000	12	52	23.07692	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

R_MENSAL (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	43	43	82.69231	82.6923
1.00000	9	52	17.30769	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

NAC_PAIM (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	52	52	100.0000	100.0000
Missing	0	52	0.0000	100.0000

NACIONAL (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	37	37	71.15385	71.1538
2.00000	14	51	26.92308	98.0769
3.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

N°_PESSO (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	2	2	3.84615	3.8462
2.00000	8	10	15.38462	19.2308
3.00000	9	19	17.30769	36.5385
4.00000	6	25	11.53846	48.0769
5.00000	10	35	19.23077	67.3077
6.00000	3	38	5.76923	73.0769
7.00000	3	41	5.76923	78.8462
8.00000	5	46	9.61538	88.4615
10.0000	2	48	3.84615	92.3077
13.0000	1	49	1.92308	94.2308
15.0000	1	50	1.92308	96.1538
16.0000	1	51	1.92308	98.0769
17.0000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

RESIDÊNC (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	27	27	51.92308	51.9231
00000	24	51	46.15385	98.0769
00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

N°_ASSOA (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	5	5	9.61538	9.6154
00000	17	22	32.69231	42.3077
00000	11	33	21.15385	63.4615
00000	2	35	3.84615	67.3077
00000	7	42	13.46154	80.7692
00000	3	45	5.76923	86.5385
00000	2	47	3.84615	90.3846
9.000	5	52	9.61538	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

REL_SEXU (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
IM	52	52	100.0000	100.0000
Missing	0	52	0.0000	100.0000

IDADSEX (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2.0000	1	1	1.92308	1.9231
3.0000	4	5	7.69231	9.6154
4.0000	9	14	17.30769	26.9231
5.0000	13	27	25.00000	51.9231
6.0000	8	35	15.38462	67.3077
7.0000	6	41	11.53846	78.8462
8.0000	6	47	11.53846	90.3846
9.0000	2	49	3.84615	94.2308
10.0000	2	51	3.84615	98.0769
12.0000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

COMPAN? (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
40	40	40	76.92308	76.9231
12	12	52	23.07692	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

TEMPO (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	1.92308	1.9231
2.00000	1	2	1.92308	3.8462
3.00000	1	3	1.92308	5.7692
4.00000	2	5	3.84615	9.6154
5.00000	3	8	5.76923	15.3846
6.00000	1	9	1.92308	17.3077
7.00000	1	10	1.92308	19.2308
8.00000	4	14	7.69231	26.9231
9.00000	1	15	1.92308	28.8462
10.00000	6	21	11.53846	40.3846
11.00000	1	22	1.92308	42.3077
12.00000	1	23	1.92308	44.2308
13.00000	5	28	9.61538	53.8462
14.00000	2	30	3.84615	57.6923
15.00000	1	31	1.92308	59.6154
16.00000	2	33	3.84615	63.4615
17.00000	2	35	3.84615	67.3077
18.00000	2	37	3.84615	71.1538
19.00000	1	38	1.92308	73.0769
20.00000	1	39	1.92308	75.0000
21.00000	13	52	25.00000	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

E_CIVIL (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
78.84615	41	41	78.84615	78.8462
21.15385	11	52	21.15385	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

QTS_PARC (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
13.46154	7	7	13.46154	13.4615

QTS_PARC (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	38	45	73.07692	86.5385
00000	6	51	11.53846	98.0769
00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

QUE10 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
000000	1	1	1.92308	1.9231
000000	14	15	26.92308	28.8462
000000	31	46	59.61538	88.4615
99.000	6	52	11.53846	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

QUE11 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
000000	3	3	5.76923	5.7692
000000	29	32	55.76923	61.5385
000000	4	36	7.69231	69.2308
000000	6	42	11.53846	80.7692
000000	4	46	7.69231	88.4615
000000	1	47	1.92308	90.3846
000000	3	50	5.76923	96.1538
000000	2	52	3.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

FILHO (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
N TEM	23	23	44.23077	44.2308
FILHO_1	16	39	30.76923	75.0000
FILHO_2	7	46	13.46154	88.4615
FILHO_3	5	51	9.61538	98.0769
FILHO_4	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

TES_HIV? (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	21	21	40.38462	40.3846
00000	31	52	59.61538	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

IDADE (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
7.0000	2	2	3.84615	3.8462
8.0000	6	8	11.53846	15.3846
9.0000	3	11	5.76923	21.1538
0.0000	4	15	7.69231	28.8462
1.0000	7	22	13.46154	42.3077
2.0000	6	28	11.53846	53.8462
3.0000	9	37	17.30769	71.1538
4.0000	7	44	13.46154	84.6154
5.0000	8	52	15.38462	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

ESCOLARI (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	6	6	11.53846	11.5385
.00000	16	22	30.76923	42.3077
.00000	30	52	57.69231	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

PROFISSÃ (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	45	45	86.53846	86.5385
.00000	3	48	5.76923	92.3077
.00000	4	52	7.69231	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

R_MENSAL (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	34	34	65.38462	65.3846
.00000	15	49	28.84615	94.2308
.00000	3	52	5.76923	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

NAC_PAIM (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	52	52	100.0000	100.0000
Missing	0	52	0.0000	100.0000

NACIONAL (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	52	52	100.0000	100.0000
Missing	0	52	0.0000	100.0000

N°_PESSO (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	6	6	11.53846	11.5385
1.00000	15	21	28.84615	40.3846
2.00000	13	34	25.00000	65.3846
3.00000	16	50	30.76923	96.1538
4.00000	1	51	1.92308	98.0769
5.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

RESIDÊNC (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	34	34	65.38462	65.3846
1.00000	17	51	32.69231	98.0769
2.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

N°_ASSOA (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	1	1.92308	1.9231
2.00000	2	3	3.84615	5.7692
3.00000	8	11	15.38462	21.1538

N°_ASSOA (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	20	31	38.46154	59.6154
.00000	9	40	17.30769	76.9231
.00000	9	49	17.30769	94.2308
0.0000	1	50	1.92308	96.1538
99.000	2	52	3.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

REL_SEXU (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
SIM	52	52	100.0000	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

IDADSEX (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
14.0000	2	2	3.84615	3.8462
15.0000	4	6	7.69231	11.5385
16.0000	10	16	19.23077	30.7692
17.0000	14	30	26.92308	57.6923
18.0000	9	39	17.30769	75.0000
19.0000	5	44	9.61538	84.6154
20.0000	5	49	9.61538	94.2308
22.0000	2	51	3.84615	98.0769
23.0000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

COMPAN? (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
SIM	36	36	69.23077	69.2308
NÃO	16	52	30.76923	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

TEMPO (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	2	2	3.84615	3.8462
1.00000	1	3	1.92308	5.7692
2.00000	2	5	3.84615	9.6154
3.00000	1	6	1.92308	11.5385
4.00000	1	7	1.92308	13.4615
5.00000	4	11	7.69231	21.1538
6.00000	1	12	1.92308	23.0769
7.00000	2	14	3.84615	26.9231
8.00000	5	19	9.61538	36.5385
9.00000	1	20	1.92308	38.4615
10.00000	4	24	7.69231	46.1538
11.00000	7	31	13.46154	59.6154
12.00000	1	32	1.92308	61.5385
13.00000	1	33	1.92308	63.4615
14.00000	1	34	1.92308	65.3846
15.00000	2	36	3.84615	69.2308
16.00000	1	37	1.92308	71.1538
17.00000	15	52	28.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

E_CIVIL (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	42	42	80.76923	80.7692
2.00000	10	52	19.23077	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

QTS_PARC (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	8	8	15.38462	15.3846
2.00000	39	47	75.00000	90.3846
3.00000	4	51	7.69231	98.0769
4.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

QUE10 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	5	5	9.61538	9.6154
2.00000	11	16	21.15385	30.7692

QUE10 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
00000	30	46	57.69231	88.4615
99.000	6	52	11.53846	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

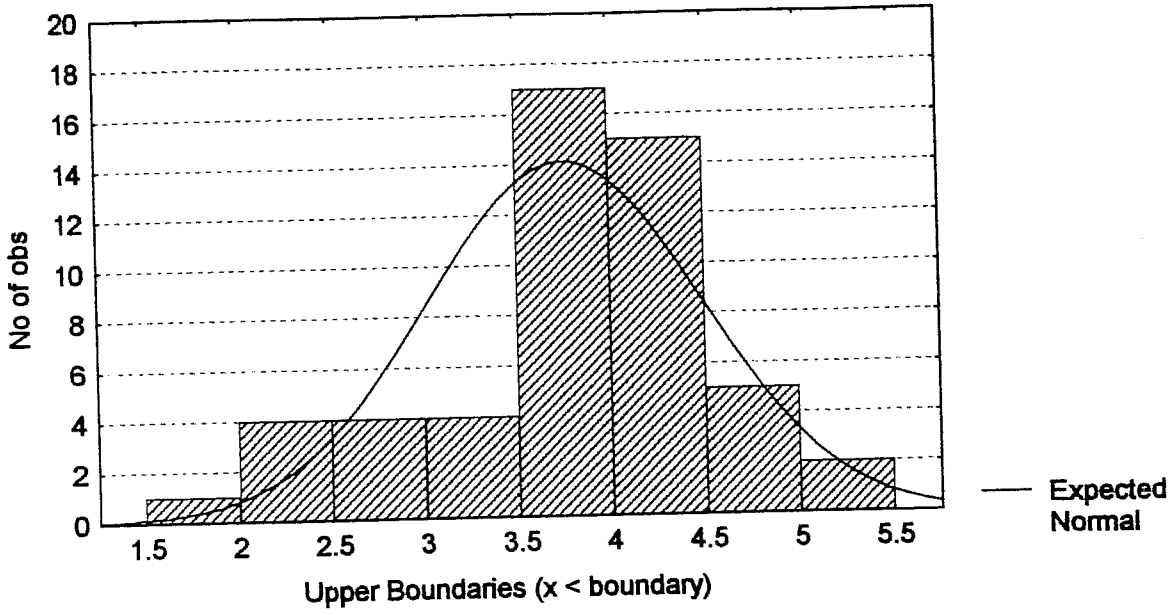
QUE11 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	13	13	25.00000	25.0000
0.00000	20	33	38.46154	63.4615
0.00000	1	34	1.92308	65.3846
0.00000	7	41	13.46154	78.8462
0.00000	9	50	17.30769	96.1538
0.00000	2	52	3.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

FILHO (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
TEM	46	46	88.46154	88.4615
FILHO_1	3	49	5.76923	94.2308
FILHO_2	2	51	3.84615	98.0769
FILHO_3	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

TES_HIV? (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	12	12	23.07692	23.0769
2.00000	40	52	76.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

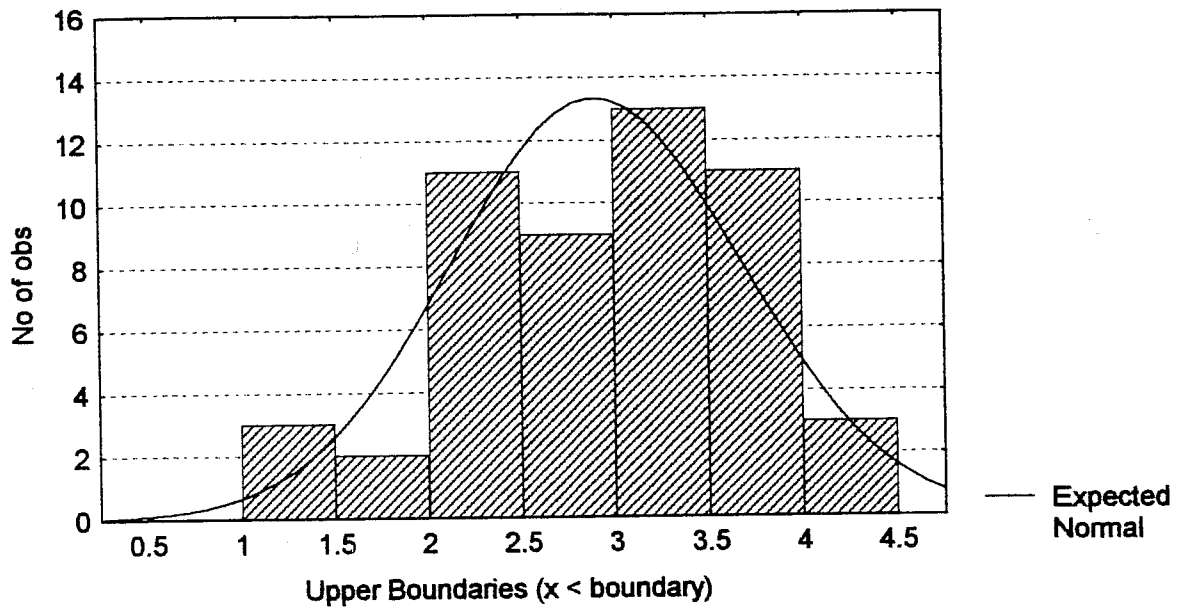
CRENÇAS1: =(c3+c4+c5+c6+c7+c11+c13+c15+c20+c25+c26+c32+c37+c40

Shapiro-Wilk W=.95037, p<.0533



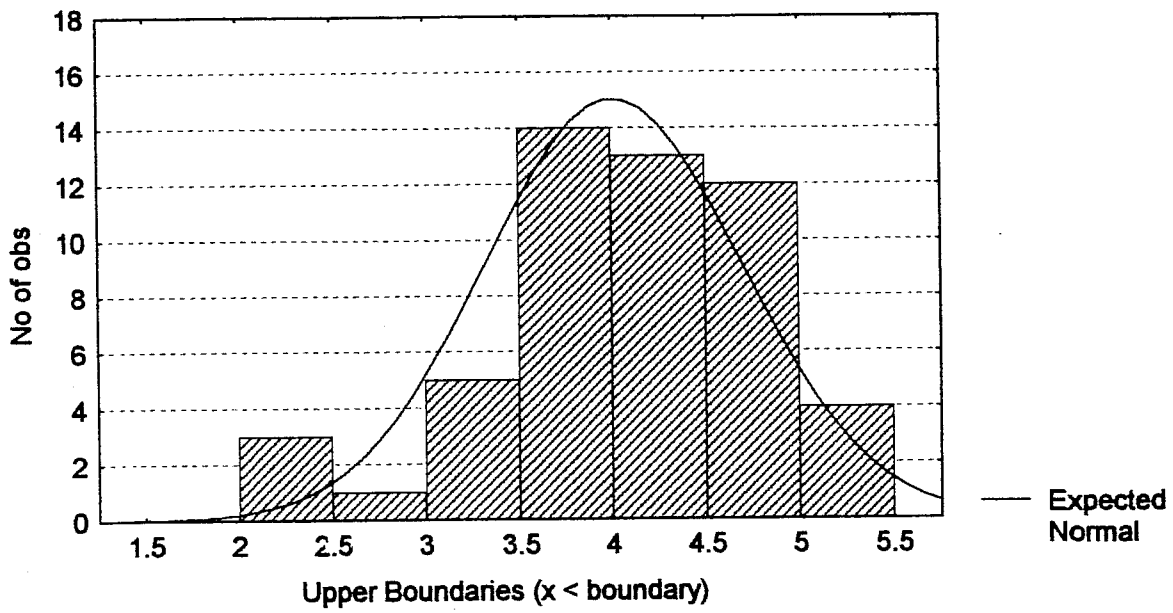
CRENÇAS2: $=(c9+c24+c30+c39+c44+c48+c50)/7$

Shapiro-Wilk $W=.97139$, $p<.4036$



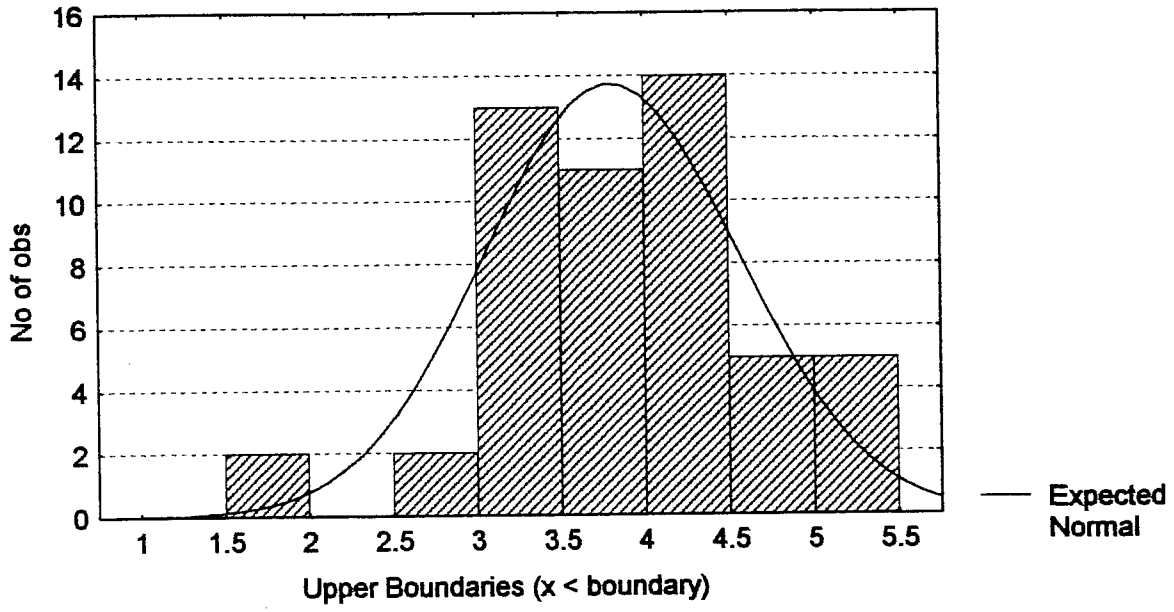
CRENÇAS3: $=(c12+c16+c22+c28+c34)/5$

Shapiro-Wilk W=.92906, $p<.0050$

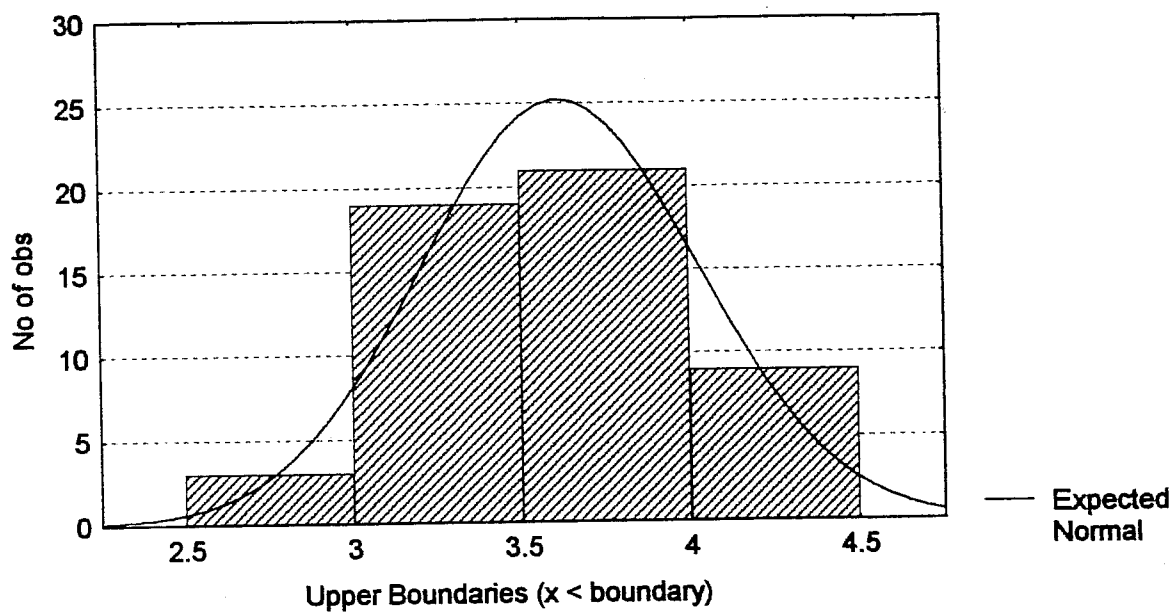


CRENÇAS4: $=(c41+c52+c53+c54+c55)/5$

Shapiro-Wilk $W=.94598, p<.0331$

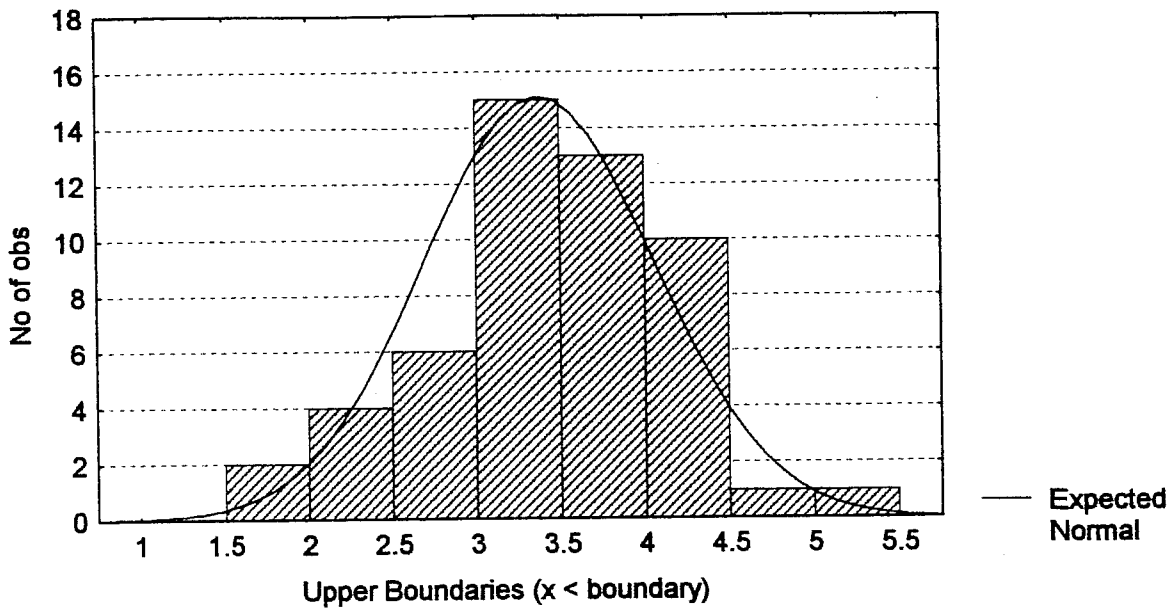


CR_TOTAL: $=(f_1+f_2+f_3+f_4)/4$
Shapiro-Wilk $W=.97097, p<.3902$



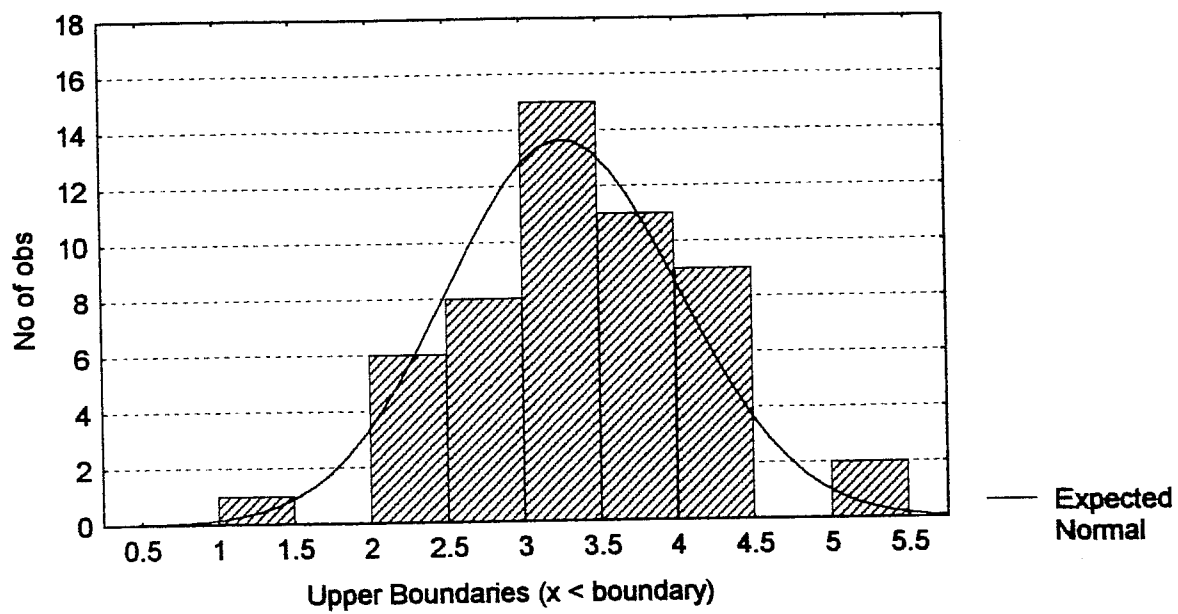
A_EFICA1: =(ae1+ae2+ae3+ae9+ae16)/5

Shapiro-Wilk W=.97369, p<.4809

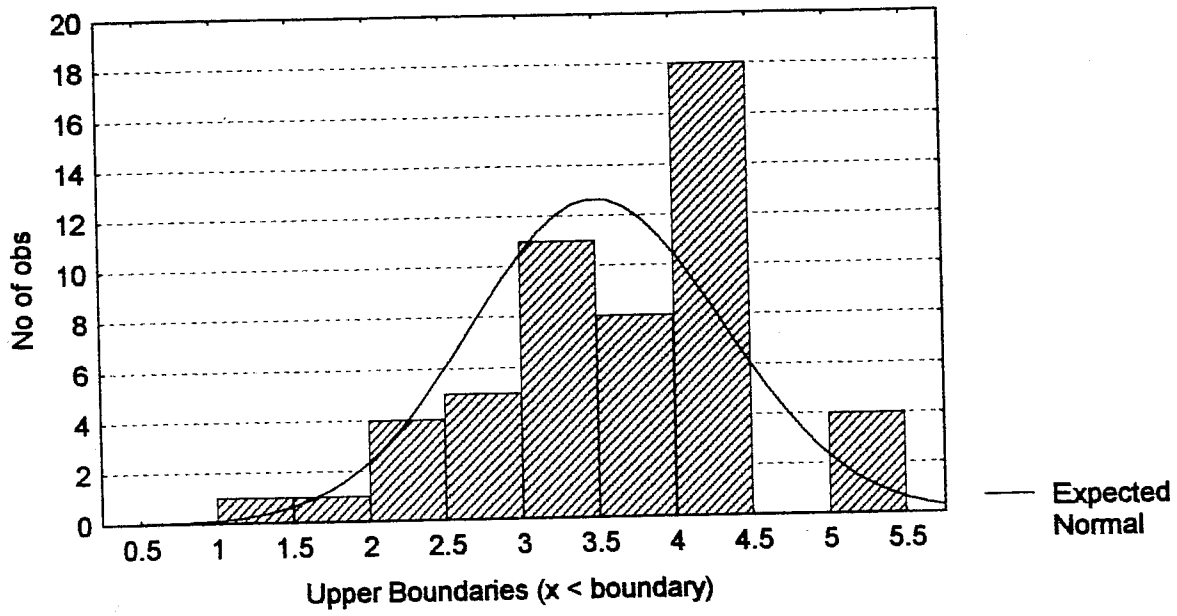


$$A_EFICA2 = (ae4 + ae6 + ae7 + ae8 + ae10) / 5$$

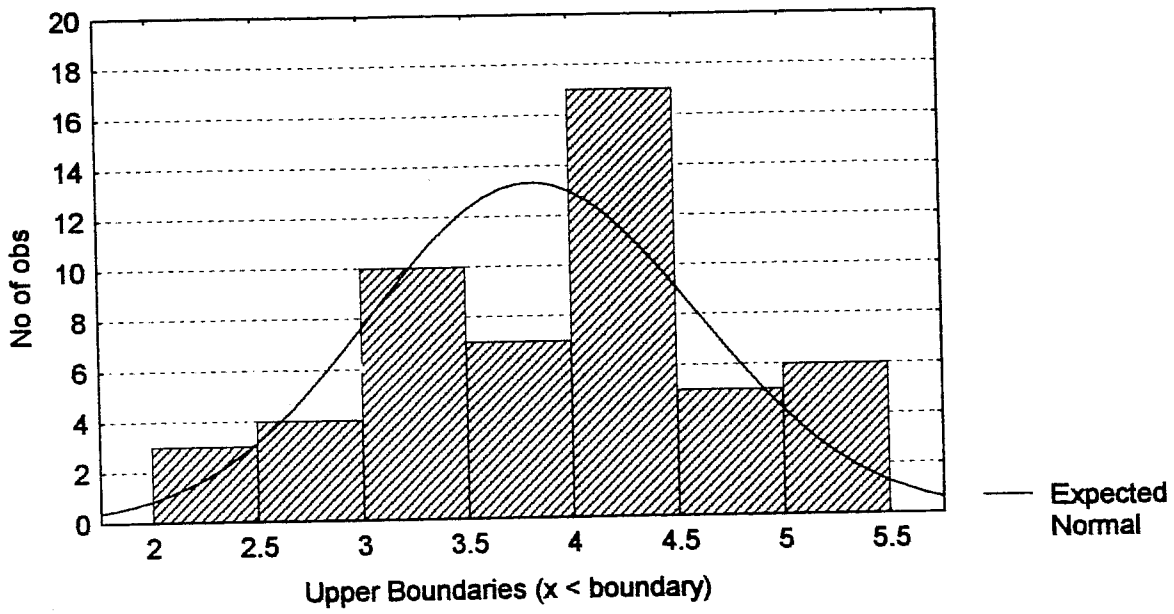
Shapiro-Wilk $W = .97473$, $p < .5183$



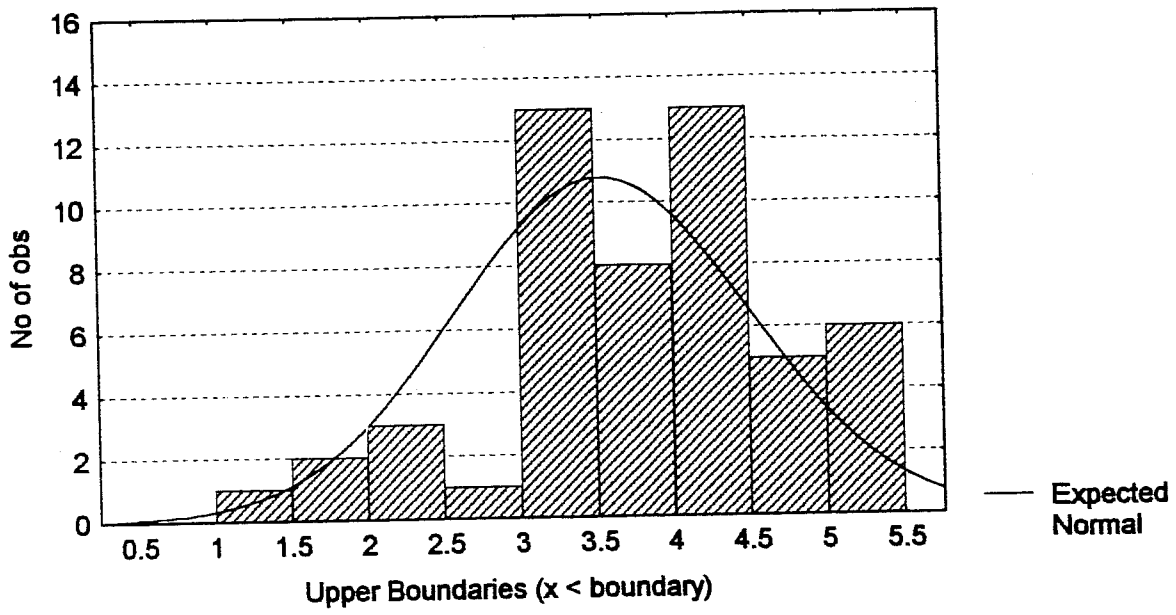
A_EFICA3: $=(ae12+ae15+ae19)/3$
Shapiro-Wilk $W=.93037, p<.0058$



A_EFICA4: $=(ae5+ae11+ae14)/3$
Shapiro-Wilk $W=.93555$, $p<.0104$

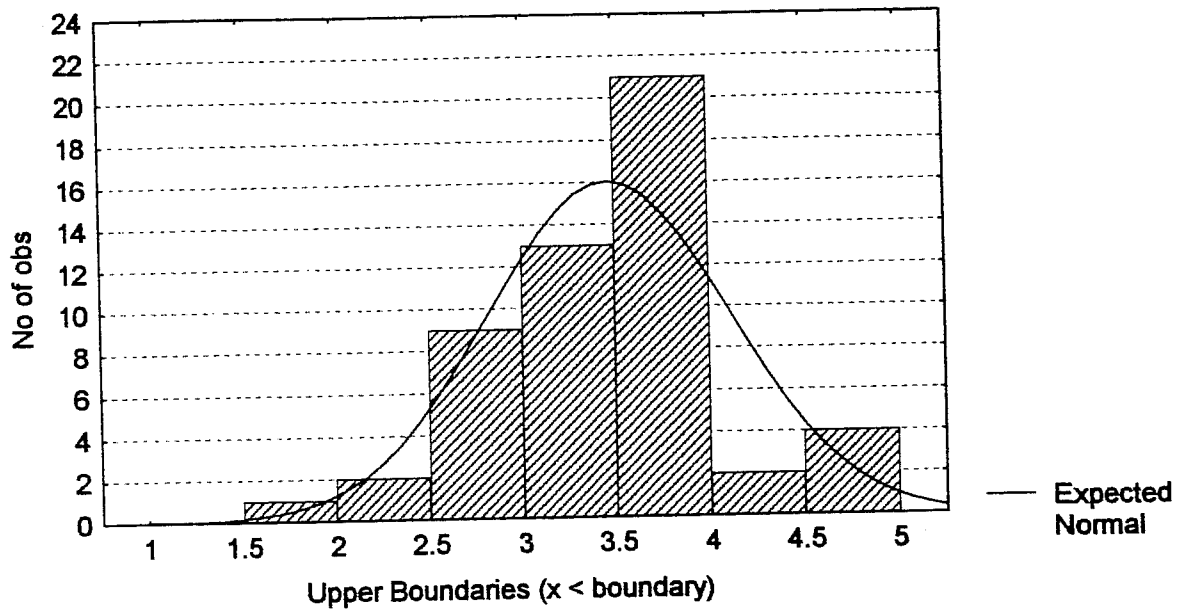


A_EFICA5: =(ae17+ae18)/2
Shapiro-Wilk W=.93058, p<.0059

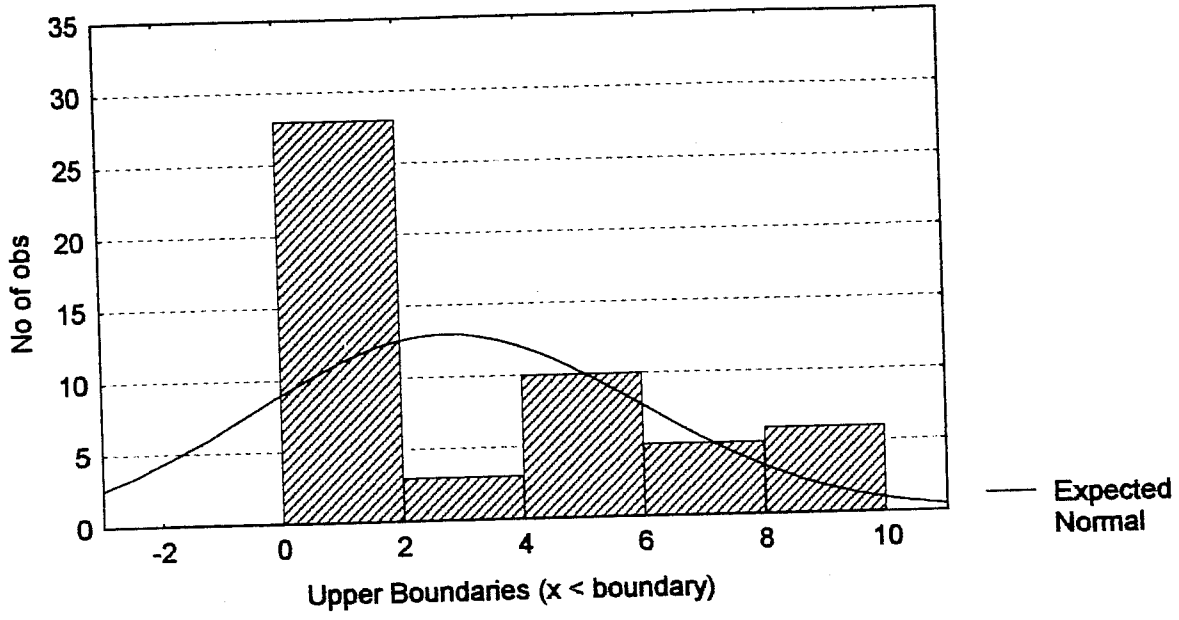


$$\text{TOTAL_AE} = (f1+f2+f3+f4+f5+ae13+ae20)/7$$

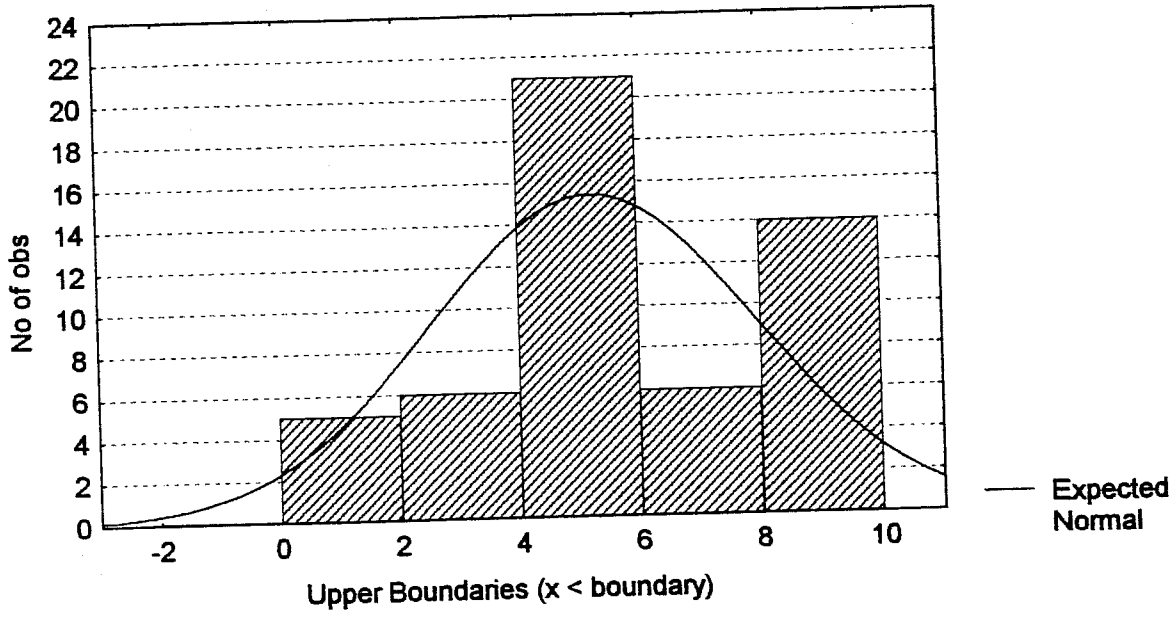
Shapiro-Wilk W=.96810, p<.3072



OCASIONA: =(i1+i3+i5+i7)
Shapiro-Wilk W=.78261, p<.0000

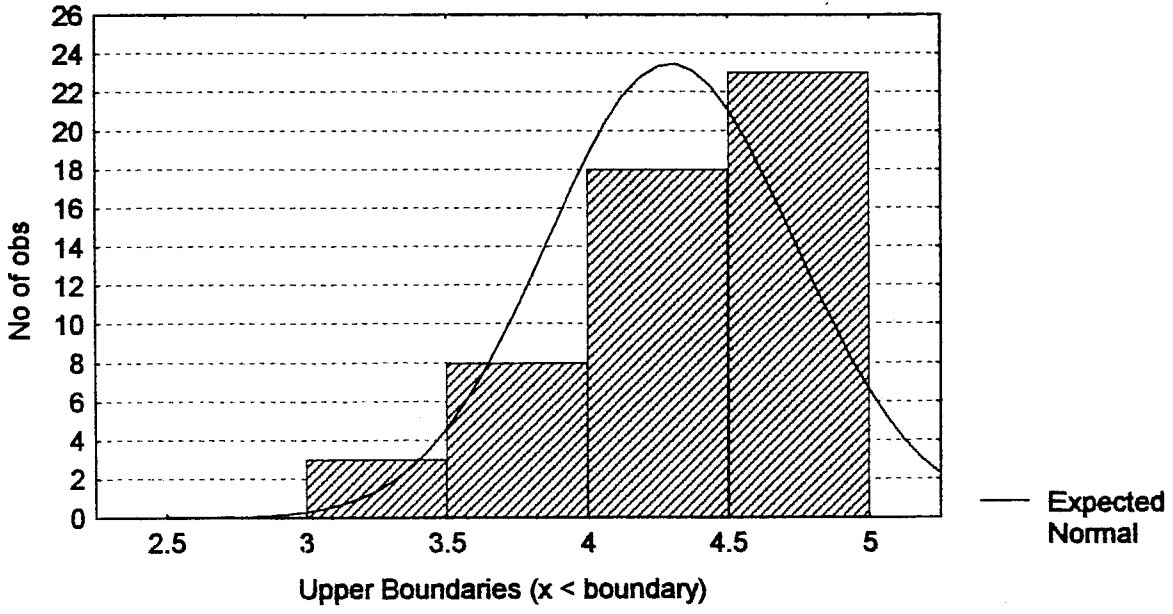


REGULAR: =(i2+i4+i6+i8)
Shapiro-Wilk W=.91142, p<.0007



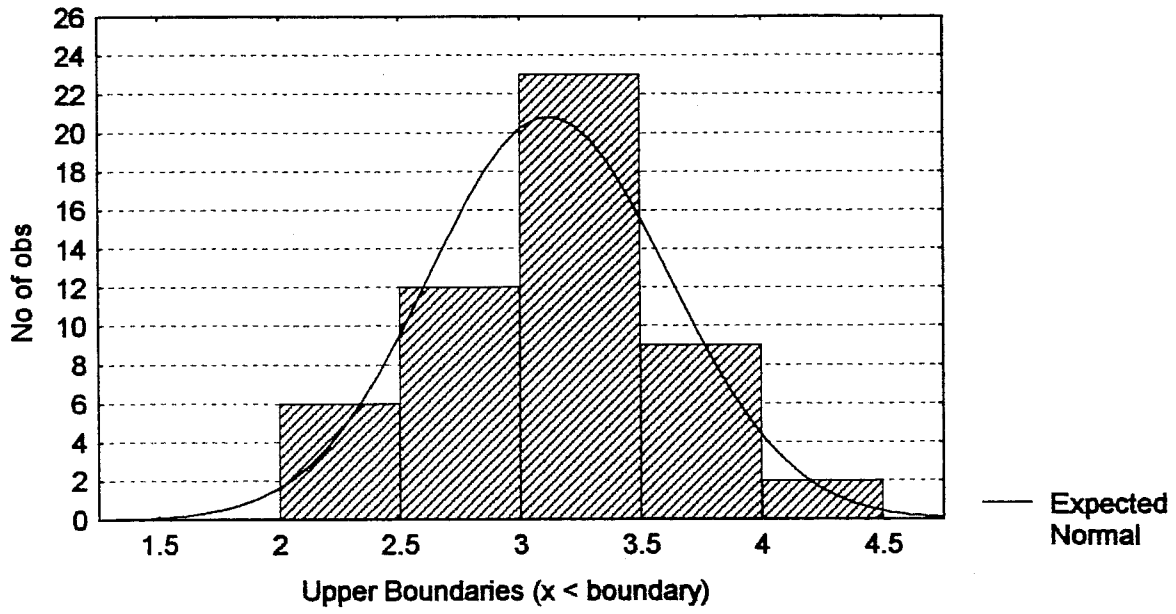
CRENÇAS1: =(c3+c4+c5+c6+c7+c11+c13+c15+c20+c25+c26+c32+c37+c40

Shapiro-Wilk W=.90702, p<.0004



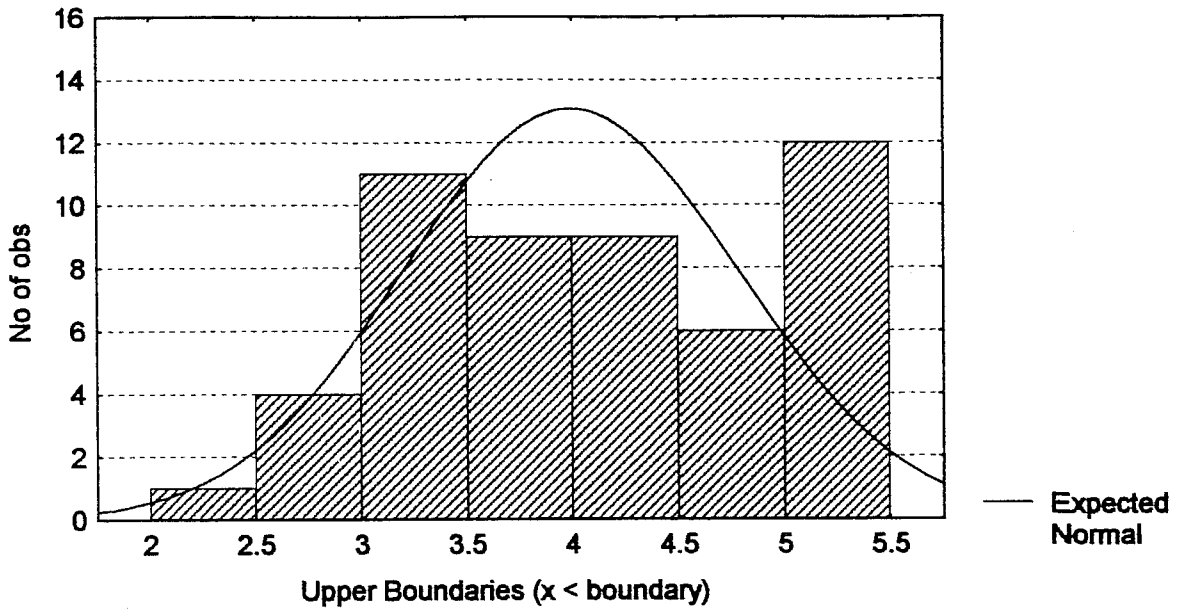
CRENÇAS2: $=(c9+c24+c30+c39+c44+c48+c50)/7$

Shapiro-Wilk W=.96410, p<.2141



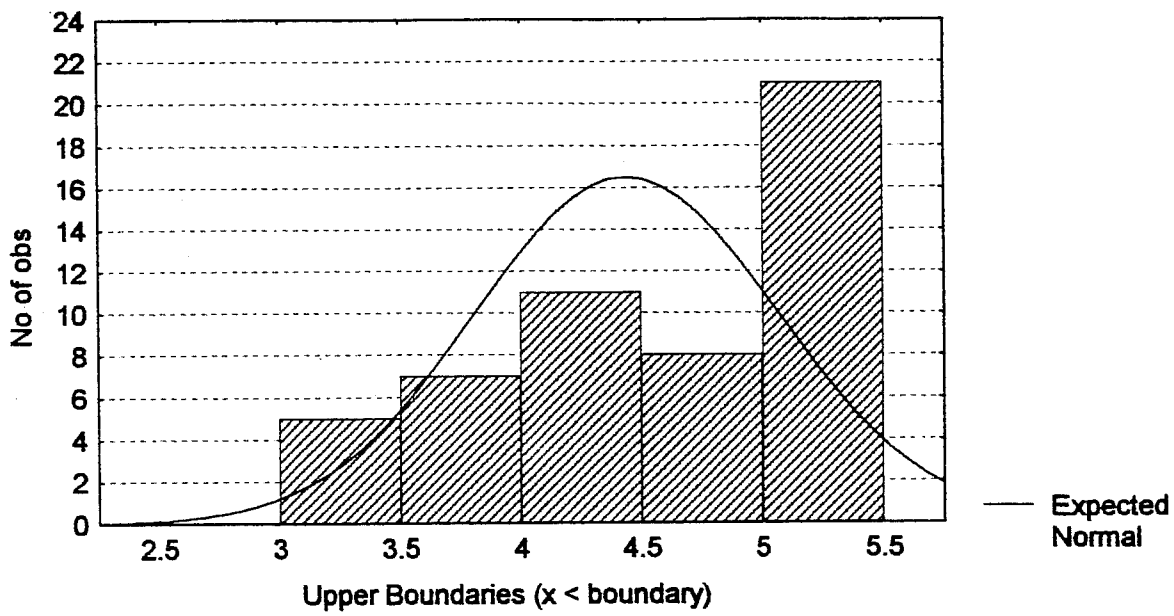
CRENÇAS3: $=(c12+c16+c22+c28+c34)/5$

Shapiro-Wilk $W=.90446$, $p<.0003$

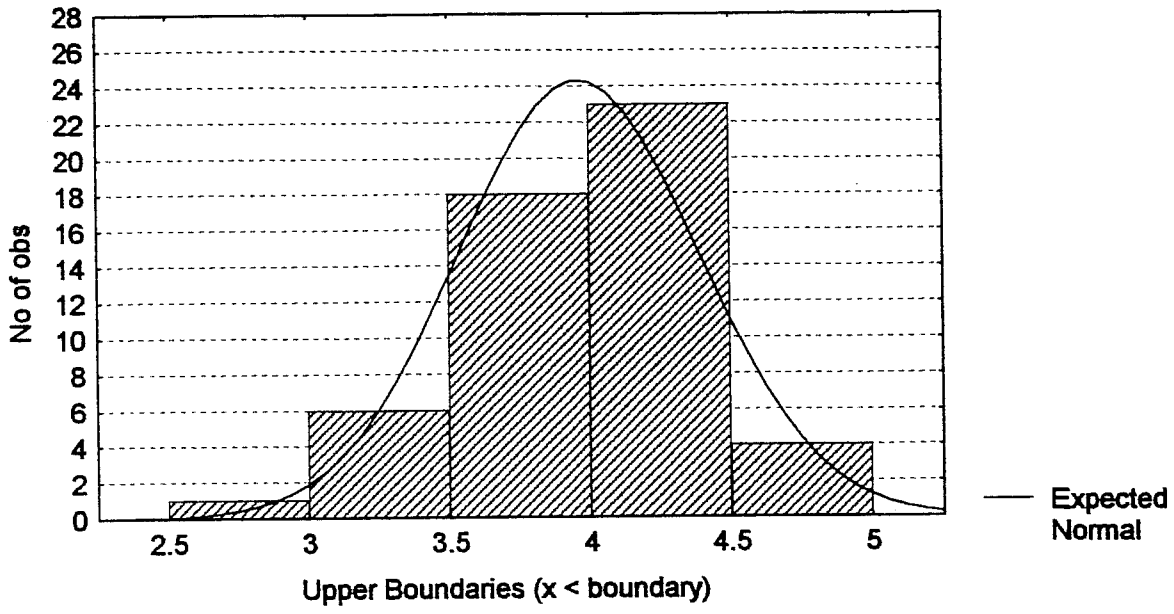


$$\text{CRENÇAS4} = (c41+c52+c53+c54+c55)/5$$

Shapiro-Wilk $W = .81445$, $p < .0000$

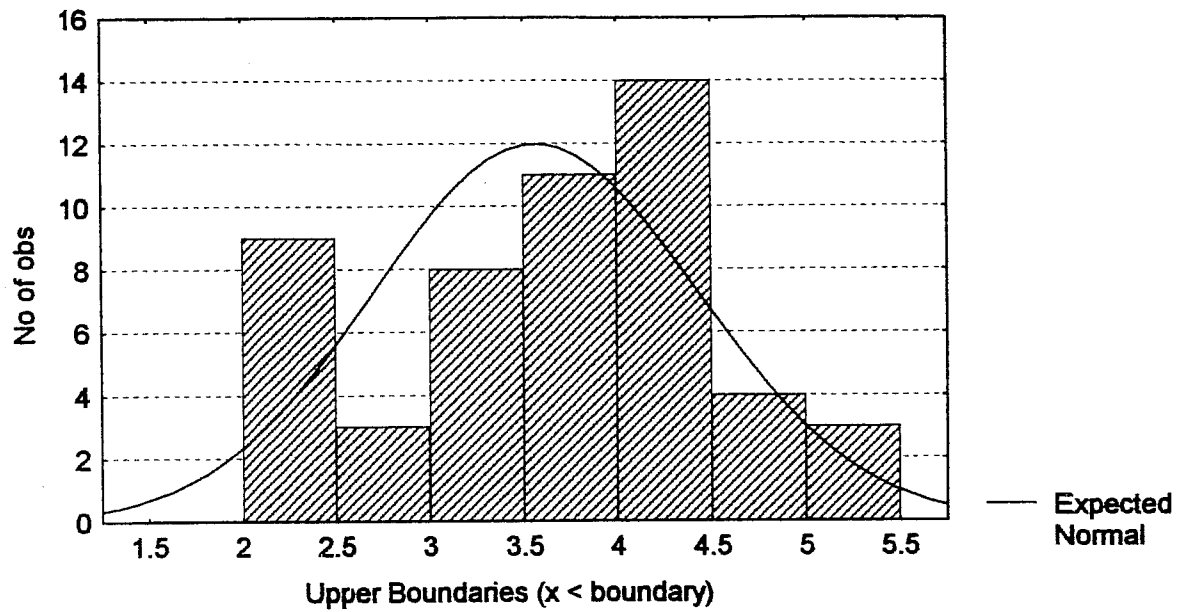


CR_TOTAL: $=(f_1+f_2+f_3+f_4)/4$
Shapiro-Wilk $W=.94991$, $p<.0507$



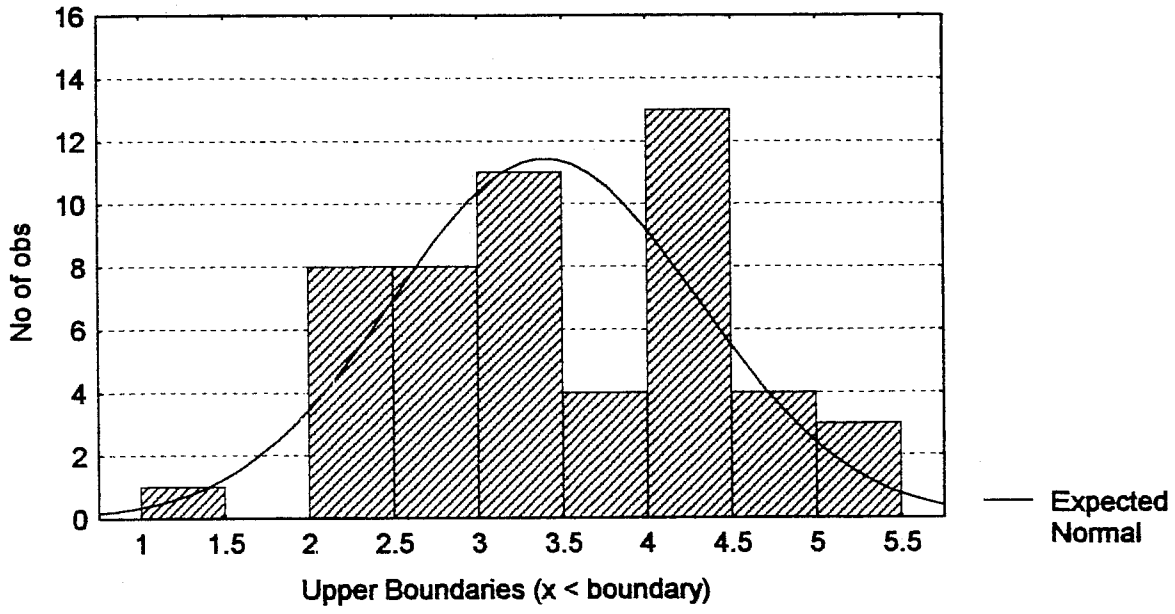
A_EFICA1: $=(ae1+ae2+ae3+ae9+ae16)/5$

Shapiro-Wilk $W=.93577$, $p<.0106$



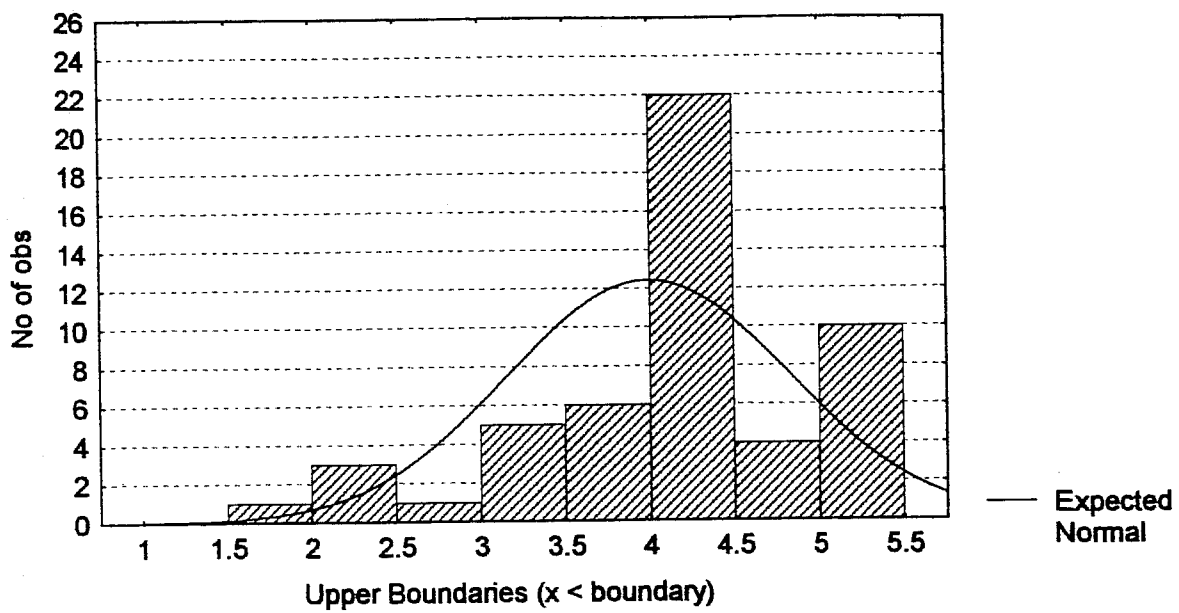
$$A_EFICA2 = (ae4+ae6+ae7+ae8+ae10)/5$$

Shapiro-Wilk $W = .96038$, $p < .1498$

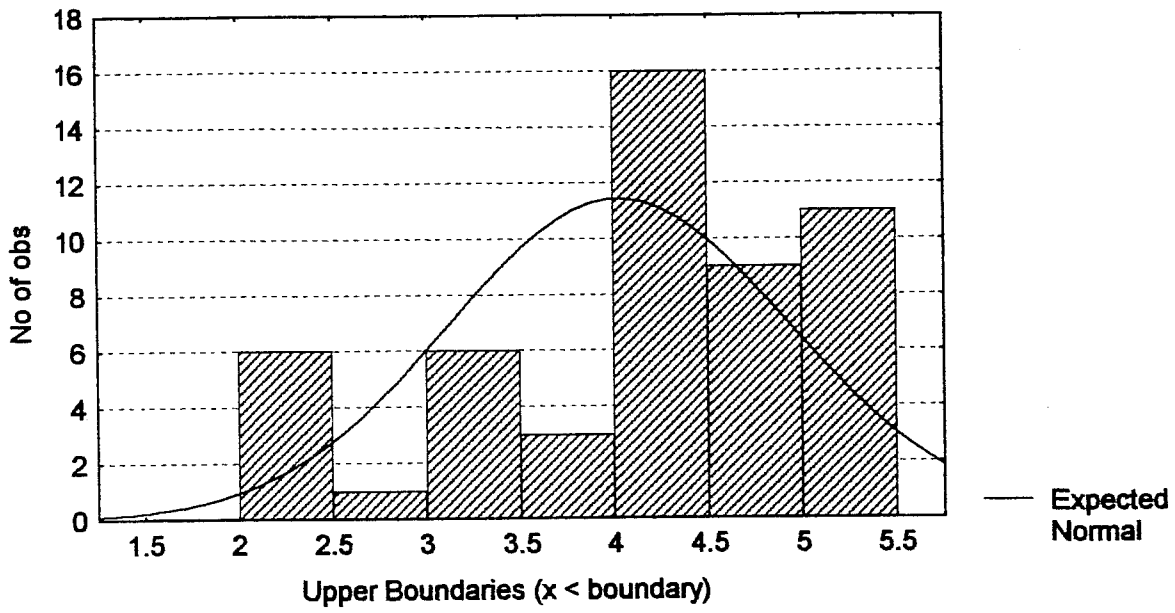


A_EFICA3: $=(ae12+ae15+ae19)/3$

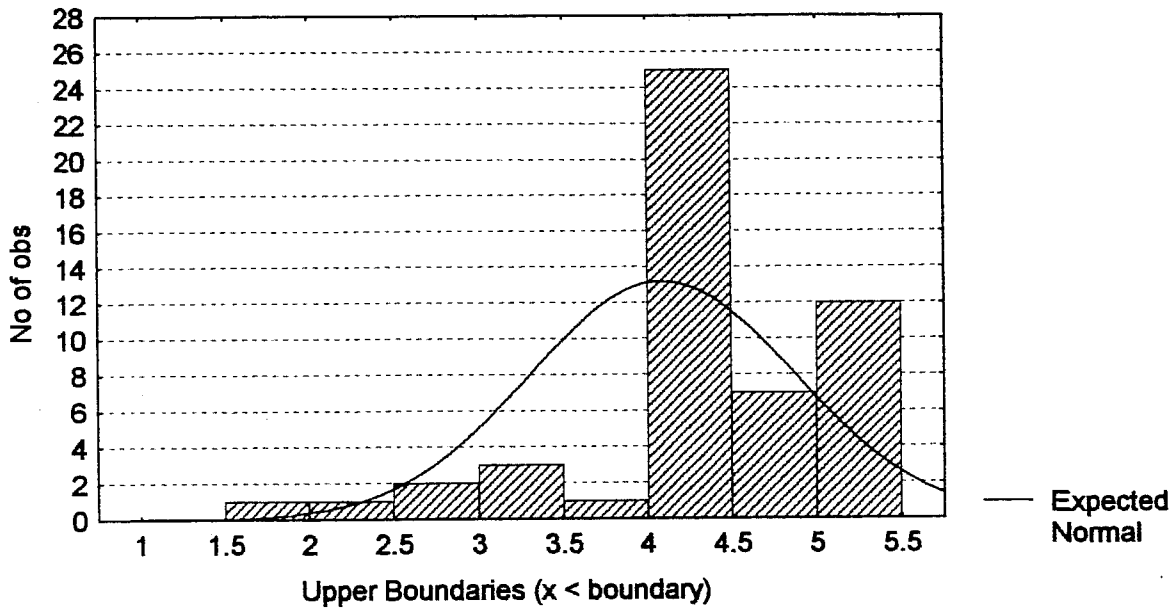
Shapiro-Wilk W=.88913, $p<.0001$



A_EFICA4: $=(ae5+ae11+ae14)/3$
Shapiro-Wilk $W=.86431$, $p<.0000$

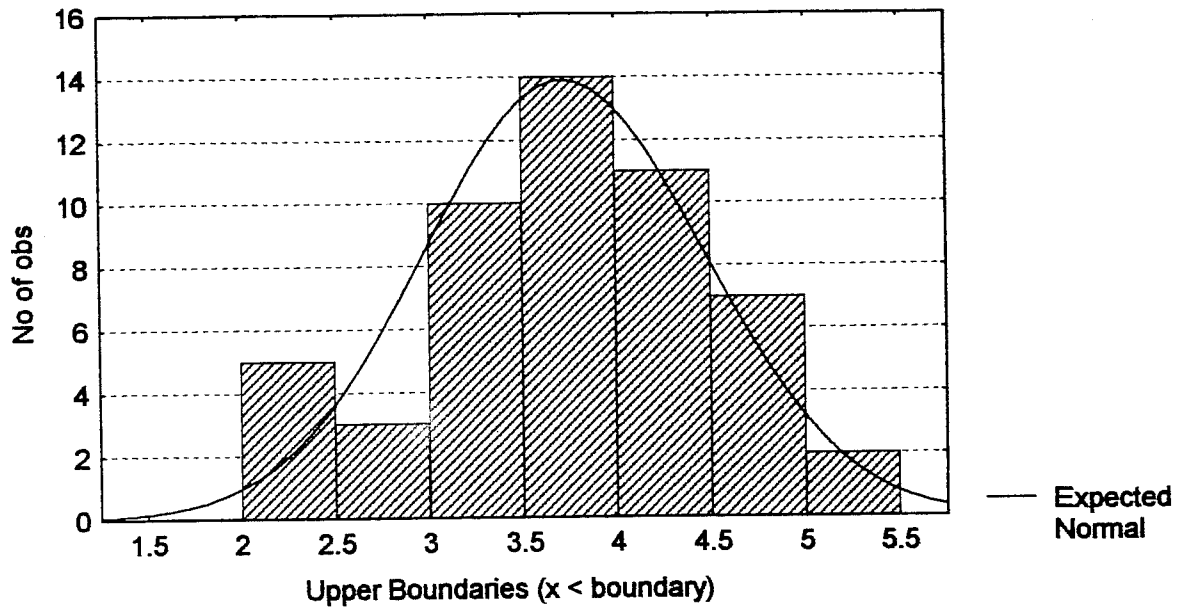


A_EFICA5: =(ae17+ae18)/2
Shapiro-Wilk W=.82448, p<.0000

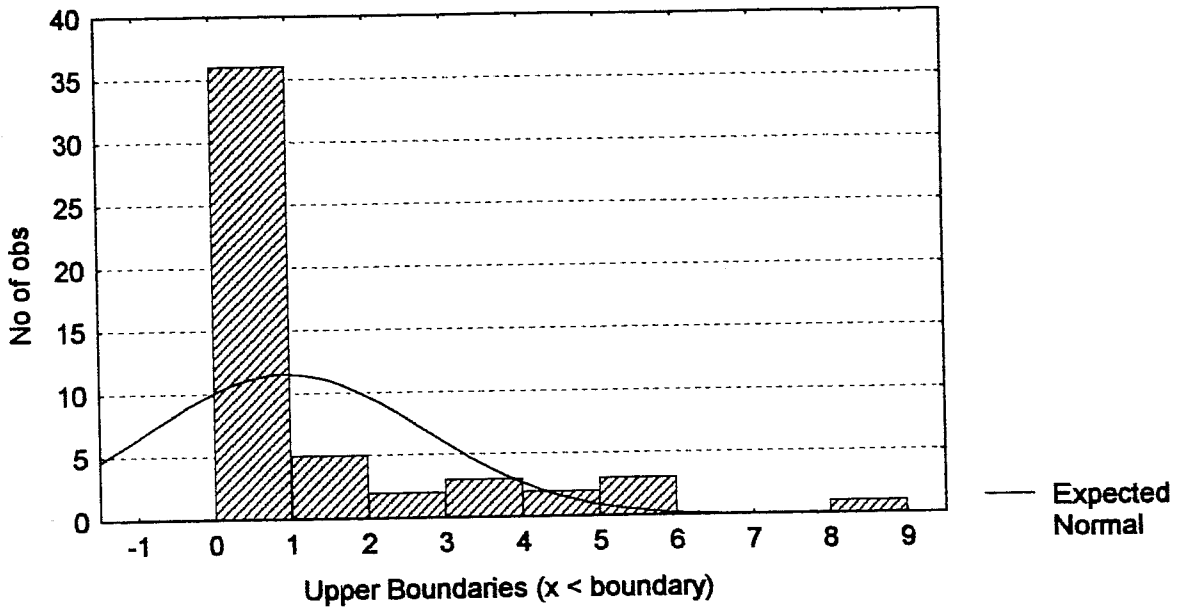


TOTAL_AE: $=(f1+f2+f3+f4+f5+ae13+ae20)/7$

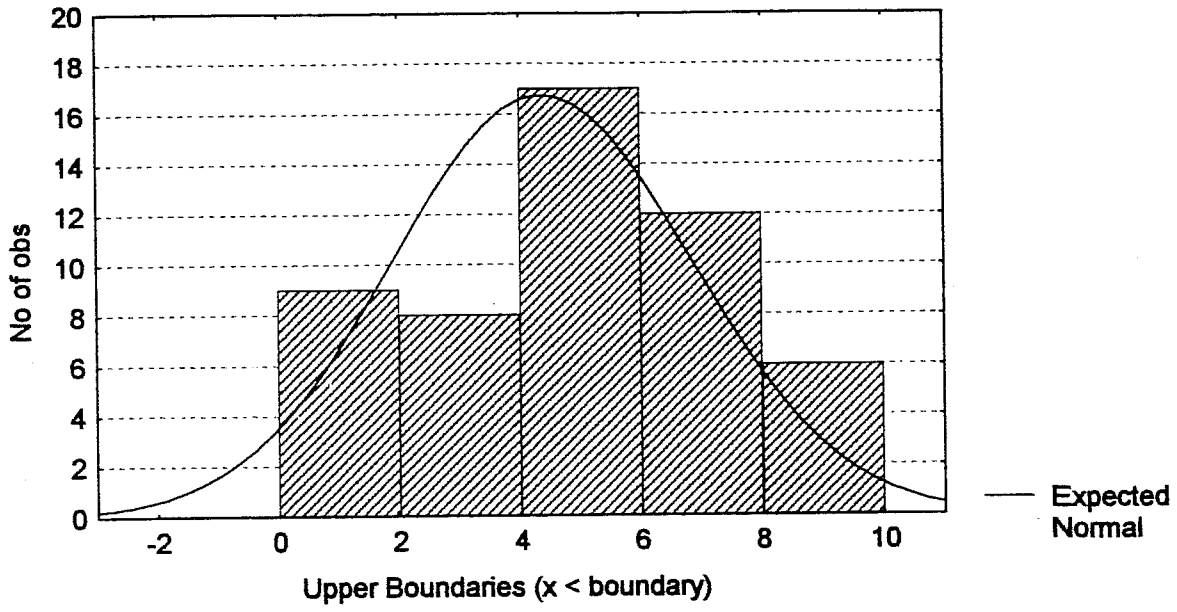
Shapiro-Wilk W=.95755, p<.1129



OCASIONA: =(i1+i3+i5+i7)
Shapiro-Wilk W=.60528, p<.0000



REGULAR: =(i2+i4+i6+i8)
Shapiro-Wilk W=.94613, p<.0337



Descriptive Statistics (teresal.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
RENÇAS1	52	3.751374	3.821429	1.857143	5.000000	.733153
RENÇAS2	52	2.903846	3.000000	1.000000	4.428571	.776671
RENÇAS3	52	4.007692	4.000000	2.200000	5.000000	.689372
RENÇAS4	52	3.803846	3.800000	1.800000	5.000000	.754064
R_TOTAL	52	3.616690	3.628571	2.814286	4.489286	.410617

Descriptive Statistics (teresal.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
EFICA1	52	3.373077	3.400000	1.800000	5.000000	.686027
EFICA2	52	3.265385	3.200000	1.000000	5.000000	.758452
EFICA3	52	3.500000	3.666667	1.000000	5.000000	.817830
EFICA4	52	3.820513	4.000000	2.333333	5.000000	.776736
EFICA5	52	3.538462	3.500000	1.000000	5.000000	.959198
TOTAL_AE	52	3.463919	3.545238	1.685714	4.885714	.645713

Descriptive Statistics (teresal.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
OCASIONA	52	2.750000	1.000000	0.00	9.000000	3.198498
REGULAR	52	5.230769	5.000000	0.00	9.000000	2.690691

Q1 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	2	2	3.84615	3.8462
1.00000	33	35	63.46154	67.3077
2.00000	8	43	15.38462	82.6923
3.00000	9	52	17.30769	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q2 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	2	2	3.84615	3.8462
1.00000	4	6	7.69231	11.5385

Q2 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	8	14	15.38462	26.9231
1.00000	37	51	71.15385	98.0769
2.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q3 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	2	2	3.84615	3.8462
1.00000	42	44	80.76923	84.6154
2.00000	6	50	11.53846	96.1538
3.00000	2	52	3.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q4 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	2	2	3.84615	3.8462
1.00000	24	26	46.15385	50.0000
2.00000	12	38	23.07692	73.0769
3.00000	14	52	26.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q5 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	2	2	3.84615	3.8462
1.00000	48	50	92.30769	96.1538
2.00000	1	51	1.92308	98.0769
3.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q6 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	2	2	3.84615	3.8462
.00000	37	39	71.15385	75.0000
.00000	7	46	13.46154	88.4615
.00000	6	52	11.53846	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q7 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	2	2	3.84615	3.8462
.00000	39	41	75.00000	78.8462
.00000	5	46	9.61538	88.4615
.00000	6	52	11.53846	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q8 (teresal.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
.00000	2	2	3.84615	3.8462
.00000	9	11	17.30769	21.1538
.00000	15	26	28.84615	50.0000
.00000	26	52	50.00000	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
CRENÇAS1 & A_EFICA1	52	.163001	1.168212	.248261
CRENÇAS1 & A_EFICA2	52	.127387	.908158	.368151
CRENÇAS1 & A_EFICA3	52	.274240	2.016475	.049138
CRENÇAS1 & A_EFICA4	52	-.025794	-.182453	.855965
CRENÇAS1 & A_EFICA5	52	.357540	2.707133	.009262
CRENÇAS1 & TOTAL_AE	52	.342802	2.580327	.012854
CRENÇAS2 & A_EFICA1	52	.127580	.909557	.367420
CRENÇAS2 & A_EFICA2	52	.244272	1.781224	.080951
CRENÇAS2 & A_EFICA3	52	.127819	.911293	.366514
CRENÇAS2 & A_EFICA4	52	.024810	.175484	.861408
CRENÇAS2 & A_EFICA5	52	.174743	1.254926	.215340
CRENÇAS2 & TOTAL_AE	52	.216726	1.569792	.122771
CRENÇAS3 & A_EFICA1	52	.136662	.975498	.334009
CRENÇAS3 & A_EFICA2	52	.115211	.820128	.416036
CRENÇAS3 & A_EFICA3	52	.168918	1.211846	.231267
CRENÇAS3 & A_EFICA4	52	.213533	1.545557	.128518
CRENÇAS3 & A_EFICA5	52	.151414	1.083150	.283938
CRENÇAS3 & TOTAL_AE	52	.145546	1.040244	.303231
CRENÇAS4 & A_EFICA1	52	.228076	1.656397	.103905
CRENÇAS4 & A_EFICA2	52	.088761	.630126	.531482
CRENÇAS4 & A_EFICA3	52	.296531	2.195539	.032794
CRENÇAS4 & A_EFICA4	52	-.079004	-.560391	.577715
CRENÇAS4 & A_EFICA5	52	.058160	.411953	.682135
CRENÇAS4 & TOTAL_AE	52	.278520	2.050577	.045568
CR_TOTAL & A_EFICA1	52	.343863	2.589381	.012561
CR_TOTAL & A_EFICA2	52	.271373	1.993714	.051652
CR_TOTAL & A_EFICA3	52	.380369	2.908214	.005409
CR_TOTAL & A_EFICA4	52	.012979	.091782	.927238
CR_TOTAL & A_EFICA5	52	.317483	2.367426	.021823
CR_TOTAL & TOTAL_AE	52	.453266	3.595655	.000740

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
CRENÇAS1 & OCASIONA	52	-.300809	-2.23034	.030243
CRENÇAS1 & REGULAR	52	.116296	.82796	.411629
CRENÇAS2 & OCASIONA	52	-.076617	-.54336	.589294
CRENÇAS2 & REGULAR	52	.038369	.27151	.787119
CRENÇAS3 & OCASIONA	52	-.209904	-1.51807	.135296
CRENÇAS3 & REGULAR	52	-.167559	-1.20181	.235097
CRENÇAS4 & OCASIONA	52	-.203998	-1.47347	.146892
CRENÇAS4 & REGULAR	52	.044604	.31571	.753534
CR_TOTAL & OCASIONA	52	-.388382	-2.98023	.004438
CR_TOTAL & REGULAR	52	.023790	.16827	.867051

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
A_EFICA1 & OCASIONA	52	-.136723	-.97594	.333793

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
A_EFICA1 & REGULAR	52	-.276369	-2.03342	.047335
A_EFICA2 & OCASIONA	52	-.156463	-1.12016	.267998
A_EFICA2 & REGULAR	52	-.071807	-.50906	.612947
A_EFICA3 & OCASIONA	52	-.145628	-1.04084	.302955
A_EFICA3 & REGULAR	52	-.182168	-1.31005	.196167
A_EFICA4 & OCASIONA	52	-.077997	-.55321	.582586
A_EFICA4 & REGULAR	52	-.098060	-.69675	.489186
A_EFICA5 & OCASIONA	52	-.371257	-2.82724	.006735
A_EFICA5 & REGULAR	52	-.196856	-1.41976	.161881
TOTAL_AE & OCASIONA	52	-.310535	-2.31002	.025053
TOTAL_AE & REGULAR	52	-.146796	-1.04937	.299052

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
--------------------------	---	--	--	--

Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
MENSAL & CRENÇAS1	52	.364559	2.76834	.007882
MENSAL & CRENÇAS2	52	.040741	.28832	.774291
MENSAL & CRENÇAS3	52	.168619	1.20964	.232107
MENSAL & CRENÇAS4	52	.236610	1.72198	.091255
MENSAL & CR_TOTAL	52	.408165	3.16151	.002666
IDADE & CRENÇAS1	52	.531492	4.43676	.000050
IDADE & CRENÇAS2	52	.302659	2.24544	.029192
IDADE & CRENÇAS3	52	.143545	1.02564	.309999
IDADE & CRENÇAS4	52	.275056	2.02297	.048440
IDADE & CR_TOTAL	52	.494265	4.02041	.000196
ESCOLARI & CRENÇAS1	52	.164673	1.18053	.243374
ESCOLARI & CRENÇAS2	52	.039808	.28171	.779328
ESCOLARI & CRENÇAS3	52	-.011648	-.08237	.934683
ESCOLARI & CRENÇAS4	52	.171626	1.23186	.223765
ESCOLARI & CR_TOTAL	52	.198627	1.43306	.158064
Nº_PESSO & CRENÇAS1	52	-.105894	-.75302	.454969
Nº_PESSO & CRENÇAS2	52	-.062067	-.43973	.662030
Nº_PESSO & CRENÇAS3	52	.292650	2.16409	.035260
Nº_PESSO & CRENÇAS4	52	-.086644	-.61498	.541359
Nº_PESSO & CR_TOTAL	52	-.017797	-.12586	.900344
IDADSEX & CRENÇAS1	52	.334791	2.51231	.015267
IDADSEX & CRENÇAS2	52	.324843	2.42870	.018791
IDADSEX & CRENÇAS3	52	-.170856	-1.22616	.225880
IDADSEX & CRENÇAS4	52	.299433	2.21913	.031044
IDADSEX & CR_TOTAL	52	.323769	2.41973	.019210
TEMPO & CRENÇAS1	52	.175586	1.26117	.213100
TEMPO & CRENÇAS2	52	.177535	1.27562	.207984
TEMPO & CRENÇAS3	52	.017488	.12368	.902068
TEMPO & CRENÇAS4	52	.054707	.38741	.700094
TEMPO & CR_TOTAL	52	.251681	1.83884	.071881
QTS_PARC & CRENÇAS1	52	.015950	.11280	.910642
QTS_PARC & CRENÇAS2	52	-.015116	-.10690	.915296
QTS_PARC & CRENÇAS3	52	-.089042	-.63213	.530180
QTS_PARC & CRENÇAS4	52	.015323	.10836	.914141
QTS_PARC & CR_TOTAL	52	.015109	.10685	.915338
QUE10 & CRENÇAS1	52	-.024738	-.17498	.861805
QUE10 & CRENÇAS2	52	-.170772	-1.22554	.226112
QUE10 & CRENÇAS3	52	.150390	1.07565	.287245
QUE10 & CRENÇAS4	52	-.282286	-2.08068	.042606
QUE10 & CR_TOTAL	52	-.136653	-.97543	.334041

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
--------------------------	---	--	--	--

Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
R_MENSAL & A_EFICA1	52	.120908	.86127	.393203
R_MENSAL & A_EFICA2	52	.035730	.25281	.801452
R_MENSAL & A_EFICA3	52	.131529	.93820	.352652
R_MENSAL & A_EFICA4	52	-.119533	-.85133	.398645
R_MENSAL & A_EFICA5	52	.096651	.68664	.495481
R_MENSAL & TOTAL_AE	52	.150746	1.07826	.286093
IDADE & A_EFICA1	52	.223537	1.62168	.111162
IDADE & A_EFICA2	52	.268649	1.97214	.054138
IDADE & A_EFICA3	52	.323519	2.41764	.019308
IDADE & A_EFICA4	52	.344020	2.59072	.012518
IDADE & A_EFICA5	52	.473212	3.79831	.000396

TAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
IDADE & TOTAL_AE	52	.440420	3.46877	.001085
ESCOLARI & A_EFICA1	52	.218056	1.57991	.120434
ESCOLARI & A_EFICA2	52	.207008	1.49618	.140894
ESCOLARI & A_EFICA3	52	.312681	2.32771	.024015
ESCOLARI & A_EFICA4	52	-.019441	-.13749	.891194
ESCOLARI & A_EFICA5	52	.241191	1.75736	.084978
ESCOLARI & TOTAL_AE	52	.252388	1.84436	.071059
Nº_PESSO & A_EFICA1	52	.130615	.93157	.356037
Nº_PESSO & A_EFICA2	52	-.044589	-.31561	.753614
Nº_PESSO & A_EFICA3	52	.052114	.36900	.713683
Nº_PESSO & A_EFICA4	52	.112639	.80158	.426589
Nº_PESSO & A_EFICA5	52	.024482	.17316	.863221
Nº_PESSO & TOTAL_AE	52	.063674	.45116	.653824
IDADESEX & A_EFICA1	52	.316599	2.36010	.022213
IDADESEX & A_EFICA2	52	.304750	2.26253	.028041
IDADESEX & A_EFICA3	52	.326154	2.43966	.018291
IDADESEX & A_EFICA4	52	.258058	1.88872	.064737
IDADESEX & A_EFICA5	52	.292746	2.16487	.035197
IDADESEX & TOTAL_AE	52	.398532	3.07260	.003430
TEMPO & A_EFICA1	52	.254189	1.85843	.069000
TEMPO & A_EFICA2	52	.071717	.50842	.613392
TEMPO & A_EFICA3	52	.142000	1.01437	.315291
TEMPO & A_EFICA4	52	-.163270	-1.17020	.247469
TEMPO & A_EFICA5	52	.258257	1.89028	.064524
TEMPO & TOTAL_AE	52	.153327	1.09716	.277827
QTS_PARC & A_EFICA1	52	-.091095	-.64682	.520704
QTS_PARC & A_EFICA2	52	-.153930	-1.10158	.275918
QTS_PARC & A_EFICA3	52	-.026619	-.18829	.851412
QTS_PARC & A_EFICA4	52	-.040834	-.28898	.773789
QTS_PARC & A_EFICA5	52	-.116439	-.82899	.411052
QTS_PARC & TOTAL_AE	52	-.112626	-.80148	.426645
QUE10 & A_EFICA1	52	-.121208	-.86343	.392022
QUE10 & A_EFICA2	52	-.089791	-.63750	.526711
QUE10 & A_EFICA3	52	-.273228	-2.00843	.050014
QUE10 & A_EFICA4	52	-.171047	-1.22758	.225354
QUE10 & A_EFICA5	52	-.067369	-.47746	.635117
QUE10 & TOTAL_AE	52	-.176022	-1.26440	.211948

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
R_MENSAL & OCASIONA	52	-.097700	-.69417	.490791
R_MENSAL & REGULAR	52	.255658	1.86992	.067356
IDADE & OCASIONA	52	-.201204	-1.45243	.152629
IDADE & REGULAR	52	.048935	.34643	.730470
ESCOLARI & OCASIONA	52	-.267860	-1.96589	.054876
ESCOLARI & REGULAR	52	-.065233	-.46225	.645904
Nº_PESSO & OCASIONA	52	.268043	1.96734	.054704
Nº_PESSO & REGULAR	52	.154022	1.10225	.275630
IDADESEX & OCASIONA	52	-.176536	-1.26822	.210594
IDADESEX & REGULAR	52	.009277	.06560	.947956
TEMPO & OCASIONA	52	-.104709	-.74450	.460061
TEMPO & REGULAR	52	-.435014	-3.41619	.001269
QTS_PARC & OCASIONA	52	.196028	1.41355	.163689
QTS_PARC & REGULAR	52	.205626	1.48575	.143625
QUE10 & OCASIONA	52	-.172158	-1.23579	.222310

CAT.
ONPAR
CATS

Spearman Rank Order Correlations (teresal.sta) MD pairwise deleted				
---	--	--	--	--

Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
QUE10 & REGULAR	52	-.184040	-1.32398	.191532

Descriptive Statistics (teresa2.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
RENÇAS1	52	4.296703	4.392857	3.071429	4.928571	.441537
RENÇAS2	52	3.120879	3.142857	2.000000	4.000000	.497601
RENÇAS3	52	3.992308	4.000000	2.400000	5.000000	.792080
RENÇAS4	52	4.438462	4.800000	3.000000	5.000000	.627524
R_TOTAL	52	3.962088	4.026786	2.960714	4.642857	.426150

Descriptive Statistics (teresa2.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
A_EFICA1	52	3.565385	3.700000	2.000000	5.000000	.864753
A_EFICA2	52	3.400000	3.400000	1.400000	5.000000	.905755
A_EFICA3	52	3.993590	4.000000	1.666667	5.000000	.831017
A_EFICA4	52	4.025641	4.333333	2.000000	5.000000	.907116
A_EFICA5	52	4.086538	4.000000	1.500000	5.000000	.784164
TOTAL_AE	52	3.721703	3.814286	2.000000	5.000000	.744917

Descriptive Statistics (teresa2.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
OCASIONA	52	.942308	0.000000	0.00	8.000000	1.797749
REGULAR	52	4.365385	4.000000	0.00	9.000000	2.473616

Q1 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	39	39	75.00000	75.0000
1.00000	7	46	13.46154	88.4615
2.00000	6	52	11.53846	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q2 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	4	4	7.69231	7.6923
1.00000	4	8	7.69231	15.3846
2.00000	44	52	84.61538	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q3 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0.00000	49	49	94.23077	94.2308
1.00000	2	51	3.84615	98.0769
2.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q4 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	19	19	36.53846	36.5385
2.00000	17	36	32.69231	69.2308
3.00000	16	52	30.76923	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q5 (teresa2.sta)				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	50	50	96.15385	96.1538

Q5 (teresa2.sta)				
STAT. BASIC STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	1	51	1.92308	98.0769
2.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q6 (teresa2.sta)				
STAT. BASIC STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	41	41	78.84615	78.8462
2.00000	8	49	15.38462	94.2308
3.00000	3	52	5.76923	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q7 (teresa2.sta)				
STAT. BASIC STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	46	46	88.46154	88.4615
2.00000	5	51	9.61538	98.0769
3.00000	1	52	1.92308	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

Q8 (teresa2.sta)				
STAT. BASIC STATS				
Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	25	25	48.07692	48.0769
2.00000	12	37	23.07692	71.1538
3.00000	15	52	28.84615	100.0000
Missing	0	52	0.00000	100.0000

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresa2.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
RENÇAS1 & A_EFICA1	52	.260045	1.904310	.062632
RENÇAS1 & A_EFICA2	52	.332716	2.494795	.015951
RENÇAS1 & A_EFICA3	52	.463396	3.697677	.000541
RENÇAS1 & A_EFICA4	52	.487522	3.948302	.000247
RENÇAS1 & A_EFICA5	52	.436094	3.426658	.001231
RENÇAS1 & TOTAL_AE	52	.403069	3.114320	.003049
RENÇAS2 & A_EFICA1	52	.457599	3.639069	.000648
RENÇAS2 & A_EFICA2	52	.505579	4.143566	.000132
RENÇAS2 & A_EFICA3	52	.373375	2.845981	.006404
RENÇAS2 & A_EFICA4	52	.178157	1.280239	.206369
RENÇAS2 & A_EFICA5	52	.377707	2.884461	.005770
RENÇAS2 & TOTAL_AE	52	.473136	3.797517	.000397
RENÇAS3 & A_EFICA1	52	.363710	2.760903	.008039
RENÇAS3 & A_EFICA2	52	.205833	1.487309	.143213
RENÇAS3 & A_EFICA3	52	.407500	3.155324	.002714
RENÇAS3 & A_EFICA4	52	.425233	3.322179	.001675
RENÇAS3 & A_EFICA5	52	.478041	3.848473	.000338
RENÇAS3 & TOTAL_AE	52	.401353	3.098503	.003189
RENÇAS4 & A_EFICA1	52	.270711	1.988461	.052248
RENÇAS4 & A_EFICA2	52	.235306	1.711932	.093106
RENÇAS4 & A_EFICA3	52	.447474	3.538109	.000881
RENÇAS4 & A_EFICA4	52	.460699	3.670342	.000588
RENÇAS4 & A_EFICA5	52	.461742	3.680899	.000570
RENÇAS4 & TOTAL_AE	52	.389245	2.988032	.004343
CR_TOTAL & A_EFICA1	52	.467653	3.741103	.000473
CR_TOTAL & A_EFICA2	52	.388879	2.984722	.004383
CR_TOTAL & A_EFICA3	52	.552182	4.683232	.000022
CR_TOTAL & A_EFICA4	52	.529560	4.414328	.000054
CR_TOTAL & A_EFICA5	52	.603309	5.349221	.000002
CR_TOTAL & TOTAL_AE	52	.561371	4.796601	.000015

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresa2.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
RENÇAS1 & OCASIONA	52	-.090867	-.64519	.521751
RENÇAS1 & REGULAR	52	-.062045	-.43957	.662142
RENÇAS2 & OCASIONA	52	.126912	.90472	.369952
RENÇAS2 & REGULAR	52	-.190623	-1.37309	.175851
RENÇAS3 & OCASIONA	52	-.133192	-.95028	.346543
RENÇAS3 & REGULAR	52	-.121918	-.86857	.389234
RENÇAS4 & OCASIONA	52	.025407	.17971	.858107
RENÇAS4 & REGULAR	52	.130948	.93398	.354801
CR_TOTAL & OCASIONA	52	-.046362	-.32818	.744146
CR_TOTAL & REGULAR	52	-.133054	-.94927	.347047

STAT. NONPAR STATS	Spearman Rank Order Correlations (teresa2.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
A_EFICA1 & OCASIONA	52	-.124450	-.88689	.379385

STAT. NONPAR STATS		Spearman Rank Order Correlations (teresa2.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level	
A_EFICA1 & REGULAR	52	-.029325	-.20745	.836500	
A_EFICA2 & OCASIONA	52	-.216246	-1.56615	.123621	
A_EFICA2 & REGULAR	52	-.111935	-.79651	.429503	
A_EFICA3 & OCASIONA	52	-.018117	-.12813	.898560	
A_EFICA3 & REGULAR	52	-.001558	-.01102	.991255	
A_EFICA4 & OCASIONA	52	-.279963	-2.06210	.044414	
A_EFICA4 & REGULAR	52	.066533	.47150	.639333	
A_EFICA5 & OCASIONA	52	-.078905	-.55969	.578193	
A_EFICA5 & REGULAR	52	.091444	.64933	.519099	
TOTAL_AE & OCASIONA	52	-.094587	-.67184	.504776	
TOTAL_AE & REGULAR	52	-.007253	-.05129	.959298	

TAT. ONPAR TATS	Spearman Rank Order Correlations (teresa2.sta) MD pairwise deleted
-----------------------	---

Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
IDADE & CRENÇAS1	52	.203725	1.47141	.147446
IDADE & CRENÇAS2	52	.175434	1.26005	.213501
IDADE & CRENÇAS3	52	-.022883	-.16185	.872078
IDADE & CRENÇAS4	52	.062745	.44455	.658561
IDADE & CR_TOTAL	52	.115849	.82473	.413441
IDADE & A_EFICA1	52	.115138	.81960	.416335
IDADE & A_EFICA2	52	.312748	2.32825	.023984
IDADE & A_EFICA3	52	.166497	1.19397	.238122
IDADE & A_EFICA4	52	.144021	1.02911	.308379
IDADE & A_EFICA5	52	.152592	1.09178	.280164
IDADE & TOTAL_AE	52	.214601	1.55366	.126574
IDADE & OCASIONA	52	-.063001	-.44637	.657259
IDADE & REGULAR	52	.115154	.81971	.416270
ESCOLARI & CRENÇAS1	52	.109781	.78099	.438489
ESCOLARI & CRENÇAS2	52	-.204097	-1.47421	.146693
ESCOLARI & CRENÇAS3	52	.182087	1.30944	.196371
ESCOLARI & CRENÇAS4	52	.105124	.74748	.458273
ESCOLARI & CR_TOTAL	52	.128092	.91327	.365482
ESCOLARI & A_EFICA1	52	-.213332	-1.54403	.128887
ESCOLARI & A_EFICA2	52	-.196687	-1.41849	.162250
ESCOLARI & A_EFICA3	52	-.106634	-.75834	.451806
ESCOLARI & A_EFICA4	52	-.201512	-1.45475	.151988
ESCOLARI & A_EFICA5	52	-.061250	-.43392	.666216
ESCOLARI & TOTAL_AE	52	-.137254	-.97980	.331901
ESCOLARI & OCASIONA	52	.096732	.68722	.495119
ESCOLARI & REGULAR	52	.098794	.70201	.485927
R_MENSAL & CRENÇAS1	52	.207356	1.49880	.140213
R_MENSAL & CRENÇAS2	52	.532588	4.44953	.000048
R_MENSAL & CRENÇAS3	52	-.010496	-.07422	.941128
R_MENSAL & CRENÇAS4	52	.310957	2.31350	.024846
R_MENSAL & CR_TOTAL	52	.289735	2.14055	.037211
R_MENSAL & A_EFICA1	52	.229202	1.66503	.102162
R_MENSAL & A_EFICA2	52	.129565	.92395	.359951
R_MENSAL & A_EFICA3	52	.306940	2.28048	.026877
R_MENSAL & A_EFICA4	52	.119962	.85443	.396941
R_MENSAL & A_EFICA5	52	.318108	2.37261	.021550
R_MENSAL & TOTAL_AE	52	.230908	1.67812	.099565
R_MENSAL & OCASIONA	52	-.068388	-.48471	.629999
R_MENSAL & REGULAR	52	.172198	1.23609	.222201
N°_PESSO & CRENÇAS1	52	-.199453	-1.43926	.156307
N°_PESSO & CRENÇAS2	52	.095625	.67928	.500093
N°_PESSO & CRENÇAS3	52	-.130497	-.93071	.356474
N°_PESSO & CRENÇAS4	52	.101727	.72307	.473007
N°_PESSO & CR_TOTAL	52	-.042096	-.29793	.766992
N°_PESSO & A_EFICA1	52	-.028869	-.20422	.839010
N°_PESSO & A_EFICA2	52	-.060764	-.43046	.668710
N°_PESSO & A_EFICA3	52	-.188327	-1.35594	.181211
N°_PESSO & A_EFICA4	52	-.141810	-1.01299	.315943
N°_PESSO & A_EFICA5	52	-.158714	-1.13669	.261088
N°_PESSO & TOTAL_AE	52	-.037451	-.26501	.792093
N°_PESSO & OCASIONA	52	.244186	1.78055	.081061
N°_PESSO & REGULAR	52	.023434	.16575	.869021
IDADSEX & CRENÇAS1	52	.375909	2.86846	.006026
IDADSEX & CRENÇAS2	52	.440416	3.46874	.001085
IDADSEX & CRENÇAS3	52	.119251	.84930	.399765
IDADSEX & CRENÇAS4	52	.206460	1.49204	.141973
IDADSEX & CR_TOTAL	52	.360764	2.73519	.008604
IDADSEX & A_EFICA1	52	.367383	2.79311	.007379
IDADSEX & A_EFICA2	52	.434190	3.40821	.001300
IDADSEX & A_EFICA3	52	.186889	1.34521	.184629
IDADSEX & A_EFICA4	52	.262931	1.92700	.059671

TAT. ONPAR TATS	Spearman Rank Order Correlations (teresa2.sta) MD pairwise deleted			
Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-level
IDADSEX & A_EFICA5	52	.176757	1.26986	.210014
IDADSEX & TOTAL_AE	52	.322835	2.41194	.019581
IDADSEX & OCASIONA	52	-.161727	-1.15884	.252026
IDADSEX & REGULAR	52	-.337277	-2.53335	.014480
TEMPO & CRENÇAS1	52	.195987	1.41325	.163779
TEMPO & CRENÇAS2	52	.097680	.69402	.490880
TEMPO & CRENÇAS3	52	-.044322	-.31371	.755045
TEMPO & CRENÇAS4	52	.082420	.58479	.561319
TEMPO & CR_TOTAL	52	.112588	.80121	.426802
TEMPO & A_EFICA1	52	-.180225	-1.29560	.201063
TEMPO & A_EFICA2	52	-.007827	-.05535	.956082
TEMPO & A_EFICA3	52	-.162797	-1.16671	.248860
TEMPO & A_EFICA4	52	-.208157	-1.50486	.138652
TEMPO & A_EFICA5	52	-.232167	-1.68778	.097682
TEMPO & TOTAL_AE	52	-.105820	-.75248	.455289
TEMPO & OCASIONA	52	.326571	2.44316	.018133
TEMPO & REGULAR	52	-.335488	-2.51820	.015043
QTS_PARC & CRENÇAS1	52	.092560	.65732	.513992
QTS_PARC & CRENÇAS2	52	.005039	.03563	.971719
QTS_PARC & CRENÇAS3	52	.085239	.60493	.547959
QTS_PARC & CRENÇAS4	52	.102809	.73085	.468285
QTS_PARC & CR_TOTAL	52	.084050	.59643	.553578
QTS_PARC & A_EFICA1	52	.080574	.57160	.570153
QTS_PARC & A_EFICA2	52	.045001	.31853	.751411
QTS_PARC & A_EFICA3	52	.280615	2.06732	.043900
QTS_PARC & A_EFICA4	52	.249711	1.82349	.074210
QTS_PARC & A_EFICA5	52	.217259	1.57385	.121830
QTS_PARC & TOTAL_AE	52	.179832	1.29268	.202064
QTS_PARC & OCASIONA	52	.056903	.40302	.688652
QTS_PARC & REGULAR	52	.481192	3.88145	.000305
QUE10 & CRENÇAS1	52	-.301729	-2.23784	.029717
QUE10 & CRENÇAS2	52	-.222564	-1.61426	.112766
QUE10 & CRENÇAS3	52	-.283059	-2.08688	.042018
QUE10 & CRENÇAS4	52	-.209715	-1.51663	.135656
QUE10 & CR_TOTAL	52	-.321838	-2.40362	.019983
QUE10 & A_EFICA1	52	-.282460	-2.08208	.042473
QUE10 & A_EFICA2	52	-.382942	-2.93125	.005079
QUE10 & A_EFICA3	52	-.303855	-2.25521	.028529
QUE10 & A_EFICA4	52	-.265923	-1.95059	.056722
QUE10 & A_EFICA5	52	-.264219	-1.93715	.058386
QUE10 & TOTAL_AE	52	-.293305	-2.16939	.034833
QUE10 & OCASIONA	52	.215387	1.55962	.125157
QUE10 & REGULAR	52	-.127760	-.91086	.366739

STAT. NONPAR STATS	Mann-Whitney U Test (teresa.sta) By variable GRUPO Group 1: 1-CAB_VERD Group 2: 2-PORTUGUE						
variable	Rank Sum CAB_VERD	Rank Sum PORTUGUE	U	Z	p-level	Z adjusted	p-level
CRENÇAS1	2068.000	3392.000	690.000	-4.30379	.000017	-4.30891	.000016
CRENÇAS2	2509.500	2950.500	1131.500	-1.43351	.151721	-1.43728	.150647
CRENÇAS3	2744.000	2716.000	1338.000	-.09102	.927480	-.09148	.927109
CRENÇAS4	2084.000	3376.000	706.000	-4.19977	.000027	-4.24647	.000022
CR_TOTAL	2127.500	3332.500	749.500	-3.91697	.000090	-3.91703	.000090
A_EFICA1	2503.000	2957.000	1125.000	-1.47577	.140016	-1.48140	.138509
A_EFICA2	2605.500	2854.500	1227.500	-.80940	.418292	-.81260	.416454
A_EFICA3	2218.500	3241.500	840.500	-3.32536	.000884	-3.38198	.000721
A_EFICA4	2480.000	2980.000	1102.000	-1.62530	.104109	-1.63943	.101134
A_EFICA5	2243.000	3217.000	865.000	-3.16608	.001547	-3.26523	.001095
TOTAL_AE	2394.500	3065.500	1016.500	-2.18115	.029180	-2.18125	.029172
OCASIONA	3165.000	2295.000	917.000	-2.82802	.004687	-3.13182	.001739
REGULAR	3002.500	2457.500	1079.500	-1.77157	.076475	-1.78676	.073985

STAT. NONPAR STATS	Mann-Whitney U Test (teresa.sta) By variable GRUPO Group 1: 1-CAB_VERD Group 2: 2-PORTUGUE	
variable	Valid N CAB_VERD	Valid N PORTUGUE
CRENÇAS1	52	52
CRENÇAS2	52	52
CRENÇAS3	52	52
CRENÇAS4	52	52
CR_TOTAL	52	52
A_EFICA1	52	52
A_EFICA2	52	52
A_EFICA3	52	52
A_EFICA4	52	52
A_EFICA5	52	52
TOTAL_AE	52	52
OCASIONA	52	52
REGULAR	52	52

Descriptive Statistics (teresa.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
RENÇAS1	52	3.751374	3.821429	1.857143	5.000000	.733153
RENÇAS2	52	2.903846	3.000000	1.000000	4.428571	.776671
RENÇAS3	52	4.007692	4.000000	2.200000	5.000000	.689372
RENÇAS4	52	3.803846	3.800000	1.800000	5.000000	.754064
CR TOTAL	52	3.616690	3.628571	2.814286	4.489286	.410617
EFICA1	52	3.373077	3.400000	1.800000	5.000000	.686027
EFICA2	52	3.265385	3.200000	1.000000	5.000000	.758452
EFICA3	52	3.500000	3.666667	1.000000	5.000000	.817830
EFICA4	52	3.820513	4.000000	2.333333	5.000000	.776736
EFICA5	52	3.538462	3.500000	1.000000	5.000000	.959198
TOTAL AE	52	3.463919	3.545238	1.685714	4.885714	.645713
OCCASIONA	52	2.750000	1.000000	0.000000	9.000000	3.198498
REGULAR	52	5.230769	5.000000	0.000000	9.000000	2.690691

Descriptive Statistics (teresa.sta)						
Variable	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Std.Dev.
RENÇAS1	52	4.296703	4.392857	3.071429	4.928571	.441537
RENÇAS2	52	3.120879	3.142857	2.000000	4.000000	.497601
RENÇAS3	52	3.992308	4.000000	2.400000	5.000000	.792080
RENÇAS4	52	4.438462	4.800000	3.000000	5.000000	.627524
CR TOTAL	52	3.962088	4.026786	2.960714	4.642857	.426150
A_EFICA1	52	3.565385	3.700000	2.000000	5.000000	.864753
A_EFICA2	52	3.400000	3.400000	1.400000	5.000000	.905755
A_EFICA3	52	3.993590	4.000000	1.666667	5.000000	.831017
A_EFICA4	52	4.025641	4.333333	2.000000	5.000000	.907116
A_EFICA5	52	4.086538	4.000000	1.500000	5.000000	.784164
TOTAL AE	52	3.721703	3.814286	2.000000	5.000000	.744917
OCCASIONA	52	.942308	0.000000	0.000000	8.000000	1.797749
REGULAR	52	4.365385	4.000000	0.000000	9.000000	2.473616