

Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses

MARIA JOÃO FIGUEIRAS
DÁLIA MARCELINO
MARIA MANUELA FERREIRA

Objectivo: Este estudo tem como objectivo investigar em que medida a teoria da acção planeada e o modelo crenças sobre a saúde podem prever a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o HIV/SIDA, em raparigas e rapazes adolescentes saudáveis.

Método: Trata-se de um estudo transversal, em que participaram 546 adolescentes saudáveis (50% mulheres), que completaram um questionário que avaliou as crenças sobre o HIV/SIDA, e as características sócio-demográficas. Foram utilizadas análises de regressão linear.

Resultados: Em geral os adolescentes apresentam uma baixa percepção de vulnerabilidade e risco de contrair o HIV/SIDA. Apresentam uma atitude positiva face a adopção de comportamentos preventivos, uma forte crença em relação à intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos, percepção de controlo do comportamento, benefi-

cios e pistas para a acção. Existem diferenças de sexo significativas nos preditores da intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos.

Conclusão: Apesar do seu carácter exploratório, as diferenças de sexo encontradas nos preditores da adopção de comportamentos preventivos têm efeito no processamento cognitivo da informação face ao SIDA e poderão ter implicações na adopção de comportamentos preventivos.

Palavras-chave: modelo de crenças de saúde; teoria de acção planeada; adolescentes; HIV/SIDA.

1. Introdução

O vírus da imunodeficiência humana mais conhecido por HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) é o responsável pelo SIDA, uma doença grave, quase sempre fatal. Até ao momento o HIV/SIDA não possui cura nem uma vacina eficaz, existem apenas medicamentos que fortalecem o sistema imunológico, amenizam os sintomas e ajudam a impedir que as infecções apareçam (Vilaça, 1994). Ao longo dos tempos e nas mais diversas sociedades, o HIV/SIDA tem sido percebido de maneira muito diferente da maior parte das outras doenças contemporâneas. Para a opinião pública, o diagnóstico do HIV/SIDA é frequentemente um indício, mesmo que erróneo, de que os doentes são homossexuais ou utilizadores de droga, no entanto o HIV pode afectar qualquer pessoa (Sá, 2006; Cruz, 1997). Neste sentido, um bom

□

Maria João Figueiras é professora associada; investigadora. Unidade de Investigação em Psicologia da Saúde — Instituto Piaget
Dália Marcelino é psicóloga; assistente de investigação. Unidade de Investigação em Psicologia da Saúde — Instituto Piaget
Maria Manuela Ferreira é psicóloga. Unidade de Investigação em Psicologia da Saúde — Instituto Piaget

Submetido à apreciação: 12 de Junho de 2008

Aceite para publicação: 13 de Janeiro de 2009

conhecimento sobre as formas de transmissão é fundamental para uma atitude não discriminatória face a pessoas infectadas (Matos *et al.*, 2003).

Sendo o HIV/SIDA sobretudo uma doença sexualmente transmissível, o grupo de adolescentes constitui um desafio particularmente difícil na luta contra esta doença. Os adolescentes e os jovens adultos portugueses têm evidenciado um bom conhecimento sobre a infecção VIH e o SIDA, assim como sobre as suas formas de transmissão e prevenção (Cruz *et al.*, 1997; Almeida, Silva e Cunha, 2005). No entanto, os adolescentes são considerados como um grupo de risco porque para além de serem sexualmente activos, os dados da investigação sugerem que eles apresentam crenças que podem conduzir a comportamentos de risco (Cláudio e Sousa, 2003; Vilaça e Cruz, 1996). Nomeadamente no que se refere à percepção de vulnerabilidade, a maioria dos adolescentes sentem-se vulneráveis face ao SIDA (Almeida, Silva e Cunha, 2005), mas apresentam uma subvalorização do risco que correm em ficarem infectados (Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006; Dias, Matos e Gonçalves, 2005), continuando a adoptar comportamentos de alto risco. Muitos adolescentes ainda têm a crença que o HIV/SIDA só afecta os indivíduos socialmente desfavorecidos, embora a maioria dos adolescentes saiba que o HIV/SIDA não se transmite através do contacto social (Dias, Matos e Gonçalves, 2005). Parece existir um desfazamento entre aquilo que os jovens acreditam, conhecem e expressam nos comportamentos, ou seja, embora o conhecimento constitua um pré-requisito importante, não podemos afirmar que este só por si só irá concretizar as mudanças comportamentais (Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006).

Neste sentido, o único procedimento eficaz para prevenir a infecção será modificar os comportamentos implicados na transmissão do HIV. Cláudio e Sousa (2003) referem que aproximadamente metade dos adolescentes não altera os seus comportamentos face ao SIDA. Exemplo disto é o uso de preservativo, que tem sido recomendado como principal meio para impedir o alastramento do HIV/SIDA, mas apesar dos jovens terem conhecimento disto e afirmarem que o usam, muitos não o fazem de um modo regular (Cruz *et al.*, 1997). Num estudo de Almeida, Silva e Cunha (2005), 53% dos adolescentes referem ter adoptado comportamentos preventivos face ao SIDA e 42% referem não os terem adoptado. De uma maneira geral, os adolescentes que têm crenças positivas para com a doença e normas subjectivas positivas têm a crença de que os preservativos têm mais benefícios do que custos, e demonstram ter mais intenções de tomar precauções correctas do que incorrectas (Lopes, 2004). No entanto, é um facto que

a intenção de conduta é uma possibilidade, mas não uma certeza da concretização do comportamento. O mesmo autor salienta ainda que a informação é necessária, mas só por si é insuficiente para se poder deduzir que provoca mudanças de atitudes e de hábitos, uma vez que pode existir um conjunto de crenças em relação à doença, que podem constituir um obstáculo à prevenção. Por exemplo, para quem tenha a crença de que o SIDA é uma doença só de toxicod dependentes e homossexuais, desvalorizará toda a informação e abrandará os cuidados preventivos, por se considerar fora desses grupos, por isso imune à doença. Mas para além do comportamento do adolescente ser condicionado pelas suas crenças e valores, é também muitas vezes influenciado pela família, amigos, professores e principalmente pela comunicação social, onde os jovens frequentemente imitam o que é transmitido através dos meios de comunicação (Cláudio e Sousa, 2003).

Neste sentido, e inserido nos factores que contribuem para este panorama, qualquer mensagem lançada no âmbito da prevenção da transmissão do HIV/SIDA nestes grupos deve ser cuidadosamente elaborada tendo em conta o que os jovens pensam, quais as suas crenças e necessidades de informação. Assim, a modificação dos comportamentos de risco e o estudo dos factores psicossociais associados a tais comportamentos têm vindo a assumir um papel central no domínio da prevenção do HIV/SIDA. Neste sentido, é importante aprofundar o nível de conhecimento sobre as crenças individuais sobre o HIV/SIDA em jovens adolescentes. O presente estudo pretende assim atingir os seguintes objetivos:

- Caracterizar as crenças dos jovens adolescentes sobre o HIV/SIDA em termos das dimensões da Teoria da Acção Planeada e do Modelo de Crenças de Saúde.
- Investigar em que medida a Teoria da Acção Planeada e os componentes do Modelo Crenças sobre a Saúde podem prever a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o HIV/SIDA, nos jovens adolescentes.
- Investigar se existem diferenças de sexo, no que se refere ao poder preditivo destes modelos para a adopção do comportamento preventivo.

2. Método

2.1. Desenho

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

2.2. Participantes

A amostra foi constituída por jovens adolescentes saudáveis, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos, a frequentar os 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade. Os participantes foram recrutados aleatoriamente em duas escolas secundárias. O único critério de inclusão estabelecido foi que os participantes soubessem ler e escrever, visto tratar-se de um questionário de auto-preenchimento.

2.3. Procedimento

Os questionários foram entregues aos conselhos executivos de duas escolas secundárias, com o objectivo de serem distribuídos pelos professores aos seus alunos, tendo sido recolhidos imediatamente após o seu preenchimento. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, e a participação foi voluntária.

2.4. Medidas

Modelo de crenças sobre a saúde (Rosenstock, Strecher e Becker, 1994): É constituído por 6 dimensões, que foram avaliadas através de diferenciais semânticos com 7 pontos: percepção de vulnerabilidade (1 item); percepção de benefícios (2 itens); percepção de barreiras (2 itens); pistas para acção (1 item); probabilidade de vir a ter o SIDA (1 item); probabilidade de adoptar um comportamento preventivo (1 item) (*Anexo 1*).

Teoria da acção planeada (Ajzen e Fishbein, 1980): Foram utilizadas 4 dimensões, avaliadas através de diferenciais semânticos com 7 pontos, relativas às atitudes em relação ao comportamento preventivo (8 itens), à norma subjectiva (3 itens), ao controlo percebido (1 item) e à intenção de adoptar comportamentos preventivos (1 item) (*Anexo 1*).

Auto-eficácia (Bandura, 1990): Foi avaliada através de 2 itens, numa escala de resposta de 7 pontos, entre discordo plenamente e concordo plenamente para o item «Receio não ser capaz de adoptar os comportamentos que possam prevenir o SIDA?»; e entre totalmente incapaz e totalmente capaz, para o item «Acha-se capaz de fazer coisas que disse que ajudavam a prevenir o SIDA?».

Variáveis sócio-demográficas: Foram incluídas questões relativas à idade, sexo e habilitações literárias.

2.5. Análise de dados

Para analisar os dados foi utilizado o *software* estatístico SPSS 16.0 — Statistical Package for Social Sciences para o Windows. Foi utilizado o cálculo das medidas de tendência central de todas as variáveis em estudo, e análises de regressão linear para verificar as diferenças no poder preditivo da teoria da acção planeada e do modelo de crenças de saúde, para todos os participantes e para ambos os sexos.

3. Resultados

3.1. Características da amostra

Participaram no presente estudo 546 indivíduos, 50% ($n = 274$) pertencem ao sexo masculino, com uma média de idades de 16 anos ($sd = 1,3$), compreendidas entre os 14 e os 19 anos. No que se refere à escolaridade, 33% dos adolescentes frequentam o 10.º ano.

Para caracterizar as crenças individuais sobre o HIV/SIDA em termos das dimensões da Teoria da Acção Planeada e do Modelo de Crenças sobre a Saúde nos adolescentes saudáveis, procedeu-se ao cálculo das medidas de tendência central para todas as variáveis em estudo (*Quadro 1*). No que se relaciona com as dimensões do modelo de crenças de saúde, verificou-se que os participantes apresentam uma crença baixa na sua percepção de vulnerabilidade à doença, na probabilidade de vir a contrair o HIV/SIDA e poucas barreiras face à adopção do comportamento. No entanto, estes adolescentes apresentam uma forte crença nos benefícios e na probabilidade de vir a adoptar comportamentos preventivos, e percebem as pistas para a acção como factores promotores da probabilidade de adoptar o comportamento. Relativamente às dimensões da Teoria da Acção Planeada, os resultados indicam crenças fortes sobre a capacidade de controlar o comportamento no que se refere à adopção de medidas preventivas para evitar o HIV, revelam a saliência das normas subjectivas sobre a importância de adoptar comportamentos preventivos para o HIV/SIDA, e apresentam uma atitude positiva em relação aos mesmos. Todas estas dimensões concorrem para uma forte intenção de vir a adoptar medidas no sentido de evitar o contágio.

Para investigar em que medida as dimensões da Teoria da Acção Planeada e do Modelo de Crenças sobre a Saúde podem prever a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o HIV/SIDA, procedeu-se à análise de regressão linear com o método *enter*. Em ambos os modelos foi incluída a variável

auto-eficácia. Verificou-se que no modelo de crenças de saúde, a variância total explicada é 30% (*Quadro II*). Os preditores que contribuíram de forma estatisticamente significativa para a probabilidade de adoptar comportamentos preventivos para o SIDA foram os benefícios, as barreiras, as pistas para a acção, e a auto-eficácia. Neste sentido, verificou-se que quanto mais forem os benefícios percebidos, a informação disponível e a percepção de auto-eficácia, maior a intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos para o SIDA. As barreiras percebidas contribuem de forma negativa para a intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos. No que res-

peita a teoria da acção planeada, a variância total explicada é 37% (*Quadro II*), onde se verificou que a atitude em relação ao comportamento, a norma subjectiva e a auto-eficácia são as variáveis predictoras da intenção comportamental.

Posteriormente analisou-se se existiam diferenças de sexo no que se refere ao poder preditivo dos modelos para a intenção de adoptar comportamentos preventivos para o HIV/SIDA. Os resultados indicam que existem diferenças significativas no potencial predictor dos modelos utilizados entre rapazes e raparigas. A percentagem de variância explicada é semelhante no Modelo de Crenças de Saúde e na Teoria

Quadro I
Médias das variáveis em estudo ($n = 546$)

Variáveis	Média (D.P.)	Varição	Número de itens
Modelo de Crenças de Saúde			
Percepção de vulnerabilidade	2,5 (1,5)		1
Percepção do risco comparado	2,3 (1,5)		1
Probabilidade de adoptar comportamentos preventivos	6,5 (1,2)		1
Probabilidade de ter a doença	2,6 (1,5)	1-7	1
Benefícios	6,7 (0,9)		2
Barreiras	2,2 (1,5)		2
Pista para acção	6,2 (1,4)		1
Teoria da Acção Planeada			
Normas subjectivas	6,1 (1,1)		3
Intenção de comportamento	6,7 (1,0)	1-7	1
Atitudes em relação ao comportamento	6,5 (0,9)		8
Controle percebido	5,8 (1,3)		1
Auto-eficácia	4,1 (0,7)	1-7	2

Quadro II
Valor preditivo das dimensões do Modelo de Crenças de Saúde e da Teoria da Acção Planeada ($n = 546$)

Modelo de Crenças de Saúde	(F = 34; $p < 0,001$); Adj. R ² = 30%	
	B	Sig.
Benefícios	0,32	***
Barreiras	-0,11	**
Pistas para acção	0,14	***
Auto-eficácia	0,21	***
Teoria da Acção Planeada	(F = 54; $p < 0,001$); Adj. R ² = 37%	
	B	Sig.
Norma subjectiva	0,13	***
Atitude em relação ao comportamento	0,46	***
Auto-eficácia	0,12	**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

da Acção Planeada no que se refere às raparigas (*Quadro III*). Os preditores mais significativos no modelo de crenças de saúde são os benefícios, e na teoria de acção planeada são as atitudes face à adopção do comportamento preventivo que têm a contribuição mais significativa, seguido do controlo percebido sobre o comportamento, e das normas subjectivas. Nos rapazes, a percentagem de variância explicada é substancialmente diferente entre os dois modelos (*Quadro III*). No modelo de crenças de saúde a percepção dos benefícios e a auto-eficácia contribuem de forma significativa para a probabilidade de adoptar comportamentos preventivos para o SIDA. Na teoria de acção planeada, a contribuição mais significativa é das atitudes em relação ao comportamento, seguido da auto-eficácia e das normas subjectivas.

4. Discussão

Este estudo investigou as crenças individuais dos adolescentes saudáveis sobre o HIV/SIDA, tendo por base o Modelo de Crenças de Saúde e da Teoria da Acção Planeada. Em termos gerais os resultados indicam que os adolescentes se sentem pouco vulneráveis em relação à probabilidade de virem a contrair a doença, apesar de apresentarem uma forte intenção de virem a adoptar comportamentos preventivos para o HIV, considerando que os benefícios excedem as barreiras na adopção de comportamentos preventivos do HIV. Os adolescentes demonstram também uma forte crença na influência da informação disponível sobre o HIV/SIDA na sua decisão de adoptar comportamentos preventivos. Estes resultados vão no

mesmo sentido dos estudos anteriores, que referem uma subvalorização do risco e consequentemente a percepção de baixa susceptibilidade à doença (Abrams *et al.*, 1990; Cláudio e Sousa, 2003; Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Por outro lado, o facto de existir muita informação disponível sobre a forma de prevenir e evitar o contágio do HIV não parece afectar significativamente a prática de sexo seguro (Sheeran & Taylor, 1999; Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006). Lopes (2004) refere ainda que os adolescentes Portugueses acreditam que os preservativos têm mais benefícios do que custos, demonstrando ter mais intenções de adoptar precauções correctas do que incorrectas. Apesar de no presente estudo ter sido referida uma forte intenção ou probabilidade de adoptar medidas preventivas, a percepção de auto-eficácia é moderada, e esta refere-se à crença pessoal de que o indivíduo é capaz de realizar com sucesso comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA. Coloca-se assim a questão em que medida a implementação desta intenção ou o uso destas medidas se chega a concretizar. Em particular, tratando-se de adolescentes, existem características próprias desta fase de vida que podem promover uma percepção distorcida de invulnerabilidade, o que associado a alguma impulsividade pode aumentar o risco de contágio. No entanto, vários autores defendem que pelo facto de os adolescentes se sentirem pouco vulneráveis ao HIV/SIDA não é razão para não colocar em prática comportamentos preventivos (Dias, Matos e Gonçalves, 2005; Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006). A prática destes muitas vezes não resulta directamente do conhecimento nem das competências para os concretizar, mas sim de várias avaliações cognitivas das quais destacamos as influências

Quadro III
Valor preditivo das dimensões do Modelo de Crenças de Saúde e da Teoria de Acção Planeada, por sexo

Modelo de Crenças de Saúde	Raparigas (n = 272) (F = 18,4; p < 0,001); Adj. R ² = 21%		Rapazes (n = 274) (F = 29,2; p < 0,001); Adj. R ² = 34%	
	B	Sig.	B	Sig.
Benefícios	0,35	***	0,32	***
Auto-eficácia			0,29	***
Teoria da Acção Planeada	(F = 19,8; p < 0,001); Adj. R² = 22%		(F = 47,9; p < 0,001); Adj. R² = 46%	
	B	Sig.		
Norma subjectiva	0,13	*	0,14	**
Atitude em relação ao comportamento	0,30	***	0,55	***
Controlo percebido	0,14	*		
Auto-eficácia			0,17	**

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

sociais, as experiências passadas e os estados emocionais, que irão influenciar os comportamentos dos jovens adolescentes.

No presente estudo, verificou-se que os adolescentes apresentam uma atitude positiva em relação ao comportamento preventivo, considerando importante a influência das opiniões de outros significativos (pares, familiares, etc.) no que se refere à prática de comportamentos adequados para prevenir o HIV/SIDA. Este resultado reflecte o contributo das influências sociais, para a transmissão de crenças para os adolescentes (Cláudio e Sousa, 2003). Segundo Fisher, Misovich e Fisher (1992) a influência social normativa é responsável por muitos dos comportamentos de risco, por isso, os adolescentes têm sido descritos como sendo susceptíveis tanto a pressões para realizar actividades de risco sexual como para comportamentos de prevenção. A transmissão e aceitação de informação relacionada com a saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis pode contribuir para aumentar os níveis de conhecimento, desmistificando mitos, e promover uma atitude mais positiva face à adopção de comportamentos preventivos.

Verificou-se que no modelo de crenças de saúde o contributo mais significativo para a probabilidade de adoptar comportamentos preventivos é a percepção dos benefícios, enquanto que as barreiras percebidas parecem influenciar negativamente a intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos. Na teoria de acção planeada a atitude em relação à adopção do comportamento preventivo é o preditor mais significativo da intenção de adoptar um comportamento preventivo para o SIDA. Este resultado corrobora estudos anteriores (Carvalho Teixeira, 1994; Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006) que salientam a importância da educação e do impacto da informação adequada a esta faixa etária, nos níveis de conhecimento, nas atitudes face aos comportamentos e no comportamento propriamente dito. Um aspecto importante relaciona-se com o facto de ser na adolescência que se estabelecem padrões de comportamento, e se estruturam atitudes em relação ao risco. Concretamente, deve ser reforçada a informação sobre os benefícios da adopção de comportamentos preventivos, e a eliminação de factores que possam actuar como barreiras à alteração de comportamentos. Estes aspectos são fundamentais para a implementação de novas atitudes e intenções, dada a necessidade de implementar a mudança de comportamentos e atitudes nos adolescentes (Lopes, 2004). A dimensão auto-eficácia é um preditor significativo nos dois modelos. Apesar de ser um preditor independente destes modelos, a sua inclusão tem sido referida na literatura no contexto do HIV/SIDA. A

percepção de auto-eficácia tem sido considerada de tal forma importante na previsão do comportamento que foi integrada no modelo de crenças sobre a saúde (Rosenstock, Strecher e Becker, 1994) e na teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1988).

No que se relaciona com o sexo, os resultados indicam que existem diferenças significativas no potencial preditor dos modelos estudados entre rapazes e raparigas. A percentagem de variância explicada é semelhante no modelo de crenças de saúde e na teoria da acção planeada no que se refere às raparigas, no entanto, nos rapazes, esta percentagem é substancialmente diferente entre os dois modelos. Estas diferenças sugerem que o processamento cognitivo da informação relacionada com o SIDA se faz de acordo com características do sexo (Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006). Nos rapazes a auto-eficácia é um preditor comum aos dois modelos, reforçando o valor da crença sobre a capacidade de executar o comportamento. Enquanto que nas raparigas, a percepção sobre o controlo percebido em relação ao comportamento preventivo é um preditor mais significativo. Este aspecto levanta a questão até que ponto o conceito de auto-eficácia e controlo percebido são convergentes no seu significado, isto porque a literatura refere o constructo relacionado com a percepção de controlo com claras afinidades com a percepção de auto-eficácia da teoria sócio-cognitiva de Bandura (Ajzen e Madden, 1986; Jemmott e Jemmott, 1994). Apesar de persistir alguma discussão sobre a equivalência dos construtos, eles são habitualmente tratados como sinónimos, pois ambos envolvem a avaliação da capacidade e do potencial para se ser bem sucedido (Sheeran e Taylor, 1999). Segundo Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006), são os estudantes do sexo masculino e os estudantes com conhecimentos do SIDA que admitem, em média, uma maior probabilidade de contágio da doença. No entanto, ambos os sexos apresentam crenças fortes nos benefícios em relação à adopção de medidas preventivas, e a importância das normas subjectivas parece situar-se essencialmente ao nível da aceitação dos seus pares, especialmente no sexo masculino.

As diferenças de sexo nos preditores da adopção de comportamentos preventivos salientam a necessidade de repensar a forma como são realizadas as acções de prevenção. Parece importante considerar a informação relevante para cada sexo, no contexto social em que se está inserido, em vez de partir do pressuposto que se conhece o contexto de acordo com ideias estereotipadas dos papéis de cada sexo (Cláudio e Sousa, 2003). Além disso, os resultados sugerem que é importante continuar a investigar sobre a forma como a percepção de vulnerabilidade influencia a adopção de medidas preventivas para o SIDA, para rapazes e

raparigas em diferentes idades e contextos sócio-culturais. De outro modo, corre-se o risco de minimizar a eficácia de possíveis intervenções, por não serem adaptadas às necessidades específicas de cada sexo, em termos de informação e competências de negociação (Cláudio, Pereira e Robalo, 1994; Cláudio e Sousa, 2003). Estes aspectos devem ser tomados em consideração quando se trata de fornecer informação diferenciada para cada sexo, no sentido de promover a adopção de comportamentos preventivos para o SIDA.

Este estudo apresenta algumas limitações, por um lado, o facto de se focar na intenção ou probabilidade de adoptar comportamentos preventivos, e não permitir avaliar a concretização do comportamento; por outro, o facto de se tratar de um estudo transversal onde não foi possível monitorizar a prática do comportamento. No entanto, pensamos que este estudo contribui para clarificar e actualizar algumas questões relativas à percepção das crenças individuais de adolescentes saudáveis face ao HIV/SIDA, tendo em conta a grande importância das características do sexo. Neste sentido, esperamos que futuras investigações relativas a este tema continuem a estimular o aprofundamento dos aspectos psicológicos e comportamentais relacionados com o SIDA, em jovens adolescentes.

□ Referências bibliográficas

ABRAMS, D. *et al.* — AIDS invulnerability : relationships, sexual behaviour and attitudes among 16-19 year-olds. In AGGLETON, P., DAVIES, P., HART, G. ed. lit. — AIDS : individual, cultural and policy dimensions. Londres : Falmer Press, 1990. 35-52.

AJZEN, I. — Attitudes, personality, and behavior. Milton Keynes : The Open University, 1988. ISBN 0335031447.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. — Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1980. ISBN 0070041709.

AJZEN, I.; MADDEN, T. — Prediction of goal-directed behaviour : attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*. ISSN 0022-1031. 22 : 5 (1986) 453-474.

ALMEIDA, A. D.; SILVA, C. F.; CUNHA, G. S. — Os adolescentes e o VIH/SIDA : estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. 23 : 2 (2005) 105-112.

BANDURA, A. — Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*. ISSN 0149-7189. 13 : 1 (1990) 9-17.

CARVALHO TEIXEIRA, J. A. — Formação em aconselhamento SIDA : experiência do ISPA em formação numa área específica de aconselhamento de saúde. *Análise Psicológica*. ISSN 0870-8231. 12 : 2-3 (1994) 227-231.

CLAÚDIO, V.; PEREIRA, M. G.; ROBALO, P. — Sida! : a falsa protecção que o amortece. *Análise Psicológica*. ISSN 0870-8231. 12 : 2-3 (1994) 211-226.

CLAÚDIO, V.; SOUSA, P. — As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*. ISSN 0870-8231. 2 : XXI (2003) 159-174.

CRUZ, J. *et al.* — Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos : investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. ISSN 0873-4976. 2 (1997) 279-304.

DIAS, S. F.; MATOS, M. M.; GONÇALVES, A. C. — Preventing HIV transmission in adolescents : an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *The European Journal of Public Health*. ISSN 1464-360X. 15 : 3 (2005) 300-304.

FISHER, J. D.; MISOVICH, S. J.; FISHER, W. A. — Impact of perceived social norms on adolescent's AIDS risk behavior and prevention. In DICLEMENTE, R. ed. lit. — Adolescents and AIDS : a generation in Jeopardy. Newbury Park : Sage Publications, 1992. ISBN 0-8039-2999-4. 117-136.

JEMMOTT, J.; JEMMOTT, L. — Interventions for adolescents in community settings. In DICLEMENTE, R., PETERSON, J. ed. lit. — Preventing AIDS : theories and methods of behavioural interventions. New York : Plenum Press, 1994. ISBN 0-3064-3770-8. 141-174.

LOPES, O. — Crenças e atitudes como «co-factores» do HIV/SIDA. [Em linha]. In Congresso Virtual HIV/AIDS, 5, 12-25 Outubro 2004 — Actas. [Lisboa] : SIDAnet — Associação Lusófona [Consult. 20-10-2008]. Disponível em http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=232.

MATOS, M. G. *et al.* — Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 1645-0086. 4 : 1 (2003) 3-20.

MONTEIRO, M. J.; VASCONCELOS-RAPOSO, J. — Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao HIV/SIDA : um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 1645-0086. 7 : 1 (2006) 125-136.

ROSENSTOCK, I.; STRECHER, V.; BECKER, M. — The health belief model and HIV risk behavior change. In DICLEMENTE, R., PETERSON, J. ed. lit. — Preventing AIDS : theories and methods of behavioral interventions. New York : Plenum Press, 1994. ISBN 0-3064-3770-8. 5-24.

SÁ, S. — Comportamentos, conhecimentos e atitudes face ao HIV/SIDA : estudo com jovens atletas de alta competição. Braga : Universidade do Minho, 2006. Dissertação de Mestrado em Psicologia Desportiva.

SHEERAN, P.; TAYLOR, S. — Predicting intentions to use condoms : a meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*. ISSN 0021-9029. 29 : 8 (1999) 1624-1675.

VILAÇA, M. T. — Conhecimento e atitudes dos adolescentes face à SIDA : educação para a saúde nas escolas secundárias. Braga : Universidade do Minho, 1994. Dissertação de Mestrado (não publicada).

VILAÇA, M. T.; CRUZ, J. F. — Conhecimento e atitudes dos adolescentes e jovens adultos face ao SIDA. In ALMEIDA, L., SILVÉRIO, J., ARAÚJO, S. ed. lit. — Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia, 2, Braga, Universidade do Minho — Actas. Vol. I. Braga : Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 1996.

□ Abstract

PREDICTORS OF INTENTION TO ADOPT PREVENTIVE BEHAVIOURS FOR HIV/AIDS IN PORTUGUESE TEENAGERS

Aim: This study aims to investigate the extent to which the dimensions of the health belief model and the theory of planned behaviour are predictive of the adoption of preventive behaviours for AIDS in healthy teenagers.

Method: Cross-sectional study in which 546 Portuguese healthy teenagers, (50% female), completed a questionnaire measuring individual beliefs about HIV/AIDS, and socio-demographic variables. Statistical analyses were performed using linear regression analysis.

Results: In general, the perceived vulnerability and perceived risk to HIV/AIDS were low. There was a positive attitude towards the adoption of preventive behaviours, and strong beliefs concerning the intention of adopting preventive behaviours, perceived control over behaviour, benefits, and clues for action. There were significant gender differences in the predictors of intention to adopt preventive behaviours.

Conclusion: Gender seems to have an effect in the way teenagers cognitively process information concerning AIDS, which may have implications for the adoption of preventive behaviours.

Keywords: health beliefs model; theory of planned behaviour; teenagers; HIV/AIDS.

Anexo 1
Questões utilizadas no inquérito

Modelo de Crenças de Saúde

Vulnerabilidade

Acha que no seu dia-a-dia está exposto(a) a condições que podem favorecer o contágio com o vírus do SIDA?

Nada exposto(a) ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Totalmente exposto(a)

Benefícios

Ao adoptar comportamentos que possam prevenir o SIDA, evito problemas no futuro.

Discordo plenamente ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Concordo plenamente

Eu tenho muito a ganhar se adoptar comportamentos que possam prevenir o SIDA.

Discordo plenamente ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Concordo plenamente

Pistas para a acção

A informação disponível sobre o SIDA influencia a minha decisão de adoptar comportamentos preventivos.

Discordo plenamente ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Concordo plenamente

Probabilidade de vir a contrair a doença

Qual é que acha que é a probabilidade de vir a ter o SIDA ao longo da sua vida?

Extremamente improvável ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Extremamente provável

Probabilidade de vir a adoptar um comportamento preventivo

Qual a probabilidade de vir a adoptar comportamentos preventivos em relação ao SIDA?

Nada provável ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Muito provável

Barreiras

É embaraçoso para mim adoptar comportamentos que possam prevenir o SIDA.

Discordo plenamente ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Concordo plenamente

Adoptar comportamentos que possam prevenir o SIDA interfere com o meu dia-a-dia.

Discordo plenamente ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Concordo plenamente

Teoria da Acção Planeada

Intenção de vir a adoptar comportamentos preventivos

Tem intenção de adoptar comportamentos preventivos em relação ao SIDA?

Não tenciono _____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____ Tenciono

Controlo percebido

Que tipo de controle sente que tem à prática de comportamentos preventivos face ao SIDA?

Nenhum controle Controle total

Atitude em relação ao comportamento preventivo

Adoptar comportamentos que possam prevenir o SIDA seria...

Difícil	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Fácil
Mau	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Bom
Insensato	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Sensato
Indesejável	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Desejável
Inadequado	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Adequado
Desvantajoso	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Vantajoso
Preocupante	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Securizante
Inútil	_____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____	Útil

Norma subjectiva

As pessoas que são importantes para mim pensam que eu...

não deveria _____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____ deveria

...adoptar comportamentos que previnam o SIDA.

As pessoas que são importantes para mim...

Não me aconselham aconselham-me

...a praticar comportamentos que previnem o SIDA.

Em que medida as pessoas que são importantes para si praticam comportamentos que podem prevenir o SIDA?

Raramente _____ . ____ . _____ . _____ . ____ . ____ . _____ Frequentemente