

COMPORTAMENTOS SEXUAIS, CONHECIMENTOS E ATITUDES FACE AO VIH/SIDA EM ADOLESCENTES MIGRANTES

Tania Gaspar¹, Margarida Gaspar de Matos^{1/2}, Aldina Gonçalves^{2/3},
Mafalda Ferreira¹, & Filipa Linhares¹

¹Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa

²Centro de Malária e outras Doenças Tropicais / Universidade Nova de Lisboa

³Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Universidade Nova de Lisboa

RESUMO: O presente trabalho visa compreender e caracterizar os factores ligados aos risco e factores ligados à protecção e aos cenários que envolvem o adolescente no âmbito dos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida nos adolescentes migrantes, através da perspectiva dos jovens, pais e dos técnicos de intervenção. Foi utilizada uma metodologia mista, utilizando métodos quantitativos e qualitativos. Numa primeira abordagem quantitativa foi utilizado uma adaptação do questionário do estudo nacional HBSC (Currie et al., 2000; Matos et al., 2003), aplicado a uma amostra de 1037 adolescentes, com média de idade de 15.5 anos, residentes em zona carenciadas e com elevado número de população migrante oriunda dos PALOP. Posteriormente foi utilizada uma abordagem qualitativa, (grupos focais ou grupos de discussão centrados no tema), comportamentos sexuais e conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida nos adolescentes migrantes, relacionando-o com os “cenários” do adolescente e com outros comportamentos associados, e também na intervenção comunitária que é realizada neste âmbito. Através do discurso de jovens africanos, dos pais e dos técnicos de intervenção que trabalham com eles, pretendeu-se clarificar a questão dos comportamentos sexuais de risco e de conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida nos adolescentes migrantes que vivem em Portugal. Foi efectuada uma análise de conteúdo, e para cada categoria e cada sub-categoria foram apresentados exemplos ilustrativos do discurso dos participantes. A presente investigação fornece informação relevante, no âmbito da intervenção, visando abranger a cultura, os factores socioeconómicos, as competências sociais e pessoais, a ocupação de tempos livres, o *empowerment* dos adolescentes e da comunidade envolvida, o trabalho em parceria e as boas práticas.

Palavras chave: Adolescência, Comportamentos sexuais, Conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida, Factores ligados à protecção, “Grupo focal”, Multiculturalidade.

SEXUAL BEHAVIOUR, KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT VIH/AIDS IN MIGRANT ADOLESCENTS

ABSTRACT: The present study pretend to characterized and highlight the risk factors and protective factors on sexual behaviour, knowledge and attitudes about HIV in migrant adolescents. A mixed methodology including quantitative and qualitative methods was used.

In quantitative study, was used data from a specific study included in the Portuguese study HBSC-Health Behaviour in School-Aged Children, a World Health Organization collaborative study (Currie et al., 2000; Matos et al., 2003). The survey

* Contactar para E-mail: Taniagaspar@fmh.utl.pt

carried out in 2004, used the research protocol of the cross-national survey based on a self completed questionnaire. A global sample of 1037 adolescents ($M=15.5$ years old) participated in the survey.

The method that was chosen for the qualitative research was the focus group, the aim is to get closer to the migrant adolescents, professionals that work with them, and parents, their opinions, attitudes, discourse and understanding regarding sexual behaviour, knowledge and attitudes about HIV, the influence from personal and social characteristics on that behavior and identify which are their risk factors and protective factors.

The qualitative analyses supported the assumption that the existence of a migrant status and social economic status is associated with adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes about HIV, positive health and with adolescent relations with personal and social characteristics (family, peers, school and community support) mediates the association between a migrant status and positive health. Implications of the results and directions for further research and community interventions are discussed.

Key words: Adolescence, Focus group, Knowledge and attitudes about HIV, Multiculturalism, Sexual behaviour.

Recebido em 26 de Março de 2006 / aceite em 4 de Outubro de 2006

A sociedade por seu lado impõe expectativas específicas ao adolescente que moldam algumas dessas tarefas. Os adolescentes têm que fazer face a várias exigências de adaptação, numa grande variedade de dimensões (DiClemente, Hansen, & Ponson, 1996).

A maior ou menor adesão dos adolescentes a práticas de saúde é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que estes comportamentos poderão ter nos outros jovens e, mais tarde, nos estilos de vida adoptados enquanto adulto. Muito do que o individuo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida, o que confere uma particular importância aos programas dirigidos aos adolescentes.

Os adolescentes têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros (Centers for Disease Control and Prevention, 2000; DiClemente et al., 2001; Whitaker & Miller, 2000).

Os jovens oriundos de grupos étnico-culturais minoritários, pela peculiaridade das pressões a que estão sujeitos (aculturação, discriminação, racismo, desenraizamento, intolerância, preconceito, etc.) podem apresentar uma tendência para uma maior prevalência de comportamentos de risco. Os jovens de origem africana apresentam situações associadas aos estilos de vida que envolvem risco, tais como, frequente proveniência de famílias de baixo nível sócio-económico e educacional, de famílias mono-parentais para além de pressões específicas (Carlson, Uppal, & Prosser, 2000; Frasilho, 1996; Matos et al., 2003; Roberts, Phinney, Masse, & Romero, 1999).

Pereira (1993) salienta a importância da vivência de uma sexualidade equilibrada no desenvolvimento harmonioso do indivíduo com o outro e com o meio, enfatizando componentes da sexualidade tais como, o prazer, a afectividade e a reprodução. Segundo conclui esta autora, o prazer parece ainda ausente das discussões sobre o tema da sexualidade. Alguns estudos realizados em diversos países, incluindo Portugal, evidenciam o embaraço sentido no diálogo entre pais e filhos em relação à sexualidade. Muitos pais aliam aos tabus, normas culturais e vergonha, o receio de ter informação ou competências insuficientes para responder às questões dos filhos adolescentes. Esta situação vai agravar as dificuldades de comunicação neste âmbito.

Paralelamente ao núcleo de relações familiares e ao grupo de pares, a escola, outras instituições e os meios de comunicação, contribuem para a formação da sexualidade do adolescente. As fontes de informação mais utilizadas pelos jovens são de longe os amigos, seguida pelos pais, televisão e leituras. Os professores surgem no fim da lista de fontes de informação escolhidas pelos jovens (Matos et al., 2003).

Actualmente, uma das maiores ameaças à saúde dos adolescentes, sendo também um factor de grande preocupação mundial, é o vírus VIH. Embora o *stress* e outras respostas emocionais, possam afectar a capacidade do corpo de se tornar ou permanecer saudável, assim como ter importantes implicações no início e na progressão da doença (não só no caso do vírus VIH, mas também noutras doenças como, por exemplo, as cardiovasculares), são os comportamentos adoptados pelos adolescentes que mais podem comprometer ou beneficiar a sua saúde (Baum & Posluzny, 1999).

A epidemia SIDA não é apenas um fenómeno biomédico, mas também psicossocial e cultural onde o comportamento individual, mais especificamente a falta de comportamentos de prevenção, aumenta a propagação da doença. Existem algumas características biológicas, sócio-económicas e comportamentais que fazem com que os jovens adolescentes sejam um grupo propenso à infecção pelo VIH. Segundo o estudo do HBSC 2002 (Matos et al., 2003), um quarto dos jovens referem não ter utilizado algum método contraceptivo na última relação sexual e em relação aos conhecimentos face aos modos de transmissão do VIH/sida a grande maioria demonstrou falhas. Cerca de metade referem não correr nenhum risco de ser infectados e mais de um terço referem não saber se correm risco. Estes dados revelam que estes jovens representam um grupo de risco face à infecção do VIH.

Segundo Hamburg (1999), o consumo de álcool e outras substâncias é um importante contributo para comportamentos violentos, para comportamentos sexuais de risco, para a gravidez na adolescência, para os acidentes rodoviários, etc.

A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos

e ambientais podem constituir factores ligados ao risco, sendo um meio que possibilite um aumento de participação e de bem-estar dos adolescentes (Hamburg, 1999; Matos, 2005; Matos & Sardinha 1999).

O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem os indivíduos a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc., irá otimizar a sua capacidade escolher um estilo de vida saudável e de o manter.

É importante e fundamental que as entidades responsáveis, políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade, reconheçam a diversidade dos adolescentes e dos jovens, as suas potencialidades e dos seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos. Por outro lado, tem que se reconhecer que estes grupos têm direitos e necessitam também de respeito pelas suas opções. Se os adolescentes necessitam de informação e de suporte, os adultos necessitam de competências para interacção com este grupo (Kahssay & Oakley, 1999).

MÉTODO

Participantes

Foram seleccionadas para participar no estudo quatro zonas contendo bairros socioeconomicamente desfavorecidos: Oeiras, Marvila (Lisboa), Amadora e Loures. Numa primeira fase pretendia-se seleccionar as zonas que se apresentassem voluntariamente mas dada a participação dos representantes optou-se por seleccionar as escolas de entre as 4 zonas. Foram seleccionadas escolas e associações de uma lista apresentada pelos parceiros na comunidade, visando cobrir as zonas mais desfavorecidas e com maior concentração de adolescentes migrantes.

Os adolescentes incluídos na amostra encontram-se distribuídos em percentagens idênticas no que se refere ao género e os portugueses são mais novos.

Na escola

Amostra da escola foi constituída por adolescentes que frequentavam os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade em escolas de zonas desfavorecidas da cidade de Lisboa ou cidades limítrofes. Os anos de escolaridade foram escolhidos seguindo o protocolo internacional HBSC (Currie et al., 2001; Matos et al., 2003)

O questionário em contexto escolar foi aplicado a todos os alunos das turmas seleccionadas. Foram seleccionadas 12 escolas públicas do ensino

regular e destas foram sorteadas aleatoriamente turmas de modo a estratificar a amostra pelos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade. Na zona de Oeiras, foram seleccionadas 3 escolas, na zona de Marvila foram seleccionadas 3 escolas, na zona da Amadora foram seleccionadas 2 escolas e na zona de Loures foram seleccionadas 4 escolas.

De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2002 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling”, onde o “cluster” ou unidade de análise foi a turma.

Assim, foram seleccionadas 71 turmas, 24 turmas do 6º ano, 24 turmas do 8º ano e 23 turmas do 10º ano. Foram recebidos 919 questionários.

Na comunidade

A recolha de dados na comunidade foi efectuada pelas associações parceiras e pela equipa do projecto junto dos jovens das diferentes zonas, utilizando o mesmo instrumento, o questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2002 (Currie et al., 2001). Na comunidade, foram aplicados na totalidade 118 questionários.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: (a) Jovens até aos 18 anos (19 anos feitos nesse ano); (b) Jovens não inscritos na escola (trabalham ou não têm nenhuma ocupação); (c) Jovens inscritos na escola mas que não vão às aulas (quando vão à escola é para estar com os amigos, almoçar, etc.); (d) Jovens que estão inscritos na escola apenas para obter a declaração de inscrição, mas não vão à escola; € Jovens do ensino recorrente.

Material

O questionário “Comportamento e Saúde em adolescentes em idade escolar” utilizado neste estudo, foi o adoptado no estudo internacional de 2002 do HBSC – Health Behaviour of School Aged-Children (Currie et al., 2001), traduzido em Português pela equipa portuguesa do Aventura Social (Matos et al., 2003).

O questionário de auto-preenchimento é composto por três partes. Uma primeira parte geral, que engloba questões demográficas (idade, género, estatuto sócio-económico), questões relativas ao ambiente na escola, ao consumo de tabaco e álcool, à violência, à imagem do corpo, família, escola e pares. Uma segunda parte, específica do questionário português (Matos et al., 2003), com questões relacionadas com cultura de grupo e lazer, consumo de drogas e actividade física e uma terceira parte, também apenas relativa ao questionário português (Matos et al., 2003), onde foram incluídas questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/sida. O objectivo fundamental deste estudo foi efectivamente este último grupo de questões servindo os anteriores de dados de contextualização.

Procedimento

Na escola os questionários foram aplicados pelos professores em contexto de sala de aulas às turmas seleccionadas, na comunidade os questionários foram aplicados pelos técnicos das associações parceiras e pela equipa do projecto.

Após a recepção os questionários estes foram conferidos, numerados sequencialmente e posteriormente os dados foram introduzidos manualmente numa base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 12.). Posteriormente procedeu-se à sua análise e tratamento estatístico. Tendo sido utilizada a mesma metodologia do estudo HBSC Português (Matos et al., 2003).

Foram utilizados para a análise dos dados, primeiro, uma estatística descritiva com apresentação das frequências e percentagens para variáveis nominais e médias e desvio padrão para variáveis contínuas, seguidamente, foi efectuado o Teste do Qui-quadrado – χ^2 (estudo da distribuição em variáveis nominais) com análise de residuais ajustados (para localização dos valores significativos).

RESULTADOS

Estudo quantitativo

Ambas as amostras apresentam uma percentagem equivalente quanto ao género. Os jovens da comunidade apresentam uma média de idade mais elevada.

Quadro 1

Distribuição da amostra da escola e da amostra da comunidade por género e média de idade

	Género		Média de idade
	Rapaz	Rapariga	
Escola (n=919)	47,7	52,3	14,4
Comunidade (n=118)	54,2	45,8	16,7

A maioria dos jovens que constituem a amostra recolhida na escola é de nacionalidade portuguesa, cerca de metade da amostra recolhida na comunidade é oriunda dos PALOP. São os jovens da comunidade que mais referem falar outra língua em casa.

Metade dos pais dos jovens da comunidade pertence a um nível socioeconómico baixo.

Em relação aos comportamentos sexuais, os jovens da comunidade referem mais frequentemente ter tido relações sexuais, no entanto, são os jovens da escola que mais referem ter utilizado preservativo na última relação sexual. Os jovens da comunidade são os que mais referem ter utilizado a pílula ou nenhum método contraceptivo na última relação sexual. Não se verificaram diferenças significativas entre os jovens da escola e da comunidade quanto ao ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas.

Não se verificaram diferenças significativas quanto aos conhecimentos dos modos de transmissão do VIH/SIDA, atitudes face a portadores e interlocutores escolhidos para falar sobre VIH e outras IST entre os jovens da escola e da comunidade.

Quadro 2

Comparação entre os resultados da amostra recolhida em contexto escolar e a amostra recolhida na comunidade

	Escola	Comunidade	χ^2	g.l.	$p <$
Nacionalidade Portuguesa ($n=1029$)	77,1	34,8	132,18	6	0,0001
Fala Português em casa ($n=967$)	87,4	57,7	61,38	1	0,0001
ESE baixo ($n=603$)	24,3	50,0	14,23	3	0,01
Relações sexuais ($n=1029$)	32,9	80,3	98,80	1	0,0001
Uso de preservativo última relação sexual ($n=385$)	65,6	53,8	4,14	1	0,04
Uso de pílula última relação sexual ($n=385$)	41,3	63,6	6,69	1	0,01
Nenhum método na última relação sexual ($n=387$)	23,5	35,5	5,25	1	0,02

Cerca de metade dos jovens estrangeiros/africanos referem falar outra língua em casa. Os jovens estrangeiros/africanos referem mais que o pai pertence a um nível sócio-económico baixo (nível cinco).

Os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem já ter tido relações sexuais. Dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, são os adolescentes portugueses que mais referem ter utilizado preservativo na última relação sexual.

Em relação ao conhecimento dos modos de transmissão do VIH/sida, não se verificam diferenças significativas. Em relação às fontes de informação/aprendizagem mais referidas, são os jovens portugueses que mais referem falar com os pais. Os jovens estrangeiros/africanos são os que mais referem consultar folhetos e recorrer a programas de televisão como fonte de informação e aprendizagem no âmbito do VIH/sida. Em relação às atitudes face aos portadores de VIH/sida, não se verificam diferenças significativas, entre jovens estrangeiros/africanos e portugueses. A maioria dos jovens refere que se sente muito à vontade para conversar com as pessoas da mesma idade sobre SIDA e outras IST'S, e não se verificam diferenças significativas, entre jovens estrangeiros/africanos e portugueses. Em relação a conversar com um dos pais (ou adulto responsável) sobre SIDA e outras IST'S, são os jovens estrangeiros/africanos que mais referem que se sentem pouco à vontade ou não falam com os pais sobre esse assunto.

Quadro 3

Comparação entre os jovens portugueses e os jovens estrangeiros/africanos em Portugal

	Português	Estrangeiro (africano)	F^2	g.l.	$p <$
+16 anos ($n=995$)	28,6	65,6	117,24	3	0,0001
Fala Português em casa ($n=931$)	94,2	54,9	203,15	1	0,0001
ESE baixo (5 grafar) ($n=581$)	23,4	40,2	16,65	5	0,005
Relações sexuais ($n=987$)	27,8	68,6	130,33	1	0,0001
Uso de preservativo última Relação sexual ($n=365$)	70,4	51,2	14,03	1	0,0001
Fontes de informação VIH/sida – folhetos ($n=977$)	72,7	76,9	7,98	2	0,01
Fontes de informação VIH/sida – programa TV ($n=970$)	68,6	80,8	13,58	2	0,001
Fontes de informação VIH/sida – país ($n=975$)	56,1	50,6	25,96	2	0,0001
Não fala com os pais sobre sida e outras ISTs ($n=974$)	19,3	33,7	36,58	2	0,0001

Os jovens do estudo HBSC/R (Matos, Gonçalves, & Gaspar, 2005) são os que mais referem já ter tido relações sexuais. Dos que já tiveram relações sexuais, não se verificam diferenças significativas entre os jovens dos dois estudos em relação à idade da primeira relação sexual. São os jovens do estudo HBSC 2002 (Matos et al., 2003) que mais referem utilização de preservativo na última relação sexual.

Quadro 4

Comparação entre o estudo HBSC 2002 e o estudo HBSC/R

	HBSC 2002 Matos et al., 2003	HBSC/R Matos et al., 2005	F^2	g.l.	$p <$
Relações sexuais ($n=1415$)	38,6	65,8	83,74	1	0,0001
Uso de preservativo última relação sexual ($n=640$)	72,1	62,0	7,10	1	0,008
“Não sabe” transmissão mãe-bebé do VIH/sida ($n=1422$)	6,9	10,8	19,37	2	0,0001
Fontes de informação VIH/sida – folhetos ($n=1420$)	75,7	82,1	6,54	2	0,03
Fontes de informação VIH/sida – Consulta Centro de Saúde ($n=1422$)	40,7	51,9	15,21	2	0,0001
Fontes de informação VIH/sida – Médico de família ($n=1419$)	36,8	52,0	26,75	2	0,0001
Fontes de informação VIH/sida – país ($n=1416$)	54,9	46,9	7,47	2	0,02
Fontes de informação VIH/sida – não falam com irmão/irmã ($n=1420$)	27,2	18,7	13,40	2	0,001
Fontes de informação VIH/sida – falar com ninguém ($n=1352$)	7,9	12,2	6,12	2	0,04
Não fala com pessoas da mesma idade sobre sida e outras ISTs ($n=1425$)	2,3	9,2	40,18	2	0,0001
Não fala com os pais sobre sida e outras ISTs ($n=1418$)	6,8	22,0	82,21	2	0,0001

Em relação ao conhecimento dos modos de transmissão do VIH/sida não se verificam diferenças significativas, entre os jovens dos dois estudos, excepto no caso da transmissão mãe infectada-bebé em que os jovens do estudo HBSC/R são os que apresentam um maior desconhecimento sobre este modo de transmissão do VIH/sida.

Em relação às fontes de informação/aprendizagem no âmbito do VIH/sida utilizadas pelos jovens, os jovens do estudo HBSC 2002 são os que mais referem conversa com os pais e não com os irmãos ou irmãs e os do estudo HBSC/R são os que mais referem recurso a folhetos, ao Centro de Saúde e ao médico de família como fontes de informação e aprendizagem no âmbito do VIH/sida, são também os que mais referem que não falam com ninguém.

No âmbito da comunicação/diálogo com os outros sobre VIH/sida, em relação a conversa com as pessoas da mesma idade e com um dos pais (ou adulto responsável) sobre SIDA e outras ISTs, são os jovens do estudo do HBSC/R que mais referem falta de vontade ou mesmo ausência de conversa com as pessoas da mesma idade e com os pais.

ESTUDO QUALITATIVO

“Focus group”/grupos focais (Grupos de discussão centrados num tema). O estudo quantitativo teve como objectivo conhecer a percepção dos jovens residentes em zonas carenciadas, pais e técnicos face aos comportamentos sexuais, crenças, atitudes e conhecimentos relativos ao VIH/sida, assim como barreiras e boas práticas na intervenção comunitária neste âmbito.

No sentido de aprofundar os dados obtidos no estudo quantitativo, foram realizados grupos de discussão focados no tema “comportamentos sexuais, crenças, atitudes e conhecimentos do VIH/sida”, relacionando-o com os “cenários” do adolescente e com os comportamentos ligados ao risco e ligados à protecção e também à intervenção comunitária. Através do discurso, crenças, atitudes e comportamentos de jovens, pais e de técnicos de intervenção comunitária, pretendeu-se clarificar a questão comportamentos sexuais, crenças, atitudes e conhecimentos do VIH/sida dos jovens residentes em zonas carenciadas, tendo em conta os “Cenários” e os “Actores” que os envolvem.

Um “focus group” ou grupo focal é uma entrevista semi-estruturada, que envolve uma discussão de grupo e que utiliza respostas simultâneas no sentido da obtenção de informação sobre determinado assunto (“foco”). O objectivo é a aproximação às opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio da validade de toda a informação dada pelos participantes.

Nesta investigação, o objectivo principal do grupo focal” foi a obtenção de diferentes pontos de vista e opiniões sobre os comportamentos de saúde dos jovens residentes em zonas carenciadas e com desvantagem sócio-económica, maioritariamente migrantes (africanos) e identificação de estratégias de intervenção na promoção de saúde e protecção da doença desta população, a partir da perspectiva dos adolescentes, dos pais e dos técnicos de saúde/educação, deixando-os explorar as suas ideias de modo mais profundo. No sentido de alcançar o objectivo pretendido, foi realizada uma análise de conteúdo do

discurso produzido pelos participantes (adolescentes, pais e técnicos) no decorrer do grupo de discussão. A informação foi organizada por categorias e subcategorias representativas e ilustrativas do tema estudado (Gaspar, Matos, & Gonçalves, 2005; Gaspar & Matos, 2005; Lambert, Hublet, Verduyct, Mães, & Broucke, 2002; Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2002; Matos & Gaspar, 2003; Matos, Gaspar, & Gonçalves, 2004; Matos, Gaspar, Gonçalves, & Ramos, no prelo).

Participantes

No estudo qualitativo, tendo como base a justificação do estudo quantitativo, anteriormente apresentada, considerou-se pertinente a investigação das populações pertencentes a quatro Zonas (*Oeiras, Amadora, Lisboa (Marvila) e Loures*) onde se desenvolve intervenção na área da promoção de saúde e protecção de doença de adolescentes migrantes, na sua maioria africanos e com estatuto sócio-económico baixo, e com as quais já se mantiveram contactos anteriores. Os participantes foram: (a) Jovens residentes em zonas carenciadas, na sua maioria oriundos dos PALOP, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 13-25 anos; (b) Técnicos de saúde e educação (profissionais que exercem a sua actividade em zonas carenciadas); (c) Pais de jovens residentes em zonas carenciadas, na sua maioria oriundos dos PALOP.

Foram realizados quatro grupos focais com jovens, com um total de 45 participantes, agrupados da seguinte forma: Grupo 1 – onze elementos (grupo masculino); Grupo 2 – seis elementos (grupo misto - 4 raparigas e 2 rapazes); Grupo 3 – catorze elementos (grupo misto – 8 raparigas e 6 rapazes); Grupo 4 – catorze elementos (grupo misto – 4 raparigas e 10 rapazes). Em relação aos três grupos focais realizados com técnicos de saúde e educação, verificou-se a seguinte caracterização: Grupo 1 – cinco elementos; Grupo 2 – seis elementos; Grupo 3 – catorze elementos, num total de 25 técnicos participantes. Foi realizado um grupo focal com pais constituído por 6 elementos (grupo misto – 1 mulher e 5 homens).

Recolha e registo dos dados

Nesta fase do estudo foram constituídos oito grupos (quatro de jovens, três de técnicos e um de pais), que foram entrevistados uma vez cada, através da aplicação da técnica de recolha de dados e grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema.

Previamente, foi elaborado um guião de entrevista, tendo em conta as questões de investigação e os objectivos do estudo, no sentido de melhor organizar e recolher a informação dos grupos de discussão com os jovens, pais e com os técnicos.

As entrevistas foram gravadas em sistema de áudio e foram transcritas e registadas em ficheiros “Word for Windows”.

Apresentação e análise de dados

Os dados provenientes da segunda fase do estudo, no estudo qualitativo, foram alvo de análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa, uma análise de conteúdo, na análise das entrevistas dos jovens, dos pais e dos técnicos participantes nos grupos focais (Gaspar, Matos, & Gonçalves, 2005; Gaspar & Matos, 2005; Lambert, Hublet, Verduyct, Mães, & Broucke, 2002; Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2002; Matos & Gaspar, 2003; Matos, Gaspar, & Gonçalves, 2004; Matos, Gaspar, Gonçalves, & Ramos, no prelo).

Em ambos os momentos das entrevistas semi-estruturadas (estudo de comportamentos de saúde e estudo de estratégias de intervenção), foram criadas categorias *a priori*, sendo que, após a análise dos dados, se entendeu a necessidade de ajustamento da estrutura de categorização pré-estabelecida, de modo a uma melhor exposição dos resultados. As categorias pré-estabelecidas, no caso do estudo dos comportamentos de saúde dos adolescentes migrantes, foram fundamentadas pela primeira fase do estudo e por conhecimento adquirido através de uma revisão bibliográfica sobre o tema.

Em relação à categoria *sexualidade*, subcategoria *comportamentos sexuais*, a maior parte dos jovens, em relação ao início da vida sexual, a refere que as raparigas começam a sua vida sexual por volta dos 15 anos, geralmente, com parceiros mais velhos. Os jovens apresentam algumas reflexões acerca do sentido da relação sexual.

“Eu conheço crianças, sim crianças de 14, 15 anos que não sabem realmente o que é sexo e praticam e querem sempre rapazes mais velhos, são muito atrevidas”.

Os técnicos consideram que os jovens africanos iniciam a sua vida sexual mais cedo do que os jovens portugueses e identificam diferenças culturais, nomeadamente a nível da aceitação da bigamia. Referem que observam cada vez mais casais mistos (portugueses e africanos). Quanto à educação sexual na escola, defendem que é uma questão fundamental, no entanto, segundo determinados parâmetros, tais como, a estruturação de um programa comum para a disciplina e formação e sensibilização prévia de pais e professores. Salientam que esta formação deve ir ao encontro das necessidades, dúvidas, emoções e maturidade dos jovens e não através da apresentação de factos crus e descontextualizados.

“Na sociedade europeia o diálogo entre pais e filhos sobre a sexualidade tem de existir pois há mais tabus, na sociedade africana há menos tabus, é tudo tão natural”;

“O que é educação sexual para eles? Informação sobre as IST's, questões técnicas mas também a ligação emocional... alguns têm a

ideia que aquilo é um projecto comum com ideias comuns, algo a longo prazo com consequências mais ou menos profundas”.

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *relação entre géneros*, um tema muito desenvolvido pelos jovens foi a diferença dos géneros face à sexualidade. Referem que é natural que um rapaz tenha mais do que uma parceira mas, que se uma rapariga tiver mais do que um parceiro, é avaliada de modo depreciativo, até pelas próprias mulheres. Referem que as raparigas são mais sensíveis e vulneráveis e que ficam mais afectadas com o fim de uma relação amorosa do que os rapazes. As raparigas expressam expectativas negativas face ao comportamento e emoções dos rapazes.

“Namorada é aquela que se gosta, a dama fixa”; “É normal os homens terem duas mulheres”; “Há mulheres que aceitam porque gostam do homem”.

Alguns técnicos identificam diferenças de género a nível da sexualidade, nomeadamente, na forma como as raparigas se relacionam com os seu corpo e, a nível social, referem que as raparigas não frequentam, tanto quanto os rapazes, cafés e associações, sendo que as raparigas que o fazem vão ter com os namorados ou são avaliadas de modo depreciativo.

As raparigas que vinham cá ou vinham ter com os namorados e iam logo embora ou eram raparigas com um comportamento de risco, eles já as viam como...

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *gravidez na adolescência*, de um modo geral, os jovens referem que a gravidez na adolescência é uma moda e que as raparigas mais novas seguem o exemplo das outras. Descrevem a gravidez como um projecto individual e uma valorização pessoal e social. Salientam, ainda, que a gravidez pode ser uma forma de “prender” um homem.

As raparigas descrevem o que fariam se ficassem grávidas e os rapazes como agiriam se engravidassem uma rapariga. De um modo geral os jovens referem que teriam os filhos, que iriam trabalhar e que os pais acabariam por aceitar a situação.

“Por exemplo: uma irmã de 16 anos engravida e fica em casa com o bebé, a avó gosta muito da neta, etc. É natural que outras irmãs mais novas, 14 anos ou isso, sigam o exemplo e também engravidem”; “Eu já fui pai adolescente: tenho duas filhas. A minha primeira filha foi há 6 anos e depois conheci outra pessoa tive outra filha e agora estou com ela. Na primeira tive medo, medo, e a minha mãe não deixou tirar”.

Os técnicos referem que existem muitos casos de adolescentes grávidas. Consideram que estas raparigas são admiradas pelas outras, a gravidez surge como uma valorização pessoal e social e como o preenchimento de um vazio.

Comentam algumas questões culturais, tais como a poligamia e o início da vida sexual.

“Tenho reparado este ano que há imensas jovens grávidas aqui no bairro. É difícil contrariar uma ideia que é aceite por todos, pelos pais e todos e até é bem vista pela comunidade”.

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *uso de preservativo e Infecções Sexualmente transmissíveis VIH/sida*, quanto ao uso do preservativo os jovens defendem que deve ser utilizado numa relação “esporádica” mas não numa relação “séria”. Salientam que o uso do preservativo pode ser visto como uma quebra de confiança e tirar o prazer sexual. Os rapazes referem que é o homem que deve trazer e colocar o preservativo e avaliam de modo negativo uma rapariga que o faça. Em relação ao VIH/Sida referem que é um assunto não abordado pelos pais e revelam fracos conhecimentos face à doença.

“Quando é uma rapariga que conhecemos há pouco tempo, usa-se preservativo, quando fica mais sério deixamos de usar”; “Eu nunca uso, não gosto. Também, só vou para a cama com uma rapariga quando já a conheço”; “Eu não gosto, mas uso quando tenho que usar”.

Os técnicos identificam as IST’S e particularmente o VIH/sida como um problema de grandes dimensões, parte devido às condições habitacionais e de higiene, assim como a crenças e comportamentos face à doença. Salientam que o VIH/sida é tabu e denominado “pela doença”.

“As IST’S é uma coisa que nos preocupa muito aqui no bairro, pelas condições de habitação temos aqui um foco infecto-contagioso, as condições habitacionais são péssimas, em três metros quadrados vivem cinco pessoas ou seis, por isso há muitas relações sexuais, com diversos pares, o que implica uma transmissão, essencialmente do VIH/sida, entre outras”; “É tabu, as pessoas que morrem de sida aqui no bairro, diz-se que morrem de tuberculose ou da “doença”; “O que é a doença?” “é a doença”, é aquela doença que não se sabe. “O meu médico diz que eu tenho isto, mas eu não tenho” e só dizem quando são confrontadas com a situação”.

Os pais apresentam uma grande preocupação com o VIH/sida, e têm receio das consequências do comportamento dos filhos, especialmente dos rapazes. Expressam dificuldade de falar sobre o tema da sexualidade com os filhos. Salientam que a luta face ao VIH/sida deve ser global.

“Eu tenho medo que o meu filho seja um vagabundo e se envolva com todas, eu digo-lhe “tu para ser uma pessoa de respeito não deves estar discutir na rua nem com os homens nem com as meninas”, “não te deves envolver em amizade, amor e emoções com todos porque não

sabemos onde está uma boa amiga ou mau amigo, uma doença, um vício”; “Todos os pais tem consciência de que o VIH/sida é um grande problema e deve também passar por eles e por toda a sociedade essa luta”.

Em relação à categoria *sexualidade*, subcategoria *fontes de Informação*, as fontes de informação sobre sexualidade mais referidas pelos jovens são os amigos, a televisão e os irmãos e irmãs mais velhos. A grande maioria salienta que não fala destes assuntos com os pais pois tem vergonha e porque pensa que os pais começam a desconfiar. Alguns jovens consideram que tem mais conhecimentos do que os pais. Muitos jovens defendem que deveria haver educação sexual nas escolas, outros defendem que a educação sexual deve ser dada em casa, pelos pais. Os rapazes consideram que são as raparigas que mais precisam de informação sobre sexualidade e métodos contraceptivos.

“Eu, a primeira vez que falei de sexualidade, foi na rua, com os amigos mais velhos; falavam que faziam, do que iam fazer e eu ouvia”; “A disciplina de “educação sexual” na escola é muito antiquada, acaba por ser uma bíblia, só ensina coisas que toda a gente sabe”; “A educação sexual deveria ser feita em casa, é um assunto muito íntimo para falar na escola”.

Em relação à sexualidade, os pais referem como barreiras a dificuldade de comunicação com os filhos. Por um lado porque a sexualidade é um tema tabu e por outro porque os filhos consideram que têm mais conhecimento que os pais, desvalorizando as suas informações. Os pais expressam preocupação face à forma como a informação é transmitida aos filhos, através da Internet, televisão e escola, salientando que é efectuada sem “filtração”. Consideram que deveriam ser os professores a dar educação sexual na escola e não os pais, defendendo que os professores têm uma posição neutra e estão mais à vontade.

“A sexualidade é um tabu, era uma coisa que não se fala, é uma coisa que se faz, que se sabe que se faz mas não deve ser falada, mas temos que romper com esse tabu”; “Eu tenho filhas e quando falo com elas parece que há conflito de conceitos. Tento falar por palavras: “há uma questão quando tiveres um namorado a relação sexual que vocês tiverem já dá para passar o vírus, por isso têm de ter cuidado, não façam isso por enquanto, tem primeiro o projecto de estudo, casamento, estudo, a vida não se faz de uma vez, faz-se por fases”. Eu falando isso, estou um pouco atrasado em relação: ela diz “isso da virgindade não está na moda”; “Cada vez que eu tento explicar alguma coisa sobre a sexualidade elas acham sempre que sabem mais do que eu, que eu estou ultrapassada. Eu tento mas elas acham que eu não sei, que o diálogo com a mãe é menos interessante, eu acho que elas sabem mais que eu”.

Na categoria *sexualidade*, subcategoria *boas práticas*, os jovens referem como boas práticas, o apoio e formação dos centros e associações de jovens e sugerem a realização de debates.

“Eu acho que devia haver debates”; “Pessoas de fora que deviam vir cá à escola falar”; “É preciso saber. Se uma pessoa não sabe quase nada, pode engravidar”.

Os técnicos apresentam algumas boas práticas que têm vindo a ser desenvolvidas junto da população, nomeadamente, equipas móveis de apoio domiciliário, prevenção primária nas escolas através de programas específicos e adequados a cada população, a existência de um gabinete escolar de apoio, e essencialmente o trabalho em equipa.

“A sexualidade para ser vivida de forma plena tem de ser vivida de forma saudável e não de uma forma mecânica”.

“No Centro de Saúde temos uma equipa móvel, domiciliária, que anda na carrinha duas vezes por semana. A equipa anda pelo bairro. Depois pára e espera que as pessoas venham fazemos aconselhamento e visitas domiciliárias mais ligadas à saúde infantil, recém nascidos e ainda planeamento familiar e temos uma consulta do adolescente”; “Temos prevenção primária a nível das escolas. Por vezes temos barreiras nas escolas de 1º e 2º ciclo pois dizem que é muito cedo, portanto temos de sensibilizar, trabalhar a relação e a comunicação, os pais, um conjunto de coisas importantes nessa fase”; “Temos acções de formação, temos gabinetes na escola onde trabalhamos exactamente essas coisas da sexualidade”.

Quando questionados sobre a recusa, por parte de alguns pais, da educação sexual nas escola, os pais referem que, quando a educação sexual for uma disciplina integrada no programa escolar, os pais vão ter de aceitar. Salientam que é fundamental a existência de um programa comum para todos os professores. Salientam que a educação sexual, mais do que uma medida política deve ser considerada uma medida de saúde pública.

“Quando a educação sexual for uma disciplina como outra qualquer, a que o aluno não possa faltar, os pais vão ter que aceitar. Têm de ultrapassar esses tabus. É uma questão de habituação, vão ter de aceitar”; “A educação sexual na escola deve ser uma medida de saúde pública e não uma política. Qualquer pai que veja que a vida do seu filho pode depender disso não se vai opor de certeza, agora se for para o debate político, em que uns dizem uma coisa e outros outra será diferente. Acima de tudo é um problema de saúde”.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados do estudo sugerem que os comportamentos sexuais saudáveis, os conhecimentos sobre VIH/Sida e as atitudes positivas face às pessoas infectadas podem ser promovidos com intervenções no contexto escolar, como referem estudos realizados por Kinderberg e Christensson (1994). As escolas têm sido apontadas como contextos privilegiados para abordar os adolescentes, para planear intervenções que proporcionem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde e para a promoção de atitudes positivas face aos outros, em geral, e às pessoas infectadas com VIH, em particular. Neste contexto, será necessário fazer esforços no sentido de promover um sentimento de ligação forte dos adolescentes ao meio escolar como forma de aumentar a percepção de um ambiente escolar positivo, uma percepção subjectiva de bem-estar, um sentimento de pertença, uma percepção de auto-eficácia e de valor e, conseqüentemente, permitir escolhas e opções por estilos de vida saudáveis de forma consistente e sustentada, sendo uma forte componente deste trabalho a colaboração com os pais (Matos et al., 2003; Nutbeam et al., 1993; Samdal et al., 1998).

O desenvolvimento de programas efectivos requer o conhecimento adequado dos comportamentos sexuais que caracterizam os adolescentes de zonas de elevada concentração de pobreza e grupos minoritários (McDermott, 1998). Considera-se necessário dedicar um maior esforço à compreensão destas comunidades e da forma como a própria “cultura de migração” influencia a prática de comportamentos sexuais de risco (Gadon et al., 2001). As intervenções comunitárias necessitam de uma base de investigação centrada na “epidemiologia comportamental” e de estudos básicos sobre a dinâmica dos comportamentos sexuais (Dawson & Gifford, 2001; Jemmott & Jemmott, 2000).

Os resultados obtidos e a revisão da literatura sugerem, ainda, que para que existam mudanças efectivas é importante intervir ao nível do indivíduo mas também ao nível das famílias, pares, escola e comunidade permitindo alterações que produzam diminuição das situações de risco e promovam oportunidades para um desenvolvimento positivo (Fenton, 2001; Jemmott & Jemmott, 2000; Matos, 2005; McDermott, 1998). Por outro lado, tendo em conta que os factores de risco não podem ser alterados ou removidos sem uma transformação social profunda, a estratégia opcional para a prevenção poderá ser o robustecimento dos factores de protecção que incluem as competências pessoais e sociais (relacionamento interpessoal, capacidade de concretização de tarefas e resolução de problemas, capacidade de planeamento e modificação de circunstâncias) e ainda o suporte ambiental (apoio de pais, pares, comunidade e professores), aspectos que podem ser mais facilmente alterados em intervenções comunitárias (Matos, 1997; Matos, 2005).

A participação activa das comunidades alvo no desenvolvimento das intervenções é fundamental, pois só com um elevado grau de envolvimento das comunidades são possíveis intervenções que reflectam necessidades específicas, que sejam culturalmente adequadas e conseqüentemente, efectivas (Sormati, Pereira, El-Bassel, Witte, & Gilbert, 2001).

A identificação das situações problemas e a clarificação dos factores envolvidos aqui fica delineada, a partir do discurso das próprias pessoas envolvidas.

Sabemos que para a promoção da qualidade de vida de cada comunidade, mais do que estar à espera que tudo aconteça “vindo de fora”, é preciso começar a definir e ampliar a participação, o bem-estar, as expectativas positivas projectadas no futuro de cada um, de competência e de crescimento pessoal e social.

Neste âmbito, julga-se que a presente investigação fornece informação relevante para aqueles que estão envolvidos na intervenção e promoção de saúde na área dos comportamentos sexuais e VIH/sida com adolescentes migrantes que residem em bairros de realojamento. Esse conhecimento deverá ser enquadrado nas estratégias de intervenção, visando abranger a multiculturalidade, a pobreza, a exclusão social, as competências sociais e pessoais, a ocupação de tempos livres, o *empowerment* dos adolescentes e da comunidade envolvida, a formação dos técnicos, o trabalho em parceria, as barreiras e as boas práticas.

Propõe-se a aplicação da técnica qualitativa, grupos de discussão centrados num tema, em cada bairro específico, para criar um quadro revelador e organizador da problemática e a utilização deste conhecimento no planeamento e intervenção.

Uma barreira identificada e aprofundada neste trabalho foram as falhas a nível das competências pessoais e sociais por parte dos jovens, dos pais, dos professores e dos técnicos de intervenção. Deste modo, propõe-se a inclusão na formação destes “actores” da promoção de competências de comunicação interpessoal, de identificação e gestão das emoções e de resolução dos conflitos, de resistência à pressão dos pares. Salienta-se no entanto que a par do trabalho de promoção de competências pessoais e inter-pessoais, se deve incluir uma acção sobre os contextos sociais de modo a permitir que as recém adquiridas competências sejam eficazes na adopção e manutenção de um estilo de vida mais saudável.

REFERÊNCIAS

Baum, A., & Posluszny, D. (1999). *Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness*. Retirado em 20 de Janeiro de 2000 da World Wide Web: psych.annualreviews.org.

Carlson, C., Uppal, S., & Prosser, E. (2000). Ethnic differences in processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 20(1), 44-67.

Centers for Disease Control and Prevention (2000). *CDC Fact Book 2000/2001*. Department of Health and Human Services. Retirado 10 de Dezembro de 2003 da Word Wide Web: www.cdc.gov/maso/factbook/.

Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people*. HEPCA series: World Health Organisation.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.

DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Cobb, B. Harrinton, K., & Davies, S. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviours among African Adolescents females. *Journal of Pediatrics*, 139(3), 407-412.

Frasquilho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores e educação para a saúde: O caso da toxicodependência*. Lisboa: Laborterapia.

Gaspar, T., & Matos, M. (2005). A saúde dos adolescentes: Diferenças ligadas ao género. In M. Matos (Eds.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Gaspar, T., Matos, M., Gonçalves, A., & Ramos, V. (no prelo). Desvantagem sócio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*.

Hamburt, A. (1999). Preparing for life: The critical transition of adolescence. In R. Muuss & H. Porton (Eds.), *Adolescent Behaviour* (pp. 4-10). USA: McGraw-Hill College.

Kahssay, H.M., & Oakley, P. (Eds.). (1999). *Community involvement in health development: A review of the concept and practice*. Public Health Action, no. 5. Geneva: World Health Organization.

Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L., & Broucke, V. (2002). *Report of the project 'Gender differences in smoking in young people'*. The European Commission, Europe against Cancer. Belgium: FIHP.

Matos, M. (2005). *Comunicação gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., Gaspar, T., & Gonçalves, A. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: Factores ligados ao risco e à protecção. *Psicologia, Doenças & Saúde*, 5(1), 75-85.

Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). Aventura social, etnicidade e risco/Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes. IHMT/UNL – FMU/UTL – HBSC/OMS.

Matos, M.; Gaspar, T.; Vitória, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT e Ministério da Saúde.

Matos, M., & equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes Portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.

Matos, M., Gaspar, T., & Aventura Social (2003). Differences in lifestyles between Portuguese adolescents and adolescents that “come from elsewhere” do we have healthy alternatives promoting social inclusion? In *Ces adolescents qui viennent d'ailleurs*, Fondation de France, International Association of Adolescent Health, Institut Curie: Paris.

Matos, M., & Sardinha, L. (1999). Estilos de Vida activos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 163-182). Lisboa: FMH.

Pereira, M. (1993). Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? Ilações como base nos resultados de um questionário. *Análise Psicológica*, 3, 415-424.

Roberts, R., Phinney, J., Mase, L., Chen, Y., Roberts, C., & Romero, A. (1999). The structure of ethnic identity of young adolescents from diverse ethnocultural groups. *Journal of Early Adolescence*, 19(3), 301-322.

Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behaviour. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251-273.