

## CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS FACE AO VIH NUMA COMUNIDADE MIGRANTE: IMPLICAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO\*

Sónia Dias, Margarida Gaspar de Matos, & Aldina Gonçalves

Unidade de Sistemas de Saúde e Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa – Portugal

**RESUMO:** A situação do VIH/SIDA em Portugal tem vindo a agravar-se nos últimos anos, encontrando-se notificados um total de 18995 casos de infecção de VIH/SIDA sendo os emigrantes reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável a esta problemática de saúde. Esta investigação teve como principal objectivo compreender os conhecimentos, atitudes e práticas de uma comunidade africana face à problemática VIH/SIDA. O estudo foi efectuado em 66 indivíduos com idade superior a 15 anos residentes numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. Os dados foram recolhidos através da realização de 8 entrevistas colectivas a indivíduos distribuídos por diferentes grupos segundo o sexo e o grupo etário. Os resultados sugerem a existência de diferenças entre géneros, relativamente aos conhecimentos, atitudes e comportamentos relevantes à prevenção de VIH/SIDA. Os dados apontam no sentido de um aumento do reconhecimento dos factores psicossociais e culturais no comportamento individual e de grupo. Pretende-se com os resultados obtidos contribuir para inferir sobre as interacções entre os factores que intervêm na adopção de comportamentos sexuais relevantes na problemática do VIH, e deste modo contribuir para o estabelecimento de estratégias de intervenção preventivas e para o desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde nestas comunidades.

*Palavras chave:* Comunidades africanas, Conhecimentos e comportamentos, Prevenção de VIH/SIDA.

---

## KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIOUR IN RELATION TO AIDS IN AN AFRICAN MIGRANT COMMUNITY: IMPLICATIONS FOR INTERVENTION

**ABSTRACT:** The AIDS and HIV infection rates in Portugal are growing in the past years. There is increasing recognition that migrants may be more vulnerable than local population to acquiring the infection.

The purpose of this study was to explore AIDS related knowledge, attitudes and behaviours in a migrant community near Lisbon. The participants of this study were 66, aged 15 or older. Data was obtained from 8 group interviews, groups being selected by aged and sex. The results indicate a gender difference regarding AIDS related knowledge, attitudes and behaviours. The results highlight the impact of psychosocial

---

\* Este artigo insere-se num Projecto co-financiado pela Comissão Nacional de Luta contra a SIDA "CRIA 98", N. 4606, e Sub-Região de Saúde de Lisboa/Centro de Saúde de Sacavém.

Agradecemos à Prof. Margaret Luck e Dra. Jesus Fernandes pelo trabalho desenvolvido no âmbito do projecto, aos elementos da Comissão Científica, Prof. Paulo Ferrinho, Dr. Eduardo Magalhães, Dra. Graciela Simões, e Enf. Rosário Horta pelo apoio prestado e a todos os elementos que, de uma forma directa ou indirecta, contribuíram para o bom desenrolar do projecto. Queríamos deixar um agradecimento especial aos residentes do bairro onde foi o projecto foi implementado.

and cultural factors in the individual and group behaviour. These findings are discussed in terms of the relevance to adopting preventive behaviours and the implications of research results in the design of culturally appropriate strategies to promote sexual health focused to these communities.

*Key words:* African community, AIDS prevention, Attitude and behaviour, Knowledge.

---

A situação do VIH/SIDA em Portugal tem vindo a agravar-se nos últimos anos, encontrando-se notificados um total de 18995 casos de infecção de VIH/SIDA dos quais 8710 são casos de SIDA (Centro Epidemiológico das Doenças Transmissíveis, 2001). Tendo em conta os atrasos de notificação de casos e a existência de sub-notificações desta doença, a situação poderá ainda assumir maiores proporções.

Na ausência de cura ou vacinas eficazes e tendo em conta a própria epidemiologia da doença, o controlo e prevenção da SIDA depende sobretudo da mudança de comportamentos, sabendo-se que a falta de comportamentos de prevenção aumentará a propagação da doença (Kelly, Murphy, Sikkema, & Kalichaman, 1993). As recomendações da OMS (WHO, 1992) vão neste sentido referindo que as estratégias educacionais que modifiquem ou eliminem os comportamentos de risco continuam a ser as principais intervenções possíveis para prevenir e controlar a disseminação desta pandemia. Com base neste conhecimento e dada a efectividade das intervenções a nível comportamental na diminuição do risco de infecção por VIH, conhecer e compreender os factores que em cada comunidade estão associados a esta problemática torna-se fundamental (Jemmott & Jemmott, 2000; Thompson, Sanderson, Potter, Maibach, & McCormack, 1997).

Dados científicos indicam que esta epidemia atinge a população de forma diferente sendo muitas as representações que determinam a percepção do risco e os comportamentos de prevenção. Torna-se uma tarefa complexa compreender a lógica que em cada grupo da população, face ao risco concreto de infecção, conduz a que certos indivíduos se protejam e outros não.

Vários estudos sugerem que factores como o género, idade, etnicidade, normas culturais e estatuto sociocultural e económico determinam, directa ou indirectamente, quem é mais vulnerável à infecção por VIH, quais as oportunidades de prevenção e os obstáculos à diminuição dos comportamentos de risco de infecção (Cornelius, Okaundaye, & Manning, 2000; Stieving, Resnick, Bearinger, Remafedi, Taylor, & Harmon, 1997). Neste sentido, a influência do contexto ambiental onde as tomadas de decisão ocorrem não pode ser desprezada (McDermott, 1998; Woollett, Marshall, & Stenner, 1998). No entanto, a forma como todos estes aspectos interagem de modo a que se planifiquem estratégias de prevenção eficientes nem sempre é clara.

Os emigrantes são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável a esta problemática de saúde (Brockerhoff, 1999; Decosas & Adrien, 1998; Fenton, 2001; Gadon, Chierici, & Rios, 2001; Lawrence,

Elderidge, Reitman, Little, Shelby, & Brasfield, 1998; Schoroder, Hobfoll, Jackson, & Lavin, 2001). Os estudos sobre crenças, conhecimentos, atitudes e práticas nas comunidades de origem africana têm sido referidos como fundamentais para melhor conhecer este grupo e compreender quais os factores culturais e sociais em causa e o papel que podem desempenhar na prevenção da SIDA. Estes estudos poderão constituir uma mais valia estratégica para a prevenção (Sormati et al., 2001).

A problemática da SIDA, e particularmente a prevenção de VIH implica uma reflexão acerca das normas sociais e padrões culturais de cada comunidade, que reflectem valores colectivos, bem como, a compreensão do modo como se poderão envolver as comunidades no seu processo de mudança, sobretudo aqueles que se envolvem em comportamentos de risco (Choi & Coates, 1994 cit. in Peterson, 1998; Fenton, 2001; Sormati, Pereira, El-Bassel, Witte, & Gilbert, 2001).

Este estudo insere-se no âmbito de um projecto de Investigação-Ação efectuado numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. Esta investigação teve como principal objectivo compreender os conhecimentos, atitudes e comportamentos face à problemática VIH/SIDA. Pretende-se com os resultados obtidos contribuir para inferir sobre as interacções entre os factores que intervêm na adopção de comportamentos sexuais relevantes na problemática do VIH, e deste modo contribuir para o estabelecimento de estratégias de intervenção preventivas e para o desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde nestas comunidades.

## MÉTODO

### Participantes

O estudo foi efectuado em 66 indivíduos com idade superior a 15 anos residentes numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. A população era na sua quase totalidade oriunda de Angola, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde. Cerca de 50% dos indivíduos tinha menos de 29 anos. O bairro tinha condições extremamente precárias, não existindo infra-estruturas básicas mínimas e o nível socio-económico dos residentes era em geral, baixo.

### Procedimento

Tendo em conta os objectivos da investigação e o seu carácter exploratório e descritivo, optou-se por uma metodologia qualitativa para recolher a informação pertinente ao estudo. Esta metodologia permite analisar os conhecimentos, atitudes e práticas na área do VIH/SIDA enquanto um processo complexo de

elementos culturais, sociais e económicos. A metodologia qualitativa ganha especial pertinência na compreensão desta área de estudo atendendo a que incorpora a análise da variedade de vivências dos indivíduos que participaram neste processo e que permite explorar os significados, valores e comportamentos que caracterizam a comunidade e que são construídos socialmente na realidade específica em que estão inseridos (Deslandes, 1997; Murray & Chamberlain, 1998; Sormati et al., 2001; Woollett et al., 1998).

Este estudo incidiu sobre uma amostra reduzida da população tendo em conta não só a limitação de tempo mas também os escassos recursos financeiros disponíveis, sendo o objectivo não a representatividade da população mas sim, a diversidade em termos de informação recolhida. Considera-se ainda, que a potencial riqueza deste estudo não se prende apenas aos dados obtidos, mas à participação activa da comunidade durante todo o processo de investigação. Esta metodologia permitiu construir uma relação de mútua confiança e respeito, entre investigadores e participantes da comunidade, contribuindo para uma melhor descrição e compreensão dos conhecimentos, atitudes e comportamentos existentes sobre esta temática tão sensível, clarificando alguns aspectos pertinentes e por vezes, desconhecidos.

Os dados foram recolhidos através da realização de 8 entrevistas colectivas a indivíduos distribuídos por diferentes grupos segundo o sexo e o grupo etário. Os grupos foram assim, constituídos: grupo de homens (idades superiores a 25 anos), mulheres (idades superiores a 25 anos), jovens rapazes (idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos) e jovens raparigas (idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos). Cada grupo entrevistado abrangeu cerca de 8 residentes na comunidade.

Com o objectivo de envolver a comunidade, permitir uma participação activa dos próprios residentes e dar sustentabilidade ao projecto foram convidados os líderes comunitários das associações do bairro e outros residentes para participarem voluntariamente neste estudo. Os interessados assistiram a uma formação de treino no sentido de integrarem a equipa moderadora das entrevistas. A formação foi realizada na comunidade em três sessões num total de 12 horas tendo sido ministrada por uma psicóloga com experiência em formação nesta área. A sua principal finalidade foi a de preparar os participantes para planear, organizar e moderar entrevistas colectivas na própria comunidade. No final da formação, os formandos foram recrutados para participar nas entrevistas colectivas, atribuindo-lhes diferentes papéis, de acordo com as competências demonstradas na própria formação.

### Material

As entrevistas, com uma duração média de 2 horas, foram realizadas na própria comunidade tendo sido ajustado o horário das mesmas à disponibilidade dos entrevistados. O guião da entrevista semi-estruturada centrava-se em

aspectos relacionados com a problemática do VIH/SIDA, de acordo com os objectivos do estudo. As entrevistas consistiam, numa primeira fase, na apresentação prévia da equipa, na explicação dos seus objectivos e dos aspectos relativos à confidencialidade das informações e da participação consentida dos entrevistados.

### Análise de dados

Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento prévio dos participantes, de modo a se proceder à sua integral transcrição e posterior análise de conteúdo. Elaborou-se inicialmente uma lista de categorias de análise, estando subjacente o guião das entrevistas e os principais temas referidos pelos participantes. A análise sistemática dos dados das entrevistas colectivas facilitou a exploração dos significados atribuídos pelos participantes aos temas abordados e um conhecimento das características da própria comunidade.

## RESULTADOS

Os resultados são apresentados através de categorias de análise num formato que, em alguns casos contém extractos do discurso dos próprios participantes.

### *Conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA*

Quando se analisa este tema verifica-se que não existem posições consensuais nos grupos de homens. Assim, enquanto que alguns entrevistados consideram que a “*SIDA é um tema quente, ... de respeitar*” outros afirmaram não acreditar que a SIDA exista “*A SIDA não existe... para mim é uma doença de política comercial*”... “*para os homens de antigamente a SIDA não existe. Eles não ligam à SIDA. Há pessoas que não acreditam*”. Em geral, nestes grupos existem poucos conhecimentos sobre o modo de transmissão do vírus.

Nos grupos de rapazes verifica-se que parte deles demonstra ter algum conhecimento acerca deste problema “*Todos sabem o que é a SIDA. Todos têm ideia de que é o sinal vermelho*”, “*... ele pode ter um colega que ele gosta muito e ter SIDA; também é falso as pessoas dizerem ... confio nessa rapariga e vou ter relações com ela e não vou usar nada, tu não podes confiar em ti mesmo, como é que tu podes confiar noutra pessoa...*” embora outros apresentem ideias menos claras “*Nós homens que praticamos desporto, a SIDA não tem tendência a se manifestar... se deixares de praticar desporto é aí que começa a manifestar no corpo com manchas e quedas do cabelo*” e outros demonstrem desconhe-

cimento acerca do modo de transmissão do vírus e dos meios de prevenção “... escolher as pessoas com que ando... pessoas drogadas, não vou andar com aquela pessoa sabendo que tem mais facilidade de apanhar SIDA”.

Relativamente às mulheres e às raparigas estas parece estarem mais conscientes e informadas da problemática SIDA “há quem diga que ela não existe mas é mentira porque ela existe. Tem de haver cuidados, há meios de transmissão, temos que saber evitar, que saber estes meios e divulgar... de modo a evitar”. Demonstram uma atitude crítica face às posições de alguns residentes que recusam a existência da doença, “se as pessoas sabem que estes problemas existem, há que tentar evitá-los, não é como certas pessoas que dizem, eu não tenho, não é comigo, não me interessa como é que se transmite”, realçam ainda, a falta de informação existente sobre esta temática na comunidade “... por falta de conhecimentos, por falta de não saber quais as formas de se proteger... e assim propaga-se muito mais”, “tudo acontece por falta de educação”, “Há muitas pessoas que dizem que até por um abraço...” e a existência de uma certa discriminação “... há pessoas que desconfiam que tal fulana tem SIDA, desprezam dela”.

#### *Percepção do risco de infecção por VIH*

Relativamente à percepção do risco de infecção existem também algumas diferenças entre os grupos estudados.

Nos grupos de homens, alguns referem estar convencidos que a SIDA se existir não os “atinge” e que por isso não os preocupa “os moradores estão praticamente afastados da hipótese de contrair uma doença dessas, vêm nisso uma questão que não os afecta e portanto não a discutem” outros estão conscientes da existência da doença “mas hoje o que é interessante é saber que ela existe e que a pessoa pode ser alvo de apanhar SIDA”. Por outro lado, a percepção do risco face à doença parece surgir associada, quer no grupo de homens quer no grupo de rapazes, ao continente africano “há quem diga que é a peste do século, mas virado para a África. Não atinge a Europa”, “Todas as doenças ditas perigosas, dizem que cientificamente estão provadas que vêm de África”.

Os grupos de mulheres e raparigas referem a sua vulnerabilidade e risco face aos comportamentos sexuais adoptados pelos homens “eles têm tendência de ter namoradas... não têm aquele cuidado de dizer... hoje vou ter com a minha namorada tenho que me prevenir com camisas...”, assim, “a SIDA é perigosa porque nunca se sabe se a outra mulher já teve outro e se está infectada, ele vai ter com ela e também vai infectar a mulher dentro de casa”.

#### *Comportamentos de risco*

Os resultados parecem apontar para a situação de que os homens estarão menos preocupados com a problemática em estudo, apresentem menos conhe-



cimentos, sendo assim, os que potencialmente mais poderão contribuir para manter ou disseminar a infecção na comunidade. Por outro lado, os grupos de mulheres demonstram em geral, preocupação com este problema “*A SIDA é um perigo para a comunidade... devido ao sexo... os homens são polígamos, muitas vezes não utilizam os métodos adequados... pode ser fácil transmitir se houver alguém contaminado*”, salientando algumas práticas que consideram diminuir o risco de infecção “*ter um só parceiro sexual, para proteger a nossa saúde*” e “*os africanos têm que usar aquela coisa e saber que se é mais seguro, temos que prevenir, gostar ou não gostar temos que usar para proteger a mulher em casa*”.

Os jovens parecem ter uma maior consciência do problema apesar de não se verificarem por parte deste grupo, comportamentos sexuais adequados à prevenção de VIH/SIDA. Os jovens, de ambos os sexos, referem que mesmo quando se deparam com situações de risco, a tendência é para pensar apenas no momento imediato e retirar o máximo prazer das situações, dando indicação que nesta situação não existe a preocupação de prevenção da doença “*é raro pensar... não vamos desprezar... não vamos pensar que temos que procurar preservativos ou coisas dessas*”, “*Não vamos pensar... no momento ninguém pensa*”. Outro argumento referido para justificar a falta de protecção é o facto de ambos os parceiros iniciarem a sua vida sexual muito cedo, “*por eles começarem muito cedo, dizem eu como tenho esta idade e só tenho relações sexuais com ela e ela também tem esta idade... não há problema...*” e o local onde residem ser propício “*O meio onde vives é mesmo para isso... comecei a ir às discotecas muito cedo.. num espaço de 48 horas era capaz de estar com 5 ou 6 raparigas*”.

#### *Utilização do Preservativo*

Relativamente à utilização do preservativo os dados apontam para que este seja pouco utilizado, quer na população adulta quer nos jovens, resultados que estão em concordância com os encontrados por outros investigadores efectuados também em comunidades emigrantes africanas (Kelly et al., 1993). As razões apontadas para esta pouca utilização variam com a idade. Em geral, os adultos apresentam argumentos baseados em crenças rígidas e em barreiras culturais. Os homens afirmam “*... os africanos dizem eu na minha terra não estou habituado a comer banana com casca. É um provérbio que eles utilizam para afastar as camisas de vénus*”, “*nem todos usam por questão de cultura*”, “*as relações sexuais com camisa de vénus não é efectivamente relações sexuais... não atinge aquele prazer*”. As mulheres recorrem a expressões como “*carne e carne é melhor*” para justificar a não utilização do preservativo. Constatou-se ainda, que existe uma certa resistência na sua utilização “*...os homens da minha idade não aceitam... nem as mulheres... não usam*”, e uma desconfiança em relação à eficácia do preservativo “*... porque o preserva-*

*tivo às vezes não é seguro, conforme o tamanho de cada um... é um método arriscado”.*

Concluí-se também que o preservativo, quando utilizado está muitas das vezes, associado a relações sexuais esporádicas. Os adultos em geral, consideram que a utilização do preservativo se restringe a relações sexuais casuais *“por sua característica própria não gostam, só utilizam em determinadas circunstâncias... muito masculinos têm as suas esposas e dificilmente utiliza”.* Os jovens também fazem esta associação salientando que são *“os rapazes solteiros que mais utilizam. Quando são namorados, confiam mais um no outro e já não usam essas coisas... ”.* Estes dados vão de encontro a outros estudos onde também se verifica que nas comunidades africanas o preservativo está associado a relações casuais, infidelidade, doenças e que interfere negativamente com as crenças de confiança, intimidade e compromisso de uma relação (Weeks, Schensul, Williams, Singer, & Grier, 1995; Wingood & DiClemente, 2000).

Os jovens apesar de se encontrarem mais conscientes da importância do uso do preservativo *“é bom usar ... para evitar muitas coisas”, “estamos numa idade maluca e não queremos apanhar doenças”* e mais sensibilizados para a sua utilização, consideram que o preservativo é pouco utilizado, mesmo nos jovens *“Se usam... são poucos. Acho que os que usam é quase uma excepção à regra”.* Como justificativo para a sua pouca utilização, os jovens salientam a fraca acessibilidade *“os jovens não se dão ao trabalho de ir lá a baixo comprar preservativos à farmácia... os pais podem passar e vê-los por lá... enquanto se houvesse aqui nos cantos uma máquina de preservativos...”* e elevado custo dos preservativos *“500\$00 para três...”.* Neste estudo, o preservativo parece ser mais utilizado como método de prevenção da gravidez, assumindo esta questão uma prioridade maior do que a prevenção de VIH, *“uso o preservativo em certas ocasiões de risco, não para as doenças, mas sim para não engravidar”, “se a maioria usasse não havia tantos casos de raparigas em idades precoces a engravidar”.* Outros estudos apontam no mesmo sentido, parecendo ser mais fácil convencer os parceiros a utilizar o preservativo com o objectivo de prevenir uma gravidez do que a infecção por VIH (Bird, Harvey, Beckman, & Johnson, 2001).

#### *Estratégias e acções a desenvolver*

A maioria dos entrevistados adultos considera não se tem desenvolvido muito trabalho na comunidade em relação à prevenção do VIH/SIDA e que as estratégias utilizadas não têm sido as mais adequadas *“a transmissão... no meu modo de ver, eles ainda não conseguiram sensibilizar a população de como é que a SIDA é transmitida”.* Também os jovens argumentam que algumas instituições e associações envolvidas na prevenção da SIDA implementam intervenções preventivas que não têm conseguido sensibilizar e envolver os



jovens “*as associações da SIDA estão quase a bombardear a sociedade com panfletos, número de telefone... o jovem até olha, vê os bonecos e mete o papel de lado. Mas ler... é o que interessa seriamente*”. Referem ainda, que não acreditam que seja apenas através da distribuição de panfletos que se promove a mudanças de comportamentos.

Os jovens apontam também a necessidade de sensibilizar e consciencializar os pais para a importância da promoção de diálogo com os seus filhos no tema da sexualidade em geral, afirmando que estes diálogos podem ter um resultado mais positivo do que a aquisição de informação através de outros meios “*Se calhar não é a maneira que a gente queria receber estas informações, porque se o meu pai tivesse a aconselhar talvez pudesse ser mais interessante. Agora através da T.V. a gente sabe que há manipulações, já se fosse o meu pai a falar comigo talvez acreditasse mais nele do que na T.V.*”. Referem também a necessidade de realização de debates entre grupos de amigos, considerando que esta estratégia permite um maior esclarecimento e aquisição de conhecimentos nesta área. Quanto à promoção da utilização do preservativo sugerem a colocação de máquinas de distribuição de preservativos no bairro, em locais que permitam a sua aquisição de um modo discreto.

Em geral, a população entrevistada, revela estar consciente das dificuldades em obter a adesão da comunidade a actividades de prevenção de VIH. Sugerem algumas estratégias a implementar no sentido de promover a participação activa dos moradores do bairro e envolver a população no processo nomeadamente, o desenvolvimento de actividades dinâmicas como as danças, teatros, animação cultural, música e outras. Referem também que se deve ter em conta a escolha de horários adequados à população e de equipas credíveis e simultaneamente, aceites pelo grupo que está a participar nessas actividades.

## DISCUSSÃO

Conclui-se que este estudo piloto apesar do seu carácter exploratório, pode ser importante pois permite indicar características nos grupos tratados, e indicar necessidades e prioridades que poderão ajudar no desenvolvimento e implementação de estratégias de educação e prevenção do SIDA em comunidades migrantes. Considera-se que será necessário dedicar um maior esforço na compreensão destas comunidades e de que forma a própria “cultura de migração” influencia a prática de comportamentos sexuais de risco (Gadon et al., 2001). As intervenções comunitárias necessitam de ser apoiadas por uma base de investigação centrada na “epidemiologia comportamental” e por estudos básicos sobre a dinâmica dos comportamentos sexuais.

Os dados do estudo apontam no sentido de um aumento do reconhecimento do papel fundamental dos factores psicossociais e culturais no comportamento

individual e de grupo como é reconhecido por outros autores (Cornelius et al., 2000; Schoroder et al., 2001). Uma das implicações destes resultados é que o desenvolvimento de programas efectivos requer que os comportamentos sexuais e a negociação do “sexo seguro” sejam contextualizados na realidade em que a comunidade está inserida, determinada pela sua situação epidemiológica, pelas dinâmicas sociais, culturais e económicas criadas pelos factores de demográficos (migração e etnicidade), pelos acessos aos serviços de saúde, pela mobilidade, pelos tabus e crenças religiosas e pelas dinâmicas de género e poder implícitas nesta problemática (Mann, 1992; Woollett et al., 1998). O que se verifica é que muitas das vezes a “ecologia” das comunidades serve para explicar os resultados mas não é utilizada para criar outras metodologias e explorar novas formas de intervenção. Outro aspecto a salientar é que apesar do comportamento individual ser determinante da vulnerabilidade à infecção de VIH, as decisões não são tomadas na base de uma decisão individual, pelo que as intervenções devem abranger simultaneamente, os níveis individual e da comunidade (Hobfoll, 1993; Jemmott & Jemmott, 2000; Mann, 1992; McDermott, 1998; Peterson, 1998; Woollett et al., 1998).

Os resultados parece demonstrarem a existência de diferenças entre géneros, relativamente aos conhecimentos, atitudes e comportamentos relevantes à prevenção de VIH/ SIDA. Tal como se tem verificado noutros estudos, os homens africanos reportam múltiplos factores de risco e baixas taxas de utilização de preservativo (Peterson, Catania, Dolsini, & Faigeles, 1993) pelo que se espera que a transmissão entre heterossexuais nas mulheres africanas continue a aumentar (Hobfoll, 1998). As mulheres africanas têm de lidar com a dificuldade em manter relações de longa duração, apesar de nem sempre existir a monogamia entre casais (Lawrence et al., 1998) e simultaneamente, adoptar medidas de prevenção de infecção por VIH (Lauby et al., 2001; Williams et al., 2001). Como resultado, muitas mulheres apercebem-se que têm muito pouco controlo sobre o comportamento sexual dos seus parceiros e oportunidades limitadas para introduzir a utilização do preservativo nas suas relações (Weeks et al., 1995; Wingood & DiClemente, 2000). Neste sentido, as estratégias preventivas não podem ter apenas como grupo alvo as mulheres, mas é necessário desenvolver esforços para envolver os homens neste processo de mudança (Lawrence et al., 1998; Mann, 1992).

As informações recolhidas sobre a utilização do preservativo nesta comunidade sugerem que se deve ter em conta a realidade social, económica e cultural da comunidade e a natureza das relações entre os homens e as mulheres quando se pretende aumentar o uso do preservativo (Kelly, 1994; Wingood & DiClemente, 2000; Woollett et al., 1998). Por outro lado, será necessário promover uma imagem social do preservativo que reafirme a sua eficácia no contexto da prevenção, a sua adequação nos diferentes tipos de relação afectiva, na conversa entre parceiros, que neutralize a ideia de perda de prazer e que se apresente como meio de consumo.

Estes resultados, tal como noutros estudos, sugerem que os programas que visem apenas o aumento da consciência sobre os modos de prevenção não são suficientes para a mudança de comportamentos (Mann, 1992). É necessário combater atitudes de negação desta realidade, facilitar a tomada de consciência da população face à gravidade da epidemia e à vulnerabilidade individual, objectivar os conhecimentos, mas também propiciar as tomadas de decisão adequadas e consequentemente promover comportamentos de prevenção de VIH.

Assiste-se a uma dificuldade, por parte de alguns técnicos de saúde, em levar em conta os sistemas de crenças habituais nas comunidades africanas e em particular, alguns mitos, tabus e práticas culturais, que envolvem os comportamentos sexuais, e que tornam grande parte das estratégias de prevenção pouco eficientes no combate à SIDA (Dawson & Gifford, 2001). As comunidades alvo de intervenção devem ser reconhecidas como elementos colaboradores fundamentais durante todo o processo de desenvolvimento das intervenções. Só com um elevado grau de envolvimento destas comunidades é possível ter intervenções, que reflectam necessidades específicas, que sejam culturalmente adequadas e consequentemente, efectivas (Sormati et al., 2001).

A revisão da literatura sugere que será necessário combinar intervenções, incluindo aumentar as redes de suporte destas comunidades, procurando abordagens multifacetadas e que permitam uma maior sustentabilidade de forma a que existam ganhos reais em saúde sexual nas comunidades migrantes (Fenton, 2001). Torna-se prioritário apoiar programas que visem estratégias de mudanças efectivas de comportamento de modo a contribuir para diminuir a epidemia nestas comunidades. Neste contexto, algumas questões deverão ser equacionadas, entre outras:

- Dado o baixo nível socio-económico destas comunidade como podem as mulheres prevenir-se da infecção por VIH e como motivar os homens para a adopção de uma “vida sexual segura”?
- Como tornar os preservativos mais acessíveis (logística e economicamente)? Em que circunstâncias se deve recomendar o uso de preservativo e qual será a reacção dos homens quando este for exigido pelas mulheres?
- Como promover o dialogo sobre a sexualidade e problemas relacionados com a transmissão do vírus entre parceiros sexuais? Como promover a comunicação entre pais e filhos acerca das questões ligadas à sexualidade e prevenção do VIH/SIDA?

## REFERÊNCIAS

Bird, S., Harvey, S., Beckman, L., & Johnson, C. (2001). Getting your partner to use condoms: Interviews with men and women at risk of HIV/STDs. *Journal of Sex Research*, 38 (3), 233-240.

Brockerhoff, M., & Biddlecom, A., (1999). Migration, Sexual behaviour and the risk of HIV in Kenya. *International Migrant Review*, 33 (4), 833-856.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde de Lisboa (2001). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2001*. Doc. 127 Comissão Nacional de Luta contra a SIDA.

Cornelius, L., Okaundaye J., & Manning, M. (2000). Human immunodeficiency virus-related behavior among African-American females. *Journal of the National Medical Association*, 92 (4), 183-195.

Dawson, M.T., & Gifford, S.M. (2001). Narratives, Culture and sexual health: Personal life experiences of Salvadorean and Chilean women living in Melbourne. *Australia Health*, 5 (4), 403-423.

Decosas, J., & Adrien, A. (1998). Migration and Aids. *International Migration*, 36 (4), 445-468.

Fenton, K. (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1), 63-69.

Gadon, M., Chierici, & M., Rios, P. (2001). Afro-American migrant farmworkers: A culture in isolation. *AIDS Care-Psychological and Socio-Medical aspects of AIDS/HIV*, 13 (6), 789-801.

Hobfoll, S. (1998). Ecology, community and AIDS Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 133-144.

Kelly, J., Murphy, D., Sikkema, K., & Kalichaman, S. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 48, 1023-1034.

Jemmott, J., & Jemmott, I. (2000). HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents. *AIDS*, 14, S40-S52.

Lawrence, J., Elderidge, G., Reitman, D., Little C., Shelby, M., & Brasfield, T., (1998). Factors Influencing Condom Use Among African American Women: Implications for Risk Reduction Interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 7-28.

Lauby, J., Semaan, S., O'Connell, A., Person, B., & Vogel, A. (2001). Factors related to self-efficacy for use of condoms and birth control among women at risk for HIV infection. *Women and Health*, 34 (3), 71-91.

Mann, J. (1992). *AIDS in the World: A global epidemic out of control?* Cambridge, MA: Harvard University School of Public Health.

McDermott, R. (1998). Adolescent HIV prevention and intervention: A prospect theory analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 3 (4), 371-385.

Murray, M., & Chamberlain, K. (1998). Qualitative research in health psychology. *Journal of Health Psychology*, 3 (3), 291-295.

Peterson, J. (1998). Introduction to the special issue: HIV/AIDS prevention through community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 26 (1), 1-5.

Peterson, J., Catania, A., Dolsini, M., & Faigeles, B. (1993). Multiple sexual partners among blacks in high-risk cities. *Family Planning Perspectives*, 25, 263-267.

Schoroder, K., Hobfoll, S. Jackson, A., & Lavin, J. (???): Proximal and distal predictors of AIDS risk behaviors among inner-city African-American and European American Women. *Journal of Health Psychology*, 6 (2), 169-190.

Sormati, M., Pereira, L., El-Bassel, N., Witte, S., & Gilbert, L. (2001). The role of community consultants in designing an HIV prevention intervention. *AIDS Education and Prevention*, 13 (4), 311-328.

Stieving, R., Resnick, M., Bearinger, L., Remafedi, G., Taylor, B., & Harmon, B. (1997). Cognitive and behavioral Predictors of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 243-251.

Thompson, J., Sanderson, C., Potter, J., Maibach, E., & McCormack, M. (1997). Psychological and behavioral factors predicting attendance at a community-based HIV prevention intervention. *Journal of Health Psychology*, 2 (1), 75-84.

Weeks, R., Schensul, J., Williams, S., Singer, M., & Grier, M. (1995). AIDS prevention for African American and Latina women: Building culturally and gender appropriate intervention. *AIDS Education and Prevention*, 7, 251-263.

Williams, S., Gardos, P., Ortiz-Torres, B., Toss, S., & Ehrhardt, A. (2001). Urban Women's negotiation strategies for safer sex with their male partners. *Women and Health*, 33 (3-4), 133-148.

Wingood, G., & DiClemente, R. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education and Behavior*, 27 (5), 539-565.

Woollett, A., Marshall, H., & Stenner, P. (1998). Young Women's accounts of sexual activity and Sexual/Reproductive health. *Journal of Health Psychology*, 3 (3) 369-381.

World Health Organization, Global Aids Statistics (1992). *Aids Care*, 4, 1.