

## CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE O VIH/SIDA EM ADOLESCENTES PORTUGUESES

Margarida Gaspar de Matos<sup>1</sup>, Diana Battistutta<sup>2</sup>, Celeste Simões<sup>1</sup>,  
Suzana Fonseca Carvalhosa<sup>1</sup>, Sónia Dias<sup>3</sup>, & Aldina Gonçalves<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa

<sup>2</sup>School of Public Health, Brisbane, Queensland University of Technology

<sup>3</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

---

**RESUMO:** A resposta social às pessoas infectadas com o vírus da SIDA bem como a prevenção do VIH/SIDA é limitada pelo estigma associado à SIDA. A prevenção do VIH/SIDA e da exclusão social das pessoas infectadas com o vírus, é pois um assunto fundamental na área da saúde. Neste contexto, torna-se fundamental desenvolver estudos sobre o “estado de arte”, no que diz respeito ao conhecimento dos jovens acerca dos aspectos relevantes sobre o VIH/SIDA e das suas atitudes face às pessoas infectadas com o vírus, que variam em geral entre a negligência, a precaução e a exclusão social (Potsonen & Kontula, 1999; Thompson, Currie, Todd, & Elton, 1999). Neste trabalho é estudado o modo como os dados demográficos, as características pessoais, as relações com os pais com os pares e ainda o envolvimento escolar estão associados ao conhecimento sobre as formas de transmissão e a atitude face a pessoas infectadas. Foram utilizados dados da amostra Portuguesa de 1998, estudo integrado na rede Europeia HBSC (“Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross Cultural Study”), cujo objectivo é o estudo dos estilos de vida e comportamentos de saúde em jovens em idade escolar (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; King, Wold, Tudor & Harel, 1996; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000).

Este estudo baseia-se num questionário, preenchido pelos alunos, que é administrado nas escolas, e inclui alunos do sexto, oitavo e décimo ano do ensino regular com uma média de idade de  $M=14,1$  anos ( $DP=1,7$ ).

Na metodologia de análise foi utilizado um modelo de regressão logística, afim de obter a contribuição independente de cada uma das variáveis explicativas na variação das variáveis em estudo: (1) conhecimento do modo de transmissão e (2) atitudes face a pessoas infectadas com o VIH/SIDA. Os resultados são expressos em “odds ratios” com 95% de intervalo de confiança.

A análise dos resultados sugere que quando o conhecimento acerca dos modos de transmissão é deficitário, as atitudes face às pessoas infectadas tendem a ser menos positivas. As raparigas parecem ter uma atitude mais positiva e melhores conhecimentos dos modos de transmissão, assim como os adolescentes mais velhos. Os adolescentes com um estatuto socio-económico médio, com melhores expectativas face ao futuro e com uma melhor percepção da escola e do seu desempenho escolar tendem a demonstrar uma atitude mais positiva face às pessoas infectadas, bem como melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão. O envolvimento e apoio dos pais é relevante.

A percepção dos adolescentes acerca do seu bem-estar está relacionada com a percepção de um meio escolar positivo (Matos & Carvalhosa, 2001b; Matos, 2002), e com a probabilidade de escolherem estilos de vida e comportamentos de saúde

---

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

(Nutbeam, Smith, Moore, & Bauman, 1993). As escolas são contextos privilegiados para abordar os adolescentes e para planejar intervenções que proporcionem a participação dos alunos na construção da sua própria saúde e na construção de atitudes positivas face aos outros, e face às pessoas infectadas com VIH, em particular. Muito trabalho há a fazer na área da Educação para a Saúde em geral, e na Educação para a Saúde Sexual em particular. As competências sociais, o desenvolvimento do auto-conceito, a participação, a resolução de problemas e a tomada de decisão são aspectos fundamentais na denominada “segunda geração” de estratégias da Educação/Promoção de Saúde nas escolas (Matos, 1997; Matos, 2002). É necessário fazer esforços para promover um sentimento de filiação dos adolescentes ao contexto escolar, como forma de aumentar a percepção de um meio escolar positivo, a percepção subjectiva de bem-estar, o sentimento de pertença, a percepção de auto-eficácia e de valor e conseqüentemente, as suas escolhas por estilos de vida saudáveis.

*Palavras chave:* Adolescentes, Atitude, Escola, Família, Pares, Transmissão, VIH/SIDA.

---

### KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT HIV/AIDS ISSUES OF PORTUGUESE ADOLESCENTS

**ABSTRACT:** Social response to HIV infected people, and social response in HIV prevention is limited by the AIDS related stigma. Prevention of HIV/AIDS, as well as prevention of HIV/AIDS infected social exclusion, is thus a key health issue. The way to highlight this matter implies the study of the “state of art” of the knowledge of adolescents about HIV/AIDS issues and their attitudes towards infected individuals, ranging from precaution to social exclusion (Potsonen & Kontula, 1999; Thompson, Currie, Todd, & Elton, 1999).

This paper examines the way in which variables related to demographic factors, personal characteristics, peer relationships, parent relationships, and school involvement are associated with knowledge about transmission and attitudes to infected persons by adolescents.

The study used data from the 1998 Portuguese sample of the European study HBSC (“Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross Cultural Study”, Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; King, Wold, Tudor, & Harel, 1996; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000). This survey is based on a self-completed questionnaire that is administered in schools. The HBSC survey includes pupils in the 6th, 8th and 10th years of high school (age  $M=14.1$  years old,  $SD=1.7$ ).

Logistic regression models were used to consider the independent contribution of each explanatory variable to variation in attitude and knowledge about HIV/AIDS transmission. Results are expressed as odds ratios and 95% confidence intervals.

It was noticeable in this study, the importance that schools can have in the discussion of accurate knowledge about HIV/AIDS transmission: if knowledge about transmission is not accurate, attitude towards infected people is less positive. Girls seemed to have a more positive attitude and better knowledge, as well as older adolescents. Adolescents with a medium socio economic status, a better expectation towards one’s future, a better perception of schooling and a better perception of school achievement tend to show a more positive attitude towards HIV infected people, and a better knowledge about transmission. Parents involvement or at least parental occasional encouragement is also relevant.

Adolescents' perception of wellbeing is related to their perception of a positive school ethos (Matos & Carvalhosa 2001b; Matos 2002), and to their probability to choose health related behaviours their life style (Nutbeam, Smith, Moore, & Bauman, 1993). Schools are handy settings to approach adolescents, and design interventions directed to allow pupils participation in the construction of their own health and positive attitudes towards others' in general and HIV infected people specifically.

Focusing on the average Portuguese adolescent, traditional health education in Portuguese schools is not refined and needs to include first and second generation strategies for health promotion. It is still a lot of work to be done in the area of health education, namely an education towards a healthy sexuality. Then, issues such as communication skills, self concept enhancement, participation and problem solving and decision making are key issues in the so called second generation strategies in health education and promotion in schools (Matos, 1997; Matos 2002). An effort has to be made order to improve the possibility of a sense of affiliation and agency of adolescents in schools settings, as a way to increase their perceived positive school "ethos" and thus their subjective perception of wellbeing, sense of belonging, perception of self-efficacy and worthfulness and consequently their choices of healthier life style.

*Key words:* Adolescents, Attitude, Family, HIV/AIDS, Peers, School, Transmission.

---

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 do VIH/SIDA (Centro Epidemiológico das Doenças Transmissíveis, 2001). Os jovens são actualmente reconhecidos com um grupo particularmente vulnerável a esta problemática. A resposta social aos indivíduos infectados com o vírus da VIH/SIDA assim como à sua prevenção é, muitas vezes, limitada pelo estigma que lhe está associado. A problemática do VIH/SIDA, nomeadamente a prevenção, a infecção e a exclusão social dos indivíduos infectados com o vírus, é considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública da actualidade. 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. Neste contexto, torna-se fundamental desenvolver estudos que permitam conhecer o "estado de arte" relativamente ao conhecimento dos adolescentes acerca dos aspectos relevantes do VIH/SIDA e às atitudes deste grupo face às pessoas infectadas, que segundo alguns autores variam entre a negligência, a precaução e a exclusão social (Potsonen & Kontula, 1999; Thompson, Currie, Todd, & Elton, 1999).

Estudos realizados na Escócia, no âmbito do projecto "Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)", sugerem a existência de algumas fragilidades no conhecimento dos jovens acerca da transmissão e prevenção da infecção por VIH/SIDA (Currie & Todd, 1993). Os dados deste estudo revelam que a maioria dos jovens inquiridos considera que não têm formação ou educação suficiente na escola, no que diz respeito aos meios de prevenção. Em relação às atitudes face ao VIH/SIDA, os resultados revelam também que as raparigas, quando comparados com os rapazes, tendem a ser mais conscientes

do risco e demonstram ser mais tolerantes com as pessoas infectadas (Currie & Todd, 1993).

Outros estudos que comparam a evolução dos conhecimentos e atitudes dos alunos face às questões do VIH/SIDA, utilizando os dados do HBSC, na Escócia, entre 1990 e 1994, revelam que não parece ter havido um aumento do conhecimento, nem uma mudança positiva das atitudes face às pessoas infectadas, tendo a tolerância aumentado apenas no que se refere a aspectos específicos (Thomson et al., 1999). Estudos realizados na Finlândia apontam no sentido de não ter existido mudanças significativas nos jovens adultos e nos adultos, no que diz respeito ao conhecimento e às atitudes relacionadas com o VIH/SIDA (Tikkanen & Koskela, 1992). Pelo contrário, os dados do HBSC na Finlândia, sugerem que o conhecimento dos adolescentes é aceitável (90 a 97% de respostas correctas), e as atitudes face a pessoas infectadas eram positivas, especialmente as das raparigas (Potsonen & Kontula, 1999). Estes autores sugerem que a tolerância é maior para com pessoas conhecidas, ou seja, amigos ou familiares, quando comparadas com desconhecidos. Referem ainda, limitações aos questionários auto-preenchidos relativamente aos “Focus Group” (grupos de discussão ou entrevistas colectivas centradas no tema), quando se pretende obter informação mais consistente acerca dos adolescentes. Os dados obtidos através de “Focus Group” apontam no sentido que as raparigas tendem a exprimir atitudes mais negativas nestas entrevistas colectivas, do que quando são inquiridas por questionário, e que os rapazes tendem a ter mais dificuldade em participar nestas discussões colectivas (Potsonen & Kontula, 1999).

Estudos desenvolvidos por DuRant e colaboradores, apontam no sentido de que o fraco conhecimento acerca do VIH/SIDA pode estar associado com a inexistência de educação formal nas escolas, com o consumo de drogas e com o facto de se ser rapaz (DuRant et al., 1992).

O presente artigo, realizado com adolescentes portugueses, pretende contribuir para uma melhor compreensão da forma como o conhecimento dos modos de transmissão do VIH/SIDA e outras variáveis envolvidas, nomeadamente, factores demográficos, características pessoais, relação com os pares e com os pais e ainda o envolvimento escolar podem estar associados com as atitudes dos adolescentes em face às pessoas infectadas.

O estudo utilizou dados da amostra Portuguesa de 1998 do “Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross Cultural Study “ (Currie et al., 2000; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000). Este estudo é de âmbito nacional, ocorre de 4 em 4 anos em vários países da Europa (desde 1996 incluindo Portugal), Israel e Estados Unidos, e tem como principal objectivo compreender os comportamentos de saúde dos adolescentes que frequentam a escola.

## MÉTODO

Os dados do presente estudo são recolhidos através de um questionário auto-administrado, de carácter anónimo e de resposta voluntária. Envolve jovens que frequentam turmas do 6º, 8º e 10º anos, sorteadas a partir de uma lista nacional, respeitando a proporção da população escolar dos níveis de escolaridade considerados, nas cinco áreas educativas do território nacional. Os questionários foram aplicados em Março de 1998, na sala de aula e num tempo lectivo (55 minutos), pelos respectivos professores. O processo de distribuição e recolha dos questionários foi coordenado a nível nacional por médicos, coordenadores regionais do Programa Nacional de Educação para Todos (PEPT-Saúde), que se responsabilizaram pela sua distribuição pelas escolas seleccionadas e respectiva recolha, bem como o posterior envio à equipa do projecto.

### Participantes

A amostra do estudo nacional envolveu 6903 alunos, de 191 escolas do ensino regular. As escolas, foram seleccionadas aleatoriamente de uma lista nacional, estratificada por região (cinco regiões escolares). Os alunos incluídos no estudo ficaram distribuídos pelas seguintes áreas educativas: 39,7% Norte, 24,7% Centro, 25% Lisboa, 6,2% Alentejo e 4,4% Algarve. A unidade de análise escolhida foi a turma. A amostra em estudo ficou assim constituída: os adolescentes desta amostra tinham uma média de idade de 14,1 anos e desvio padrão de 1,7 anos, 34,9% do 6º ano, 37,5% do 8º ano, 27,6% do 10º ano e 53% eram raparigas e 47% rapazes.

### Material

O questionário foi composto por duas partes. Uma primeira parte geral, incluindo questões demográficas (idade, género, estatuto sócio-económico), questões relativas ao ambiente na escola, ao consumo de tabaco e álcool, ao lazer e actividade física, à saúde psicossocial, aos sintomas físicos e psicológicos, às relações sociais e familiares e ao apoio social e familiar. As perguntas do questionário nacional incluíram ainda, numa segunda parte, questões relacionadas com o consumo de drogas e atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA.

### Procedimento

Considerando que o objectivo deste estudo foi avaliar as potenciais associações entre as atitudes face a pessoas infectadas com VIH/SIDA, e o conhecimento sobre os modos de transmissão, as variáveis demográficas,

personais, familiares e as relacionadas com a escola e com o grupo de pares, as hipóteses formuladas foram que um bom conhecimento sobre formas de transmissão do VIH/SIDA, uma relação de proximidade com a escola e com a família, ser do género feminino e ser mais velho, estariam associados a uma atitude mais positiva face a pessoas infectadas.

### Definição de variáveis

As duas principais variáveis dependentes, a atitude e o conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA, foram definidas agregando as seguintes questões do questionário:

Os adolescentes que (1) não concordaram que os indivíduos infectados com VIH/SIDA deviam viver separados do resto da população, (2) os que concordaram que frequentariam uma aula ao lado de um colega infectado, (3) os que visitariam um amigo infectado, foram definidos como o grupo com uma atitude mais positiva face às pessoas infectadas com o vírus.

Inicialmente, separaram-se os jovens que responderam “não sei” dos do grupo considerado com uma atitude “menos positiva”. No entanto, como o grupo com dúvidas sobre a sua atitude era constituído por 281 adolescentes (4,2%), optou-se por adicioná-lo ao grupo com uma atitude menos positiva, para as análises posteriores.

O conhecimento sobre os modos de transmissão foi definido inicialmente como um score contínuo com um máximo de 7 respostas correctas sobre os modos de transmissão (1) relações sexuais, (2) vestir roupa de alguém infectado, (3) utilizar seringas, (4) transfusão de sangue, (5) falar com uma pessoa infectada, (6) transmissão mãe-feto, (7) beijar. Embora as respostas oscilassem entre 0 e 7, verificou-se que a distribuição deste score não foi simétrica com 78.1% dos adolescentes apresentando 5 ou mais respostas correctas. Decidiu-se formar um subgrupo de adolescentes que apresentassem todas as respostas correctas, comparando-o com outro, onde pelo menos uma resposta estivesse incorrecta. Deste modo as variáveis atitude e conhecimento são dicotómicas.

Em análise preliminar, a um nível bivariado, consideraram-se as associações simples entre (1) a atitude e (2) o conhecimento sobre as vias de transmissão e cada uma das outras variáveis explicativas. Estas variáveis explicativas incluíram questões do questionário HBSC de 1998 (Currie et al., 2000; Matos et al., 2000) tais como: variáveis relativas ao jovem (semanada, sentir-se só, percepção da felicidade pessoal, expectativas para o futuro), variáveis relativas aos amigos (número de amigos, facilidade em arranjar amigos), variáveis relativas à escola (gostar da escola, capacidade escolar) variáveis relativas aos pais (disponibilidade dos pais para ajudar na escola, encorajamento dos pais a ter bons resultados na escola). É feita uma descrição mais detalhada destas variáveis nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1

*Associações entre (i) atitudes e (ii) conhecimento sobre o VIH/AIDS e o background sócio-económico dos estudantes*

		Número de respostas	% com atitudes mais positivas face ao VIH/AIDS	Número de respostas	% com todas as questões sobre o conhecimento correctas
Região	Norte	2661	46,3	2533	33,4
	Centro	1669	50,9	1633	39,6
	Lisboa e Vale do Tejo	1674	52,6	1610	39,8
	Alentejo	421	51,3	415	42,9
	Algarve	294	49,0	284	35,2
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Sexo	Masculino	3144	43,5	4066	36,2
	Feminino	3575	54,7	2409	38,1
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Ano de escolaridade	6º ano	2308	25,3	2218	15,4
	8º ano	2526	57,0	2421	45,0
	10º ano	1883	69,1	1833	53,2
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Estatuto sócio-profissional do pai	1 (mais alto)	480	58,1	474	49,4
	2	477	57,2	465	46,9
	3	1115	58,0	1080	44,2
	4	2527	48,4	2443	35,5
	5 (mais baixo)	1150	40,7	1090	30,7
	Desempregado	308	43,8	289	31,5
	Não sei	258	42,2	242	25,2
	Inclassificável	151	49,0	145	29,0
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Estatuto sócio-profissional da mãe	1 (mais alto)	514	59,7	506	49,0
	2	268	58,6	261	47,9
	3	775	55,4	750	45,9
	4	1006	51,3	972	37,8
	5(mais baixo)	995	46,3	967	33,7
	Desempregada	2809	46,4	2684	33,2
	Não sei	106	38,7	98	23,5
	Inclassificável	102		100	34,0
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Percepção do nível financeiro da família	Muito bom	821	34,2	783	25,9
	Bom	2700	50,9	2609	37,7
	Médio	2632	52,7	2539	40,6
	Não muito bom	470	51,5	453	36,4
	Nada bom	68	45,6	66	30,3
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Semana	Nenhum	129	40,3	129	38,8
	Até 500\$ (2,5Euros)	2268	39,7	2184	29,7
	501\$-1000\$	2040	52,6	1958	37,9
	1001\$-2000\$	1388	57,7	1348	44,6
	>2000\$ (10 euros)	639	58,2	620	47,1
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001

A um nível bivariado, quando as variáveis explicativas eram contínuas usara-se para efeitos comparativos modelos de variância, quando as variáveis explicativas eram nominais foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Na presente análise, foi usado um modelo de regressão logística, que considera a contribuição independente de cada uma das variáveis explicativas,

para a variação de cada uma das duas variáveis dependentes: (1) a atitude face a indivíduos infectados e (2) o conhecimento acerca de formas de transmissão, ajustando para todas as outras variáveis explicativas. Os resultados são expressos em “odds ratios” com um intervalo de confiança de 95%. As diferenças significativas referidas baseiam-se no convencional bi-caudal  $p < 0,05$ ).

## Quadro 2

*Associações entre (i) atitudes e (ii) conhecimento sobre o VIH/AIDS e a percepção dos alunos sobre a sua qualidade de vida*

		Número de respostas	% com atitudes mais positivas face ao VIH/AIDS	Número de respostas	% com todas as questões sobre o conhecimento correctas
Percepção de felicidade pessoal	Muito feliz	1922	44,8	1849	32,4
	Feliz	3872	50,6	3741	39,1
	Pouco feliz	776	54,5	744	39,9
	Infeliz	128	57,0	123	37,4
			$p < 0,001$		$p < 0,001$
Sentir-se só	Muitas vezes	1023	56,5	983	39,8
	Algumas vezes	2189	54,6	2117	41,2
	Poucas vezes	1977	46,5	1897	36,4
	Não	1510	41,3	1459	30,9
			$p < 0,001$		$p < 0,001$
Número de amigos íntimos	0 (nenhum)	560	48,6	536	40,3
	1	1181	52,2	1137	36,1
	2	1694	54,3	1627	40,6
	3 (ou mais)	3249	46,3	3144	35,4
			$p < 0,001$		$p = 0,002$
Facilidade em fazer amigos	Muito fácil	1722	50,2	1653	36,1
	Fácil	4120	49,8	3985	38,1
	Difícil	690	46,1	660	36,4
	Muito difícil	150	48,0	147	29,9
			$p = 0,28$		$p = 0,12$
Sentir-se posto de lado	Sempre	130	32,3	119	16,0
	Frequentemente	363	53,2	356	41,0
	Às vezes	1818	52,1	1753	39,2
	Raramente	2390	54,5	2310	41,2
	Nunca	1921	42,5	1849	31,9
			$p < 0,001$		$p < 0,001$
Sentir-se sem apoio	Sempre	162	38,9	157	22,9
	Frequentemente	328	50,3	322	37,9
	Às vezes	1498	52,7	1432	38,5
	Raramente	2010	54,9	1953	42,1
	Nunca	2613	45,4	2519	34,1
			$p < 0,001$		$p < 0,001$
Expectativas de futuro	Universidade	3945	56,6	3824	44,4
	Técnico-profissional	941	49,4	907	33,5
	Formação Profissional/Negócio	140	39,3	130	24,6
	Emprego	614	30,8	592	21,3
	Desempregado	4	0,0	3	0,0
	Não sei	975	32,2	923	21,2
			$p < 0,001$		$p < 0,001$

## RESULTADOS

Do total de 6903 questionários recebidos pela equipa do projecto, foram consideradas válidas 6719 respostas relacionadas com a atitude face a pessoas infectadas pelo VIH/SIDA e 6475 respostas efectivas referentes aos conhecimentos sobre as vias de transmissão do VIH/SIDA.

A um nível preliminar, a análise identifica associações significativas entre cada uma das variáveis em estudo: (1) atitude face às pessoas portadoras do VIH/SIDA e (2) os conhecimentos sobre as formas de transmissão, com todas as variáveis explicativas consideradas, quer variáveis demográficas, quer variáveis referentes a características individuais, quer variáveis relativas à relação com os pares, à escola e à família ( $p < 0,03$  em todos os casos, consultar Quadros 1 a 3).

A variável “facilidade em fazer amigos” foi a única que não apresentou associação ( $p = 0,28$  e  $p = 0,12$  respectivamente, consultar Quadro 2).

### Atitude face às pessoas portadoras do VIH/SIDA

#### *Variáveis demográficas (Quadro 1)*

As raparigas, os adolescentes mais velhos e os adolescentes com pais com estatuto socio-económico médio/alto apresentaram atitudes mais positivas. Os adolescentes da região Norte do País apresentam uma atitude menos positiva.

#### *Características individuais (Quadro 2)*

Uma atitude mais positiva face a pessoas portadoras do VIH/SIDA parece estar associada com a expectativa de frequentar o ensino superior e o facto de terem uma semanada mais elevada. Uma atitude mais positiva parece ainda estar associada com um sentimento de infelicidade e a um sentimento de solidão, mas não a um sentimento de não se ter apoio.

#### *Relação com os pares (Quadro 2)*

Os adolescentes sem amigos, bem como os adolescentes com 3 ou mais amigos, apresentaram uma atitude menos positiva face a pessoas infectadas. Os adolescentes que referem sentir-se sempre postos de lado, apresentaram uma atitude menos positiva.

#### *Relação com a escola (Quadro 3)*

Os adolescentes que referiram não gostar da escola, bem como os que são considerados alunos abaixo da média, e ainda os que se consideram tratados com severidade na escola, têm uma atitude menos positiva face a pessoas infectadas.

Os adolescentes que não se sentem sós na escola, bem como os que acham que não participam suficientemente no estabelecimento de regras na escola, tendem a apresentar uma atitude mais positiva.

## Quadro 3

Associações entre (i) atitudes e (ii) conhecimento sobre o VIH/AIDS e a atitude dos alunos face à escola

		Número de respostas	% com atitudes mais positivas face ao VIH/AIDS	Número de respostas	% com todas as questões sobre o conhecimento correctas
Gostar da escola	Gosto muito	2548	47,2	2452	33,4
	Gosto um pouco	3236	51,7	3119	39,7
	Não gosto muito	626	50,3	606	39,8
	Não gosto	235	42,6	225	35,1
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Capacidade escolar	Muito boa	405	53,6	396	43,2
	Boa	2032	53,3	1971	41,8
	Média	3920	47,7	3758	34,6
	Inferior à média	293	39,9	284	31,3
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Ficar sozinho na escola	Não	4987	50,4	4813	38,4
	1 ou 2 vezes	1103	48,9	1055	37,2
	Algumas vezes	437	44,4	421	29,7
	Uma vez/semana	53	37,7	55	23,6
	Várias vezes/semana	104	43,3	101	25,7
			<i>p</i> <0,03		<i>p</i> <0,001
Alunos tratados com severidade	Concordo	486	37,9	459	32,2
	Às vezes	2165	53,3	2097	39,1
	Neutro	1290	43,4	1249	31,3
	Raramente	1797	54,9	1733	43,1
	Discordo	891	47,0	859	32,6
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Alunos participam nas regras	Concordo	389	40,4	368	28,5
	Às vezes	1953	47,2	1872	35,2
	Neutro	1901	51,8	1843	37,8
	Raramente	1440	50,4	1401	39,0
	Discordo	956	53,7	921	41,3
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,001
Pertença à escola	Sempre	3053	48,6	2942	34,8
	Às vezes	1955	52,6	1895	39,6
	Não sei	505	45,5	500	37,2
	Raramente	560	51,1	547	39,9
	Nunca	548	48,0	511	38,9
			<i>p</i> <0,001		<i>p</i> <0,008
Pais prontos a ajudar na escola	Concordo	5306	49,5	5110	36,6
	Frequentemente	747	51,5	723	43,4
	Neutro	396	49,7	389	40,4
	Raramente	128	52,3	123	31,7
	Discordo	77	32,5	68	19,1
			<i>p</i> <0,02		<i>p</i> <0,001
Pais encorajam a ter bons resultados	Concordo	5006	50,8	5306	49,5
	Frequentemente	908	50,0	747	51,5
	Neutro	457	42,0	396	49,7
	Raramente	170	42,4	128	52,3
	Discordo	103	39,8	77	32,5
			<i>p</i> <0,03		<i>p</i> <0,001

*Relação com os pais (Quadro 3)*

Os adolescentes que consideram que os seus pais nunca estão dispostos a ajudar na escola (embora tratando-se de um pequeno grupo de 77 alunos),

referiram uma atitude menos positiva. Houve uma tendência significativa no declínio de uma atitude positiva, nos alunos que consideram que os pais não os encorajam a ter bons resultados na escola.

Todas estas variáveis explicativas foram incluídas num modelo de regressão logística para verificar quais das associações referidas foram independentes umas das outras. Ajustando para todas as outras variáveis, deixam de se verificar associações da atitude positiva com parte das variáveis que tinham apresentado inicialmente uma associação significativa, a um nível bivariado.

No Quadro 4 apresentam-se as associações positivas confirmadas a um nível multivariado ( $p < 0,05$  para todos os casos). Estas associações incluem factores demográficos (ser do sexo feminino, ser mais velho(a) e ter um pai com um estatuto socio-económico médio), individuais (expectativas de frequentar o ensino superior, não se sentir só “muitas vezes”, ter uma semanada superior a 5 Euros), da relação com a escola (gostar muito da escola, ser considerado muito bom aluno e considerar não ser sempre tratados com severidade) e relação com os pais (os pais encorajarem a ter bons resultados). Verifica-se ainda uma forte associação entre uma atitude mais positiva face a pessoas infectadas com o VIH/SIDA, e um melhor conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA.

Quadro 4

*Modelo final para a atitude face ao VIH (ATITUDE) e conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH (CONHECIMENTO) nos adolescentes portugueses. Este resultado está mutuamente ajustado para as outras variáveis do modelo e também para a idade*

		Número de respostas	% com atitudes mais positivas face ao VIH/AIDS	Número de respostas	% com todas as questões sobre o conhecimento correctas
Gostar da escola	Gosto muito	2548	47,2	2452	33,4
	Gosto um pouco	3236	51,7	3119	39,7
	Não gosto muito	626	50,3	606	39,8
	Não gosto	235	42,6	225	35,1
			$p < 0,001$		$p < 0,001$
Capacidade escolar	Muito boa	405	53,6	396	43,2
	Boa	2032	53,3	1971	41,8
	Média	3920	47,7	3758	34,6
	Inferior à média	293	39,9	284	31,3
			$p < 0,001$		$p < 0,001$
Ficar sozinho na escola	Não	4987	50,4	4813	38,4
	1 ou 2 vezes	1103	48,9	1055	37,2
	Algumas vezes	437	44,4	421	29,7
	Uma vez/semana	53	37,7	55	23,6
	Várias vezes/semana	104	43,3	101	25,7
			$p < 0,03$		$p < 0,001$
Alunos tratados com severidade	Concordo	486	37,9	459	32,2
	Às vezes	2165	53,3	2097	39,1
	Neutro	1290	43,4	1249	31,3
	Raramente	1797	54,9	1733	43,1
	Discordo	891	47,0	859	32,6
			$p < 0,001$		$p < 0,001$

cont. →

Quadro 4 (cont.)

		Número de respostas	% com atitudes mais positivas face ao VIH/AIDS	Número de respostas	% com todas as questões sobre o conhecimento correctas
Alunos participam nas regras	Concordo	389	40,4	368	28,5
	Às vezes	1953	47,2	1872	35,2
	Neutro	1901	51,8	1843	37,8
	Raramente	1440	50,4	1401	39,0
	Discordo	956	53,7	921	41,3
			$p<0,001$	$p<0,001$	
Pertença à escola	Sempre	3053	48,6	2942	34,8
	Às vezes	1955	52,6	1895	39,6
	Não sei	505	45,5	500	37,2
	Raramente	560	51,1	547	39,9
	Nunca	548	48,0	511	38,9
			$p<0,001$	$p<0,008$	
País prontos a ajudar na escola	Concordo	5306	49,5	5110	36,6
	Frequentemente	747	51,5	723	43,4
	Neutro	396	49,7	389	40,4
	Raramente	128	52,3	123	31,7
	Discordo	77	32,5	68	19,1
			$p<0,02$	$p<0,001$	
País encorajam a ter bons resultados	Concordo	5006	50,8	5306	49,5
	Frequentemente	908	50,0	747	51,5
	Neutro	457	42,0	396	49,7
	Raramente	170	42,4	128	52,3
	Discordo	103	39,8	77	32,5
			$p<0,03$	$p<0,001$	

Nota. \*  $p<0,05$ , \*\*  $p<0,01$ , \*\*\*  $p<0,001$ .

### Conhecimento sobre formas de transmissão do VIH/SIDA

#### *Variáveis demográficas (Quadro 1)*

As raparigas, os adolescentes mais velhos e os adolescentes com pais com estatuto socio-económico médio/alto apresentaram melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA. Os adolescentes da região Norte do País apresentam piores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA.

#### *Características (Quadro 2)*

Melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA estão associados positivamente com o facto de os adolescentes terem expectativas de frequentar o ensino superior e terem uma semana mais elevada. O sentimento de felicidade e ausência do sentimento de solidão parecem estar associados a conhecimentos mais reduzidos.

#### *Relação com os pares (Quadro 2)*

Os adolescentes com um grande número de amigos íntimos (três ou mais), apresentaram conhecimentos mais reduzidos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA; do mesmo modo os adolescentes que referem que se sentem sempre postos de lado apresentaram menos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA.

*Relação com a escola (Quadro 3)*

Os adolescentes que referiram gostar muito (ou nada) da escola, bem como os adolescentes que se consideram alunos abaixo da média têm menos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA. Os alunos que não se sentem sós na escola, tendem a apresentar melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA.

Melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA aparecem em alunos que consideram ser raramente tratados com severidade na escola, mas discordam de ter participado no estabelecimento de regras na escola.

*Relação com os pais (Quadro 3)*

Os adolescentes que consideram que os seus pais nunca estão dispostos a ajudar na escola (embora tratando-se de um pequeno grupo de 68 alunos), e os adolescentes que consideram que os pais nunca os encorajam a ter bons resultados (embora tratando-se de um pequeno grupo de 77 alunos) apresentaram menos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA.

Todas estas variáveis explicativas foram incluídas num modelo de regressão logística para verificar quais das associações referidas foram independentes uma da outra (tabela 4). Ajustando para todas as outras variáveis, deixam de se verificar associações do conhecimento das formas de transmissão com parte das variáveis que apresentaram inicialmente uma associação significativa, a um nível bivariado.

No Quadro 4 apresentam-se as associações positivas confirmadas a um nível multivariado ( $p < 0,03$  para todos os casos), estas incluem factores demográficos (não ser da região Norte, ser mais velho(a) e ter uma mãe com um estatuto socio-económico médio), individuais (expectativas de frequentar o ensino superior), da relação com a escola (gostar muito da escola, ser considerado muito bom aluno e considerar não ser sempre tratado com severidade) e relação com os pais (os pais encorajarem sempre a ter bons resultados).

Estes resultados sugerem que um bom conhecimento sobre as formas de transmissão é fundamental para uma atitude não discriminatória face a pessoas infectadas. Os adolescentes mais velhos, do sexo feminino, de estatuto socio-económico médio, embora com mais dinheiro de bolso (semanada), os adolescentes com uma maior ligação mas também um maior grau de exigência em relação à escola, os adolescentes com alguma apreensão ao nível da sua felicidade pessoal e sentimento de solidão, embora não de isolamento ou desamparo, os adolescentes com incentivo familiar para ter bons resultados escolares, os adolescentes com algum apoio social por parte dos pais, tendem a constituir o grupo do(a)s jovens com melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA e também com menos tendência a discriminar os indivíduos infectados.

## DISCUSSÃO

Tendo em conta que os dados deste artigo são provenientes do questionário do estudo HBSC e que o desenho do estudo global não foi efectuado especificamente para a análise específica da problemática do VIH/SIDA, poderão existir algumas limitações que deverão ser consideradas.

A análise de dados do questionário aos adolescentes portugueses relativos à problemática da SIDA, sugerem que os conhecimentos acerca da infecção do VIH/SIDA são importantes nas atitudes que estes têm face às pessoas infectadas. Frequentemente, a infecção por VIH/SIDA aparece associada a comportamentos “socialmente não desejáveis” (consumo de drogas, homossexualidade e prostituição) e as pessoas infectadas tendem a ser alvos de exclusão social e a estar relacionadas com esse tipo de comportamentos. Contudo, sabe-se que o risco de ser infectado com VIH/SIDA está relacionado com as diversas situações do dia-a-dia e não tem grupo de risco associado.

A identidade do grupo envolve um processo que produz uma percepção de semelhança e contacto próximo entre os membros, considerados por eles como “fazendo parte do grupo”, por oposição a todos os indivíduos que não partilham essas características (Gurin & Townsend, 1986). Este facto é frequentemente traduzido em diferenças nas atitudes, expectativas e tolerância entre os indivíduos que se identificam como pertencendo ao mesmo grupo e os que em oposição pertencem ao exterior. Alguns dados empíricos realçam, que este tipo de estereótipos ao qual se reconhece o estatuto de “dentro do grupo” ou “fora do grupo”, tem uma importante influência na forma como os outros interagem com eles (Pinel, 1999), embora existam diferenças individuais enormes na forma como os indivíduos são discriminados ou excluídos ou por sua vez discriminam e excluem.

Os nossos resultados sugerem, tal como os resultados encontrados noutros estudos (Comby et al., 1993; Pinel, 1999), que se o conhecimento destes adolescentes acerca dos modos de transmissão do VIH/SIDA não é adequado, as atitudes face às pessoas infectadas são menos positivas. Contudo, o conhecimento não é suficiente para explicar as diferenças nas atitudes, apontando os dados no sentido de que as raparigas e os adolescentes mais velhos parecem ter atitudes mais positivas, tal como sugerido por Potsonen e Kontula (1999). Nestes resultados verifica-se ainda, que os adolescentes com um estatuto socio-económico médio, com melhores expectativas face ao futuro, uma melhor percepção da escola e do seu desempenho escolar, tendem a demonstrar uma atitude mais positiva face às pessoas infectadas. Os dados obtidos por Miller et al. (1998) apontam também no sentido de a maturidade ser um factor que promove a capacidade de aceitação e os valores relacionados com a tolerância.

DiClemente et al. (1996) consideram que as DST (doenças sexualmente transmissíveis) são um dos riscos mais imediatos para a saúde dos adolescentes, no entanto, o conhecimento acerca dos modos de transmissão do VIH/SIDA

não é suficiente nos adolescentes, especialmente em rapazes e em adolescentes mais novos.

No que diz respeito à influência parental, os resultados demonstram que o envolvimento da família, ou pelo menos o seu suporte ocasional aos adolescentes é relevante, tal como esperado e descrito por outros autores (Kumpfer & Turner 1991).

É também importante salientar o papel que escola pode ter na discussão acerca do conhecimento adequado dos modos de transmissão do VIH/SIDA. Os dados deste estudo estão de acordo com os dados encontrados por DuRant et al. (1992) e sugerem que parece existir uma associação entre a aprendizagem no ensino escolar e as atitudes face às pessoas infectadas com o vírus. A percepção que os jovens têm da sua participação nas decisões que dizem respeito à vida escolar parece ser uma componente fundamental, como é referido por Ramirez e colaboradores (Ramirez et al., 2000). Este autor defende que para desenvolver estratégias de prevenção eficientes, devem ser tidas em consideração as percepções, interpretações e propostas de soluções dos jovens, face aos seus problemas.

O presente estudo demonstrou que os adolescentes da região Norte de Portugal, não só apresentam um menor nível de conhecimentos acerca dos modos de transmissão como, pelo menos a nível da análise bivariada, os resultados sugerem uma atitude menos positiva destes face às pessoas infectadas. Sabe-se que diferenças entre regiões realçam a importância da organização de programas de intervenção direccionados para as necessidades específicas de cada comunidade. As intervenções que não contemplem estes pressupostos correm o risco de se tornar pouco efectivas e desajustadas à realidade e normas sociais locais.

Alguns estudos realizados na Suécia, realçam que os conhecimentos sobre VIH/SIDA e as atitudes positivas face às pessoas infectadas podem ser promovidos com intervenções no contexto escolar, podendo constituir um factor fundamental tanto na prevenção do VIH/SIDA, como na discriminação social e no isolamento das pessoas infectadas (Kunderberg & Christensson, 1994). Outros autores sugerem algumas estratégias direccionadas para o contexto escolar que permitam aos adolescentes, entre os 12 e os 18 anos, proteger-se a si próprios da infecção do VIH, sem desenvolverem atitudes negativas face às pessoas infectadas (Ramirez et al., 2000).

As escolas têm sido referidas 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. É ainda referido em alguns estudos, que a percepção dos adolescentes acerca do seu bem-estar está relacionada com a percepção de um meio escolar positivo (Matos & Carvalhosa 2001b), e com a probabilidade de escolherem estilos de vida e comportamentos de saúde (Nutbeam et al., 1993).

O programa do ensino tradicional das escolas Portuguesas, no que diz respeito à Educação para a Saúde, deverá incluir estratégias de Promoção de Saúde de “primeira e segunda geração”. Muito há a fazer na área da Educação para a Saúde, particularmente na Educação para a Saúde Sexual. As competências sociais, o desenvolvimento do auto-conceito, da participação, da resolução de problemas e na tomada de decisão, são aspectos fundamentais nas denominadas estratégias de “segunda geração” da Educação/Promoção de Saúde nas escolas (Matos, 1997). 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, consequentemente, permitir escolhas e opções por estilos de vida saudáveis de forma consistente e sustentada (Matos & Carvalhosa 2001b; Nutbeam et al., 1993; Samdal et al., 1998).

### AGRADECIMENTOS

Em Portugal, desde 1995/2000, o estudo HBSC tem vindo a ser co-financiado pela Faculdade de Motricidade Humana, pelo PES/ME, pelo Projecto Vida, pelo Gabinete de Prevenção da Toxicodependência da Câmara Municipal de Lisboa e pelo PEPT 2000-Saúde que organizou e financiou o trabalho de campo, do estudo de 1998. Agradecemos ainda à FCT que tem financiado o estudo nacional desde 2002 (projecto POCTI/PSI 37486), e à Comissão Nacional de Luta contra a SIDA que financiou este estudo específico na área do HIV/SIDA. As autoras agradecem a toda a equipa do Aventura Social/FMH/UTL que integrou este estudo, bem como à Fundação Calouste Gulbenkian, de quem a primeira autora foi bolsreira na sua licença sabática em 1999/2000, na Queensland University of Technology onde iniciou este trabalho com a segunda autora.

### REFERÊNCIAS

- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Instituto Nacional de Saúde de Lisboa (2001). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2001. Doc. 127*. Comissão Nacional de Luta contra a SIDA.
- Comby, L., Devos, T., Deschamps, J., & Troussier, T. (1993). Representations sociales du SIDA: Résultats d'une enquête à l'île de la Réunion. *Santé Publique*, 5(6), 52-62.
- Currie, C., & Todd, J. (1993). *Health behaviours of Scottish school children: Report 3: Sex education, personal relationships, sexual behaviour and HIV/AIDS knowledge and attitudes*. Edinburgh: RUHBC and HEBS.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and Health behaviour among young people*. HEPCA series, WHO, 1.

Di Clemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.

DuRant, R., Ashworth, C., Newman, C., & Gaillard, G. (1992). High school students' knowledge of HIV/AIDS and perceived risk of currently having AIDS. *Journal of School Health, 62*(2), 59-63.

Gurin, P., & Townsend, A. (1986). Properties of gender identity and their implications for gender consciousness. *British Journal of Social Psychology, 25*, 139-148.

Kindeberg, T., & Christensson, B. (1994). Changing Swedish students' attitudes in relation to the AIDS epidemic. *Health Education Research, 9*(2), 171-181.

King, A., Wold, B., Tudor Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross national survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications, European series, n° 69.

Kumpfer, K., & Turner, C. (1991). The social ecology model of adolescent substance use: Implication for prevention. *The International Journal of Addiction, 25*(4A), 435-463.

Matos, M. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (Eds.). (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: IRS-MJ.

Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.

Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001a). *Saúde mental e mal-estar físico na idade escolar*, 3(1). Lisboa: FMH /PEPT /GPT.

Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001b). A saúde dos adolescentes: Ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*(2), 43-53.

Matos, M. (2002). Prevenir o desajustamento pessoal e social: Que competências de vida. Cidade solidária. *Revista da Santa Casa de Misericórdia, V*, 38-44

Miller, B., Norton, M., Fan, X., & Christopherson, C. (1998). Pubertal development, parental communication and sexual values in relation to adolescent sexual behaviors. *Journal of Early Adolescence, 18*(1), 27-52.

Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., & Bauman, A. (1993). Warning! School can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal Paediatric Child Health, 29*(suppl.), 825-830.

Pinel, E. (1999). Stigma Consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(1), 114-128.

Potsonen, R., & Kontula, O. (1999). Adolescents' knowledge and attitudes concerning infection and HIV infected persons: How a survey and focus group discussions are suited for researching adolescents' HIV/AIDS knowledge and attitudes. *Health Education Research, 14*(4), 473-484.

Ramirez, J., Gosset, D., Ginburg, K., Taylor, L., & Slap, G. (2000). Preventing HIV transmission: The perspective of inner-city Puerto Rican adolescents. *Journal of Adolescent Health, 26*(4), 258-267.

Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B., & Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools – A study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research, 13*(3), 383-397.

Thompson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 years old, 1990-1994 findings from WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research, 14*(3), 357-370.

Tikkanen, J., & Koskela, K. (1992). A five year follow-up study of attitudes to HIV infection among Finns. *Health Promotion International, 7*(1), 3-9.