

## Repositório ISCTE-IUL

---

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2023-09-07

Deposited version:

Accepted Version

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Santos, M. H. (2004). Sexo para o que der e vier: Masculinidade e comportamentos preventivos face à SIDA. In Lígia Amâncio (Ed.), *Aprender a ser homem, construindo masculinidades* . (pp. 91-126). Lisboa/Portugal: Livros Horizonte.

Further information on publisher's website:

<https://www.livroshorizonte.pt/produto/aprender-a-ser-homem-construindo-masculinidades/>

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Santos, M. H. (2004). Sexo para o que der e vier: Masculinidade e comportamentos preventivos face à SIDA. In Lígia Amâncio (Ed.), *Aprender a ser homem, construindo masculinidades* . (pp. 91-126). Lisboa/Portugal: Livros Horizonte.. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

---

### Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

---

## Capítulo 5

### **Sexo para o que der e vier: masculinidade e comportamentos preventivos face à sida**

Helena Santos<sup>1</sup>

Em, aproximadamente, duas décadas, a epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) terá feito mais de 11 milhões de mortos. Inicialmente, começou por se concentrar nos países ricos, sobretudo nos Estados Unidos da América, sendo esta nova "doença", considerada como uma doença dos ricos (Bastos, 2002; Costa, 1996; Costa & Lima, 1998; Lambert, 2000; Nossa, 2001). Porém, rapidamente se constatou que a região mais pobre do mundo, ou seja, a África Subsaariana, se tornava a zona geográfica mais exposta ao risco, seguindo-se o Sul da Ásia, a América Latina, bem como outras regiões onde continua a ser difícil medir a prevalência da infecção, de que é exemplo a China (Lambert, 2000).

De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA), neste momento, deverá haver um total de 42 milhões de pessoas com o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) ou SIDA, das quais 38.6 milhões são adultos (19.2 milhões são mulheres), e 3.2 milhões são crianças com menos de 15 anos (CNLCS, 2003). A maior parte desta população vive nas regiões do chamado Terceiro Mundo. A SIDA torna-se, assim, “uma doença da pobreza e da exclusão, atingindo as populações mais pobres e menos instruídas, e as camadas sociais mais desfavorecidas, inclusive no interior dos países ricos” (Lambert, 2000, p. 7).

Em Portugal, o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em 1983 e, desde então, tem vindo a aumentar (Cardoso, 1999), encontrando-se, actualmente, notificados um total de 21.363 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios da infecção (CNLCS, 2003). Desde o aparecimento da doença que existe um maior número de casos do sexo masculino, sendo a via de transmissão mais comum a “toxicod dependência” e as relações “heterossexuais”, englobando principalmente pessoas com idades entre os 20 e os 49 anos (CNLCS, 2003).

Neste contexto, considerámos importante proceder a uma análise aprofundada de alguns estudos teóricos e empíricos já realizados sobre esta temática, com um especial enfoque num estudo por nós realizado (Santos, 2001), de modo a percebermos melhor os diferentes factores psicossociais a ela associados, ou seja, os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos face à sexualidade, ao VIH e à SIDA, por parte das pessoas, em geral, e dos jovens, em particular. Os factores de género e etnicidade ocupam, nesta análise, um lugar central.

---

<sup>1</sup> Licenciada e Mestranda em Psicologia Social e Organizacional. Bolseira da Fundação para a Ciência e Tecnologia através do Projecto POCTI/SOC/44726/2002.

## 1. A SIDA COMO DOENÇA E COMO FENÓMENO SOCIAL

A SIDA é causada pelo VIH (Costa, 1996). Trata-se de um vírus muito específico, pertencente à categoria dos retrovírus e, basicamente, a sua acção consiste na destruição paulatina do sistema imunitário humano, conduzindo a uma situação de vulnerabilidade progressiva do corpo da pessoa infectada, tornando-a susceptível aos efeitos de um conjunto de outros vírus que, na ausência de resistências, invadem o organismo, provocando, assim, as geralmente designadas "Doenças Oportunistas" (Lopes, 2000, p. 111).

Embora este seja um fenómeno relativamente recente, uma vez que os primeiros casos datam de 1981 (Joinet & Mugolola, 1994), a investigação fez enormes progressos, existindo actualmente amplo conhecimento sobre a doença (e.g., Araújo, 2002; Bastos, 2002; Cardoso, 1999; Costa, 1996; Costa & Lima, 1998; Guerra, 1994; Lambert, 2000; Lopes, 2000; Nossa, 2001 e Victorino, 2003), pelo que não é necessário descrevê-la aqui exaustivamente. Referiremos, apenas, que foram identificados dois tipos de vírus: o VIH1 e o VIH2. O VIH1 foi o primeiro tipo de vírus a ser identificado, em 1983 (em França, por Luc Montagnier e colaboradores, e nos USA, por Gallo e colaboradores) e o VIH 2 foi identificado em 1986, pela investigadora portuguesa Odette Ferreira e colaboradores, sendo este último inicialmente detectado em doentes africanos (Araújo, 2002).

Com base na classificação do *Centers for Disease Control* (CDC) e do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT), Araújo (2002), descreve os três estádios progressivos que caracterizam esta doença: (a) Portador Assintomático ou Seropositivo (PA - é todo o indivíduo que, tendo tido contacto com o vírus e possuindo anticorpos detectáveis no seu sangue, não apresenta sintomas, podendo vir ou não a desenvolver a SIDA, embora a possa transmitir); (b) Complexo Relacionado com a SIDA (CRS - é o estágio em que o indivíduo, sendo já seropositivo, apresenta sintomatologia frequentemente caracterizada por adenopatias generalizadas, fadiga, faringites e diarreias crónicas, suores nocturnos, emagrecimento e febre); (c) SIDA (é o estágio em que a imunodepressão, induzida pelo VIH, atinge um grau mais acentuado, determinando quadros clínicos, caracterizados por infecções oportunistas e tumores).

Em relação ao modo de transmissão, assinala-se que, apesar do carácter epidémico, existem, apenas, quatro formas de contágio, podendo o VIH ser transmitido através: de relações sexuais (heterossexuais e homossexuais, caso exista um contacto directo com as secreções orgânicas respectivas, como por exemplo, o esperma masculino e os fluídos vaginais femininos); através do contacto com o sangue (o que poderá, por um lado, acontecer através da partilha de instrumentos que entrem em contacto directo com o sangue, como é o caso dos que são utilizados na administração endovenosa de drogas e, por outro, através da transfusão de sangue); e de mãe para filho, durante a gestação, o parto e a aleitação (Lacerda, 1998, cit. por Lopes, 2000), não sendo

evidente que a saliva, o suor e as lágrimas possam transmitir o vírus, embora possam contê-lo (Joinet & Mugolola, 1994).

Num estudo realizado por estes últimos autores constatou-se que, de todas estas formas de transmissão, a mais importante era o contacto sexual, ou seja, 75% das pessoas tinham sido contaminadas pelo contacto sexual e todos os outros infectados representavam apenas 25% do total (Joinet & Mugolola, 1994). É, provavelmente, por essa razão, que o preservativo é recomendado como sendo o melhor meio para impedir o alastramento do VIH (Pato, 1999), visto que quando correctamente utilizado constitui o meio mais eficaz de prevenção (Araújo, 2002), continuando a ser a única “arma” garantida contra a SIDA e outras doenças sexualmente transmitidas (DST) (Contra SIDA, Junho, 1999).

### *1.1. Factores históricos e sociais*

Em 1981, o CDC de Atlanta, um dos organismos que nos EUA faz o controlo e vigilância das doenças, descreveu, pela primeira vez, uma nova síndrome de causa desconhecida, em que existia uma falha no sistema imunitário (Joinet & Mugolola, 1994), notando também que os doentes eram maioritariamente jovens, saudáveis até então, e com comportamentos homossexuais (Bastos, 2002). Um ano mais tarde, a OMS aceita o termo “SIDA” para identificar esta nova síndrome (Joinet & Mugolola, 1994).

Portanto, num contexto histórico, a epidemia surgiu entre homossexuais, sendo de início, associada unicamente a indivíduos do sexo masculino com essa orientação sexual (Guerra, 1994; Bastos, 2000). Mas, com a evolução da SIDA, começaram a ser detectados casos noutra grupo específico, constituído pelos toxicodependentes que faziam uso da via endovenosa. Como estes se injectavam e, geralmente, partilhavam as seringas e agulhas que utilizavam, provocaram um rápido aumento de contaminados pelo VIH. Por essa razão, começou-se a estabelecer uma relação entre a contaminação e a troca de produtos sanguíneos, assim como com comportamentos sexuais “promíscuos” que, geralmente, aparecem associados ao comportamento toxicodependente. Em simultâneo, começaram a surgir contaminações com o vírus noutra grupo de indivíduos que tinham sofrido várias transfusões de produtos sanguíneos, sobretudo nos hemofílicos (Ogden, 1999), verificando-se, mais tarde, uma rápida propagação à população em geral, esta atribuída ao recurso à prostituição e a relacionamentos sexuais esporádicos com vários parceiros (Reinisch, Sanders & Ziemba, 1988, cit. por Guerra, 1994).

Tendo em conta esta evolução, o conceito de “grupos de risco” começou a ser posto em causa, uma vez que os números mostravam que a população homossexual começava a ser uma minoria, quase insignificante, no número de casos de SIDA no mundo. E, como tal, após muitos anos de activismo, a sociedade teve de aceitar o facto de que esta já não era uma doença de “grupos de

risco”, podendo afectar qualquer indivíduo com um “comportamento de risco” (Joinet & Mugolola, 1994).

Ainda numa perspectiva histórica, a verdade é que, através dos dados conhecido sobre a SIDA, criou-se o estigma em torno da mesma, visto afectar grupos sociais já rejeitados pela sociedade: os homossexuais e os toxicodependentes (Guerra, 1994). De facto, a forma como esta patologia se repercutiu e as características dos principais grupos infectados, suscitou imediatamente uma resposta da comunidade aos comportamentos social e moralmente julgados como desviantes. Ela foi, sobretudo, discriminatória e culpabilizadora para a maioria dos indivíduos afectados. Se até essa altura esses grupos já eram marginalizados, a partir daí a sociedade passou a ver a SIDA como um castigo, devido aos comportamentos “desviantes” que estavam na sua génese. Para ilustrar esta ideia, existem vários exemplos, nomeadamente, o de Jerry Falwell que avança o diagnóstico genérico de que a SIDA é o julgamento que Deus fez desta sociedade que não segue os Seus mandamentos; o do bispo Falcão de Brasília que considerou a SIDA como uma consequência da moral de decadência; ou o do cardeal do Rio de Janeiro, Eugênio Sales, que define a SIDA como sendo um castigo de Deus e uma vingança da natureza (Sontag, 1989).

É de salientar que as ideologias políticas autoritárias têm um grande interesse em promover o medo e o sentimento de ameaça da tomada do poder por parte de elementos “estranhos”. As doenças epidémicas abrem as portas aos apelos à proibição da entrada de estrangeiros, por estas serem percebidas como doenças estrangeiras e, segundo Bastos (2002), a SIDA não foge à regra. A propaganda xenófoba sempre descreveu os imigrantes como portadores de doenças (e.g., nos fins do século XIX, a cólera, febre-amarela, febre tifóide, tuberculose), e, como tal, não é de admirar que Jean-Marie Le Pen, representante das ideias mais racistas e xenófobas, em França, tenha adoptado a estratégia de atizar o medo desta nova ameaça exterior, insistindo no facto de que a SIDA é contagiosa, apelando à instauração de um exame geral obrigatório, assim como à quarentena de todos os portadores do vírus (Sontag, 1989).

No meio científico, inicialmente, o nome proposto para a SIDA foi GRIDIS (*Gay-Related Immune Deficiency*), o que significa que a própria comunidade científica reforçava a ideia de associação da SIDA aos homossexuais (Ogden, 1999). Constitui um bom exemplo, a afirmação de Fletcher num editorial do *Southern Medical Journal*, defendendo que uma das soluções óbvias para a SIDA era a conversão dos homossexuais em heterossexuais (Cassens, 1985, cit. por Guerra, 1994).

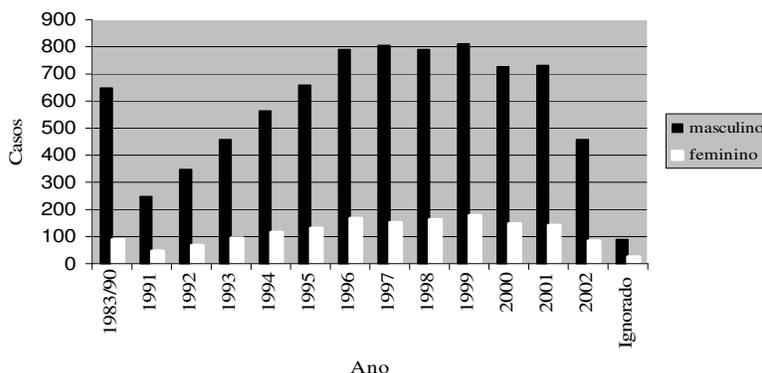
Em síntese, e como diria Sontag (1989), a SIDA é o cavalo de Tróia de toda a gente. Por exemplo, seis meses antes das Olimpíadas de 1988, o Governo Sul-Coreano anunciou que iria distribuir preservativos, gratuitamente, a todos os participantes estrangeiros; o director-geral do Conselho de Investigação Médica do Governo Indiano referiu tratar-se de uma doença totalmente

estrangeira, e a única maneira de deter a sua difusão seria evitar os contactos sexuais entre indianos e estrangeiros (Sontag, 1989).

### 1.2. Dados epidemiológicos: a SIDA em Portugal e no Mundo

Em Portugal, o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em 1983 e, desde então, tem vindo a aumentar, encontrando-se, actualmente, notificados um total de 21.363 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios da infecção (CNLCS, 2003). O total acumulado de casos de SIDA, em 31 de Dezembro de 2002, segundo o CVEDT, era de 9.735, dos quais 8.117 (83,4%) correspondem a indivíduos do sexo masculino e 1.614 (16,6%) a indivíduos do sexo feminino (CNLCS, 2003). Assim, e tal como se poderá constatar no gráfico n.º1, desde o surgimento da epidemia que existe um maior número de casos do sexo masculino.

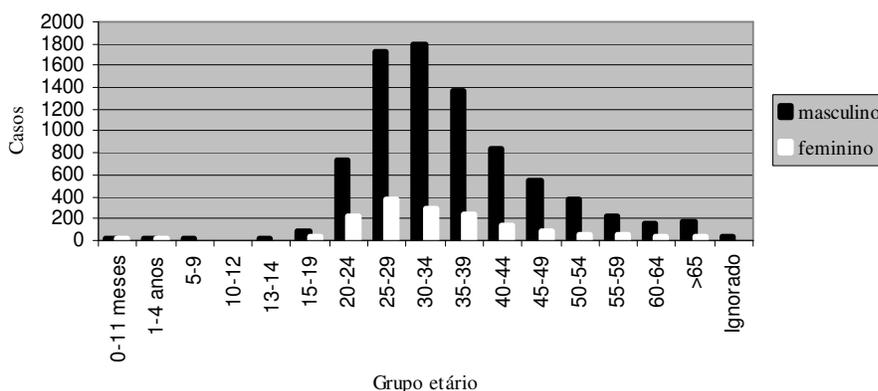
**Gráfico 1** - Casos por diagnóstico e por sexo: de 01/01/1983 a 31/12/2002



Fonte: CNLCS (2003).

Até aos 14 anos, as diferenças entre os sexos são praticamente nulas; no entanto, a partir dos 15 anos, as diferenças vão-se acentuando (e.g., no grupo etário dos 20-24, 739 casos correspondem ao sexo masculino e 216 ao sexo feminino), sendo o grupo etário dos 20 aos 49 o mais afectado (86%), como se pode verificar no gráfico n.º 2.

**Gráfico 2** - Casos diagnosticados até 2002 por grupo etário e sexo

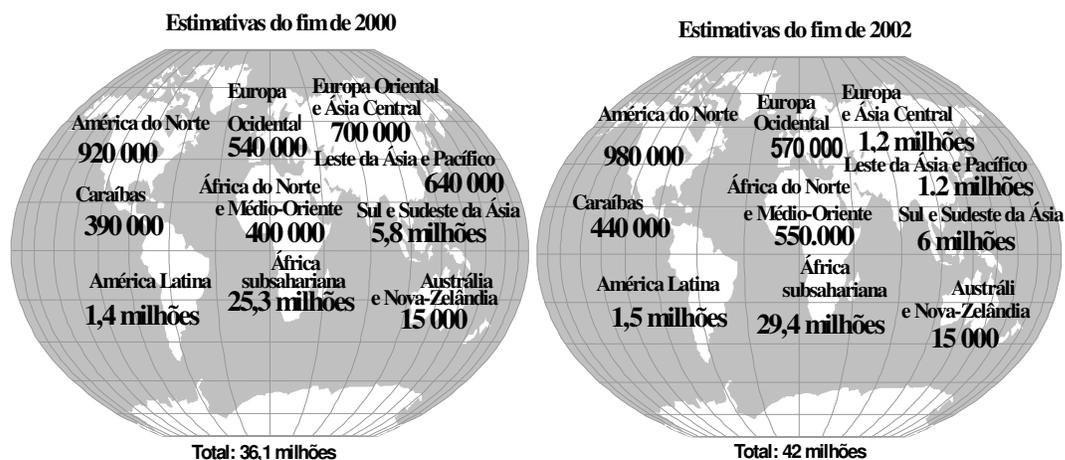


Fonte: CNLCS (2003).

Em relação à categoria de transmissão, segundo a mesma fonte, as vias de transmissão mais comuns, até 2002, são a “toxicod dependência” (50%), seguindo-se das relações “heterossexuais” (28,8%) e das relações “homo ou bissexuais” (14,8%), tendo-se verificado, nesta última, uma tendência para uma diminuição substancial da incidência de casos. Por exemplo, enquanto que em 1995 se tinham verificado 115 casos, em 2002 observaram-se apenas 39.

A nível mundial, o número de casos também tem vindo a aumentar exponencialmente, com excepção da Austrália e Nova Zelândia<sup>2</sup>. Com base na leitura da figura n.º 1, podemos constatar que em 2000, o número de casos era de 36 milhões, passando em 2002 para 42 milhões. Houve, portanto, um aumento de aproximadamente seis milhões de casos nestes dois últimos anos, sendo a África Subsaariana a zona do globo com uma maior estimativa de disseminação desta epidemia, com 29,4 milhões de pessoas infectadas em 2002. É de salientar que esta região, com 10% da população mundial, tem 70% do total dos casos de infecção VIH/SIDA e mais de 50% são diagnosticados em mulheres (Araújo, 2002).

**Figura 1: Adultos e crianças com VIH/SIDA**



### 1.3. Conhecimento da SIDA

Por tudo isto, as preocupações não têm parado de aumentar, dando origem a várias teorias e debates em torno deste fenómeno. Se, por um lado, existem alguns autores que defendem que as campanhas de educação e o aumento do conhecimento em relação à SIDA não são uma garantia de que as pessoas vão alterar as suas atitudes e, conseqüentemente, os seus comportamentos de risco, outros acreditam que estes podem conduzir a uma mudança de comportamentos (Willig, 1992),

<sup>2</sup> Em relação a 2000: [www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/wad2000MasterFrench](http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/wad2000MasterFrench)

levando, por exemplo, ao aumento do uso do preservativo (Rosenthal & Shepherd, 1993).

É legítimo pressupor que a melhor maneira de as pessoas poderem combater um problema seja, antes de mais, conhecê-lo. Porém, em relação à SIDA, a investigação tem mostrado que esse conhecimento é, ainda, bastante escasso, apesar desta ser conhecida desde 1981 (e.g., Lucas, 1993; Bowd & Loos, 1995).

Em Portugal, também têm sido realizados alguns estudos (e.g., Lucas, 1993; Amaro, 1994) que mostram que a SIDA é conhecida por uma larga maioria da população, que sabe quais as principais vias de transmissão. No entanto, mais recentemente, passadas quase duas décadas do surgimento da SIDA, um estudo realizado junto da população estudantil universitária do distrito de Bragança, vem mostrar que os jovens ainda revelam alguma falta de conhecimento sobre os comportamentos de risco. Neste estudo, foram inquiridos 517 jovens, dos quais 19,2% não sabia o que significava a palavra “SIDA” e 16,4% acreditava que se pudesse transmitir através de picadas de mosquitos, suor, lágrimas, saliva e pelo contacto social (Contra SIDA, Setembro, 1999).

Mas se, aparentemente, é difícil conseguir fazer chegar a informação a este grupo, mais difícil deverá ser conseguir fazê-la chegar às comunidades mais marginalizadas da sociedade, como os imigrantes e as minorias étnicas (Contra SIDA, Junho, 1999). É o que defende o anterior Alto Comissário para as Minorias Étnicas, José Leitão (2000), uma vez que estas comunidades enfrentam, geralmente, várias dificuldades, como o uso da língua do país de acolhimento, tornando-as mais vulneráveis, o que faz com que sejam, em Portugal, designadas por “população em situação de risco”, relativamente à SIDA (Contra SIDA, Dezembro, 2000). A título de exemplo, em 1999, foi realizado um estudo com 248 pessoas, na zona de Lisboa, sendo o país de origem mais representado Cabo-Verde (44,3%), seguido pela Guiné-Bissau (19,6%) e de Portugal (19,4%). Constatou-se que 30% destas pessoas não conhecia bem os modos de transmissão do vírus, enquanto que 55% não tinha a certeza e 10% não os conhecia de todo. Em relação às campanhas, 64,5% respondeu que estas são pouco adaptadas ou mesmo completamente desadequadas, e que deviam ser realizadas campanhas específicas dirigidas à população africana (38,3%) (ABRAÇO, Março-Abril, 2000).

É importante referir que esta questão do aumento do conhecimento não é assim tão linear, podendo, segundo Oden (1999), levar a várias consequências: (a) aumentar o medo, o que poderá provocar a negação, não tendo qualquer efeito ou tendo mesmo um efeito prejudicial no comportamento; (b) aumentar a percepção da realidade e do risco, o que pode provocar uma mudança de comportamento, uma vez que o indivíduo não está com medo; e, (c) aumentar a percepção da gravidade da doença, o que pode fazer com que as pessoas que realmente a contraíram

sejam culpabilizadas por isso. Poderá, ainda, haver uma influência de factores, como: a idade, o sexo, a etnia, a educação, o estatuto sócio-económico, as atitudes ou a personalidade, os factores situacionais, bem como as características da relação (Oden, 1999).

## 2. A SEXUALIDADE: PADRÕES E CONFIGURAÇÕES

Tendo em conta que o modo mais frequente de transmissão do VIH é através das relações sexuais, torna-se, então, importante perceber como é que a sexualidade é construída, enquanto fenómeno cultural, e de que modo os padrões e configurações que lhe estão ligados podem contribuir para a disseminação da SIDA.

### *2.1. A sexualidade na cultura ocidental*

De acordo com Giddens (1997), as atitudes ocidentais relativas ao comportamento sexual foram sobretudo moldadas pelo Cristianismo, ao longo de cerca de dois mil anos, que encarava todo o comportamento sexual como suspeito e procurava mantê-lo ao nível mínimo necessário à reprodução. O acto sexual associava-se, por inerência, ao pecado, sendo considerado um mero meio de procriação ou de fuga à concupiscência (Pacheco, 2000). Por isso, a continência e a castidade conjugal eram muito valorizadas e, no caso extremo, chegava-se a sugerir a abstinência sexual. De facto, muitos eram os autores (e.g., Alvares, 1692, cit. por Pacheco, 2000, p. 31) que condenavam os “excessos” sexuais e os “feios desejos e deleites”, mesmo no interior do casamento, sendo pouco habitual a ideia de que a satisfação sexual podia e devia ser conseguida no casamento (Giddens, 1997).

No século XIX, as concepções religiosas sobre a sexualidade foram parcialmente substituídas pelo discurso médico, sendo, no entanto, os primeiros artigos médicos, tão austeros como a igreja, em relação ao comportamento sexual. Na generalidade, os comportamentos ligados à reprodução eram vistos como normais, mas outros como, por exemplo, a masturbação e a homossexualidade eram considerados anormais (Ogden, 1999). Dizia-se, nomeadamente, que a masturbação causava cegueira, loucura, problemas cardíacos, e que o sexo oral era causador de cancro (Fieldman & MacCulloch, 1980, cit. por Giddens, 1997). Tal facto é ilustrado pela preocupação vitoriana com a moralidade sexual e pelos movimentos que proclamavam o puritanismo sexual e as tentativas para controlar a prostituição. O sexo era, portanto, visto como um impulso biológico, que precisava de ser expresso, mas somente dentro dos limites das suas funções, ou seja, a reprodução (Ogden, 1999).

Porém, nas cidades e vilas em expansão, a prostituição era comum, sendo, por vezes, bem

tolerada. Muitos homens, aparentemente bem comportados e dedicados às suas esposas, relacionavam-se, de um modo regular, com prostitutas ou tinham amantes (Corbin, 1991). E tal comportamento era tratado com brandura, sendo a opinião pública bastante tolerante em relação à infidelidade por parte dos homens, pois era visto como prestigiante relacionar-se sexualmente com muitas mulheres (Pacheco, 2000). Em contraste, as mulheres que tivessem amantes, podiam mesmo ser banidas da sociedade, caso o seu comportamento viesse a público, o que significa que a sexualidade era especialmente imprópria para as mulheres, sendo esperado que estas não tivessem qualquer desejo sexual, visto que só as mulheres "perdidas" gostavam de sexo (Vilar, 2003, p. 87).

Nos anos 60 do século XX, começaram a surgir atitudes mais liberais: o aparecimento da pílula levou à separação entre a sexualidade e a reprodução; o prazer sexual passou a ser visto como uma característica desejável e importante nas relações conjugais; a sociedade adoptou atitudes mais flexíveis face à actividade sexual pré-nupcial e passou a ter uma atitude tolerante relativamente a uma larga gama de práticas sexuais (Giddens, 1997). No entanto, em Portugal, esta era, ainda, uma época em que o sexo se escondia e dissimulava, dando lugar a que muitos adolescentes se assustassem quando, sozinhos, descobriam os mistérios da sexualidade e que, muitas jovens chegassem à noite de núpcias na mais pura ignorância sexual (Pacheco, 2000).

Em 1967, é criada a Associação para o Planeamento da Família (APF) que se propõe divulgar os métodos de contraceção modernos, nomeadamente, a pílula (Vilar, 2003), mas só mais tarde, em 1974, a instauração da democracia viria a possibilitar uma certa ruptura com a moral dominante, abrindo a possibilidade a novos quadros de relacionamento interpessoal e à relativa generalização das relações sexuais pré-conjugais. No início da década de 80, já as adolescentes se sentiam pressionadas para ter namorado e para ter relações sexuais (Pacheco, 2000). Hoje, as relações sexuais pré-conjugais são amplamente aceites, nomeadamente, entre os jovens de estratos sociais mais elevados e com maior nível de escolaridade (Torres, 1998).

Em suma, as atitudes relativas à sexualidade tornaram-se mais permissivas nestes últimos anos, na maior parte dos países ocidentais. Contudo, parecem existir duas influências opostas. Por um lado, discute-se abertamente várias actividades e inclinações sexuais (e.g., travestismo, sadomasoquismo) e, por outro lado, existe uma corrente de "puritanismo sexual" relacionada, até certo ponto, com ideais políticos de direita, que critica severamente a permissividade sexual, pregando o retorno a padrões mais rígidos de comportamento (Giddens, 1997). A disseminação da SIDA é um factor de peso a pressionar a favor da defesa das relações monogâmicas dentro ou fora do casamento.

## 2.2. A Construção da Sexualidade e o Género

De acordo com Rao Gupta (2000), o género é uma construção que varia de cultura para

cultura, existindo, contudo, alguns elementos relativamente constantes, nomeadamente, o facto de haver uma distinção entre os papéis das mulheres e os dos homens, no seu acesso aos recursos produtivos e na autoridade de decisão. Embora com algumas disparidades, na maior parte das culturas, o homem é considerado responsável pelas actividades produtivas fora de casa e a mulher pelas actividades produtivas dentro de casa, tendo estas menos acesso e controlo no plano dos recursos produtivos, nomeadamente ao nível do rendimento. Esta lógica, segundo a autora, também se aplica à sexualidade, ou seja, esta também é uma construção social, existindo, de igual modo, uma distinção entre mulheres e homens, onde estes, geralmente, detêm um maior poder. Refere que, no indivíduo, a sexualidade é definida por “com quem”, “como”, “em que circunstâncias”, e “com que consequências” é que ele teve relações sexuais. Mais do que um conjunto de comportamentos de orientação sexual, a sexualidade é, assim, um conceito multidimensional e dinâmico, influenciada por regras implícitas e explícitas, impostas pela sociedade, consoante o sexo da pessoa, a sua idade, a sua situação económica, a sua origem étnica e muitos outros factores (Gupta, 2000).

Parece, de facto, haver uma diferença na forma como homens e mulheres percebem o sexo, principalmente no plano da relação entre sexo e amor (Giddens, 1996). A investigação psicossociológica tem analisado as diferenças entre os sexos ao nível do comportamento sexual, recorrendo a diferentes conceitos (papéis sexuais, diferentes *scripts* e diferentes discursos de género), que referiremos brevemente.

Apesar das relações sexuais não serem geneticamente inatas, mas sim quase todas aprendidas, variando de cultura para cultura (Giddens, 1997), muita gente supõe que o comportamento sexual humano é sobretudo regido por influências biológicas, na medida em que a relação sexual é necessária à reprodução da espécie. Muitas são, ainda, as pessoas que continuam a acreditar que a experiência sexual do homem e da mulher, assim como as suas necessidades sexuais e as suas atitudes face a isso, são diferentes devido a diferenças biológicas (Garrett, 1987). Acreditam que os homens têm uma forte necessidade de se relacionarem sexualmente, estando mais motivados pelo desejo físico do que pelos sentimentos, desejando, antes, ter relações sexuais sem demasiados compromissos sentimentais (Alberoni, 1988). Enquanto que os homens são percebidos como os iniciadores das relações sexuais, as mulheres são percebidas como sendo passivas por natureza, estando mais interessadas na relação emocional que têm com o seu parceiro do que no aspecto físico, limitando-se, apenas, a responder aos avanços sexuais. Nesta perspectiva, as mulheres apenas estariam satisfeitas com o sexo no contexto de uma relação, enquanto que, para os homens, é o acto sexual em si que é mais relevante (Garrett, 1987).

De um modo geral, as pessoas continuam a esperar que sejam os homens a demonstrar um maior interesse nos traços físicos das mulheres, de modo a provar à sociedade que são “normais” e que são “verdadeiros machos”. Em contrapartida, quando uma mulher é sexualmente activa, muitas

vezes recebe desaprovação social e uma designação negativa (e.g., prostituta).

Actualmente, a distinção entre uma “boa” ou “má” rapariga continua, de certo modo, a ser usada, existindo, porém, algumas alterações, sobretudo por parte dos adolescentes. Por exemplo, as raparigas já sentem que se podem envolver em actividades sexuais e, isso, na idade que lhes pareça mais apropriada (Giddens, 1996).

Em suma, existem papéis sexuais que são incutidos no homem e na mulher. Estes englobam características, comportamentos e interesses definidos pela sociedade ou pela cultura, como sendo apropriados para os membros de cada sexo e, como é óbvio, têm implicações para o comportamento sexual manifesto. Os rapazes que não estejam tão fortemente motivados para a gratificação sexual ou que não falem sobre as suas experiências sexuais arriscam-se a ser julgados através de atributos indesejáveis (e.g., homossexuais), enquanto que as raparigas que expressem muito cedo ou frequentemente a sua sexualidade, são julgadas negativamente pela sociedade (Lees, 1989).

Mas, por vezes, as pessoas agem de forma diferente, dentro da mesma cultura, o que, segundo Gagnon e Simon (1973), acontece quando estas pessoas seguem diferentes *scripts* ou esquemas. O conceito de *script* aproxima-se, pelas suas funções, do conceito de “representação social” (Moscovici, 1961/1976), uma vez que, à semelhança das representações sociais, os *scripts* referem-se a modalidades de conhecimento prático, socialmente elaboradas e partilhadas, constituindo, simultaneamente, sistemas de interpretação e de categorização do real e modelos ou guias de acção (ver Alferes, 1997, para um maior aprofundamento).

Sinteticamente, os *scripts* sexuais especificam: (a) quem são os possíveis parceiros sexuais; (b) em que circunstâncias é apropriado comportarmo-nos sexualmente e que tipo de actividades são “permitidas”; e (c) quais são as razões que nos levam a comportar de modo sexual (Alferes, 1997). Assim, os *scripts* sexuais organizam os comportamentos sexuais, definindo as situações de interacção, gerando expectativas relacionais e sinalizando as respostas “incongruentes”. Geralmente, as pessoas são socializadas de acordo com os *scripts* sexuais relativos ao seu sexo (Gagnon & Simon, 1973). As raparigas aprenderam a ligar o sexo ao amor e, frequentemente, racionalizam o seu comportamento sexual ao acreditarem que fizeram tudo por amor, para satisfazerem o parceiro que amam, e não para satisfazerem os seus próprios desejos e necessidades sexuais, contrastando com os rapazes que apreendem os *scripts* (a eles direccionados) que acentuam a satisfação dos próprios desejos e necessidades sexuais.

De acordo com outros autores (e.g., Fine, 1988, cit. por Baptista, 1999), por vezes, as pessoas agem de forma diferente, porque se comportam de acordo com determinados discursos. Para este autor, existem essencialmente quatro temas que dominam o discurso público e privado sobre sexualidade, fornecendo mensagens conflituais acerca de como os jovens devem gerir a sua vida sexual: (a) o discurso da moralidade, bastante representado por alguns pais e pela religião, enfatiza

assuntos, como o dever de abstinência das relações sexuais antes do casamento; (b) o discurso do desejo, particularmente presente nos meios de comunicação; (c) o discurso do perigo, direccionado sobretudo às raparigas, e que salienta o perigo de gravidez e da dor emocional provocada pela perda de reputação; (d) e o discurso de vitimização, segundo o qual, os homens possuem o poder na actividade sexual e utilizam as mulheres em nome do prazer. A existência destes quatro discursos distintos pode conduzir os jovens à confusão sobre como agir. Por exemplo, em relação aos rapazes, muitas vezes, são-lhes transmitidas mensagens em como um homem deve ser poderoso e forte, mas, por outro lado, também deve ser responsável e sensível.

É claro que as pessoas poderão sempre optar por não seguir as normas sociais prevalentes, mas o poder destes papéis, *scripts* ou discursos é muito forte, podendo afirmar-se que, no essencial, serão o condicionamento social, os papéis sexuais e os *scripts* sexuais a conduzir às diferenças observadas entre os sexos, a nível comportamental.

### 2.3. *Sexualidade e Amor: persistência do duplo-padrão*

A investigação tem mostrado que continuam a existir grandes diferenças quando rapazes e raparigas falam sobre sexo (Giddens, 1996). Segundo este autor, enquanto que para os rapazes, a primeira experiência sexual é um ganho, um talismã para o futuro, não relativamente a aspectos centrais do *self*, mas como um, entre outros emblemas da capacidade masculina, para as raparigas, a virgindade tem ainda algo de renúncia. A questão está em escolher o tempo e as circunstâncias certas, continuando os rapazes a esperar forçar o tema da iniciação sexual e as raparigas a esperar adia-la (Giddens, 1996).

Apesar destas diferenças, alguns autores consideram que, actualmente, já não existe um duplo-padrão sexual clássico (e.g., McCabe & Collins, 1990), ao verificarem um declínio na popularidade deste padrão entre os jovens, uma vez que muitos já começam a acreditar na existência da igualdade sexual, sendo os padrões de sexo pré-matrimónio aplicáveis aos jovens de ambos os sexos. Na sua forma clássica (hoje minoritária), tal padrão traduz-se pela permissividade exclusiva dos homens para se envolverem em relações sexuais antes do casamento. Na forma actual, o chamado “duplo-padrão sexual condicionado” admitiria, igualmente, a sexualidade pré-matrimonial feminina desde que vivida numa relação relativamente duradoura e acompanhada de envolvimento emocional (Alferes, 1997).

A investigação desenvolvida por Alferes (1997), sobre a existência do duplo-padrão na sociedade portuguesa, numa população de estudantes universitários, mostrou claramente a existência de um duplo-padrão sexual pré-matrimonial. De facto, os resultados obtidos no seu estudo mostram que os rapazes têm mais parceira(os) e mais relações sexuais concomitantes do que as raparigas; têm fantasias sexuais, incluindo infidelidade imaginária, mais frequentes; e não só

gostariam, como esperam vir a ter, um maior número de parceira(os) sexuais. Em contraste, a taxa de virgindade é mais elevada nas raparigas, as quais mostram deter um maior conhecimento da eficácia dos métodos contraceptivos, e estar mais sensibilizadas para a educação sexual e o planeamento familiar. Verificou-se, ainda, uma convergência de ambos os sexos para uma sexualidade subordinada ao prazer, e idealmente vivida no quadro institucional do casamento, e uma aceitação generalizada da “sexualidade pré-matrimonial, orientada para o prazer e vivida no quadro de uma relação emocional duradoura”.

Em síntese, a adesão ao *script* do “sexo com afecto” surge aqui maioritária, mas o *script* do “sexo pelo sexo”, predominantemente recreativo ou centrado no corpo, continua a caracterizar a sexualidade masculina (Alferes, 1997, p. 141), para quem a dissociação entre sexo e sentimento continua a ser percepcionada com muita facilidade (Lipovetsky, 2000).

Estudos posteriores têm confirmado as diferenças entre os sexos, relativamente às orientações normativas, atitudinais e comportamentais face à sexualidade tanto ao nível de inquéritos em larga escala (Vasconcelos, 1998), como em estudos com grupos mais restritos, utilizando técnicas quantitativas (Figueira, Xavier & Gonçalves, 2001), ou qualitativas, como os grupos de discussão (Mendes, 2001). Por exemplo, Vasconcelos (1998) realizou um estudo, com 609 jovens, acerca da conjugalidade e da sexualidade, e constatou que muitos dos jovens, sobretudo, do sexo masculino, revelam ter uma sexualidade mais activa antes de atingirem a maioridade legal. Apesar disso, verificou que, as idades de iniciação da vida sexual, o número de parceiros sexuais e o seu estatuto, bem como as fontes de influência, que parecem ter estruturado a visão que têm da sexualidade, variam de acordo com o sexo. Por exemplo, as taxas declaradas de iniciação sexual são mais elevadas nos homens do que nas mulheres. Assim, para Vasconcelos (1998), embora atenuado, o duplo-padrão sexual ainda prevalece, visto que os homens continuam com uma sexualidade dita “compulsiva” e são muito influenciados pela ideologia da masculinidade dominante, que valoriza uma virilidade fálica e orgástica, enquanto que as mulheres continuam a ter uma sexualidade constringida e dominada, embora já apresentem a possibilidade legitimada de uma sexualidade juvenil e pré-matrimonial.

Relativamente à utilização de métodos contraceptivos, Vasconcelos (1998) verificou a existência de diferenças sociais entre os jovens com maior escolarização e com um estatuto social mais elevado e os jovens social e culturalmente mais desfavorecidos. Ou seja, por um lado, existe um duplo-padrão sexual e, por outro, um duplo-padrão social, visto que, quanto mais se avança de um eixo socialmente desfavorecido para um eixo socialmente favorecido, mais se avança das posições e atitudes tradicionais para posições e atitudes modernistas.

### 3. SEXUALIDADE E SIDA

Como já vimos, à excepção da África Subsaariana, onde a maior parte das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA são mulheres, no resto do mundo, os mais atingidos têm sido os homens. Assim, torna-se evidente que, embora alguns destes resultados possam ser atribuídos às diferenças biológicas entre os sexos, a maior parte dever-se-á às diferenças de género socialmente definidas, as quais podem diferir de cultura para cultura. É um bom exemplo, o facto de, ainda na actualidade, a mulher ter pouco poder de negociação (sobretudo nos países em desenvolvimento, como veremos a seguir) na decisão de usar o preservativo de modo a poder prevenir-se do VIH/SIDA e outras DST.

#### *3.1. Género e vulnerabilidade face à SIDA nos países em desenvolvimento*

As mulheres são quatro vezes mais susceptíveis de se infectarem do que os homens durante as relações sexuais (ABRAÇO, Setembro-Outubro, 2000), mas as mulheres das minorias étnicas correm um risco particular de contrair o VIH/SIDA, uma vez que, muitas vezes, elas têm menos poder de decidir “onde”, “quando” e “se” as relações sexuais terão lugar (Rivers & Aggleton, 1998). Esta é a conclusão retirada por estes autores após uma investigação aprofundada. Constataram que, em vários países, sobretudo nos países em desenvolvimento, as raparigas têm pouco controlo sobre as relações sexuais, visto que a sociedade exige a virgindade até ao casamento, tornando, assim, a sexualidade fora deste, invisível. Ora, esta pressão social a favor da virgindade poderá agravar o risco de DST e do VIH, visto que, por vezes, as raparigas praticam relações sexuais mais arriscadas em termos de contágio, a fim de protegerem a virgindade (Rivers & Aggleton, 1998).

O valor social da virgindade das raparigas solteiras faz com que, por vezes, a família e o meio prefiram manter as raparigas na ignorância relativamente às questões sexuais, uma ignorância frequentemente considerada como sinal de pureza e de inocência, sendo o contrário sinónimo de “rapariga fácil”. É esta insistência sobre a inocência que impede as raparigas de aprenderem sobre sexualidade e de procurarem os serviços de saúde adequados. As raparigas sexualmente activas não são incentivadas a falar do assunto com os seus parceiros, sendo antes incentivadas a serem ignorantes e inexperientes, o que faz com que elas não possam sequer dizer aos parceiros que se devem proteger (Rivers & Aggleton, 1998).

Para Guerny e Sjöberg (1993, cit. por Alves, 1998), a disseminação heterossexual da epidemia também é, frequentemente, facilitada pela incapacidade de muitas mulheres de baixo estatuto cultural e sócio-económico se protegerem, devido ao pouco poder de influência que têm nas relações sexuais. Os rapazes insistem, muitas vezes, para que as raparigas tenham relações sexuais, como prova do seu amor e da sua obediência. Submetidas a estas pressões contraditórias, as raparigas têm, de facto, pouca influência sobre os riscos de decisão ou utilização da contracepção, e

mesmo quando as mulheres estão conscientes do VIH/SIDA e das medidas de precaução, elas raramente têm o poder de assegurar que os preservativos sejam utilizados (Rivers & Aggleton, 1998). Daí que, quanto menor for a capacidade de negociação da mulher, mais difícil será para ela evitar correr riscos (Alves, 1998). As relações de poder entre homens e mulheres dificultam a exigência do uso de preservativos, e isso, mesmo quando elas sabem que os seus maridos e parceiros podem estar infectados com VIH/SIDA, porque temem que a sua relação seja colocada em risco.

Assim, enquanto que a ideologia dominante relativa à feminilidade incentiva a ignorância, a inocência e a virgindade, as versões dominantes da masculinidade incentivam os rapazes a terem várias experiências sexuais, o que não significa que estes estejam informados sobre a sexualidade e a reprodução, antes pelo contrário, muitas vezes estão mal informados e como a ignorância é algo de pouco aceitável, eles hesitam em admiti-lo, o que pode levar a experiências sexuais inseguras (Rivers & Aggleton, 1998).

Existe, portanto, um desequilíbrio de poder entre as mulheres e os homens que diminui a autonomia das mulheres e favorece a liberdade sexual dos homens, podendo conduzir a uma maior vulnerabilidade tanto das mulheres, como dos homens face ao VIH e à SIDA (Gupta, 2000). Mas esta vulnerabilidade das mulheres não está apenas enraizada nas desigualdades sexuais, sociais e económicas que elas vivem, dependendo também de factores como a etnia, a classe social, a condição urbana ou rural do seu meio de vida, a orientação sexual, a região e a cultura (Albertyn, 2000), sendo um bom exemplo disso, as mulheres de zonas como a África Subsaariana (Albertyn, 2000; UNAIDS, 2000a; UNICEF, 2002). No entanto, o sexismo permanece um dos principais factores de aumento do risco das mulheres contraírem a SIDA (Cohan & Atwood, 1994).

Tendo em conta que, na maior parte das vezes, o uso do preservativo depende dos homens, recentemente, os esforços de prevenção deixaram de estar tão focalizados nas mulheres e passaram também a estar focalizados nos homens, visto que estes podem, de facto, constituir um recurso importante no combate à SIDA. Foi a pensar nisso que, em 2000, a UNAIDS lançou uma campanha designada “os homens fazem a diferença”, com o objectivo de incutir nos homens a ideia de que podem, de alguma forma, impedir o progresso da epidemia, se procurarem alterar atitudes e comportamentos, para melhorarem as suas próprias vidas e as das suas famílias. A luta contra a epidemia da SIDA, a este nível, implica, antes de mais, que se questionem os conceitos nefastos associados à masculinidade e que se alterem numerosos comportamentos correntemente adoptados, como a concepção que os homens têm do risco e a maneira como os rapazes são socializados para se tornarem homens (UNAIDS, 2000b). Algumas das expectativas que as sociedades têm em relação a estes podem conduzir a uma forma de pensar e agir que coloca em perigo a saúde e o bem-estar dos homens e das suas parceiras sexuais. Por exemplo, os rapazes que são criados com a

crença segundo a qual os “verdadeiros homens não ficam doentes” imaginam-se, frequentemente, invulneráveis face à doença e ao risco, o que se reflecte numa sub-utilização dos serviços de saúde pelos homens.

### 3.2. *Comportamentos Preventivos: o uso do preservativo*

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, em Portugal, a iniciação sexual é, cada vez mais, precoce, assim como o primeiro uso de contracepção (INE, 1997). Um Inquérito à Fecundidade e Família mostra que a idade mediana da primeira relação sexual é de 20,6 anos, no caso das mulheres, e de 17,4 anos, no caso dos homens, não tendo havido grandes alterações ao longo de várias gerações para eles, e havendo apenas um pequeno decréscimo no caso delas. Por exemplo, a idade mediana da primeira relação sexual nas mulheres que na altura da realização do inquérito tinham 45-49 anos era de 21,5 anos, em contraste com 19,8 no caso das que tinham 20-24 anos (INE, 1997). Porém, as pressões sociais e a mutação dos valores apontam para uma descida progressiva na idade dos iniciados (Contra SIDA, Dezembro, 1998), havendo estudos, realizados em vários países, que mostram que a idade na qual os jovens se tornam sexualmente activos não pára de decrescer. Por exemplo, no Uganda os jovens têm a primeira relação sexual por volta dos 15 anos, na Tanzânia por volta dos 14 anos e no Brasil por volta dos 13 anos (ver Rivers & Aggleton, 1998). É, provavelmente, uma das razões que tem conduzido ao alarmante crescimento de infecções do VIH entre os jovens dos 10 aos 24 anos (UNAIDS, cit. por Contra SIDA, Dezembro, 1998). Segundo a mesma fonte, mais de 50% dos infectados pelo vírus são jovens dos 10 aos 24 anos, sendo 2.6 milhões de jovens contaminados por ano, ou seja, 7.000 em cada dia. O relatório da UNICEF, intitulado “O Progresso das Nações 1999” coloca Portugal como o segundo país europeu, a seguir à Ucrânia, com a maior percentagem de jovens, dos 15 aos 24 anos, vivendo com VIH/SIDA (ABRAÇO, Setembro-Outubro, 2000).

Com vista a reduzir o risco de contrair o VIH, parece haver um consenso (tanto das instituições, como das pessoas em geral) em como a forma mais eficaz é o uso do preservativo (e.g., Amaro, 1994), o que nem sempre é assim tão fácil, como já vimos. Tal problema poderia ser atenuado se, como refere o responsável da Associação Americana de Saúde Pública, existissem métodos de prevenção eficazes que as mulheres pudessem usar e controlar directamente, visto que os preservativos femininos continuam a não estar disponíveis na maior parte dos países (ABRAÇO, Setembro-Outubro, 2000)<sup>3</sup>.

São vários os motivos que levam as pessoas a recusarem o uso do preservativo:

---

<sup>3</sup> Portugal foi, provavelmente, um dos primeiros países da Europa a comercializar o preservativo feminino, designado de *Femindon*® há uns anos atrás. Porém, devido ao seu preço demasiado elevado, à reduzida divulgação e à ausência de

- Por se julgarem capazes de prever quem são os parceiros seguros, através da sua aparência saudável ou da sua reputação (Moore, Rosenthal & Mitchell, 1996);
- Por se considerarem os preservativos como menos eficazes e mais inconvenientes do que os outros meios de contraceção (Moore et al., 1996).
- Porque usam pouco o preservativo em relações percebidas como seguras, estáveis, exclusivas, caso contrário, isso pode ser entendido como um sinal de desconfiança em relação à fidelidade do parceiro (Moore et al., 1996; ONUSIDA, Agosto, 2000).
- Porque a comunicação durante os encontros sexuais é sobretudo não verbal e nem sempre as decisões são discutidas e as situações previstas, tornando a utilização do preservativo pouco provável (Boldero, 1992, cit. por Cardoso, 1999).
- Porque consideram o uso do preservativo desadequado ao acto sexual, visto que este é espontâneo e não premeditado (Moore & Rosenthal, 1991), para além de não acreditarem na sua eficácia protectora (Moore et al., 1996).

Em síntese, parecem existir múltiplas barreiras para um uso regular e adequado do preservativo. Em geral, as razões dadas pelos rapazes para não usarem o preservativo passam por: não o quererem usar, não haver nenhum preservativo disponível; a relação sexual não estar planeada; estarem alcoolizados; estarem demasiado excitados; o receio de comprar contraceção, e a convicção de que esta não é um problema do rapaz (Darling, 1992). E as razões dadas pelas mulheres, pelo contrário, passam pela: objecção do parceiro; perda de prazer sexual; embaraço relativamente ao sexo, em geral, e no que diz respeito à utilização do preservativo, em particular (Hobfoll et al., 1994, cit. por Cardoso 1999).

Porém, existem alguns estudos que mostram que as pessoas estão a mudar os seus comportamentos, sobretudo desde o surgimento da SIDA (ONUSIDA, 2000), provavelmente devido às muitas campanhas realizadas nessa área. É o que mostra, por exemplo, uma campanha conduzida na Suíça, ao longo de sete anos, sobre a utilização do preservativo. A proporção dos que tinham relações sexuais variadas e declaravam utilizar o preservativo em todas as circunstâncias passaram, em sete anos, de oito para 56%, a proporção daqueles que diziam ter vários parceiros baixou, e a proporção dos jovens com 17 anos sexualmente activos diminuiu (*Journal et Revue de Presse RFI, 1997*). Esta evolução poderá, por um lado, ser explicada pela vontade de protecção face à SIDA e outras DST, mas também devido a uma melhor tomada de consciência face à contraceção (*Journal et Revue de Presse RFI, 1998*).

Vimos, ao longo deste texto, que existem vários factores que podem influenciar um determinado comportamento, desde as motivações e crenças da própria pessoa em causa, até às

---

empenhamento na sua distribuição gratuita e continuada, por parte das instituições governamentais, foi retirado do

influências sociais. Neste âmbito, a investigação tem mostrado que tanto a família, como os amigos, os meios de comunicação ou a escola são fontes de (in)formação muito relevantes.

- Em relação à *família*, os pais são os primeiros socializadores da criança e, como tal, influenciam o quadro de valores, atitudes e as competências na vida sexual e amorosa dos filhos (Vilar, 2003). Todavia, existem ainda muitos pais para quem o tema da sexualidade continua a ser um tema embaraçoso e de difícil abordagem, havendo uma diferença no tratamento entre filhas e filhos relativamente ao conteúdo das discussões sobre a sexualidade, devido a uma maior aceitação do comportamento sexual dos filhos do que dos das filhas (Moore & Rosenthal, 1991). Apesar de tudo, quando os adolescentes já são sexualmente activos, as opiniões dos pais parecem ser relevantes em relação ao uso do preservativo (Moore et al., 1996). Em Portugal, parece ter havido uma grande mudança no comportamento dos progenitores, sobretudo das mães, ao nível da comunicação sobre sexualidade com os seus filhos, permanecendo, deste modo, uma fonte de influência fundamental. É o que mostra o estudo de Vilar (2003), com 109 jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade, onde 80% das raparigas e perto de 50% dos rapazes admitiam conversar com os seus pais sobre estas questões.
- Relativamente aos *pares*, a investigação sobre fontes de informação sexual para adolescentes demonstra que estes são uma das principais influências nesta área, ultrapassando a influência dos próprios pais (Vilar, 2003). No que diz respeito ao uso do preservativo, alguns estudos mostram a influência do(a) parceiro(a) sexual na intenção de usar o preservativo (e.g., Jemmott, Jemmott & Hacker, 1992; Kashima, Gallois & McCamish, 1993) e mostram que as crenças que os jovens têm, quanto ao que acreditam que os seus colegas pensam, influenciam a sua utilização, podendo, por exemplo, levar à diminuição do uso do preservativo caso os rapazes percebam que a norma do grupo é não utilizar preservativo ou levar ao seu aumento, caso eles percebam que a norma do grupo é não utilizar preservativo (VanLandingham et al., 1995, cit. por Baptista, 1999).
- A *escola*, é uma das soluções para tentar solucionar o problema da dificuldade de comunicação entre pais e filhos, uma vez que esta tem um papel muito importante na educação dos adolescentes, devendo-os informar e clarificar (Serpa & Costa, 1995, cit. por Pato, 1999). Existem estudos que mostram (e.g., Rosenthal e Smith, 1994, cit. por Moore et al., 1996) que os alunos percebem os professores como fontes úteis sobre saúde sexual, consideram os programas escolares como a maior fonte de informação nesta área, sentindo-os como legítimos e fiáveis, sendo as fontes mais importantes, a seguir aos pares (Darling, 1992). Em Portugal, a

---

mercado, privando, deste modo, as mulheres de mais este meio de protecção (ABRAÇO, Setembro-Outubro, 2000).

questão da educação sexual nas escolas tem sido objecto de debate ao longo dos anos. Sendo um direito constitucional, passou a fazer parte do ordenamento jurídico através da Lei 3/84, mas a verdadeira concretização e operacionalização sistemática nas escolas ficou por concretizar, salvo raras excepções (Marques & Prazeres, 2000). A partir de 1998, deu-se nova produção legislativa e tomaram-se algumas iniciativas para o incremento efectivo da educação sexual nas escolas, sendo reforçadas as garantias do direito à saúde reprodutiva, através da implementação de programas nos ensinos básico e secundário que promovem a saúde e a sexualidade humana e que fornecem informação adequada, por exemplo, sobre o aparelho reprodutivo, a SIDA e outras DST, os métodos contraceptivos, assim como a igualdade entre os sexos (Marques & Prazeres, 2000).

- Os *meios de comunicação* têm, também, um papel muito importante (Vilar, 2003). Wolitski, Bensley, Corby, Fishbein e Galavotti (1996), realizaram um estudo nos EUA, sobre fontes de informação relacionadas com a SIDA, com 4.329 participantes de ambos os sexos e verificaram que os meios de comunicação eram a fonte de informação mais referida pelas mulheres, estando estas mais expostas a este tipo de informação do que os homens. Actualmente, a sexualidade é explícita nos meios de comunicação, sobretudo na televisão e nos jornais, podendo os adolescentes obter conhecimentos sobre a sexualidade desde muito cedo, o que tanto pode ser negativo como benéfico. Com efeito, a maior parte dos filmes passa ideias estereotipadas das relações entre homens e mulheres, podendo mesmo transmitir mensagens acerca de qual o comportamento sexual mais apropriado, promovendo, na maior parte das vezes, modelos para uma sexualidade pouco saudável. Segundo Perry e col. (1993, cit. por Cardoso, 1999), por exemplo, o modelo de sexualidade apresentado na televisão foca, essencialmente, relações heterossexuais entre indivíduos não casados, que não demonstram qualquer preocupação acerca das DST. Felizmente, existem já alguns filmes, séries, músicas e programas de rádio que começam a adoptar um padrão de comportamentos de sexo mais seguro, como é o caso do filme *Filadélfia*.

Em suma, a família, o grupo de pares, as escolas, os meios de comunicação, entre outras fontes de influência, exercem, no seu conjunto, efeitos inegáveis nas atitudes e comportamentos sexuais dos adolescente. Foi o que se verificou em Portugal, num estudo coordenado por Daniel Sampaio, com cerca de 10.000 alunos, do 8º ao 11º ano de escolaridade, onde se constatou que todas estas fontes têm, de facto, uma grande influência, sendo a família a mais forte, seguindo-se os amigos, a namorado(a), o(a) professor(a), e a televisão (Loureiro, 1998, Novembro/Dezembro).

### 3. DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO PREVENTIVO

É neste contexto que vale a pena destacar alguns resultados de um estudo por nós realizado recentemente (Santos, 2001) sobre o uso do preservativo, onde procurámos identificar o(s) factor(es) explicativo(s) deste comportamento preventivo, junto de um grupo de adolescentes. Tanto os adolescentes, como os jovens adultos têm merecido uma grande atenção por parte dos investigadores, porque, por um lado, é nesta faixa etária que, na maioria dos casos, ocorre o início do relacionamento e experimentação sexual, muitas vezes associada a vários parceiros sexuais e, por outro lado, porque muitos estudos sugerem que nesta faixa etária a resistência às campanhas de informação e prevenção relacionadas com o VIH e a SIDA é muito elevada (e.g., DiClemente, Forrest & Micker, 1990, cit. por Cardoso, 1999). Esta foi uma das razões pelas quais optámos por uma população mais jovem. Além disso, dada a escassa investigação nesta área, pareceu-nos importante realizar uma análise comparativa entre jovens africanos e portugueses, para além de analisar as diferenças relacionadas com as normas de género.

A população do nosso estudo era constituída por jovens que frequentavam o 10º, 11º e o 12º ano de cinco escolas dos arredores de Lisboa, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade ( $M=17.5$  anos), de origem africana (nascidos em África ou filhos de africanos) e portuguesa, como podemos verificar na tabela 1.

**Tabela 1: População do estudo**

Sexo	Rapazes		Raparigas	
	Portugueses	Africanos	Portuguesas	Africanas
N	45	43	53	47
Média de idades	17.29	17.53	17.60	17.62

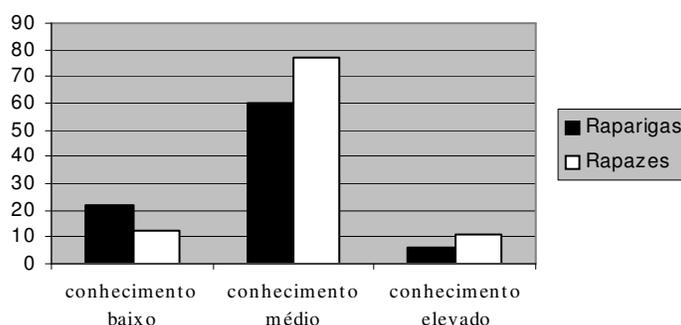
Na tentativa de analisar o peso relativo de diversas referências considerámos factores de ordem ideológica, como as representações e atitudes face à sexualidade; factores de ordem inter-individual, como a importância da aprovação dos pares, da família, do/a namorado/a; e factores de ordem individual, como o nível de conhecimentos dos jovens sobre o VIH/SIDA e os modos de transmissão.

Como hipóteses de partida, esperávamos, nomeadamente, que: (a) os conhecimentos acerca da SIDA não tivessem qualquer relação com o comportamento preventivo, neste caso, o uso do preservativo; (b) os pares fossem a fonte de influência mais importante sobre o uso do preservativo; (c) os rapazes recorressem mais ao uso do preservativo do que as raparigas, como precaução face à SIDA, devido à posição de subordinação que estas ocupam na relação e ao fraco poder de negociação que detêm; (d) os membros das minorias étnicas tivessem um nível de conhecimento

mais baixo; (e) e que usassem menos o preservativo do que os membros das maiorias, visto que naquelas as relações de género se presumem mais tradicionais, sendo as regras de comportamento em relação ao casamento e à reprodução ainda mais estritas.

Assim, com vista a verificar o nível de conhecimentos destes jovens, recorremos ao “Questionário de Conhecimento do VIH”, já utilizado em Portugal (Cardoso, 1999), o qual compreende 62 itens de resposta dicotómica (verdadeiro/falso), que servem para avaliar o grau de conhecimentos acerca da transmissão, prevenção e consequências da infecção pelo VIH e a SIDA (por exemplo: “uma pessoa pode contrair o VIH em casas de banho públicas”). A partir desses 62 itens, criámos uma nova variável designada de "conhecimento"<sup>4</sup> e, posteriormente, dividimos a amostra em três grupos de conhecimento (baixo, médio e elevado). Verificámos que a maior parte dos jovens tem um conhecimento médio sobre o VIH e a SIDA (ver gráfico n.º 3). Porém, existem diferenças estatísticas importantes ao nível do sexo, ou seja, existem mais rapazes com um conhecimento baixo (22) do que raparigas (12), ao contrário do que acontece no grupo de conhecimento médio (do qual fazem parte 77 raparigas e 60 rapazes) e no grupo de conhecimento elevado, que engloba 11 raparigas e, apenas, seis rapazes<sup>5</sup>.

**Gráfico 3 – Grau de conhecimento em função do sexo**



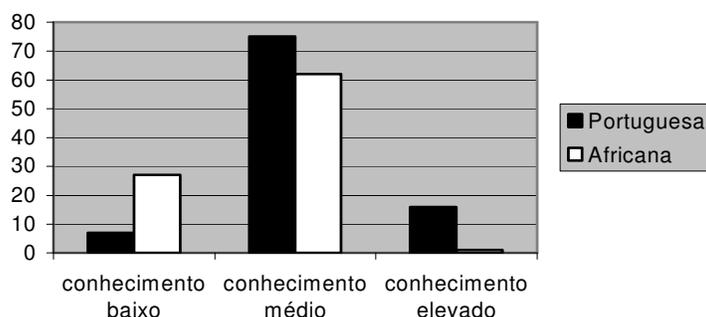
Em relação à origem, como nos mostra o gráfico n.º 4, também existem diferenças significativas<sup>6</sup>. De facto, apesar de a maioria dos inquiridos se situar no nível de conhecimento médio, há quatro vezes mais africanos do que portugueses com conhecimentos baixos, enquanto que ao nível superior de conhecimento, a relação é de um africano para 16 portugueses.

**Gráfico n.º 4 – Grau de conhecimento em função da origem**

<sup>4</sup> Foi criado um índice designado de "conhecimento" ( $\alpha=,705$ ), tendo-se, posteriormente, dividido a população em três grupos com graus de conhecimento distintos: o grupo com um *conhecimento baixo*, do qual fazem parte 34 participantes (mais de 20 respostas erradas); o grupo com um *conhecimento médio*, que engloba 137 participantes (entre 10 e 20 questões erradas); e o grupo com um *conhecimento elevado*, que abrange 17 participantes (com menos de 10 questões erradas).

<sup>5</sup> Teste marginalmente significativo:  $X^2(2)=5,779$ ,  $P>.056$ .

<sup>6</sup> Teste significativo: ( $X^2(2)=25,940$ ,  $P<.000$ ).



No que diz respeito às atitudes dos jovens face à sexualidade<sup>7</sup>, recorremos a um questionário já utilizado por Alferes (1997), seleccionando 33 itens destinados a medir as diferenças de género relativamente à sexualidade, como por exemplo, “o sexo pelo sexo, é perfeitamente aceitável” e “o sexo sem amor não faz sentido”. Estes 33 itens foram, em seguida, sujeitos a uma análise factorial em componentes principais (ACP)<sup>8</sup> que nos deu uma solução de cinco factores<sup>9</sup>, apresentada na Tabela 1, que contribuem 46,2% para explicar as atitudes dos jovens face à sexualidade e que passamos a descrever, muito sinteticamente:

- Factor 1: a *permissividade*: refere-se às atitudes face ao "sexo ocasional", ao "sexo sem compromisso" e à diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais;
- Factor 2: *prazer físico/comunhão*: ligado às atitudes face ao sexo, como uma experiência sublime de intimidade física e psicológica, sendo a masturbação vista como algo de bom (a interpretação deste factor apresenta algumas dificuldades, visto que reúne itens relativamente heterogéneos);
- Factor 3: *prazer físico/instrumentalidade*: visão do sexo como uma fonte de obtenção de prazer;

<sup>7</sup> que o autor adaptou da Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick. Optámos por seleccionar apenas as questões significativas no seu estudo, visto tratar-se de uma amostra semelhante, ou seja, jovens. Os participantes eram confrontados com 33 afirmações, devendo indicar qual o seu grau de concordância, recorrendo a uma escala do tipo Likert que varia de 1=completamente em desacordo a 5= completamente de acordo.

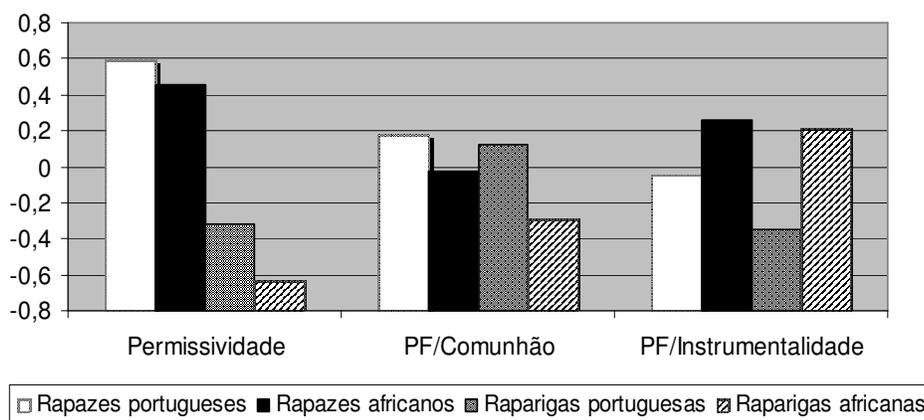
<sup>8</sup> A ACP é muito adequada às tabelas que descrevem indivíduos em várias variáveis quantitativas, como, por exemplo, as respostas aos itens de uma escala de atitudes, só sendo aplicável a variáveis métricas. É uma técnica estatística que analisa as intercorrelações entre um grande número de variáveis para explicar essas variáveis em termos das suas dimensões (factores) subjacentes (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998), sendo o objectivo condensar a informação contida num grande número de variáveis, num número mais pequeno (factores) perdendo o mínimo da informação. Assim, desta análise resulta a especificação de um conjunto de factores, os quais constituem novas variáveis que vão explicar como é que as variáveis iniciais estão correlacionadas.

<sup>9</sup> A opção pelos cinco factores tem a ver com razões teóricas (Alferes, 1997) e metodológicas (e.g., a leitura do *Scree Plot*, e segundo Cattell, 1966, cit. por Reis, 1997). Tanto o valor do Teste de *Bartlett* ( $\text{sig}=.00$ ), como do *Kaiser-Meyer-Olkin* (.75) permitem-nos continuar a análise. Foram retiradas da análise as questões cujo *loading*, após a rotação *Varimax*, era inferior a .40. Assim, obtivemos os factores designados de: (1) permissividade ( $\alpha=.818$ ; percentagem de variância=14,66); (2) comunhão ( $\alpha=.627$ ; percentagem de variância=9,44); (3) prazer físico/Instrumentalidade ( $\alpha=.573$ ; percentagem de variância=8,43); (4) individualismo/permissividade ( $\alpha=.170$ , percentagem de variância=8,098); (5) necessidade fisiológica ( $\alpha=.488$ , percentagem de variância=5,52).

- Factor 4: *individualismo/permisividade*: referente à recusa da partilha de responsabilidades no planeamento familiar e a uma perspectiva acerca do sexo que pressupõe uma visão sem compromisso com o parceiro (a interpretação deste factor, também, apresenta algumas dificuldades, uma vez que engloba itens bastante heterogéneos); e (5) *a necessidade fisiológica*: engloba uma perspectiva do sexo como uma actividade meramente fisiológica, tal como comer e beber.

Em seguida fizemos uma análise com cada uma dessas novas variáveis ou dimensões<sup>10</sup>, encontrando-se no gráfico n.º 5, aquelas que apresentam diferenças relevantes. Assim, podemos constatar que os rapazes, em geral, são mais permissivos<sup>11</sup> do que as raparigas, mas, os portugueses

**Gráfico 5 - Atitudes sexuais em função do sexo e da origem**



<sup>10</sup> De modo a analisar o posicionamento do grupo dos rapazes e o das raparigas português(e)as e african(o)as, relativamente às cinco dimensões retidas, procedeu-se à gravação dos "scores" factoriais. Estes funcionaram como variáveis dependentes e como variáveis independentes o "sexo" e a "origem" dos participantes, tendo-se realizado uma análise de variância (ANOVA) para cada uma das quatro dimensões, com excepção da dimensão "Individualismo/Permissividade", uma vez que apresenta um *alfa* muito baixo (.169). Através desta análise poder-se-á verificar quer o efeito isolado de cada variável independente, quer o efeito de interacção de ambas as variáveis independentes sobre a variável dependente. Porém, através da análise efectuada, constata-se que os efeitos de interacção não assumem significância estatística e, por isso, não serão analisados, o mesmo acontecendo com os efeitos isolados não significativos.

<sup>11</sup> A ANOVA da variável Permissividade mostrou diferenças estatísticas a nível do sexo e da origem:  $F_{(1, 187)} = \text{Sexo: } 62,868, \text{ sig}=.000; \text{ Origem: } 3,252, \text{ sig}=.073$ . Este poderá ser visto como marginalmente significativo.

**Tabela 1 - Organização dos factores de sexualidade**

ITENS	F1	F2	F3	F4	F5		
<b>Permissividade (<math>\alpha=.818</math>)</b>							
As relações ocasionais são aceitáveis (per)	.686						
Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela (per)	.662						
É correcto ter relações sexuais com mais que uma pessoa no mesmo período de tempo (per)	.608						
As "aventuras sexuais" de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis (per)	.598						
É correcto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro (per)	.574						
O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer "compromissos" (per)	.547						
Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros (per)	.546						
As relações sexuais como simples troca de "serviços" são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo (per)	.543						
O sexo pelo sexo é perfeitamente aceitável (per)	.509						
É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital (per)	.502						
A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre (per)	.403						
<b>Prazer físico/Comunhão (<math>\alpha=.627</math>)</b>							
A masturbação é algo de agradável e inofensivo (pra)	.696						
O sexo é uma parte muito importante da vida (com)	.641						
Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo (pra)	.625						
Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana (com)	.525						
Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o "melhor estado de espírito" (com)	.511						
<b>Prazer físico/Instrumentalidade (<math>\alpha=.573</math>)</b>							
A principal finalidade do sexo é dar prazer a nós mesmos (inst)		.822					
O sexo é, principalmente, uma actividade física (inst)		.630					
O sexo é melhor quando nos "deixamos ir" e nos centramos no nosso próprio prazer (inst)		.543					
<b>Individualismo/Permissividade (<math>\alpha=.170</math>)</b>							
Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas (per)			.688				
Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar (pra)				-0.642			
É correcto "pressionar" alguém para ter relações sexuais (per)			.527				
As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar (pra)				-0.446			
Na sua expressão, o sexo parece ser a fusão de dois "seres" (com)					-0.433		
<b>Necessidade fisiológica (<math>\alpha=.488</math>)</b>							
Usar "instrumentos e objectos sexuais" quando se faz amor é aceitável (pra)					.650		
O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer (inst)					.626		
O sexo apenas como forma de "descarga" física é bom (per)					.493		
<b>Alpha de Cronbach dos 27 itens =.791</b>	<b>Percentagem de Variância Explicada</b>		<b>14,66</b>	<b>9,44</b>	<b>8,43</b>	<b>8,10</b>	<b>5,52</b>
<b>Percentagem da Variância Global</b>			<b>46,2</b>				

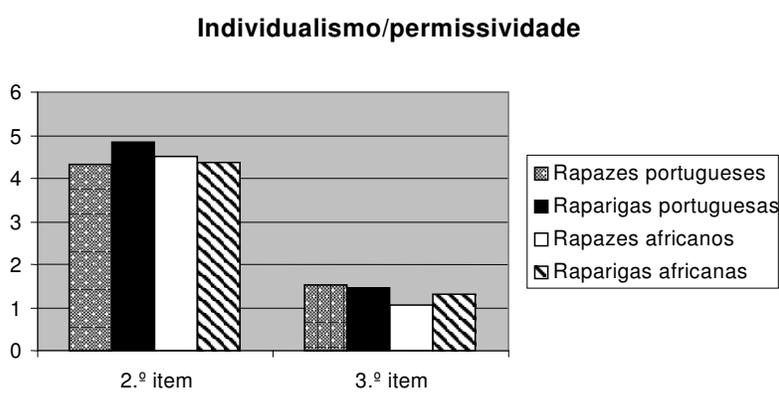
de ambos os sexos são mais orientados para o modelo do sexo com afecto (prazer físico/comunhão)<sup>12</sup> do que os africanos, que valorizam mais o sexo centrado no prazer e no corpo (prazer físico/instrumentalidade)<sup>13</sup>. Estes resultados vêm confirmar um aspecto já conhecido ao nível do duplo-padrão tradicional, isto é, que a permissividade das relações sexuais, que é ainda

<sup>12</sup> Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da origem dos participantes:  $F_{(1, 187)} = \text{Origem: } 4,431$ , nível de significância = .037.

mais acentuada nos rapazes africanos, não está relacionada com um maior conhecimento sobre a sexualidade (Alferes, 1997), nem sobre o VIH e a SIDA.

Em relação à dimensão designada de "Individualismo/Permissividade", e tendo em conta a fraca consistência entre os itens, optámos por realizar uma análise item a item. No gráfico n.º 6, estão presentes os dois itens face aos quais verificámos diferenças relevantes. No que diz respeito ao 2.º item, percebe-se muito bem<sup>14</sup> que as raparigas portuguesas concordam mais do que os rapazes portugueses que "*os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar*", verificando-se o contrário entre os jovens africanos, sendo, neste caso, os rapazes a preferirem mais essa partilha de responsabilidades. Além disso, em geral, os rapazes concordam mais do que as raparigas em como seria "*correcto pressionar alguém para ter relações sexuais*" (3.º item)<sup>15</sup>.

**Gráfico 6 - Atitudes sexuais em função do sexo e da origem**



Quando questionados sobre os agentes a que recorreram mais para obter a (in)formação acerca da sexualidade e da SIDA, constatámos que os meios de comunicação são a fonte preferida destes jovens, seguindo-se os colegas e amigos, e os pais, com quem, segundo Vilar (2003), nem sempre é fácil falar, sendo estes ainda menos acessíveis para os jovens africanos que, provavelmente por causa disso, dão mais importância aos professores e aos centros de saúde (ver Tabela 2).

<sup>13</sup> Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da origem dos participantes:  $F_{(1, 187)} = \text{Origem: } 9,213$ , nível de significância = .003.

<sup>14</sup> Existe um efeito de interação:  $F_{(1, 187)} \cdot \text{sexo} \times \text{origem: } 5,586$ , nível de significância = .019.

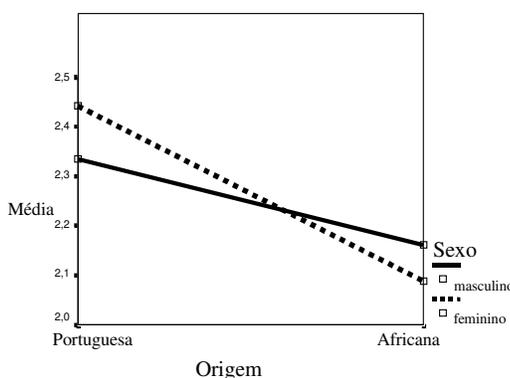
<sup>15</sup> Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do sexo dos participantes:  $F_{(1, 187)} = 7,517$ , nível de significância = .007.

**Tabela 2** - Agentes importantes na formação da sexualidade e da SIDA dos jovens\*

Agentes de formação	Rapazes		Raparigas	
	Portugueses %	Africanos %	Portuguesa %	Africanas %
Meios de comunicação	86,7	74,4	71,7	59,6
Colegas e amigos	48,9	44,2	62,3	53,2
Pais,	51,1	37,2	54,7	38,3
Namorado/a	33,3	32,6	28,3	27,7
Centros de saúde	8,9	14,0	15,1	23,4
Professores	6,7	16,3	9,4	21,3
Outros familiares próximos	6,7	9,3	13,2	4,3

\* Os participantes tinham a opção de seleccionar várias fontes de informação/formação.

Com vista a percebermos o comportamento preventivo destes jovens, colocámos cinco questões relativas à frequência do uso do preservativo<sup>16</sup>, as quais nos permitiram verificar que os jovens portugueses têm mais comportamentos preventivos ( $M=2,39$ ) do que os jovens africanos ( $M=2,16$ ), embora todas as médias sejam baixas (Gráfico 7). Salientemos, ainda, que mais de 80% das raparigas, em geral, não responderam à questão “*uso o preservativo com parceiros casuais*” (na qual lhes era pedido que não respondessem caso nunca tenham tido relações casuais), assim como cerca de 70% dos rapazes portugueses, mas só 35% dos rapazes africanos o não fizeram, o que significa que estes têm mais relacionamentos casuais.

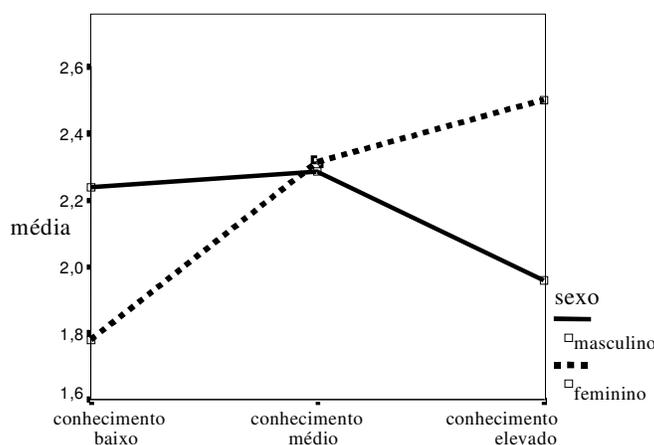
Gráfico 7 - Comportamento preventivo em função do sexo e da origem<sup>17</sup>

<sup>16</sup> A partir dos cinco itens: (1) uso o preservativo em todas as relações sexuais, (2) uso o preservativo com parceiros casuais, (3) recuso ter relações se não tiver preservativo, (4) uso preservativo com parceiro regular, (5) e insisto com o(a) parceiro(a) para utilizar o preservativo, de acordo com uma escala da 3 pontos: 1=nunca usei, 2=já usei, 3=costumo usar - aos quais só responderam 156 dos 188 participantes - foi criado um índice designado de "*Comportamento Preventivo*", que engloba quatro itens ( $\alpha=.878$ ), sendo, portanto, retirado o 2º item, uma vez que teve um baixo número de respostas (só responderam 58, por se tratar de um item ao qual deveriam responder, apenas, aqueles que tivessem tido relações casuais). Posteriormente, foi realizada uma análise de variância (ANOVA) funcionando esta nova variável como variável dependente e como variável independente o "sexo" e a "origem" dos participantes.

<sup>17</sup> Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da origem dos participantes  $F_{(1, 155)}=6,994$ , nível de significância <.009.

Quando procuramos estabelecer a relação entre os vários factores analisados e a medida do comportamento preventivo, verificamos que, tanto as atitudes e as representações face à sexualidade, como o grau de conhecimentos não estão directamente ligados com a prevenção. De facto, só no caso das raparigas<sup>18</sup> parece haver uma relação entre os conhecimentos e a prevenção, ou seja, à medida que estas têm um maior conhecimento sobre o VIH e a SIDA, também aumenta o comportamento preventivo, contrastando com os rapazes, para quem, pelo contrário, o comportamento preventivo não parece ter qualquer relação com o grau de conhecimentos, visto que, no caso deles, não existem grandes diferenças entre os valores do grupo de conhecimento baixo, médio ou elevado (gráfico n.º 8).

**Gráfico 8 - Comportamento preventivo em função do sexo e do conhecimento**



No que diz respeito à opinião<sup>19</sup> dos participantes sobre aquilo que as pessoas que são importantes para eles - pais, amigos e namorado/a - pensam sobre o facto deles usarem o preservativo durante as relações sexuais, constatamos que, em média, os jovens consideram que estas aprovam que eles o utilizem ou o façam utilizar, embora com algumas pequenas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e a origem dos participantes (gráfico n.º 9). Em relação aos pais,<sup>20</sup> podemos verificar que os rapazes portugueses e os africanos têm valores mais baixos

<sup>18</sup> Foi realizada uma ANOVA, tendo como variável dependente o "comportamento preventivo" e como variáveis independentes o "sexo" e o "conhecimento" e podemos observar um efeito de interação entre as variáveis "sexo" e "conhecimento" sobre o comportamento preventivo, podendo, este valor, ainda, ser considerado estatisticamente significativo ( $F_{(2, 155)} = \text{Sexo} \times \text{conhecimento}: 2,994, \text{Sig.}=.053$ ). Porém, com o testes de comparações múltiplas (Teste *Neurman-Keuls*) verificamos que não existem diferenças significativas entre os dois sexos ao nível do baixo conhecimento ( $p < 0,16$ ), nem ao nível do conhecimento elevado ( $p < 0,20$ ), ao contrário do que poderia parecer (testes de comparações múltiplas: Teste *Neurman-Keuls*).

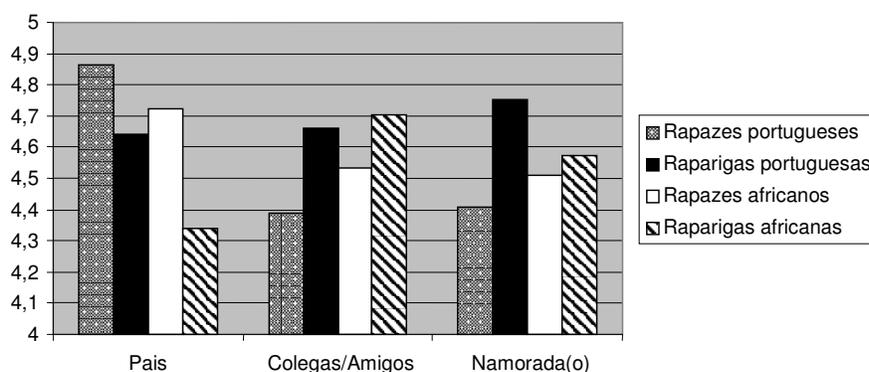
<sup>19</sup> A mesma pergunta era colocada três vezes, alterando-se apenas as pessoas, numa escala de cinco pontos, desde 5=aprovam totalmente a 1=desaprovam totalmente. Por exemplo, "até que ponto é que as pessoas que são importantes e significativas para si (*os pais*) aprovam que você utilize (ou faça utilizar) o preservativo? As outras duas eram relativas aos *amigos* e ao(*à*) *namorado(a)*).

<sup>20</sup> Dados provenientes de análise de variância (ANOVA).

nesta fonte do que as raparigas portuguesas e as africanas. Ou seja, quando fazemos uma comparação entre os sexos, verificamos que os rapazes acreditam mais do que as raparigas que os pais aprovam que eles utilizem ou façam utilizar o preservativo e quando fazemos uma comparação entre portugueses e africanos, são os portugueses que mais o fazem.

O mesmo gráfico mostra precisamente o contrário quando analisamos os colegas e amigos e a(o) namorada(o), existindo diferenças marginalmente significativas. De facto, independentemente da nacionalidade, desta vez, são as raparigas, em geral, aquelas que mais consideram que quer os colegas e amigos, quer a(o) namorada(o) aprovam que elas utilizem ou façam utilizar o preservativo durante as relações sexuais.

**Gráfico 9** - Aprovação de pessoas importantes sobre a utilização do preservativo<sup>21</sup>



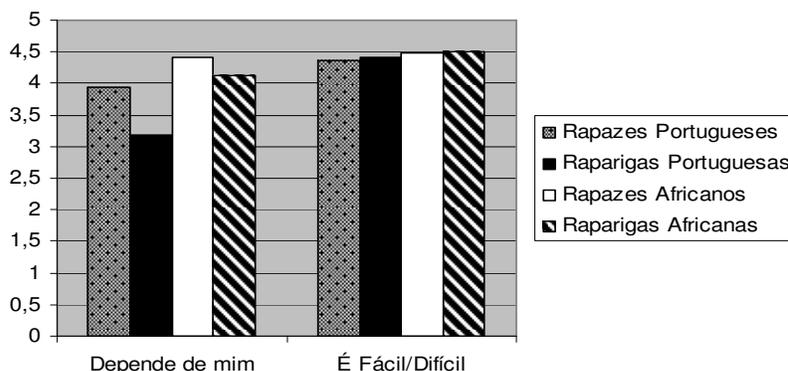
Procurámos, ainda, analisar o controlo que os jovens percebem ter quanto ao uso do preservativo para se protegerem da SIDA<sup>22</sup> e, verificámos que, em média, os participantes consideram que esta decisão depende apenas deles ( $M=3,89$ ), sendo a decisão de usar o preservativo para se protegerem da SIDA fácil ( $M=4,40$ ) (gráfico n.º 10). Existem, contudo, algumas diferenças importantes que convém salientar tanto ao nível do sexo, como da origem dos participantes, relativamente os primeiro item ("*penso que a decisão de usar o preservativo para me proteger da SIDA depende somente de mim*"), ou seja, quando fazemos uma comparação entre ambos os sexos, podemos verificar que os rapazes percebem um maior controlo do que as raparigas, mas quando

<sup>21</sup> A ANOVA relativa aos pais mostra diferenças significativas entre os sexos:  $F_{(1, 186)}$ , Sexo: 6.619, sig.<.011 -  $F_{(1, 186)}$ , e marginalmente significativas em relação à origem: 3.590, sig.<.060. A ANOVA relativa aos colegas e amigos mostra diferenças marginalmente significativas a nível do sexo:  $F_{(1, 186)}$ , Sexo: 3.732, sig.<.055. A ANOVA relativa à(ao) namorada(o) mostra diferenças marginalmente significativas entre os sexos:  $F_{(1, 186)}$ , Sexo:  $F_{(1, 186)}$ , Sexo: 2.713, sig.<.101.

<sup>22</sup> Para realizarmos esta análise utilizámos dois itens: "*penso que a decisão de usar o preservativo para me proteger da SIDA depende somente de mim*" (com uma escala de cinco pontos, desde 1= absolutamente falso a 5= absolutamente verdadeiro); e "*indique em que medida considera fácil para si usar o preservativo para se proteger da SIDA*" (com uma escala de cinco pontos, desde 1= muito difícil a 5= muito fácil). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e de variância (ANOVA) e, verificámos, apenas, diferenças estatisticamente significativas em relação à variável sexo:  $F_{(1, 186)}$  = Sexo: 6,152, sig.<.014; e marginalmente significativa a nível da origem:  $F_{(1, 186)}$  = Origem: 10,844, sig.<.001.

comparamos os jovens portugueses com os jovens africanos, constatamos que estes percebem um maior controlo do que os portugueses na decisão de usarem o preservativo para se prevenirem da SIDA.

**Gráfico 10** - Controlo percebido em função do sexo e da origem



#### 4. CONCLUSÃO

Neste capítulo debruçamo-nos sobre a problemática do VIH e da SIDA. Mais concretamente, a partir de uma investigação bibliográfica sobre o tema, procurámos analisar os resultados de uma investigação empírica por nós realizada (Santos, 2001), onde tivemos em consideração diferentes factores psicossociais, ou seja, os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos face à sexualidade, ao VIH/SIDA de quatro grupos de adolescentes (rapazes e raparigas; portugueses e africanos) de cinco escolas dos arredores de Lisboa.

O objectivo deste estudo prende-se com o facto de não existirem ainda, apesar de já haver alguma investigação com adolescentes, estudos que tenham realizado uma análise comparativa entre jovens africanos e portugueses, tendo em conta as diferenças introduzidas pelo género.

A infecção do VIH/SIDA é um grave problema de saúde pública. E, embora, a nível mundial, haja, aproximadamente, tantas mulheres como homens infectados (CNLCS, 2003), sobretudo, devido ao enorme número de mulheres infectadas na África Subsahariana (Araújo, 2002), existem algumas diferenças entre ambos (OMS, 2003) que convém salientar. Apesar de alguns destes resultados serem fruto das diferenças biológicas entre homens e mulheres, a maior parte deve-se às diferenças de género socialmente definidas. De facto, já há muito tempo que a investigação epidémica e biomédica estabeleceu uma ligação entre o sexo de uma pessoa e o seu risco de infecção, concluindo, por exemplo, que os factores fisiológicos são mais importantes para facilitar a transmissão da infecção por parte de um homem infectado a uma mulher do que o contrário (OMS, 2003). Porém, mais recentemente, a investigação também identificou os factores de género no

aumento da vulnerabilidade e dos riscos pessoais em relação à epidemia do VIH/SIDA. Neste sentido, dir-se-ia que as normas que regem a masculinidade e a feminilidade, associadas às relações (desiguais) de poder entre homens e mulheres, “conspiram”, em conjunto com os factores biológicos e psicológicos para compor os riscos individuais da infecção, levando à epidemia em larga escala, a nível mundial.

Ora, e como pudemos verificar ao longo deste texto, na maior parte das sociedades, a ideologia dominante de feminilidade dita que uma “boa mulher” deve ser ignorante relativamente à sexualidade e deve ser passiva nas interações sexuais (OMS, 2003). Estas podem permanecer ignorantes em relação à sexualidade, ao VIH e à SIDA, porque “não é suposto” estarem sexualmente informadas, enquanto que os homens estão sujeitos a permanecerem ignorantes, porque “é suposto” estarem sexualmente informados. Além disso, as mulheres podem querer que os seus parceiros usem o preservativo, mas, frequentemente, falta-lhes o poder para o conseguirem e, como são mais vulneráveis física, social, e economicamente, muitas vezes, têm medo de ser abandonadas e/ou violentadas (OMS, 2003).

Por isso, os esforços das campanhas de prevenção também deviam estar focalizados nos homens, procurando combater os preconceitos sobre o preservativo, como a ideia de que este impede o prazer ou é símbolo de infidelidade, e alterar algumas das suas atitudes e comportamentos, face à qualidade da relação, à vida e ao respeito pela companheira.

No nosso estudo (Santos, 2001) constatámos que há assimetrias de género que continuam bem patentes, para além das diferenças encontradas entre os jovens de origem portuguesa e os de origem africana. De facto, podemos concluir que esta investigação mostra a existência de padrões de comportamento em relação à sexualidade, claramente marcados pelo género, uma vez que, por um lado, as raparigas concordam menos do que os rapazes com a visão do sexo como uma fonte de obtenção de prazer (tal como já Alferes, em 1997, tinha verificado), e estão mais bem informadas, relativamente ao VIH e à SIDA. Esta informação está positivamente relacionada com o seu comportamento preventivo, ou seja, quanto mais bem informadas as raparigas estão, mais usam o preservativo para se prevenirem da SIDA. Por outro lado, os rapazes parecem sentir-se menos responsáveis, uma vez que, de um modo geral, continuam a ser mais permissivos, e têm menos conhecimentos sobre o VIH/SIDA do que as raparigas. E esses conhecimentos não parecem afectar a sua decisão sobre se devem ou não usar o preservativo durante as relações sexuais, continuando, portanto, a adoptar mais "comportamentos de risco" do que elas, apesar de perceberem um maior controlo na decisão de usarem ou não o preservativo.

Tais resultados poder-se-ão dever ao facto de a ideologia do género ligar mais as raparigas à reprodução e a tudo o que isso implica, acabando, forçosamente, por as tornar mais acessíveis à informação relacionada com a sexualidade, o VIH/SIDA e outras DST. Aliás, Alferes (1997) já

tinha constatado que as raparigas têm um maior conhecimento sobre a eficácia dos métodos contraceptivos e estavam mais sensibilizadas para a educação sexual e o planeamento familiar. Por outro lado, como já vimos, embora, muitas vezes, se espere que os rapazes, dada a sua experiência sexual, estejam bem informados, isso nem sempre acontece (Weiss, Whelan & Gupta, 1996, cit. por Rivers & Aggleton, 2001), o que pode conduzir a experiências sexuais inseguras.

Os resultados mostram, ainda, que esses padrões de comportamento face à sexualidade são modulados pelas culturas e valores dominantes, uma vez que também se registam diferenças entre os jovens portugueses e os africanos ao nível da sexualidade. Salientemos, por exemplo, o facto de os jovens africanos valorizarem mais o sexo centrado no prazer e no corpo e valorizarem menos o sexo com afecto; terem menos conhecimentos sobre o VIH e a SIDA; adoptarem menos comportamentos preventivos, apesar de ainda perceberem um maior controlo na decisão de usarem ou não o preservativo; enquanto que os jovens portugueses se mostram mais orientados para o modelo do sexo com afecto, valorizando mais a comunhão e adoptando mais comportamentos preventivos. Estes resultados são consonantes com outras investigações (e.g., o estudo de Vasconcelos, 1998), que mostram a modulação das representações sobre a sexualidade e dos comportamentos sexuais por outros factores de ordem social e cultural, como a classe social de origem.

### **Referências Bibliográficas**

*ABRAÇO: Um boletim para pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA* (2000, Março/Abril).

Projecto alfa migrantes: Portugal, 4, 11-12.

*ABRAÇO: Um Boletim para pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA* (2000, Setembro/Outubro). Onde Está o Preservativo Feminino? 1, 7-8.

Alberoni, F. (1988). *O Erotismo*. Venda Nova: Bertrand Editora.

Albertyn, C. (2000). Le droit et les droits humains pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH.

Les derniers seront les premiers. Thèmes légaux cruciaux et VIH/SIDA, Conférence de Durban, 7 juillet. Retirado em 08 de Agosto de 2003 da World Wide Web: [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-durban2000femmes.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-durban2000femmes.htm)

Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais. Para uma Psicologia de Sexualidade*.

Porto: Edições Afrontamento.

Alves, R. N. (1998). Aspectos da AIDS relacionados à mulher. *Revista Universidade e Sociedade*, 17, 15-20. Retirado em 15 de Março de 2001 da World Wide Web:

[www.pec.br//revista/revista17/artigo02.htm](http://www.pec.br//revista/revista17/artigo02.htm)

- Amaro, F. (1994). *Os portugueses e a SIDA: opiniões, atitudes e comportamento sexual*. Lisboa: Comissão Nacional da Luta Contra a SIDA.
- Araújo, M. T. (2002). SIDA no feminino: Percepções e implicações na sexualidade e maternidade. Tese de Mestrado. Manuscrito não publicado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Coimbra.
- Baptista, M. C. (1999). O discurso de adolescentes do sexo masculino sobre sexualidade e saúde reprodutiva. Tese de Licenciatura. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Bastos, C. (2002). *Ciência, poder, acção: as respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bowd, A. D., & Loos, C. H. (1995). Gender differences in adoption of AIDS preventive behaviors: implications for women's AIDS education programs. *Women's Health Issues*, 5, 21-26.
- Cardoso, A. P. (1999). *Prevenção Primária da SIDA em Jovens*. Avaliação de um projecto de prevenção: conhecimento, comportamento e atitudes. Tese de Mestrado. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Porto.
- CNLCS (2003). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal, 31 de Dezembro de 2002*. Lisboa: Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis.
- Cohan, N., & Atwood, J. D. (1994). Women and AIDS: the social constructions of gender and disease (CD-ROM). *Family Systems Medicine*, 12, 5-20. Retirado de: Psycholit.
- Contra SIDA* (1998, Dezembro). Campanha mundial. Jovens: força para mudar, 3, 11-15.
- Contra SIDA* (1999, Junho). Sida e mobilidade em debate: fraco acesso à informação, 5, 10-11.
- Contra SIDA* (1999, Setembro). Inquérito em Bragança: universitários pouco esclarecidos, 6, 15.
- Corbin, A. (1991). O fascínio do adultério (A. C. Neves, Trad.). In G. Duby (Org.). *Amor e Sexualidade no Ocidente* (pp. 145-154). Lisboa: Terramar.
- Costa, C. (1996). Percepção do Risco da Sida: o papel do amor na construção da invulnerabilidade. Tese de Mestrado. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Costa, C., & Lima, M. L. (1998). O papel do amor na percepção da invulnerabilidade face à SIDA. *Psicologia*, V. XII, n. ° 1, 41-62.
- Darling, C. A. (1992). The mystique of first intercourse among college youth: the role of partners, contraceptive practices and psychological reactions. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 97- 117.
- Figueira, I. Xavier, R. & Gonçalves, S. (2001). Estudo sobre as diferenças do género face à sexualidade. Réplica de um estudo de Alferes, 1997, realizado na disciplina de Áreas de

- Aplicação da Psicologia Social III. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Garrett, S. (1987). *Gender*. Routledge: Londres.
- Giddens, A. (1996). *Transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (R, M, Perez, Trad.). Oeiras: Celta Editora. (obra original publicada em 1992).
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerra, M. P. (1994). Seropositividade e Auto-organização Psicológica: modelo de Avaliação de Adaptabilidade Humana à Seropositividade ao Vírus da SIDA. Tese de Doutoramento. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Porto.
- Gupta, G. R. (2000). Genre, sexualité et VIH/SIDA - quoi? comment? pourquoi? *Revue Canadienne VIH/SIDA et Droit*, 5, 4. Retirado em 29 de Março de 2001 da World Wide Web: [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-guptadurban2000.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-guptadurban2000.htm)
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (5<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- INE (1997). *Inquérito à fecundidade e família*. Resultados preliminares. Lisboa.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., & Hacker, C. I. (1992). Predicting intentions to use condoms among african-american adolescents: The theory of planned behavior as a model of HIV risk-associated behavior. *Ethnicity and Disease*, 2, 371-380. Retirado em 24 de Março de 2001 da World Wide Web: [www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html](http://www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html)
- Joinet, B., & Mugola, T. (1994). *Survivre face au SIDA en Afrique*. Paris: Karthala.
- Journal et Revue de Presse RFI*. Diffusés par la mission scientifique et technologique de l'ambassade de France aux Etats-Unis, du 25 novembre, 1997. Suisse: 7 fois plus de preservatifs pour les jeunes. Retirado em 29 de Março de 2001 da World Wide Web: [www.iep.univ-lyon2.fr/Ressources/Documents/News/rfi-nov97/RFI.25NOV.html](http://www.iep.univ-lyon2.fr/Ressources/Documents/News/rfi-nov97/RFI.25NOV.html)
- Journal et Revue de Presse RFI*. Diffusés par la mission scientifique et technologique de l'ambassade de France aux Etats-Unis, du 21 janvier 1998. Preservatif: les américaines l'exigent. Retirado em 29 de Março de 2001 da World Wide Web: [faqchest.dynhost.com/misc/frognet-1/frog-98/frog-9801/frog-980100/frog98012118\\_10901.html](http://faqchest.dynhost.com/misc/frognet-1/frog-98/frog-9801/frog-980100/frog98012118_10901.html)
- Kashima, Y., Gallois, C., & McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action and cooperative behavior: It takes two to use a condom. *British Journal of Social Psychology*, 32, 227-239. Retirado em 24 de Março de 2001 da World Wide Web: [www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html](http://www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html)

- Lambert, D-C. (2000). *O custo mundial da SIDA, 1980-2000* (A. C. Neves, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1992).
- Lees, S. (1989). Learning to love: Sexual reputation, morality and the social control of girls. In M. Cain (Ed.), *Growing up good: Policing the behaviour of girls in Europe*. London: Sage.
- Leitão, J. (2000, Dezembro). A SIDA não tem cor nem fronteiras. *Contra SIDA*, 22-23.
- Levinson, R.A., Jaccard, J., & Beamer L. (1995). Older adolescents' engagement in casual sex: Impact of risk perception and psychosocial motivations. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 349-364.
- Lipovetsky, G. (2000). *A terceira mulher. Permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das letras.
- Lopes, A. (2000). O terceiro sector nos sistemas de bem-estar: uma perspectiva comparativa das ONG'S ligadas ao complexo VIH/SIDA. Tese de Mestrado em Sociologia. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Loureiro, I. (1998, Novembro/Dezembro). Escolas promotoras de saúde e prevenção da SIDA. *Informação SIDA e Outras Doenças Infecciosas: Força Para Mudar*, 11, 17-19.
- Lucas, J. S. (1993). *SIDA: A sexualidade desprevénida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Maia, H. (2000, Dezembro). A SIDA não tem cor nem fronteiras. *Contra SIDA*, 22-23.
- Marques, A. & Prazeres, V. (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Lisboa: Edição do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.
- McCabe, M. & Collins, J. (1990). *Dating, Relating and Sex*. Sydney: Horowitz Grahame.
- Mendes, P. J. (2001). Sexismo e Educação Sexual. Dissertação de licenciatura e relatório de estágio realizado na Associação para o Planeamento da Família, não publicado. Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE, Lisboa.
- Moore, S., & Rosenthal, D. (1991). Adolescents' perceptions of friends' and parents' attitudes to sex and sexual risk-taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 189-200.
- Moore, S., Rosenthal, D., & Mitchel, A. (1996). *Youth, AIDS and sexually transmitted diseases*. Adolescence and Society Series. London: Routedge Publications.
- Moscovici, S. (1961/1976). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Nossa, P. N. S. (2001). *Geografia da saúde: o caso da SIDA*. Oeiras: Celta Editora
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa. CLIMEPSI Editores.
- ONUSIDA Actualisation* (Août, 2000). Le préservatif masculin. Genève.
- OMS (Junho, 2002). Integrating gender into HIV/AIDS programmes. Retirado em 07 de Agosto de 2003 da World Wide Web:  
[http://www.who.int/gender/hiv\\_aids/hivaid1103.pdf](http://www.who.int/gender/hiv_aids/hivaid1103.pdf)

- Pacheco, J. (2000). *O sexo por cá*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Pato, I. (1999). Sexualidade no feminino: Crenças, conhecimentos e comportamentos de dois grupos adolescentes. Tese de Licenciatura. Manuscrito não publicado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Reis, E. (1997). *Estatística Multivariada Aplicada*. Lisboa: Sílabo.
- Rivers, K., & Aggleton, P. (1998). La sexualité chez les adolescents, la problématique homme-femme et l'épidémie du VIH. Retirado em 29 de Março de 2001 da World Wide Web: [www.undp.org/hiv/publications/gender/adolescf.htm](http://www.undp.org/hiv/publications/gender/adolescf.htm).
- Rosenthal, A. D. & Shepherd, H. (1993). A Six-month follow-up of adolescents' sexual risk-taking, HIV/AIDS knowledge, and attitudes to condoms. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3, 53-65.
- Santos, M. H. (2001). Género e Etnicidade face à SIDA. Conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos de quatro grupos de adolescentes relativamente à sexualidade, ao VIH e à SIDA. Tese de Licenciatura e relatório de estágio realizado na CNLCS, não publicado, Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE, Lisboa.
- Sontag, S. (1989). *Aids and its metaphors*. London: Penguin Books, Cop.
- Torres, A. C. (1998). Quotidianos, parentalidade e conjugalidade. *Sexualidade & Planeamento familiar*, 2, 3-9.
- UNAIDS (2000a). Adultes et enfants avec VIH/SIDA: estimations de fin 2000. Retirado em 20 de Abril de 2001 da World Wide Web: [www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/wad2000MasterFrench](http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/wad2000MasterFrench)
- UNAIDS (2000b). *Men and AIDS: a gendered approach*. AIDS: 2000 World AIDS Campaign. men make a difference. Geneva.
- UNICEF (2002). Les jeunes et le VIH/SIDA: une solution à la crise. Retirado em 08 de Agosto de 2003 da World Wide Web: <http://www.unicef.org/french/pubsgen/youngpeople-hivaids/youngpeople-hivaids-fr.pdf>
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In M. V. Cabral, & J. M. Pais, *Jovens Portugueses de Hoje* (pp. 215-305). Oeiras: Celta.
- Victorino, R. M. M. (2003). A SIDA e as novas pestes. *Análise Social*, vol. XXXVIII (166), 13-33.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Willig, C., (1992). Assumptions in people's talk about AIDS. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2, 217-221.

Wolitski, R. J., Bensley, L., Corby, N. H. Fishbein, M., & Galavotti, C. (1996). Sources of AIDS information among low-risk and at-risk populations in five U.S. cities (CD-ROM). *Journal of Community Health, 21*, 293-310. Retirado de Psycholit.