

# PREVENÇÃO/EDUCAÇÃO PARA O RISCO: APONTAMENTOS EM TORNO DA SEXUALIDADE E DA INFECÇÃO PELO VIRÚS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NA ADOLESCÊNCIA

Marco Daniel Pereira

José Manuel Canavarro

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

## INTRODUÇÃO

É relativamente consensual a ideia de qualquer jovem receber educação e informação sobre sexualidade. Contudo, não nos é inteiramente estranho a evidente [e já usual] controvérsia, que se mantém actualmente, e que se gera quando se juntam as palavras *sexualidade* e *adolescência* inequivocamente expressa na afirmação de Miller & Simon (1980, p. 383, cit. por Alferes, 1997), *O que é único nas sociedades industriais é que os jovens são definidos como sexualmente maduros, enquanto, simultaneamente, são definidos como social e psicologicamente imaturos. Esta incongruência de atribuições – um adolescente está maduro e, ainda, de alguma forma, imaturo – cria uma tensão entre a actividade sexual e o estatuto sexual, que focaliza a preocupação pública, tanto nos adolescentes tomados individualmente, como na coorte de adolescentes.*



## A ADOLESCÊNCIA: OPORTUNIDADES NA CRISE

A *adolescência*, enquanto período do desenvolvimento humano, é marcada por importantes modificações fisiológicas, psicológicas, pulsionais, afectivas, intelectuais e sociais, que se produzem em ritmos diferentes consoante os indivíduos e vivenciadas num determinado contexto cultural. É um período de desenvolvimento cognitivo, emocional e físico frequentemente caracterizado pela exploração e experimentação. É o momento inicial de exploração da intimidade, da sexualidade e do desenvolvimento da autonomia. Por estas razões é, simultaneamente, um período de aquisição de novas forças e competências, e um período de riscos, incluindo o risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

As especificidades desta fase do ciclo de vida, consubstanciada nas diferentes transformações vividas, remetem a adolescência para um período de *oportunidades* e *vulnerabilidades*, por exce-

lência. Oportunidades de ascender a organizações cognitivas mais complexas; de alargar a autonomia e os circuitos de relação; e ainda de experimentar novas formas de intimidade e de conhecimento do outro, que incluem experiências sexuais progressivas e integradas (Cichetti & Cohen, 1995). No entanto, alguns destes processos de maturação e algumas destas tarefas desenvolvimentais podem ser vividas de forma inadaptativa e tornarem-se factores de risco acrescido, incluindo de infecção pelo VIH (Canavarro, Morgado, Pereira & Barahona, 2004).

Nomeadamente, no plano cognitivo, a dificuldade no acesso ao raciocínio formal, a dificuldade em fazer escolhas racionais a longo prazo e a dificuldade em reflectir sobre todas as consequências dos seus actos, fazem com que, muitas vezes, os adolescentes tenham uma percepção distorcida do risco real da infecção pelo VIH nas relações sexuais, pensando que este é um perigo impossível ou altamente improvável. Assim, as decisões são frequentemente tomadas com base em considerações imediatas (Gordon 1990), revelando uma dificuldade em ter um pensamento afastado do *concreto*. Como as pessoas não adoecem logo após a ocorrência de um comportamento de risco (desfasamento entre contágio e doença) não existe uma percepção imediata da relação entre comportamento de risco e consequências da sua adopção. Na óptica de Lopes (2004), as características próprias da adolescência fazem com que este período marcado por insegurança, impulsividade e interesses imediatos, não seja o momento mais adequado para a contracepção planeada; as consequências não são pensadas e tende-se a acreditar que a contaminação só acontece aos outros.

Não são só, contudo, as limitações cognitivas que explicam o aparecimento deste tipo de comportamentos durante a adolescência. Factores de ordem sócio-afectiva têm sido igualmente referidos como determinantes para o seu aparecimento nesta fase do ciclo de vida (Canavarro, Morgado, Pereira & Barahona, 2004). Encontra-se, neste caso a construção da identidade, em grande parte responsável pela vulnerabilidade associada a este período etário, e considerada como uma das principais causas para o aparecimento de condutas de risco (Erikson, 1980).

Efectivamente, estes comportamentos de risco inscrevem-se num contexto de ordem cognitiva e atitudinal, nomeadamente em aspectos como a existência de crenças erróneas sobre o risco, atitudes negativas para com os preservativos<sup>1</sup>, fracas intenções em alterar esses mesmos comportamentos e expectativas negativas na mudança de comportamento que, por sua vez, tendem a ampliar a sua própria vulnerabilidade. Weinstein (1989) no que se prende com a percepção de susceptibilidade ou vulnerabilidade percebida considera que, para as doenças em geral, os indivi-

<sup>1</sup> No que se prende com a utilização do preservativo como importante medida profilática, a Teoria da Acção Racional de Ajzen & Fishbein (1975), modelo teórico com evidentes implicações e aplicações na compreensão dos comportamentos preventivos no âmbito da SIDA e na modificação de comportamentos inadaptativos ou menos adequados, assume especial relevância nomeadamente no que se prende com a intenção de o usar, intenção esta que seria a determinante imediata do comportamento. De acordo com esta teoria, a intenção de utilizar o preservativo, função de duas determinantes básicas, uma de natureza pessoal e outra reflexo da influência social, poder-se-ia operacionalizar, primariamente, numa atitude favorável à utilização do preservativo, e segunda instância, numa norma subjectiva igualmente propensa a esta utilização.

duos tendem a evidenciar uma visão otimista, pensando que a sua vulnerabilidade é menor do que na realidade, tendência que se verifica independentemente da idade, sexo ou nível de ensino. A percepção de susceptibilidade em relação à infecção pelo VIH parece seguir o mesmo padrão. Esta tendência otimista poder-se-á dever a dois aspectos que podem agir independente ou simultaneamente: a subestimação dos riscos (exagerando a capacidade de prevenção dos seus comportamentos e negando o significado de factores pessoais que aumentam o risco); ou o exagerar o risco que a maior parte das pessoas corre.

Neste período de desenvolvimento processa-se, igualmente, o *alargamento do mundo social*, ocorrendo um maior número e diversidade de contactos sociais (Sprinthall & Collins, 1994). O desenvolvimento social do adolescente é, pois, fundamentalmente caracterizado pela mudança na ecologia das relações e pela alteração da natureza das amizades. A rede social torna-se cada vez mais heterogénea. O grupo de pares é cada vez mais importante e influente. É neste grupo que o adolescente procura novas fontes de afecto, novos modelos, novas formas de identificação.

As relações entre os pares e a própria percepção dos pares deve constituir um importante alvo dos programas de prevenção dado o impacto significativo que podem ter na adopção de comportamentos protectores por parte dos adolescentes (Rotheram-Borus, O'Keefe, Kracker & Foo, 2000). Contudo, na perspectiva de DiClemente (1993) o que se verifica é que a educação pelos pares é, provavelmente, a estratégia preventiva menos utilizada como agente de modificação de comportamentos desadaptativos.

## A EDUCAÇÃO SEXUAL E OS ADOLESCENTES

Não é muito controversa a ideia de que os jovens (independentemente do género) iniciam cada vez mais cedo a sua vida sexual. Por outro lado, a temática da sexualidade na adolescência tem uma grande importância e actualidade, nomeadamente em face da Lei 120/99 de 11 de Agosto, e do Decreto de Lei 259/2000, de 17 de Outubro, que a regulamenta. Nesta legislação, os adolescentes são considerados *grupo prioritário* tanto a nível da *educação sexual* como a nível da *saúde reprodutiva* e da *prevenção de doenças sexualmente transmissíveis*.

Não obstante, refere a Lei 120/99 de 11 de Agosto regulamentada pelo Decreto de Lei 259/2000 de 17 de Outubro [que consagra medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C] no ponto 1 do art.º 1º relativo à promoção da educação sexual em meio escolar: *A organização curricular dos ensinoss básico e secundário contempla obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática.*

A pedagogização da sexualidade é, aliás, correlativa de mudanças mais gerais, que tendem a ampliar ao domínio e à dinâmica da escola um conjunto de actividades humanas que antes lhes eram desconhecidas. Na óptica de Alferes (1996) o que está em causa não é a simples aquisição de informações, o que de uma forma ou outra já era feito através de conteúdos programáticos de várias disciplinas, em particular a biologia, mas a educação no sentido amplo do termo.

A educação da sexualidade deverá, por conseguinte, procurar a informação básica e essencial acerca da sexualidade humana; abordar o aspecto positivo da sexualidade e a sua importância na vida do indivíduo; procurar a compreensão de sentimentos como o amor e a intimidade e o respeito pelas crenças, princípios e valores defendidos por cada um; enfatizar as capacidades de tomada de decisão, de comunicação e de resolução de problemas, sem esquecer os aspectos relativos à responsabilidade em relação a si e ao outro no que directamente se prende com as emoções e comportamentos.

## A PREVENÇÃO DO VIH JUNTO DA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

Os adolescentes devem considerar-se como um grupo prioritário para as acções de prevenção em relação ao vírus da SIDA. A principal razão prende-se com o facto do adolescente estar a atravessar por um período de *exploração e experimentação* que o vulnerabiliza, e pela reconhecida susceptibilidade à infecção pelo VIH/SIDA (Matos, Battistutta, Simões, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003). Não obstante, a resposta social aos infectados pelo VIH assim como à sua prevenção é, muitas vezes, limitada pelo estigma que lhe está associada.

Efectivamente, actualmente é uma ideia relativamente consensual a população juvenil ser considerada como um grupo prioritário para as acções de prevenção em relação ao VIH/SIDA. Nos EUA, a prevenção do VIH entre os adolescentes é tida, desde 1997, como uma prioridade nacional (Rotheram-Borus, O'Keefe, Kracker & Foo, 2000). No entanto, não é tão unânime nem clara a ideia sobre a forma concreta como essas medidas devem ser implementadas. Contudo, parece fundamental fortalecer a política de prevenção da SIDA a nível nacional, contemplando a população em geral e os grupos de maior vulnerabilidade (Ventura, 2004). O mesmo autor menciona que as estratégias referentes à prevenção da SIDA contemplam 3 níveis de complexidade: (1) promover uma sexualidade plena e responsável, avaliando as situações de maior exposição ou de menor possibilidade de infecção; (2) protecção específica dos riscos individuais e sociais, disponibilizando informação e meios para a prevenção; e (3) controlo clínico da infecção estabelecida a fim de reduzir a sua progressão e melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida.

Neste sentido, como proteger os adolescentes e como torná-los mais resilientes? Sabemos que as estratégias de sensibilização e de desenvolvimento de competências têm de ser diferenciadas consoante os grupos etários e os contextos. Por outro lado, sabemos que o risco elevado de infecção pelo VIH na população adolescente tornou o desenvolvimento de programas de preven-

ção uma necessidade vital. É importante que ao conceber programas de prevenção generalistas, dirigidos a todos os adolescentes, ou que tenham como *focus* de atenção, por exemplo, as raparigas desta faixa etária, em diferentes níveis de acção-intervenção, em diferentes registos, se contemple, primariamente, a *informação* e a *educação* – é importante, contudo, que os programas que tenham como alvo os adolescentes do sexo feminino, incluam *sempre* os parceiros rapazes; por outro lado é importante que estas campanhas sejam devidamente adaptadas ao desenvolvimento cognitivo dos adolescentes, assim como é de vital importância dar a entender todas as possibilidades da adopção de um comportamento de risco, dar a entender que a probabilidade não é função da quantidade, e que uma única conduta de risco é suficiente para dar origem a um problema.

De forma geral, não é difícil defender que, os programas mais globais devem informar e educar sobre o processo de contaminação por VIH e as características da doença, com o objectivo de diminuir os comportamentos de risco e aumentar a precocidade do diagnóstico, enquanto que, os programas mais específicos, por exemplo, dirigidos a adolescentes do sexo feminino, devem estar vocacionados para treinar competências de comunicação, negociação e tomada de decisão; facilitar a resolução de conflitos e promover o pensamento crítico e a auto-confiança, permitindo, ao mesmo tempo a redução de comportamentos de risco, a modificação de estilos de vida disfuncionais e a vivência de uma sexualidade mais integrada.

No entanto, para reforçar e aumentar a especificidade da prevenção personalizada e concepção de programas mais eficazes, destinados a atenuar factores de risco e a potenciar factores de protecção associados ao fenómeno, é necessário conhecer cada vez de forma mais detalhada, a diversidade de percursos que conduzem à adopção de comportamentos de risco, assim como avaliar os caminhos de protecção que ajudam os adolescentes a não assumir comportamentos de risco para a infecção por VIH.

Como sabemos, actualmente, a principal medida contra a infecção pelo VIH reside na prevenção. Por outro lado, assumimos que a informação pode constituir uma poderosa ferramenta no combate à SIDA. Neste sentido, reveste-se de especial importância informar os adolescentes acerca da SIDA (sobre os meios de transmissão e prevenção) e quais os comportamentos de risco (para que compreendam causas e consequências) e como alterá-los. A mudança de comportamento, permanece como a única estratégia prática para a prevenção primária do VIH (Cruz & Melo, 1996; DiClemente, 1997; Kelly & Kalichman, 1995). Para alterar estes comportamentos será necessária motivação, mas também competências comportamentais. Estes constituem as componentes essenciais preconizadas pelo Modelo da Informação-Motivação-Competências Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble & Malloy, 1996).

Outros modelos têm sido amplamente utilizados no contexto da prevenção da SIDA entre os adolescentes. Neste sentido consideramos importante a referência à Teoria da Aprendizagem

Cognitivo-Social de Bandura (1989). Este modelo tem como premissas básicas o modelamento e a auto-eficácia. De acordo com o mesmo autor, um programa de prevenção deve compreender os seguintes componentes: (1) *informação*, destinada a aumentar os conhecimentos pessoais acerca de comportamentos de risco e a colmatar lacunas e distorções dos elementos transmitidos pelos pais ou pares; (2) *desenvolvimento de aptidões sociais e de auto-regulação*, que permitam traduzir a informação numa prática preventiva eficaz; (3) *promoção da eficácia pessoal*, através da prática orientada e do *feedback* correctivo ao nível da aplicação das aptidões ensinadas no decurso do componente precedente a situações de alto risco; e (4) *criação ou mobilização de apoio social*, em particular, por intermédio de pares que empregam os comportamentos preventivos que se pretendem estabelecer.

## SÍNTESE

A adolescência é uma fase da vida considerada, quer do ponto de vista cognitivo, quer socio-afectivo, como especialmente vulnerável e desde logo propícia ao aparecimento de comportamentos desviantes, entre os quais os que se sobressaem pelo risco que representam para a infecção pelo VIH, a toxicod dependência e as relações sexuais não protegidas (Canavarro, Morgado, Pereira & Barahona, 2004).

Nos dias de hoje é evidente a necessidade de uma educação para a sexualidade responsável e responsabilizante. De acordo com Campos (1991) a educação da sexualidade em meio escolar contribui para promover a responsabilidade nos adolescentes na vivência da sua sexualidade. As escolas constituem, com efeito, um contexto por excelência na prevenção do VIH, assim como de outras áreas que fazem parte do contexto mais global de Educação para o risco, nomeadamente, a toxicod dependência; o alcoolismo e as incivildades comportamentais em geral, entre outras. Contudo, não podemos pensar as escolas, *per se*, como agentes de mudança que promovam a adopção e/ou manutenção de comportamentos preventivos. A eficácia preventiva não será alcançada se o meio envolvente em que os adolescentes estão inseridos contraria e neutraliza os conhecimentos e as competências comportamentais adquiridas, ou seja, podemos pensar na escola como tendo um papel primordial na educação dos indivíduos, mas em co-responsabilização com os alunos e famílias.

Para conseguir chegar aos adolescentes, entendemos prioritário trabalhar em parceria com as instituições educativas, visando reforçar o seu papel na promoção da saúde, com vista a uma formação integrada e global dos adolescentes; implementar programas levados a cabo por professores, previamente preparados, envolvendo a produção de materiais específicos para o efeito; implementar programas de educação pelos pares, etc..

Finalmente, a prevenção da infecção pelo VIH implica um desenvolvimento sustentado de comportamentos sexuais seguros desde as primeiras experiências sexuais e, simultaneamente,

mudanças de comportamentos por parte de indivíduos envolvidos em condutas de risco, por si, facilitadoras de estilos de vida disfuncionais. Por outro lado, a prevenção da SIDA não deve ser encarada isoladamente. Importa que faça parte de um projecto educativo mais abrangente que vise contribuir para uma *vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade* (ME/MS, 2000).

O Desporto oferece, neste contexto, um contributo ímpar, podendo e devendo ser usadas as suas potencialidades como instrumento do desenvolvimento. A actividade física como integrante dum estilo de vida adequado tem subjacente benefícios directos para a saúde e, extensivamente, a adopção de estilos de vida conformes, logo saudáveis e adaptativos.

Num estudo internacional promovido pela Organização Mundial de Saúde, que investigou o comportamento dos jovens em idade escolar, visando compreender os seus estilos de vida e hábitos ligados à Saúde e ao Risco (Matos, Carvalhosa & Diniz, 2001) concluiu-se que a natureza multifacetada dos estilos de vida ultrapassa em grande medida a dimensão físico-comportamental, envolvendo também uma dimensão cognitiva, afectiva e social. Este estudo sublinhou ainda que a prática de actividades desportivas representa não só uma mais valia para o bem-estar físico, mas também por aquilo que representa do ponto de vista afectivo e social. Por outras palavras, por aquilo que representa no reforço dos comportamentos potencialmente protectores das condutas de risco.

A Educação para o Risco assume-se, fundamentalmente, como uma educação para a percepção do risco e, extensivamente, como uma educação para a promoção de alternativas e oportunidades de desenvolvimento e crescimento, que se consolida por escolhas melhor fundamentadas nos planos cognitivos, afectivos e colectivos.

## Bibliografia

- Alferes V** (1996). A pedagogização do sexo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 30 (1), 91-96.
- Alferes V** (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Campos BP** (1991). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação dos Jovens*. Volume II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Canavarro MC, Morgado L, Pereira M, Barahona F** (2004). *A Adolescência, a Mulher e a SIDA*. IV HIV/AIDS Virtual Congress: "A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA" (pp. 109-122). SIDAnet, Associação Lusófona.
- Cicchetti D, Cohen DJ** (1995). *Developmental Psychopathology*. Vol. 2. *Risk, disorder and adaptation*. NY: John Wiley and Sons.
- Cruz JF, Melo BT** (1996). A utilização do preservativo nos jovens adultos: estudo preliminar das hipóteses da teoria da acção racional para a prevenção da SIDA. In **L Almeida, J Silvério & S Araújo** (Eds.), *Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (vol. II, pp. 131-141). Braga: Universidade do Minho.
- DiClemente RJ** (1993). Preventing HIV/AIDS Among Adolescents: Schools as Agents of Behavior Change. *JAMA*, 270 (6), 760-762.
- DiClemente RJ** (1997). Looking Forward: Future Directions for Prevention of HIV among Adolescents. In **L Sherr** (Ed.), *AIDS and Adolescents* (pp. 189-199). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Erikson E** (1980). *Identity and the life-cycle*. New York: Morton & Company.
- Fisher JD, Fisher WA** (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 455-474.
- Fisher JD, Fisher WA, Misovich K, Malloy TE** (1996). Changing AIDS-Risk Behavior. Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation and behavioural skills in a college student population. *Health Psychology*, 15(2), 114-123.
- Gordon DE** (1990). Formal Operational Thinking: The Role of Cognitive-Developmental Processes in Adolescent Decision-Making About Pregnancy and Contraception. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (3), 346-356.
- Kelly JA, Kalichman SC** (1995). Increased Attention to Human Sexuality Can Improve HIV/AIDS Prevention Efforts: Key Research Issues and Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 907-918.
- Lopes MO** (2004). *Crenças e Atitudes como "Co-Factores" do VIH/SIDA*. Retirado da World Wide Web a 24 de Novembro de 2004: [www.aidscongress.net/pdf/232.pdf](http://www.aidscongress.net/pdf/232.pdf)
- Matos MG, Carvalhosa S, Diniz J** (2001). *Actividade física e prática desportiva nos jovens portugueses*. 4,1. FMH/PEPT/GPT.
- Matos MG, Battistutta D, Simões C, Carvalhosa S, Dias S, Gonçalves A** (2003). Conhecimentos e Atitudes sobre o VIH/SIDA em Adolescentes Portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 3-20.
- ME/MS** (2000). *Educação sexual em meio escolar. Linhas Orientadoras*. Ministério da Educação e Ministério da Saúde.
- Rotheram-Borus MJ, O'Keefe Z, Kracker R, Foo HH** (2000). Prevention of HIV Among Adolescents. *Prevention Science*, 1 (1), 15-30.
- Sprinthall NA, Collins WA** (1994). *Psicologia do Adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ventura F** (2004). Perspectivas da luta contra a SIDA em Portugal no início do século XXI. In H Lecour, R Sarmento e Castro (Eds.), *Infecção VIH/SIDA. 2º Curso de Pós-Graduação – Colectânea de Textos* (pp. 477-497). GlaxoSmithKlein.
- Weinstein ND** (1989). Perceptions of Personal Susceptibility to Harm. In VM Mays, GW Alber, SF Schneider (Eds.), *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches* (pp. 142-167). London: Sage Publications.