

Introdução

Na sociedade atual, onde o papel dos jovens tem sofrido uma série de mudanças a vários níveis, a educação passou a ser cada vez mais um enorme desafio, seja para os familiares, seja para os educadores.

Cada vez mais existem diferentes programas de formação/educação, com diversos temas que tentam dar aos jovens as respostas que eles tanto procuram, tentando ir de encontro ao que o jovem pretende.

Nos últimos anos, verificou-se um prolongamento do percurso escolar, adiando a entrada do mercado de trabalho e conseqüente adiamento do processo de transição para a vida adulta, modificando os projetos e percursos dos jovens. Constata-se que apesar do aumento dos níveis de qualificação nem sempre existe emprego, o que resta é o desemprego, ou empregos temporários, precários, com baixos salários e fora da sua área de especialização, passando com frequência pela dependência do apoio parental ao nível financeiro e residencial. Ao nível individual, os jovens sentem-se, assim, menos seguros em relação às suas escolhas de vida, portanto devem ser estimulados a construir os seus próprios projetos.

Na literatura consultada, evidenciou-se a ampla importância da sociedade, especialmente o grupo de pares, onde o jovem está inserido, bem como a família e a educação escolar.

Para fundamentar o desafio de saber se os programas de competências são eficazes na educação dos jovens, esta investigação avaliou um projeto que foi realizado durante dois anos, com jovens sobre a prevenção da transmissão do VIH.

Para avaliar este projeto, a presente investigação apresenta dois objetivos gerais. O primeiro consiste em avaliar se o projeto fez os conhecimentos dos jovens aumentarem entre o antes e o depois do projeto. O segundo objetivo pretende verificar se o projeto levou a modificações nas atitudes dos jovens perante as pessoas infetadas com VIH.

Este trabalho apresenta-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, procede-se ao enquadramento teórico. Na segunda parte, é apresentado um estudo empírico com a descrição, análise, discussão e avaliação dos dados obtidos, relativos aos objetivos da investigação.

Por fim, referem-se as principais conclusões da dissertação, as limitações encontradas e propõem-se novas sugestões de investigação que este estudo deixou em aberto.

Fica no entanto a expectativa de que as respostas encontradas possam contribuir para aumentar o conhecimento sobre o desenvolvimento dos adolescentes e possam incentivar a continuidade da

investigação, sobretudo ao nível dos programas de competências, dirigidos aos jovens portugueses.

Parte Teórica

1. Adolescência, desenvolvimento e comportamentos de risco

1.1. Aspectos do Desenvolvimento na Adolescência

A adolescência é uma fase importante no processo de consolidação da identidade, é um espaço/tempo onde os jovens, através de momentos de maturação diversificados, fazem a reintegração do seu passado infantil com as suas ligações com o futuro. Assim, a adolescência começa com as transformações pubertárias e termina com a construção da autonomia e aquisição da identidade, capacidade de suportar tensões e contrariedades, de elaborar projetos de vida e de inserção social na vida adulta. Algumas das tarefas mais importantes da adolescência são a construção de uma identidade psicossocial, sexual e vocacional em conjunto com as atitudes, valores e sentimentos que cada um experiencia, sendo que as experiências na adolescência podem ser de ordem biológica, cultural, social, sexual, vocacional, etc.

Sampaio (1991) define a adolescência como sendo uma etapa do desenvolvimento, que ocorre desde a puberdade à idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação sexual até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida. O autor refere que esta fase termina apenas quando o indivíduo atinge a maturidade emocional, identitária, social e sexual, assumindo todas as responsabilidades do papel de adulto e tornando-se independente. A identidade será construída através da resolução dos impactos de todas as mudanças pelas quais o adolescente passa, consoante sinta reações positivas ou negativas a progredir na estabilização da sua identidade. Claro que também contará muito o apoio e a opinião da família, amigos, colegas e a sociedade onde está inserido.

Erikson (1971), foi também um dos que mais estudou o desenvolvimento psicossocial, nomeadamente o desenvolvimento identitário na adolescência, ele refere que todos passamos por oito estágios, durante a nossa vida e em cada estágio existe uma crise. A maneira como iremos resolver estas crises, que pode ser de maneira positiva ou negativa, é que deverá resolver os problemas da formação da identidade.

A crise que acontece durante a adolescência é a Identidade vs Confusão de Identidade, será com avanços, recuos e hesitações que se fazem importantes experiências na afirmação e construção desta mesma identidade. A identidade constrói-se nas experiências que são vividas

com um jogo de identificações, importa acrescentar que esta construção da identidade começa na primeira infância e dura a vida toda. Durante a adolescência, o indivíduo procede à construção da sua identidade separado dos pais, adquirindo uma progressiva autonomia, através da qual o adolescente vai conquistando o domínio de si próprio e integrando-se na sociedade. Contudo, esta autonomia só é atingida pelos adolescentes se tiverem o apoio de seus pais. De facto, são os pais que encorajam a autonomia dos filhos, dando estímulo a movimentos exploratórios, a experimentar o confronto com situações de frustração ou de insucesso, estimulando também a gratificação conseguida pela realização de tarefas sem ajuda parental, como reforço consequente da auto-estima do adolescente, valorizando e reconhecendo a autonomia dos filhos e oferecendo-lhe como base o seu amor. Contudo, a capacidade dos jovens atingirem autonomia está relacionada não só com a capacidade dos pais estimularem a separação mas, também, com a qualidade emocional do vínculo que liga pais e filhos adolescentes (Fleming, 1993).

Alguns adolescentes têm uma evolução demasiado rápida porque a entrada na vida adulta foi bastante precoce e por isso podem não ter tido um amadurecimento interior.

Se na infância os nossos modelos de identificação são os pais, na adolescência vão ser os jovens da mesma idade (Monteiro & Santos, 2001). À família cabe, assim, o papel de facilitador do processo de separação - individuação, dado que em condições estáveis estruturantes este processo não representa uma ameaça de quebra de vinculação.

Também Sampaio (1991), garante serem as influências sociais que contribuem para a formação da identidade, o grupo de jovens assume grande importância nos diversos fatores essenciais para a identidade e autonomia do adolescente.

A aprendizagem social irá depender de como o jovem participa na vida cívica. Esta tarefa das escolhas vocacionais depende de fatores individuais e institucionais. Um desses fatores é a escola, João dos Santos (2000) atribui à escola uma importante função social, dado que é essencialmente neste meio que se formam grupos.

Neste período, o adolescente vai concretizar todo um conjunto de tarefas específicas de desenvolvimento, as quais exigem novas adaptações a nível pessoal, relacional e social.

Erikson (1971) vê a adolescência como a estrada entre a infância e a maturidade, onde o adolescente tem de estabelecer identidades sociais e ocupacionais. A tarefa central do adolescente nesta fase da vida é a descoberta de si próprio, etapa de preparação para a auto-suficiência e independência. A conquista da autonomia e independência, é um dos traços dominantes da passagem da adolescência à idade adulta. Se este processo de aquisição correr bem, o adolescente

será diferenciado dos outros, com valores próprios e consistentes ao longo do tempo, autónomo e irá elaborar projetos de vida e de inserção social (Campos, 1990).

A adolescência tem um novo estatuto e papel na sociedade, daí esta exercer uma nova socialização com novas formas. Regra geral o jovem no final da sua adolescência não obteve a sua maturação social, isto pode se explicar-se pelo prolongamento do tempo de escolaridade e a crise no emprego. A adolescência é um processo e se este se desenvolver bem o adolescente será uma pessoa sexuada, diferenciada dos outros, com valores próprios e consistente ao longo do tempo. Ao terminar a adolescência, o jovem deve ter o sentimento de individualidade, mas ao mesmo tempo compreender o seu papel ativo na orientação da sua vida e na participação que têm na sociedade, podendo tomar as próprias decisões, aceitar os compromissos e as consequências dos seus próprios atos.

1.2. Adolescência e comportamentos de risco

Há alguns anos que a psicologia começou a pesquisar conceitos como a promoção da saúde e a prevenção dos comportamentos de risco nos jovens. Para que nos seja fácil compreender a interação dos comportamentos dos adolescentes na saúde, convém compreender o comportamento humano como multicausal, ou seja, este torna-se muito variável porque depende de vários fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais que interagem entre si. Ou seja, o ser humano aprende as normas de conduta na sociedade onde está inserido podendo, no entanto, modificar o seu comportamento, através da imitação, das próprias experiências e da educação sistemática.

A prevenção de comportamentos de risco na adolescência faz parte de uma dinâmica maior que é a promoção da saúde, esta por sua vez é uma abordagem recente, muito positiva, que implicitamente acarreta uma diminuição nos comportamentos de risco. Será importante lembrar que os comportamentos sexuais de risco não surgem isolados de outros comportamentos, sendo profundamente influenciados por pressões normativas do grupo social em que o indivíduo se insere (O'Keeffe, Nesselhof-Kendall, Baum, 1990).

Para Mathre (1999) cit. in (Sousa,2000), drogas são substâncias que podem inibir, acentuar ou modificar em parte um comportamento passível de ocorrer no indivíduo, este salienta que, o consumo e dependência de drogas é um problema de saúde a nível nacional e tem sido associado a vários problemas tais como: acidentes, homicídios, suicídios, violência e ruturas

familiares. Em Portugal, confirmou-se alta prevalência de doença física nos toxicodependentes, a hepatite B. O sexo causal, sem proteção, a negligência higiénica, fazem dos toxicodependentes um grupo de risco para as doenças transmissíveis sexualmente. (Frasquilho, 1996). Outro facto comprovado, é de que os adolescentes que usam drogas são mais propensos a serem sexualmente ativos. Segundo Carvalho (1990) cit. in (Sousa, 2000), o grupo parece ser determinante não só em influenciar as atitudes dos pares em relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas, assim como em fornecer contextos para o uso daquelas substâncias. Já as relações familiares positivas desencorajam o consumo de drogas, enquanto a instabilidade familiar pode promover esse consumo. A nível social, o que cria grandes dificuldades no processo de maturação dos jovens é principalmente, a falta de comunicação dentro das famílias. Dado o grupo etário tão específico, onde ocorrem enormes transformações e uma grande vulnerabilidade a diversos comportamentos de risco, só é possível modificar as atitudes e os comportamentos através de um processo educativo longo e contínuo.

Quanto a comportamentos de prevenção face ao risco de contrair o VIH/SIDA, em geral os adolescentes, apresentam uma baixa perceção da vulnerabilidade e do risco de contrair o vírus. No entanto, apresentam uma atitude positiva face a adoção de comportamentos preventivos, como sugere os estudos de Figueiras, Marcelino e Ferreira (2009).

No estudo da saúde dos adolescentes em Portugal, em termos de consumos, notou-se que os rapazes consomem mais álcool e drogas do que as raparigas, (Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho e Dinis, 2006).

Vários autores ainda, consideram que os comportamentos de experimentação na fase da adolescência, podem ser considerados normais e importantes no processo de aquisição da autonomia do adolescente.

2. O desporto, o treino de competências para a vida e a prevenção de comportamentos de risco na adolescência

2.1. A prática desportiva e o treino de competências para a vida

A prática desportiva assume na sociedade de hoje um papel importante como meio de promoção e aquisição de hábitos saudáveis para os jovens e ainda um meio excelente de aprendizagem de competências para a vida tais como a confiança, motivação, respeito pelo outro,

resiliência, assertividade, cooperação, auto-estima, comunicação, gestão e resolução de conflitos, etc.

O treinador desportivo é um elemento fundamental na educação desportiva e na aprendizagem de todas estas competências para a vida. Tal como refere Almeida (2004), tendo a responsabilidade de liderar uma equipa, terá que ser um treinador forte e deverá possuir características como auto-conhecimento, preocupação com os outros, boa comunicação, compromisso emocional e controle emocional. Além do treinador, a equipa também assume grande importância, onde diversos fatores desta dinâmica são essenciais para a construção da identidade e autonomia do adolescente.

Em 2003, na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi declarado que o Desporto pode ser utilizado como meio de promoção da educação, saúde, desenvolvimento e paz.

Matos e Sampaio (2009), refere no seu livro que o desporto quando existe interesse e motivação por parte dos jovens é aconselhado a sua prática, uma vez que com objetivos realistas causa uma sensação de prazer ao jovem quando consegue alcançá-los, a importância do desempenho no desporto para os rapazes está acima de serem fisicamente atraentes, a prática desportiva em suma é primordial a nível do desenvolvimento das relações interpessoais, saúde, mudanças do corpo e da auto-estima.

Neste sentido, Danish, Mash, Howard, Curl, Meyer, Owens e Kendall (1992) desenvolveram dois programas de intervenção psicológica que visam ensinar crianças e jovens entre os 10 e os 14 anos a serem bem-sucedidos em vários domínios e contextos das suas vidas: o programa “Going for the Goal” (GOAL) e o programa “Sports United to Promote Education and Recreation” (SUPER). O programa «GOAL», em 1996, foi o vencedor do prémio de prevenção atribuído pela «Associação Americana de Saúde Mental», tendo também sido homenageado pelo Departamento norte-americano de Saúde e Serviços Humanos para a Prevenção da Violência. Ambos os programas se baseiam na ideia de que a «intervenção» é um espaço planeado e programado, conduzido normalmente em grupos e que visa alterar o processo de desenvolvimento (Danish,1990). O objetivo principal do programa GOAL consiste em promover competências pessoais e auto-confiança nos adolescentes, ensinando-lhes a planearem as suas vidas e a procurarem ajuda dos outros. Se isto for conseguido, os adolescentes serão ativos e independentes e terão experiências de vida positivas (Danish, 1997).

2.2. O treino de competências para a vida e a prevenção de comportamentos de risco na adolescência

Segundo Danish, Nellen e Owens (1996), o programa SUPER é um programa baseado no desporto, utilizando este contexto como um «campo» ou contexto de treino e formação em competências de vida, mas também de competências para melhorarem o seu rendimento desportivo (competências físicas e psicológicas). Pretende ensinar-se os participantes a aplicarem as competências psicológicas não só em contextos desportivos, mas também em variados contextos de vida extra-desportivos.

A este nível, Cruz (1996a) sugeriu e apresentou também um modelo de intervenção psicológica em contextos desportivos cujos objetivos centrais incluíam, por um lado, a promoção do desenvolvimento e crescimento psicológico dos indivíduos e/ou grupos desportivos e, por outro lado, a promoção e otimização do rendimento individual e/ou coletivo. Nesta perspetiva, o desporto é, assim, um contexto privilegiado em termos de intervenção psicológica, porque cada vez existem mais adolescentes a praticarem desporto, parecendo ser um domínio onde os jovens de ambos os sexos consideram ser importante estarem envolvidos (Cruz, 1996b).

No estudo de Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo e Polónia (2008) que foi realizado com 1792 estudantes portugueses tendo por média de idades 15,2 anos, pela idade dos 14 anos, 4,5% dos jovens já teriam tido experiências sexuais coitais. Também refere que a atitude dos rapazes é mais favorável para o sexo sem compromisso, 1/4 dos inquiridos não usa sistematicamente qualquer método contraceutivo, e os rapazes têm mais atitudes negativas face ao preservativo, ambos os géneros discutem mais sobre o tema da sexualidade com os pares. Este estudo revela que é necessário trabalhar mais as questões da responsabilidade nos rapazes.

Num estudo de Matos, Simões, Tomé, Gaspar, Camacho e Diniz realizado em 2002 e 2006 há um ligeiro aumento dos jovens que afirmam que tiveram relações sexuais porque tinham bebido (de 12,1% para 14,1%), mantendo-se os rapazes (2002 – 15,3%; 2006 – 17,1%) como os que mais frequentemente o afirmam, (Matos, 2006). Mais uma vez verifica-se que os comportamentos de risco muitas vezes são praticados em conjunto, seja o abuso de substâncias com as relações sexuais sem preservativo.

2.2.1. A prevenção de comportamentos de risco na adolescência – o caso específico da prevenção do VIH-SIDA

Hoje em dia, a probabilidade dos adolescentes se envolverem em comportamentos de risco, que afetam o bem-estar individual, é cada vez maior, surgindo, assim, a necessidade de intervir no sentido de os ajudar a serem bem-sucedidos durante a adolescência, juventude e, posteriormente, enquanto adultos (Danish, 1997). Ao longo desta fase o adolescente cumpriu determinadas tarefas como afirmação da identidade pessoal, sexual e psicossocial, bem como a interiorização das normas sociais e a aquisição de uma certa autonomia, a sua maioridade legal contribui para datar o fim desta etapa.

Erikson (1971) refere que os adolescentes tentam construir uma identidade que lhes permita a integração no mundo adulto, adquirindo independência (dos pais mas sem romper com a família), competências, auto-estima e iniciativa. Esta reelaboração deverá dar capacidades para optar por valores, fazer a sua orientação sexual, escolher o caminho profissional e integrar-se socialmente.

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

Para além de informação sobre comportamentos de risco é, pois, importante que as iniciativas de prevenção abordem os comportamentos de uma forma integrada, tais como as competências para a vida. A análise de iniciativas sobre prevenção de IST revela, aliás, que as tradicionais abordagens sobre motivações individuais têm resultados limitados por não serem inclusivas das pressões do grupo em que o indivíduo se insere, as quais vão condicionar decisões que este isoladamente tomaria (Sales e DiClemente, 2006).

Navarro, (1985) refere a ausência de valores e modelos de vida saudáveis podem levar o adolescente a adotar comportamentos de risco.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma infeção sexualmente transmissível que, apesar de muito estudada em todo o mundo, continua a ser um tema atual e interessante de estudo pelos piores motivos. Apesar de toda a informação que já existe, continua a aumentar o número de infetados. Quando os jovens não têm conhecimentos, torna-se difícil a capacidade de aceitação devido ao medo e aumenta a discriminação pelo receio e ignorância. Sendo assim é importante transmitir da melhor maneira possível os conhecimentos, pois sem informação correta sobre o VIH é impossível que alguém consiga exibir os comportamentos adequados à prevenção da infeção, por muito motivado que esteja, em demasiados países, a

conspiração oficial de silêncio em volta da infeção SIDA impediu que numerosas pessoas obtivessem informação que teria podido salvar a sua vida. É preciso ajudar os jovens a protegerem-se, informando-os e criando as condições sociais favoráveis para que tenham menos possibilidades de ser contagiados (Organização das Nações Unidas, 2000).

Na sociedade as doenças estão divididas: há aquelas doenças que são consideradas casos inevitáveis, como o cancro e depois há outras doenças que costumam estar associadas a comportamentos considerados socialmente incorretos, como as doenças sexualmente transmissíveis a SIDA, por exemplo. Devido a uma maior relação entre a infeção pelo VIH e os comportamentos sexuais, é cada vez mais importante informar os jovens, ainda que a base de prevenção, sejam os meios de transmissão e proteção nas relações sexuais. As doenças de transmissão sexual têm aumentado entre os jovens, sendo um potenciador para a infeção pelo VIH (Fenton, Korovessis, Johnson, McCadden, McManus, Wellings e Erens, 2001).

Nos Inquéritos a profissionais da Saúde existem muitos profissionais de saúde pouco informados acerca não só da saúde sexual como da própria infeção SIDA (McFadyen, 2004).

Em Portugal no Inquérito Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA os dados foram: 39% dos homens afirmaram utilizar sexo pago e, destes, 58% não usaram preservativo na última relação paga, apenas 22% dos inquiridos referiram o uso consistente do preservativo no último ano, só 20% disseram ter utilizado preservativo na última relação sexual. Relativamente aos jovens portugueses escolarizados, dos 15-19 anos, apenas 15% demonstraram ter conhecimentos corretos sobre os modos de transmissão do VIH e 30% referiram não ter usado preservativo na última relação sexual. Sabendo nós que o ensino sobre esta matéria é, na sua maior parte, efetuado nas aulas e que, por vezes, são enfermeiros a deslocarem-se às escolas e darem a matéria sobre as infeções sexualmente transmissíveis é de nos preocupar um estudo de (Barroso, 2008) que refere que de uma forma geral o nível de conhecimentos obtido para os enfermeiros acerca da infeção pelo VIH não foi muito alto, esperando-se muito mais de uma profissão que tem como principal função o apoio e a prestação de cuidados aos doentes, sem esquecer a prevenção e aconselhamento da doença. Desde sempre existiram doenças e infeções que através das relações sexuais iam causando epidemias e mortes ao longo do tempo. Nos dias de hoje a síndrome da sida, é a pior doença sexualmente transmissível, quer em termos de casos novos que aparecem quer em número de mortes pelo mundo.

Na descoberta das relações sexuais durante a adolescência pode ocorrer tudo naturalmente, mas ao negligenciarem a prática da contraceção e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, adolescentes e jovens podem expor-se ao VIH e às demais doenças sexualmente transmissíveis, bem como a uma gravidez não planeada (Júnior et al., 2007) cit in Ribeiro (2009). A infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) ou a síndrome de imunodeficiência adquirida do (SIDA), é uma doença crónica, que diminui a imunidade, o que leva a surgirem doenças tais como: pneumonia, tuberculose e que pode levar à morte. Os primeiros casos reportam aos Estados Unidos da América em 1981.

A transmissão do (VIH) efetua-se pelos líquidos do sangue, esperma, secreções vaginais e leite materno. Não existe cura, nem vacina para esta pandemia que mata pessoas em todo o mundo, o que deixa para o papel da prevenção o único meio de reduzir a sua propagação. Recomenda-se o uso do preservativo em todas as relações sexuais, não partilhar objetos cortantes e seringas (Ministério da Saúde, 2006). Em Portugal até ao ano de 2009 existiam 37.201 casos notificados, nesta última década a transmissão do VIH aumentou nas relações sexuais heterossexuais entre os 20 e os 39 anos (Paixão, 2002), destes segundo a OMS metade das infeções por VIH em todo o mundo concentram-se na adolescência e na fase adulta (Nogueira et al, 2008) cit. in Ribeiro e Fernandes (2009).

No estudo de Figueiras, Marcelino e Ferreira (2009) verificou-se que os adolescentes se sentem pouco vulneráveis em relação à probabilidade de virem a contrair o VIH, apesar de apresentarem uma forte intenção de virem a adotar comportamentos preventivos, demonstram ainda uma crença forte na influência da informação disponível sobre o VIH e também consideram importante a influência das opiniões dos pares e familiares, para prevenção da infeção pelo VIH. É importante, ainda, considerar para os projetos de prevenção do VIH-SIDA a informação fulcral para cada género, no próprio contexto social em que está inserido, em vez de partir de ideias estereotipadas para cada papel de género (Cláudio e Sousa, 2003).

No estudo de Ribeiro e Fernandes (2009), as conclusões corroboram os dados de outros estudos que permitiram a criação deste projeto, ou seja que o sexo masculino inicia a sua vida sexual antes do sexo feminino, que muitos jovens têm relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas, que muitos jovens não usam regulamente preservativo, que alguns pagam para ter sexo, que a maioria nunca fez um teste ao VIH. E, tal como referimos, o motivo da não utilização do preservativo é porque confiam no parceiro, ou porque têm parceiro fixo ou porque não querem ou não gostam.

Por todas estas conclusões, o *Mente Sã em Corpo Sã* tornou-se um projeto de prevenção do VIH, através de dinâmicas de competências sociais e emocionais aliadas ao desporto. Em seguida irei descrever o projeto.

3. Projeto *Mente Sã em Corpo Sã*

3.1. Caracterização do Projeto *Mente Sã em Corpo Sã*

O objetivo deste projeto foi a promoção de comportamentos para a saúde especificamente a prevenção do VIH. Desenvolveram-se ações de sensibilização e prevenção do VIH e um treino de competências sociais e emocionais durante treinos desportivos, com jovens do género masculino entre os 10 e 21 anos. Foram considerados os escalões desportivos a partir dos 10 anos de idade, já que a altura mais adequada para intervenções relativas a comportamentos sexuais é justamente a que precede a sua habituação (Sieving, Resnick, Remafedi, Taylor e Harmon, 1997).

Este projeto abrangeu várias equipas de jovens, de diferentes modalidades como o futebol, andebol, basquetebol, pólo aquático e rugby nos distritos de Évora e Beja ao longo de duas épocas desportivas 2009-2010 e 2010-2011, e também os treinadores (Médicos do Mundo [Mdm], 2008). Os treinadores, enquanto mediadores nas ações de promoção de comportamentos para a saúde, desenvolveram as ações com os jovens atletas, sempre com a ajuda de um técnico de saúde, para que os jovens passassem a adquirir competências para a vida que além das competências técnicas desportivas, mesmo depois do fim do projeto, podendo replicar com várias gerações. A escolha dos treinadores que acompanharam os jovens regularmente e em situações de grande proximidade psicológica, funcionaram como mediadores ideais. Estatisticamente, verifica-se que os atletas são mais ativos sexualmente que os não-atletas apenas no sexo masculino (Miller, Sabo, Farrell, Barnes e Melnick, 1998).

Este projeto foi financiado pelo programa ADIS/SIDA e Médicos do Mundo em parceria com a Aminata Clube de Natação, Associação de Andebol de Évora, Associação de Basquetebol do Alentejo, Associação de Futebol de Évora, Associação de Moradores do Bairro do Bacelo, Associação de Municípios de Évora, Centro Juvenil Salesiano de Évora, Clube Desportivo de Beja, Grupo Desportivo e Recreativo Canaviais, Confederação Portuguesa das Associações de Treinadores, Juventude Sport Clube, Lusitano Ginásio Clube, Núcleo de Andebol do Redondo, Redondense Futebol Clube, Sport Lisboa e Évora e o Núcleo de Psicologia do Desporto e Atividade Física do ISPA (Mdm, 2008).

Recorrendo à prática Desportiva como meio de promoção de comportamentos saudáveis, o objetivo central deste projeto centrou-se na aprendizagem e treino de um conjunto de competências sociais e emocionais como por exemplo: assertividade, tomada de decisão, auto-confiança, auto-eficácia, resolução e gestão de conflitos, reconhecimento emocional, coesão, cooperação, confiança, comunicação, pré-conceito, atenção, concentração, competitividade etc. que lhes permitisse, no seu presente ou futuro, tomar decisões concordantes com os seus projetos, refletindo-se na adoção de um estilo de vida saudável associado à prevenção de comportamentos de risco através de atitudes, comportamentos e aquisição de conhecimentos acerca desta temática (MdM, 2008).

Depois da parte do treino de competências sociais e emocionais continuou-se com dinâmicas sobre o VIH tendo em vista a prevenção dos comportamentos de risco. Para isso foram trabalhados os seguintes temas: negociação do uso do preservativo, colocação do preservativo masculino e feminino, comunicação sobre o tema da sexualidade, informação adequada sobre diversos temas sobre a sexualidade, desmontar crenças e mitos, etc. Este projeto decorreu ao longo de duas épocas desportivas, teve como grupo alvo 416 atletas do sexo masculino, pertencentes às modalidades anteriormente referidas, selecionados através do método de amostragem não probabilística por conveniência e contou com a participação de 11 clubes, 31 treinadores e 31 equipas, participou também a equipa técnica do projeto, a coordenadora e a psicóloga que foi também avaliadora interna. De forma a poder avaliar os conhecimentos, as atitudes dos jovens atletas acerca do VIH antes e depois da implementação do projeto foi aplicado um questionário (Pré-teste) e o mesmo questionário foi aplicado após a intervenção (Pós-teste). Da mesma forma, foi também aplicado um questionário aos treinadores, um pouco diferente do aplicado aos jovens atletas, com o objetivo de averiguar se os seus conhecimentos e atitudes acerca da temática central tinham aumentado, mantido ou modificado.

Depois da seleção dos clubes, foi efetuada uma formação específica para os treinadores, com foco nas competências emocionais e sociais bem como, nas atitudes e conhecimentos em relação ao VIH, no sentido de promover, aos mesmos, um aumento dos conhecimentos no que respeita à saúde e enquadrar a prevenção de infeção pelo VIH no âmbito da educação para a saúde, principalmente, através da relação “desporto-saúde”.

Nesta formação procedeu-se ao esclarecimento dos objetivos do estudo, no final desta formação os treinadores, aceitaram colaborar neste projeto e nesta investigação.

Mais tarde, realizou-se a implementação do programa do treino de competências sociais e emocionais e das dinâmicas associadas à prevenção de comportamentos de risco do VIH, semanalmente com cada equipa durante 15 a 20 minutos, durante toda a época desportiva.

Perante os objetivos que foram propostos, ao longo de toda a época desportiva, foram realizadas dinâmicas com reflexões ou debates, semanalmente com cada equipa, no início ou no fim de cada treino, que abarcavam os conteúdos acerca da temática, cada dinâmica trabalhava uma ou várias competências, aliando sempre que possível, com a prática desportiva, utilizando um exercício/jogo com bola, estas dinâmicas tinham uma duração média de quinze minutos. Outra das componentes principais deste projeto foi a realização de ações de formação aos treinadores. No início, os treinadores foram convidados a participarem numa formação onde se explicava o projeto em pormenor e onde os próprios treinadores eram chamados a realizar algumas dinâmicas, depois desta formação escolhiam, ou não, participar e de entre os que queriam, eram escolhidos para a implementação do projeto, aqueles que tinham equipas entre os 10 e 21 anos e que o horário era aplicável. Então, os treinadores assumiram um papel de mediadores entre a equipa técnica e os atletas, com base em boas práticas comportamentais que se refletem na promoção de saúde, com o objetivo de desenvolverem dinâmicas com os jovens atletas acerca da temática VIH. As dinâmicas realizadas nos treinos foram monitorizadas, semanalmente, pela equipa técnica através do diálogo com os atletas e treinadores, servindo, a mesma, de apoio /auxílio aos treinadores quando solicitado e/ou necessário no decorrer das dinâmicas. Um dos motivos da escolha desta população, é porque são dos mais atingidos pela pandemia e procurámos ir de encontro aos contextos onde estes jovens se encontram e pelos seus interesses, como o desporto. As equipas são importantes porque os comportamentos de carácter sexual não surgem isolados de outros comportamentos, sendo profundamente influenciados por pressões normativas do grupo social em que o indivíduo se insere (O'Keeffe, Nesselhof-Kendall e Baum, 1990)

Os jovens que praticam desporto possuem, regra geral, uma auto-estima mais elevada que os companheiros que não praticam desporto (Kremer, Scully e Ogle 1999), e poderão tornar-se agentes ideais noutros contextos extra-desportivos (nomeadamente o escolar).

Deste modo, a população adolescente deve ser o foco dos esforços de promoção de saúde (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996).

Este projeto utilizou o contexto desportivo tendo como base o facto de o desporto estar a ganhar reconhecimento a nível mundial enquanto meio eficiente no que concerne à promoção da

educação e da saúde. Além disso o desporto é muito importante para as crianças/adolescentes, sendo um espaço que lhes permite experienciar os benefícios da pertença e afiliação (Maro, Roberts & Sørensen, 2009). Para além disso, sabe-se que adolescentes envolvidos num maior capital social ou com maior identificação com os benefícios e valores da sociedade, os quais podem ser desenvolvidos no seio de uma equipa desportiva, têm uma maior tendência a evitar comportamentos de risco (DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996).

3.2. Conceptualização Teórica do projeto *Mente Sã em Corpo Sã*

Como já foi referido anteriormente, a importância destes projetos de prevenção prende-se com o facto de em Portugal, a incidência e a mortalidade por VIH se encontrar entre as mais altas da Europa, em 2010 encontravam-se notificados em Portugal, quase 40 mil casos de VIH nos diferentes estádios de infeção segundo o Departamento de Doenças Infeciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas em colaboração com Coordenação Nacional para a Infeção pelo VIH. Daqui advém a necessidade de uma intervenção ao nível da promoção de saúde e a uma prevenção de comportamentos de risco no que concerne à problemática do VIH/SIDA.

Ao longo dos últimos 20 anos, em Portugal, já foram realizadas diversas campanhas de prevenção, a maioria, foca apenas a veiculação de informação, ou seja, na literacia de saúde associada à problemática (DECO, 2004). Apesar disto, sabe-se que a informação, por si só, não é promotora da mudança de comportamentos de risco associados à infeção pelo VIH (Fisher, 2000), os mesmos autores defendem que além da informação é importante proporcionar aos indivíduos da intervenção, as competências sociais e auto-reguladoras, bem como auto-eficácia na prática de comportamentos mais seguros. Ou seja a promoção de saúde consiste num processo em que se pretende capacitar pessoas de modo a aumentar e melhorar o controlo sobre a sua saúde. As ações de promoção de saúde têm, assim, por objetivo reduzir as diferenças no estado de saúde atual e garantir a igualdade de oportunidades e recursos de modo a capacitar todas as pessoas para atingirem o seu potencial de saúde. Isto inclui uma base segura num ambiente de apoio, o acesso à informação, competências para a vida e oportunidades para fazer escolhas saudáveis. As pessoas não podem atingir o seu potencial de saúde se não forem capazes de assumir o controlo das coisas que determinam a sua saúde (World Health Organization, 1986).

Deste modo, a promoção de saúde e a prevenção dos comportamentos de risco nomeadamente o risco de contrair VIH/SIDA, deve tornar as pessoas capazes de assumir o controlo das escolhas que determinam a sua saúde, mas não basta o acesso à informação. As campanhas de promoção de saúde com o intuito de prevenir os comportamentos sexuais de risco associados à transmissão do VIH, têm sido empreendidas, na maior parte das vezes, de forma teórica e com conteúdos que dificilmente levam à alteração de comportamentos de risco associados à dispersão do VIH (Fisher e Fisher, 2000).

É ainda de salientar que, as estratégias e os programas de promoção da saúde devem ser adaptados às necessidades e possibilidades locais de cada país e/ou região, tendo em conta os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos (World Health Organization, 1986). Deste modo, os programas de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA devem, por isso, definir objetivos estratégicos bem como metas temporais que devem ser traduzidos regional e localmente com base no conhecimento obtido por processos recorrentes de monitorização e avaliação (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2010). Em 2004, um inquérito levado a cabo pela DECO (DECO, 2004), deixou claro que existem ainda muitos mitos associados ao VIH/SIDA.

Atualmente, preservar a saúde é uma função da compreensão e alteração de comportamentos de risco, a perceção deste facto é vital, na medida em que sugere que as estratégias de intervenção, para melhorarem a saúde pública, têm que começar precocemente, antes que os comportamentos de risco se tornem hábitos instalados.

No caso do projeto em análise, verificou-se que não foi tida por base qualquer teoria no que concerne às teorias de promoção de saúde, sendo que, foi desenvolvido com base na intuição dos técnicos envolvidos e utilizando outras teorias do universo da psicologia. Deste modo, não foram aproveitados alguns contributos importantes que estas teorias, baseadas em inúmeros estudos empíricos, poderiam trazer para todo o processo de avaliação e intervenção do projeto. Contudo, pode dizer-se que, apesar de não haver uma teoria específica de promoção de saúde que oriente o projeto em causa, a intuição dos técnicos levou-os a ter em conta alguns fatores que são importantes para algumas dessas teorias, principalmente para a teoria socio-cognitiva. Esta teoria defende que o maior problema no que respeita à mudança comportamental não é simplesmente instruir as pessoas no que precisam de fazer (ex. como colocar o preservativo), mas sim proporcionar-lhes as competências sociais e auto-reguladoras e as auto-crenças necessárias para as levar a enveredar por comportamentos mais seguros (Fisher e Fisher, 2000).

Segundo Bandura (*cit in* Fisher e Fisher, 2000), para uma intervenção de mudança comportamental ser realmente eficaz tem que ter em conta quatro componentes: (1) uma componente informacional para aumentar a consciência e conhecimento acerca dos riscos para a saúde e para convencer as pessoas de que têm a capacidade de mudar o comportamento; (2) uma componente de desenvolvimento de competências de auto-regulação e de redução de riscos necessária para traduzir o conhecimento do risco em comportamento preventivo; (3) uma componente para aumentar o nível destas competências e o nível de auto-eficácia dos indivíduos no que respeita a estas competências e (4) uma componente que desenvolve ou proporciona aos indivíduos suporte social, de modo a facilitar o processo de mudança e a promover a manutenção.

No que concerne ao projeto *Mente São em Corpo São*, duas destas componentes podem ser moderadamente atingidas, sendo que, outra delas pode também ser atingida mas de forma leve. Podem ser atingidas moderadamente, a componente informacional, à qual é dada uma grande relevância neste projeto, tanto ao nível dos jovens-alvo da intervenção, mas também dos treinadores e até mesmo da comunidade quando se realizam ações de divulgação nos intervalos dos jogos e a componente de suporte social. Este suporte social pode ser encarado como o desenvolvimento de capital social, ou seja, a mobilização da comunidade para a urgência e importância deste problema. Pode ser ainda encarado como a capacitação (*empowerment*) dos treinadores, permitindo que estes, enquanto figuras-modelo, possam servir de suporte social na promoção de mudança e ajudem na manutenção dos comportamentos.

Quanto à outra componente que pode ser atingida de forma ligeira, consiste no desenvolvimento de competências de auto-regulação e de redução de riscos. Considera-se que, com o desenvolvimento do treino de competências sociais e emocionais, apesar de serem trabalhadas algumas competências comportamentais/cognitivas de auto-regulação, como por exemplo a assertividade.

Parte Empírica

1. Objetivos

Tal como foi descrito na parte teórica, os programas de promoção para a saúde, para serem eficazes precisam de ter algumas características, que estão presentes no programa *Mente São em Corpo São*. Por exemplo, no início deverão realizar-se um diagnóstico das necessidades da

população alvo. Sendo adolescentes temos que adequar a linguagem e os materiais aos mesmos e ter em conta o seu próprio desenvolvimento quando se define as estratégias de ação ou as intervenções a realizar.

Os objetivos desta investigação coincidiram com alguns dos objetivos do próprio projeto, esses objetivos foram os seguintes: avaliar se os conhecimentos dos participantes sobre o VIH/SIDA aumentaram, e o outro objetivo foi verificar e se as atitudes sobre o VIH-SIDA se modificaram, entre os dois momentos de avaliação, o período pré e pós intervenção do projeto. É importante avaliar os conhecimentos dos jovens, pois sabe-se que com mais conhecimentos os jovens têm mais capacidades de resolução dos seus problemas.

Uma vez que várias competências sociais e emocionais foram treinadas durante a intervenção, de forma detalhada com base em dinâmicas de grupo, precisou-se de descobrir se as atitudes dos jovens se modificaram após a intervenção, uma vez que a mudança das atitudes, pode ser um bom preditor para uma mudança no comportamento.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra inicial foi constituída por 416 participantes do sexo masculino, no total as idades variaram entre os 10 e os 21 anos, sendo que a média das idades do projeto foi de 14 anos ($M = 14,19$ $DP 2,27$). No final da intervenção dos 416 participantes iniciais, apenas 255 preencheram de novo o questionário (Tabela 1.)

Todos os sujeitos eram praticantes de modalidades desportivas, maioritariamente residentes em meio urbano nos distritos de Beja e Évora.

A seleção dos participantes, para o grupo alvo da intervenção, foi realizada através de um método de amostragem não probabilística por conveniência (modalidades: futebol, andebol, basquetebol, pólo aquático, rugby). O desporto com mais participantes foi o futebol.

TABELA 1.**Caracterização sociodemográfica da amostra**

		Ano 1			Ano 2			Total		
		T₀	T₁	Total	T₀	T₁	Total	T₀	T₁	Total
		n	n	N	n	n	n	n	N	N
Modalidade desportiva	futebol	96	43	139	173	111	284	269	154	423
	basquetebol	45	27	72	0	0	0	45	27	72
	polo aquático	30	27	57	0	0	0	30	27	57
	andebol	34	27	61	26	20	46	60	47	107
	rugby	0	0	0	12	0	12	12	0	12
Idade	10.00	10	2	12	7	0	7	17	2	19
	11.00	27	16	43	23	16	39	50	32	82
	12.00	37	20	57	21	12	33	58	32	90
	13.00	21	23	44	19	13	32	40	36	76
	14.00	30	4	34	28	27	55	58	31	89
	15.00	27	20	47	41	18	59	68	38	106
	16.00	19	9	28	37	24	61	56	33	89
	17.00	20	19	39	21	13	34	41	32	73
	18.00	11	8	19	14	7	21	25	15	40
	19.00	1	1	2	0	1	1	1	2	3
	20.00	2	0	2	0	0	0	2	0	2
	21.00	0	2	2	0	0	0	0	2	2
	Média	13.85	14.22	13.99	14.36	14.40	14.38	14.11	14.31	14.19
	Mediana	14.00	14.00	14.00	15.00	14.00	15.00	14.00	14.00	14.00
Moda	12.00	13.00	12.00	15.00	14.00	16.00	15.00	15.00	15.00	
Desvio padrão	2.35	2.47	2.40	2.18	2.06	2.13	2.27	2.27	2.27	
Total	205	124	329	211	131	342	416	255	671	

2.2. Instrumentos

O instrumento utilizado nunca foi testado, uma vez que foi construído pela psicóloga do projeto de propósito para avaliar este programa de competências e alguns dos seus dados são utilizados nesta investigação. O questionário foi baseado em muitos outros questionários para jovens sobre o tema, como o *Inventário de Conhecimento sobre a Infecção VIH/SIDA* (Vilaça, 1994).

Este questionário é constituído por quatro partes: a primeira parte é constituída por cinco questões de resposta aberta; a segunda parte constituída por cinco questões de resposta tipo Likert; a terceira parte por três questões de resposta tipo Likert e resposta aberta e, a última parte constituída por 2 questões de resposta tipo Likert.

Quanto aos conhecimentos e atitudes relativamente ao VIH, o instrumento reflete uma avaliação de conhecimentos e atitudes de prevenção do VIH e a infeção SIDA. O mesmo questionário foi aplicado antes e depois da intervenção.

O instrumento construído é constituído por um primeiro conjunto de questões para caracterizar a amostra seguido de quatro partes:

Dados sociodemográficos: avaliados por um conjunto de questões onde se pretendia obter informações acerca da idade, sexo, habilitações literárias e modalidade desportiva que os participantes praticam e habilitações literárias. Estes dados serviram para caracterizar a amostra desta investigação. A primeira parte tem cinco questões de resposta aberta com as quais se pede ao jovem que refira o que lhe ocorre imediatamente quando pensa em Adolescência, Jovens Atletas, Sexualidade, Preservativo e Sida. Estas questões de resposta aberta seriam para avaliar sobre o que o jovem pensa sobre os temas questionados, estes dados não foram analisados nesta investigação. A segunda parte do questionário é constituída por 5 questões sobre conhecimentos e opiniões sobre o VIH. As duas primeiras perguntas são de resposta múltipla sobre quais os veículos transmissores do VIH e a forma como se transmite o vírus. As seguintes duas perguntas são sobre quais os grupos de pessoas que correm mais risco de contrair o VIH, esta pergunta é medida do 1 ao 5, sendo 1 = Muito Baixo e 5 = Muito Alto. A quinta questão é sobre o que o jovem poderá fazer com uma pessoa conhecida se soubesse que esta está infetada com o vírus. Desta parte do questionário, analisei os dados das perguntas 1,2, 4 e 5. (Tabela 2 página 23) A terceira parte é composta por 7 questões sobre a sexualidade: se o jovem fala sobre o tema, com quem o faz e porque escolheu essas pessoas, se esclarece as dúvidas e porquê e com quem

gostaria de falar mais sobre a temática. Os dados das questões 1,2 e 3 foram analisados nesta investigação. Na quarta e última parte, são 6 perguntas sobre os comportamentos sexuais e atitudes na relação sexual, se o jovem já teve relações sexuais, se usou o preservativo na primeira relação, e a prevalência do uso do preservativo. Os dados que utilizei neste estudo foram a prevalência do uso, e a opinião de usar o preservativo. De todos os dados do questionário, só utilizei os que considerei mais pertinentes sobre a temática do VIH. (Ver o questionário no Anexo 1).

2.3. Procedimentos

A recolha dos dados decorreu no período de Setembro de 2009 a Julho de 2011, tendo-se utilizado o instrumento de avaliação, o questionário de conhecimentos e atitudes face ao VIH, que já foi anteriormente descrito.

Depois de organizar as aplicações dos questionários, contactou-se os treinadores dos clubes desportivos de Évora, Beja e Redondo foram abordados na eventualidade de participarem e foi pedida a colaboração voluntária dos participantes para o projeto.

Após a concordância dos clubes, foi dado a todos os participantes um pedido de autorização no projeto para os pais e encarregados de educação. (Ver no Anexo 2).

Quanto às condições de aplicação, importa referir que todas as aplicações foram realizadas por mim, tendo uma duração total aproximadamente de 20 minutos.

O facto de se ter optado por uma única pessoa a realizar todas as aplicações relaciona-se com o objetivo de haver um maior controlo das condições de recolha dos dados, sendo que se começou com uma breve apresentação dos objetivos da investigação e destacou-se a confidencialidade dos resultados, de modo a aumentar o envolvimento dos participantes na tarefa. Este estudo teve dois momentos para averiguar se ocorreram alterações no que concerne às atitudes e conhecimentos acerca da temática SIDA, tendo por base um questionário, que foi passado antes do projeto se iniciar e no final do projeto, constituído pelos dados demográficos e pelas questões de conhecimentos do VIH, respetivamente, com a garantia de confidencialidade e anonimato das respostas, ao mesmo tempo que lhes foi explicado a natureza da investigação. De um modo geral, não surgiram dificuldades significativas nas respostas e as dúvidas dos participantes foram esclarecidas, sendo aconselhada uma leitura mais atenta das instruções e

respetivos itens ou através de uma breve explicitação oral do vocábulo. Na recolha dos dados, foram tidos em conta todos os procedimentos que preservam a participação voluntária e informada dos jovens bem como a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo assim garantidos os cuidados éticos e deontológicos. Após os procedimentos de recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos com recurso a testes estatísticos. O software utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences 20.0* (SPSS). Realizou-se o teste de qui-quadrado de forma a analisar a relação de independência entre as diferentes variáveis qualitativas e o teste t-student para comparação de médias entre amostras na fase de pré-intervenção e pós-intervenção do projeto, com um nível de significância de 5%.

3. Apresentação e Análise de Resultados

A seguinte tabela mostra a média de respostas corretas relativas aos conhecimentos sobre o modo de transmissão do VIH no momento de avaliação antes e depois da intervenção. Os resultados demonstram que em média o nível de literacia sobre o VIH entre os jovens participantes do projeto aumentou. Este aumento de 2,86% (em média) é estatisticamente significativo.

TABELA 2.

Resultados da percentagem de respostas corretas sobre VIH

		Momento de recolha dos dados		p-values
		T ₀ , %	T ₁ , %	
Na tua opinião, quais dos seguintes líquidos orgânicos são veículos transmissores do VIH?	Saliva	75.2	87.5	< .0001
	Esperma	84.6	89.8	0.9
	Urina	86.3	87.8	0.4
	Leite materno	22.1	60.4	< .0001
	Suor	92.1	95.7	0.6
	Secreções vaginais	61.1	76.1	< .0001
	Lágrimas	97.6	96.9	0.2
Na tua opinião, a SIDA pode transmitir-se pelo contacto com indivíduos infectados, através de:	Espirros	84.9	90.6	.03
	Tosse	86.8	91.8	.04
	Partilha de alimentos	82.0	87.5	0.2
	Transfusões de sangue	27.9	19.2	.01
	Partilha de agulhas	72.6	81.6	.01
	Gravidez	34.1	52.5	<.0001
	Sexo vaginal sem preservativo	80.5	88.6	.01
	Sexo anal sem preservativo	41.8	61.6	<.0001
	Sexo oral sem preservativo	32.9	51.4	<.0001
	Partilha de escovas de dentes	33.7	38.4	0.9
	Uso de instalações sanitarias	81.7	81.6	0.9
	Sexo vaginal com preservativo	75.2	79.6	0.2
	Sexo anal com preservativo	87.3	88.6	0.4
	Sexo oral com preservativo	90.9	87.8	0.8
	Partilha de talheres e copos	91.3	92.9	0.8
	Beijos	72.4	86.3	<.0001
	Abraços	95.4	97.3	0.7
Partilha de roupa interior	87.0	88.2	0.3	
Utilização de objectos cortantes	44.7	57.6	.001	
Na tua opinião, corre mais risco de ser infectado pelo VIH/SIDA quem...	Usa preservativo	85.6	82.0	0.2
	Tem sempre o mesmo parceiro	11.5	12.5	0.6
	Muda frequentemente de parceiro	63.7	73.7	.01
	Toma a pílula contraceptiva	26.4	30.2	0.2
	Utiliza espermicidas	31.7	38.8	0.9
Grupos de risco versus comportamentos de risco		9.4	31.4	<.0001

TABELA 3.

Resultados quanto à literacia sobre VIH/SIDA (pontuação total)

	Momento de recolha dos dados		
	T₀	T₁	
n	416	255	
Média	20.50	22.86	
Mediana	20.50	23.00	<i>p</i> <.0001
Moda	20.00	24.00	
Desvio padrão	3.40	3.37	

Na tabela 4, quanto à pergunta se descobrisse que uma pessoa próxima de ti que tivesse sido infetada pelo VIH aceitarias, mostra resultados significativos para os valores entre o antes e o após a intervenção do projeto, houve aumentos em todas as categorias da pergunta, sendo que os resultados estaticamente significativos foram nas ações: trabalhar, almoçar, ir de férias e continuar a ser amigo dela, estes resultados refletem uma mudança de atitudes dos jovens após a intervenção relativamente às pessoas infetadas pelo VIH.

TABELA 4.**Resultados quanto às atividades que fariam com uma pessoa próxima infectada pelo VIH**

		Momento de recolha dos dados		p-values
		T ₀	T ₁	
Brincar/ praticar desporto com ela	não	38.2	34.1	0.6
	sim	61.8	65.9	
Trabalhar com ela	não	42.3	34.1	.04
	sim	57.7	65.9	
Almoçar com ela	não	48.1	40.0	.04
	sim	51.9	60.0	
Ir de férias com ela	não	56.0	47.8	.04
	sim	44.0	52.2	
Continuar a vê-la	não	32.7	26.7	0.1
	sim	67.3	73.3	
Continuar a ser amigo dela	não	21.4	12.9	.01
	sim	78.6	87.1	
Namorar com ela	não	82.2	81.6	0.2
	sim	17.8	18.4	

Quanto à facilidade em abordar o tema da sexualidade, antes e depois da intervenção, os resultados mostram que, no final da intervenção, os atletas estavam mais disponíveis e recetivos para abordarem o tema da sexualidade no seu dia-a-dia. Apesar do aumento de 72,7% para 79,3% de participantes que afirmaram falar com frequência acerca do tema da sexualidade, o mesmo não é estatisticamente significativo.

TABELA 5.**Resultados se abordam o tema, antes e depois da intervenção**

		Costumas falar sobre o tema da sexualidade?		
		Não	Sim	Total
T₀	N	111	295	406
	%	27.3%	72.7%	100.0%
T₁	N	52	199	251
	%	20.7%	79.3%	100.0%

Relativamente às pessoas com quem os jovens abordam o tema da sexualidade, os resultados totais demonstram que a maioria dos atletas costumam falar de sexualidade com os amigos (78,7%), em seguida com os colegas de escola (68%) e colegas dos treinos (49,2%), com os seus parceiros ou parceiras (35,8%), sendo os familiares, irmãos ou pais, treinadores e professores os menos contactados para falar sobre a sexualidade. Entre o pai e a mãe, os rapazes falam mais com a mãe (31,4% *versus* 27,9%). Comparando a percentagem de atletas que falam com o treinador e respetivos colegas de treino, no pré e pós-intervenção, verificou-se um aumento estatisticamente significativo de 9,8% e 16,1% respetivamente, ou seja, no final da intervenção houve um maior número de jovens atletas a conversar sobre o tema com os treinadores e colegas de equipa.

TABELA 6.

Resultados sobre com quem costumam falar sobre sexualidade

	T₀	T₁	Total	p-value
	(%)	(%)	(%)	
Com pai	25.1	32.2	27.9	0.8
Com mãe	29.2	34.7	31.4	0.6
Com amigos	80.0	76.9	78.7	0.3
Com colegas de escola	69.2	66.3	68.0	0.2
Com colegas de treino desportivo	42.7	58.8	49.2	<.0001
Com irmãos	17.6	24.6	20.4	0.2
Com parceiro(a) / namorado(a)	33.9	38.7	35.8	0.3
Com professores	27.8	31.2	29.1	0.8
Com treinadores	8.8	18.6	12.8	.001
Com outras pessoas	4.1	7.5	5.5	0.7

Os resultados da tabela 7 vão de encontro aos resultados da tabela anterior, os quais mostram a mãe e os colegas dos treinos desportivos como as pessoas com quem os jovens

gostariam de falar mais sobre sexualidade. A percentagem de jovens que gostariam de falar com a mãe sobre o tema, aumentou de 20% para 29,8%, e no caso dos colegas dos treinos desportivos registou-se uma subida de 14,4% para 20,4%, com relevância estatística. Em todas as pessoas de referência houve um aumento, exceto nos amigos, mas as pessoas com quem os jovens querem falar mais continuam a ser os amigos, depois os pais, os parceiros e os restantes. Isto traduz-se numa abertura crescente dos jovens face à sexualidade, resultante da intervenção na equipa desportiva, visto que o projeto proporcionou novos espaços de conversa para se dialogar sobre o tema, os quais permitiram trabalhar e desenvolver uma mudança de atitude por parte dos jovens atletas face aos seus pares.

TABELA 7.

Resultados sobre com quem gostariam de falar ou falar mais sobre sexualidade

	T₀	T₁	Total	p-value
	(%)	(%)	(%)	
Com pai	21.6	27.8	24.0	0.7
Com mãe	20.0	29.8	23.7	.004
Com amigos	31.7	31.4	31.6	0.3
Com colegas de escola	23.8	24.3	24.0	0.3
Com colegas de treino desportivo	14.4	20.4	16.7	.04
Com irmãos	12.3	14.5	13.1	0.8
Com parceiro(a) / namorado(a)	22.1	23.1	22.5	0.6
Com professores	16.8	19.6	17.9	0.9
Com treinadores	5.8	11.0	7.7	.01
Com outras pessoas	3.4	6.3	4.5	0.9

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na frequência do uso do preservativo, antes e depois da intervenção. Contudo, ressalva-se que a maioria dos jovens no início e fim da intervenção (76,4% e 84,3%, respetivamente), referiu ter usado o preservativo na sua primeira relação sexual ou que faz uso do mesmo no decorrer da sua vida sexual ativa.

Podemos também referir um pequeno aumento do uso do preservativo entre os dois momentos de avaliação de 82,9% para 86,2% nos jovens que têm uma vida sexual ativa. O

aumento do uso do preservativo pode também refletir o início da vida sexual por parte de alguns atletas, ao longo dos 9 meses de intervenção.

TABELA 8.

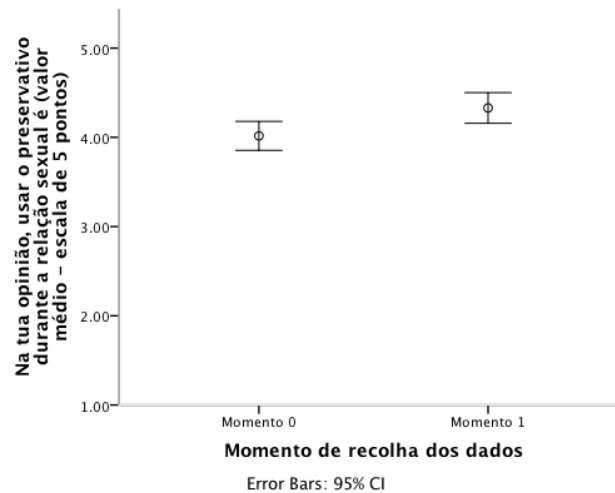
Resultados sobre e prevalência do uso de preservativo, por momento de avaliação

		Se sim, usaste preservativo na tua primeira relação sexual?		Nas tuas relações sexuais costumavas usar o preservativo?	
		não	sim	Não	sim
T₀	N	20	121	13	63
	%	14.2%	85.8%	17.1%	82.9%
T₁	N	25	81	8	50
	%	23.6%	76.4%	13.8%	86.2%
Total	N	45	202	21	113
	%	18.2%	81.8%	15.7%	84.3%

A figura 1 mostra que o grupo avaliado no final da intervenção obteve uma pontuação média de valorização positiva sobre o uso do preservativo significativamente superior ($M=4.32$) ao grupo de adolescentes avaliados no início da intervenção ($M=4.02$). Mais uma vez se demonstra que a intervenção teve resultados positivos, uma vez que houve uma subida na opinião do uso do preservativo após a intervenção do projeto.

FIGURA 1.

Pontuação média, em escala de 5 pontos, à pergunta “Na tua opinião, usar o preservativo durante a relação sexual é...” (1 =negativo; 2=positivo)



3. Discussão

Esta discussão tem como objetivo principal explorar o significado dos resultados que foram obtidos e aprofundar a intervenção realizada a que se refere este estudo.

Neste sentido, sugerem-se os seguintes resultados encontrados fundamentando a discussão dos mesmos com base na literatura.

Sobre a literacia em VIH/SIDA entre os dois momentos de avaliação, em média, os jovens aumentaram o número de respostas corretas depois da intervenção, o que vai ao encontro a um dos objetivos do estudo. Com os resultados observados é cada vez mais importante uma contribuição de todos na prevenção da SIDA, proporcionando informação adequada e persistente, que permita aos jovens optar por estilos de vida mais saudáveis.

Outro dos resultados mais significativos foi com quem os jovens costumam falar mais sobre sexualidade. Os resultados revelaram que é na maioria com os amigos, colegas de escola e colegas de treinos e parceiros. Só depois vem a família, entre os pais, é com a mãe que os rapazes

se sentem mais a vontade a falar de sexualidade. O estudo de Matos, Tomé, Gaspar, Camacho e Dinis (2006) vai de encontro aos resultados desta investigação, que revela que os adolescentes consideram mais fácil falar com a mãe do que com o pai, e mais fácil falar com o melhor amigo e com amigos do mesmo género, ou seja os resultados demonstraram serem os amigos e colegas de treinos com quem os jovens falam mais sobre o tema. Também se verifica que antes da intervenção falavam com o treinador apenas 8,8% e depois da intervenção passaram a falar 18,6%, e com os colegas dos treinos desportivos também aumentou de 42,7% para 58,8%, o que mostra como a intervenção modificou os comportamentos, neste caso o falar sobre sexualidade. Uma vez que é um estudo pioneiro em Portugal, e nos mesmos moldes não existem projetos mesmo que internacionalmente iguais, não há referências de estudos semelhantes.

No estudo de (Cláudio e Sousa, 2003), a primeira relação sexual dos jovens ocorreu em média, aos 16 anos, o que reforça a importância da prevenção junto dos jovens, não só os que estão na escola como os que não se encontram no contexto educativo. Este estudo refere que os programas de prevenção do VIH devem ter em consideração a especificidade das representações sobre o VIH de cada um dos sexos, pensam que é fundamental o trabalho de educação e formação, específicos para cada sexo, considerando as crenças e representações particulares. Foi exatamente pensando nestas diferenças entre os géneros e no contexto específico do desporto, que este projeto foi desenhado para os jovens do sexo masculino.

Em síntese, pode referir-se que relativamente ao primeiro objetivo desta investigação, os resultados mostraram que a literacia sobre o VIH aumentou nos jovens da pré para a pós intervenção.

Relativamente ao segundo objetivo desta investigação, os resultados demonstram que houve uma mudança, seja ela na valorização do preservativo como no aumento do seu uso, e também com as atitudes a melhorarem face a pessoas infetadas com o vírus.

Nos estudos de Matos, Tomé, Gaspar, Camacho e Dinis (2006), a análise dos resultados sugere que quando o conhecimento acerca dos modos de transmissão é deficitário, as atitudes face às pessoas infetadas tendem a ser menos positivas. As competências sociais, o desenvolvimento do autoconceito, a participação, a resolução de problemas e a tomada de decisão são aspetos fundamentais.

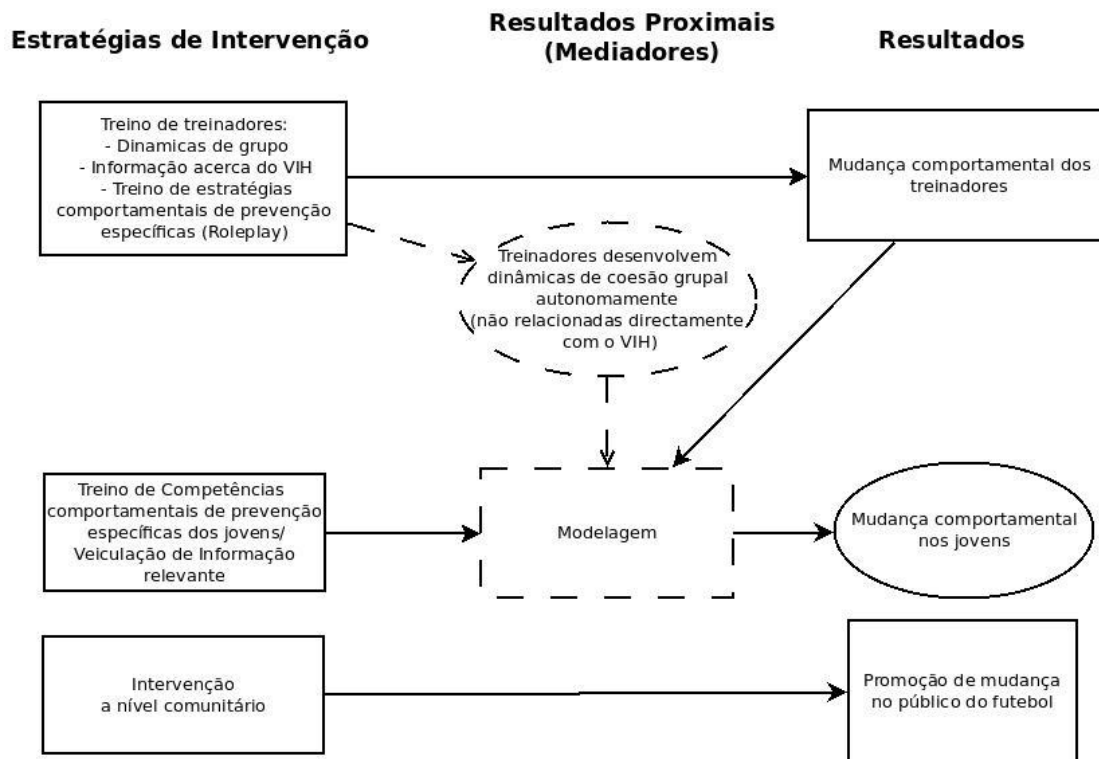
Este estudo demonstra que a intervenção do nosso estudo está correta, pois quando se treinam as competências e se informa os jovens, estes manifestam atitudes mais positivas.

Quanto às mudanças de atitudes, os jovens modificaram as suas atitudes consoante o que aceitariam fazer se descobrissem que uma pessoa próxima efetivamente tinha sido infetada pelo VIH, os resultados demonstraram que nos valores após o projeto aumentou em todas as atividades, estes resultados refletem a mudança de atitudes dos jovens com as pessoas infetadas pelo VIH.

Entre aqueles que afirmaram manter vida sexual ativa, houve uma valorização do uso do preservativo, entre o antes e depois da intervenção, o que mostra uma mudança de atitude perante o seu uso, os dados constataam que eles costumam usar o preservativo, da primeira vez é 76,4% dos jovens e os que têm uma vida sexual ativa são 84,3% dos jovens que utilizam o preservativo, estes dados refletem também o estudo anterior de Matos, Tomé, Gaspar, Camacho e Dinis (2006) em que se verificou uma redução dos que afirmaram que na última relação sexual não utilizaram preservativo (de 29,9% para 18,9%). Em síntese, a generalidade dos resultados obtidos apontam para a necessidade de se atuar mais vezes com os jovens sobre esta temática, uma vez que mesmo com o ensino escolar, os jovens demonstram falta de conhecimentos e atitudes baseadas nessa falta de conhecimentos.

Neste sentido como sugestão gostaria de propor um modelo mais conceptual que permita intervir e avaliar esta intervenção, baseando-me, por isso, em duas teorias de promoção de saúde e prevenção do VIH/SIDA, nomeadamente a teoria socio-cognitiva (Bandura) e a teoria informacional-motivacional-comportamental (Fisher & Fisher, 2000).

FIGURA 2. Modelo Conceptual



Segundo Fertman, Allensworth & Auld (2010), é importante ter em conta três níveis de influência no desenvolvimento de programas de promoção de saúde: intra-pessoal (individual), inter-pessoal e populacional.

Em primeiro lugar, seriam desenvolvidas sessões de treino para os treinadores, nas quais os mesmos eram treinados a desenvolver autonomamente dinâmicas simples com o intuito de melhorar a coesão da equipa e as relações entre os jogadores.

Seguidamente, após todas as sessões de treino dos treinadores, começar-se-iam sessões de treino de competências comportamentais com os jogadores em que seriam treinados, o uso correto do preservativo, afirmação sexual, recusa, provisão de informação, auto-regulação, resolução de problemas e reconhecimento de riscos (St. Lawrence et al., 1995), envolver-se-iam, sempre que possível, os treinadores, como figuras de identificação, de modo a estimular a aprendizagem por modelagem (Bandura, 1969).

O que esta intervenção vem demonstrar é que mesmo com a educação sexual nas escolas, nem todos os jovens conseguem apreender estes temas da mesma maneira, e que por vezes necessitam que uma abordagem mais próxima das necessidades deles. Em resumo, os resultados confirmam que os conhecimentos dos jovens sobre ao VIH-SIDA aumentaram, que as atitudes face às pessoas seropositivas também melhoraram, e houve uma valorização do uso do preservativo, entre o antes e após o projeto.

Conclusão

Este projeto caracterizou-se pelo seu inovador carácter interventivo, com uma metodologia muito dinâmica, que permitiu uma abordagem aos jovens de grande proximidade numa área complexa e fundamental, como é a sexualidade.

Além dos resultados apresentados nesta investigação, houve muitos mais resultados que não foram analisados para este estudo, e outros resultados que não são de todo mensuráveis, mas também significativos. Durante toda a época em que os jovens foram questionando e tirando as suas dúvidas com os treinadores, com o técnico, sobre vários temas da sexualidade, uma vez que as sessões não foram gravadas, estes dados não podem ser analisados. Houve muita participação dos jovens em todas as dinâmicas e nas discussões durante as mesmas, fizeram muitas perguntas diferentes que foram surgindo com as conversas do grupo e que foram discutidas e trabalhadas ao mesmo tempo que as dinâmicas que já estavam planeadas desde o início da época.

A parte da sexualidade foi sempre um tema atual para estes jovens, uma vez que estando todos em grupo (todos do género masculino) era mais fácil expor questões pertinentes para o seu género, sendo que muitas vezes todos tinham a mesma questão, o que pode ser considerado uma mais valia neste projeto, porque os jovens verbalizaram que uma vez todos juntos no mesmo grupo se sentiam mais à vontade para questionar sobre o tema.

Outra inovação deste projeto, foi que não teve que se compor um novo grupo, para ser o grupo alvo do programa, foram utilizadas equipas que já existiam e que estavam todas as semanas no mesmo horário, treinadores e atletas com os temas recorrentes que foram trabalhados, as competências sociais e emocionais. Por exemplo: num dia em que treinavam para um jogo com uma equipa que estava num lugar na tabela superior ao seu, competências como resiliência, motivação e outras seriam trabalhadas nessa sessão.

Quanto aos objetivos deste estudo, estes foram concretizados, procedeu-se a avaliação do projeto sobre se houve um aumento dos conhecimentos dos jovens sobre o VIH, o que se concluiu com os dados, estes valores aumentaram depois da intervenção. Quanto ao objetivo da mudança nas atitudes dos jovens, este foi também alcançado, ou seja as atitudes modificaram-se, as atitudes dos participantes passaram a ser mais favoráveis com as pessoas infetadas com o VIH, houve uma maior valorização do uso preservativo pelos jovens e estes também passaram a falar mais com os treinadores e colegas dos treinos desportivos, sobre o tema da sexualidade, algo que não faziam tanto antes do projeto.

Quanto á avaliação não é a última fase no processo de criação, operacionalização e manutenção de um programa de promoção de saúde e tem vindo a verificar-se que, nos programas de promoção de saúde mais eficazes, esta tem início concomitante com o começo do planeamento do programa e mantém-se a par da aplicação do mesmo (Perales, Fourney, MKNelly & Mamary, 2010).

A avaliação de um programa de promoção de saúde fornece um conjunto de informações que serve uma grande variedade de finalidades, entre elas, averiguar a viabilidade do programa antes de este ser posto em prática, garantir que o programa é implementado como foi projetado, identificar os problemas que podem pôr o programa em causa, monitorizar se o programa está a produzir os efeitos desejados, produzir conhecimento, demonstrar a efetividade do programa à população-alvo, ao público e aos financiadores (Thompson, Kegler & Holtgrave, 2006).

A efetividade dos programas de promoção de saúde relaciona-se com a promoção de capacidades nos indivíduos, ou comunidades, de controlarem os fatores que determinam a sua saúde ou com o impacto dessa promoção na saúde e nos seus determinantes (Salazar, 2004). Assim, a avaliação da efetividade de um programa de promoção de saúde serve para determinar se a intervenção efetuada serve os propósitos para que foi criada. Como tal, a avaliação incide sobre o que foi feito e se o programa sortiu os efeitos desejados e porquê (Salazar, 2004).

As avaliações dos resultados medem, por exemplo, as mudanças nos conhecimentos, atitudes e comportamentos após a implementação do programa (Higginbotham, 1992, cit. in Russell-Mayhew, 2006). Por outro lado, a avaliação do processo torna-se fundamental para determinar por que razão se alcançaram os resultados obtidos e não outros, para além de que fornece informação essencial para melhorar o programa em si, na prática futura e, para a obtenção de melhores resultados (Baum, 2002).

As características que promovem a efetividade dos programas de promoção de saúde são:

1. O facto de terem por base as necessidades reais e específicas da população (Holtgrave, Qualls, Curran, Valdiserri, Guinan e Parra, 1995). A avaliação das necessidades da população à qual se pretende destinar o programa constitui a primeira etapa de um programa de promoção de saúde, sendo que a seleção da população-alvo deve ser baseada, em grande parte, na epidemiologia da doença ou dos comportamentos de risco a ter em consideração (Price, Dake & Ward, 2010)

2. Serem sensíveis às competências e necessidades de desenvolvimento dos indivíduos. No caso dos jovens, devem ter em conta o desenvolvimento cognitivo dos mesmos e devem

incidir sobre os desafios e preocupações que lhes são pertinentes, como por exemplo maturidade físico, as relações entre pares, a autonomia, as transições escolares, podendo assim ter um maior impacto (Crockett & Petersen, 1993).

3. Transmitirem uma mensagem adequada à população-alvo, sendo sensíveis à cultura, ao estágio de desenvolvimento e às especificidades da linguagem dos indivíduos, devendo usar uma linguagem que seja compreensível para os mesmos (Kirby, Crosby, Santelli & Diclemente, 2009).

4. Terem objetivos claros e metas exequíveis, assim como estratégias bem operacionalizadas, que irão ser utilizadas, tanto na planificação como execução e avaliação do programa, de modo a manter a direção e o foco estabelecido (Holtgrave, Qualls, Curran, Valdiserri, Guinan e Parra, 1995).

5. Terem disponíveis os recursos humanos e materiais suficientes. Quando não estão disponíveis os recursos suficientes para alcançar os objetivos, estes devem ser reestruturados de forma a atender aos recursos de que dispõem (Kirby, Crosby, Santelli & Diclemente, 2009).

Tendo em conta a importância da avaliação da efetividade dos programas de promoção de saúde, podem verificar-se várias limitações no programa *Mente Sã em Corpo Sã* que dificultam a avaliação do mesmo, o que pode de alguma forma ter influenciado os resultados obtidos.

Nomeadamente o instrumento de avaliação, foi preenchido ao ar livre, podendo ter havido distrações dos jovens, por outro lado, o facto da recolha de dados se ter confinado a uma só região do País, o Alentejo, não podemos generalizar estes dados para toda a população portuguesa. No que respeita aos questionários, foi possível verificar que não houve um controlo relativamente à saída e/ou entrada de atletas ao longo da época desportiva ocorrendo, conseqüentemente, uma discrepância no que concerne à amostra na fase de Pré-teste em comparação com a fase de Pós-teste, sendo que o numero de atletas no inicio da época desportiva foi superior ao numero de atletas no final da mesma, pois, não foi efetuada uma correspondência entre estas duas fases repercutindo-se este facto no tratamento dos dados estatísticos. As limitações da aplicação do questionário foram: não ter havido um estudo prévio das propriedades psicométricas dos questionários aplicados aos atletas; o facto da recolha de dados ter sido anónima (e não apenas confidencial) não permitiu observar a evolução intra-indivíduo entre os momentos pré- e pós-intervenção; o facto da recolha de dados ter sido feita por elementos da equipa de implementação do projeto (aumenta o risco do efeito de desejabilidade social, nas respostas pós-intervenção); não foram avaliados os ganhos das competências sociais e

emocionais, que permitiriam verificar se as dinâmicas realizadas produziram as mudanças pretendidas; a ausência de um grupo de comparação, que permitiria avaliação de ganhos de saúde específicos ao projeto (evitando vieses de interpretação).

No caso das limitações da implementação do projeto, foi possível verificar, no decorrer e também na fase final do mesmo, que o contexto ou ambiente onde foram realizadas as dinâmicas, limitou por vezes, a utilização de alguns materiais, pelo que houve necessidade de ajustar as mesmas perante o ambiente desportivo em que decorriam (e.g. campos de futebol descobertos, balneários). No Inverno, por exemplo, as condições climatéricas eram um obstáculo diante da realização das dinâmicas em campo; o espaço balneário, a nível de acústica e mesmo de espaço propriamente dito, limitava a comunicação entre atletas, a equipa técnica e o treinador, não permitindo, por vezes, que se ouvisse com clareza.

Na escolha dos instrumentos existem duas características fundamentais que devem ser tidas em conta, uma vez que poderão influenciar a qualidade dos dados obtidos: a fiabilidade, que reflete em que medida o instrumento é livre do erro aleatório e indica a consistência interna dos resultados, e a validade que se refere ao grau em que o instrumento mede aquilo que é suposto medir (Pallant, 2005).

No entanto, as mudanças observadas no decorrer e/ou no final do programa podem dever-se a outras influências que não a própria intervenção. Como tal, a inclusão de um grupo de controlo, semelhante em termos de variáveis-critério a definir, pode colmatar esta questão (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2006). Um importante princípio metodológico na avaliação da efetividade é que os grupos sejam comparáveis, o que remete para um design experimental em que ambos os grupos (grupo alvo e de controlo) são selecionados aleatoriamente mas, idealmente, seguindo uma amostragem emparelhada (deforma a garantir a similitude dos grupos em termos de variáveis consideradas relevantes – sexo, idade, etc.). No entanto, nem sempre é possível efetuar uma seleção aleatória dos grupos nos programas de promoção de saúde, sendo mais favorável utilizar um design quase experimental em que os grupos não são selecionados aleatoriamente, recorrendo à comparação entre dois grupos que naturalmente são distintos relativamente à variável de exposição (por exemplo, uma ação de educação em saúde) em estudo (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2006).

Este treino de competências em meio desportivo ou noutro, deveria ser implementado para qualquer tema, como sugestões apresento a violência, consumo de substâncias e auto-estima.

Da análise empírica efetuada evidencia-se a importância dos resultados obtidos nesta investigação de um modo geral, pode mencionar-se que os resultados estão em consonância com a literatura.

Para isso é importante, entre outras estratégias, definir novas diretrizes educativas no âmbito da educação sexual, com diferentes técnicas de ensino não formal, tal como formação no ensino escolar inicial e contínua de educadores, docentes, psicólogos e outros agentes educativos, e começar desde o nível pré-escolar e ao longo de todo o percurso escolar. Importa destacar o papel relevante que o professor pode desempenhar em todo esse processo. Em síntese, é indispensável que haja em Portugal intervenções, nas quais poderá ser pertinente introduzir uma componente como um contexto diferente, tal como foi este do meio desportivo.

O papel da escola, como o contexto onde os jovens desenvolvem as suas competências cognitivas e adquirem os conhecimentos e aptidões para resolver problemas essenciais para a participação efetiva na sociedade, durante este período crucial de desenvolvimento dos jovens, a escola funciona então, como o cenário principal para o cultivo e validação social da eficácia cognitiva, mas não quer dizer que os outros campos onde os jovens se movem, não criem algum desenvolvimento também nos seus conhecimentos e atitudes.

Conclui-se que para um desenvolvimento saudável nos jovens é importante que para além de adquirirem e modificarem crenças e atitudes, também é fundamental um conhecimento abrangente sobre o tema.

Contudo importa referir que toda esta intervenção com a avaliação que foi realizada os resultados foram positivos e inspiradores para novos projetos com uma intervenção semelhante.

Finalmente, importa referir que, a concretização do projecto e presente investigação foram amplamente compensadores, numa perspectiva pessoal e que os resultados positivos alcançados, constituem um estímulo relevante para novos projectos de intervenção nesta área, que explorem diferentes abordagens, de forma a contribuir para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável nos jovens.

Referências Bibliográficas

- Almeida, P. L. (2004). Intervenção Psicológica no Futebol: Reflexões de uma experiência com uma equipa da liga portuguesa de futebol profissional. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 4(1-2), 181–190.
- Bandura, A. (1969). Social Learning Theory Of Identificatory Processes. In D. A. Goslin, *Handbook Of Socialization Theory And Research* (pp. 213-261). Chicago: Rand McNally & Company.
- Barroso, A. (2008). *Conhecimentos dos enfermeiros face a infecção VIH/SIDA*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., & Gottlieb, N. (2006). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baum, F. (2002). Measuring effectiveness in community-based health promotion. In J. Davies, & G. Macdonald (Edits.), *Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion: Striving for certainties* (pp. 68-90). London: Routledge.
- Burke, M. (2002). Can Sport Cope With a “Wimpy Virus”? Using Questions Not Asked in HIV and Sport Discourses to Resist Discrimination. *Journal of the Philosophy of Sport*, XXIX, 54–65.
- Campos, B. P. (1990). *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens - Volume I*. (Universidade Aberta, Ed.) (Vol. I, p. 200).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *CDC Fact Book 2000/2001* (pp. 1–144).
- Cláudio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 159–174.
- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, & Apifarma. (2006). Atitudes e comportamentos da população portuguesa face à infecção VIH/SIDA - Estudo Marktest.
- Crockett, L., & Petersen, A. (1993). Adolescent development: health risks and opportunities for health promotion. In S. Millstein, A. Petersen, & E. Nightingale (Edits.), *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century* (pp. 13-37). New York: Oxford University Press.
- Cruz, J. F. (1996a). Psicologia do desporto e da actividade física. In J. F. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto* (pp. 17-41). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, SHO.

- Cruz, J. F. (1996b). Motivação para a prática e competição desportiva. In J. F. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto* (pp. 305-331). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, SHO.
- Danish, S. J. (1997). Going for the goal: A life skills program for adolescents. In G. Albee, & T. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works* (Vol. 6, pp. 291-312). London: Sage Publications.
- Danish, S. J., Nellen, V. C., & Owens, S. S. (1996). Teaching life skills through sport: Community-based programs for adolescents. In J. L. Van Raalte, & B. Brewer (Eds.), *Exploring Sport and Exercise Psychology* (pp. 205-225). Washington, DC: American Psychological Association.
- Danish, S. J., Mash, J. M., Howard, C. W., Curl, S. J., Meyer, A. L., Owens, S., & Kendall, K. (1992a). *Going for the goal leader manual*. Department of Psychology, Virginia Commonwealth University.
- Danish, S. J. (1990). Ethical considerations in the design, implementation and evaluation of developmental interventions. In C. B. Fisher, & W. W. Tryon (Eds.), *Ethics in applied developmental psychology: Emerging issues in an emerging field* (Vol. 4, pp. 93-112). New York: Ablex Publishing.
- DECO (2004). Prevenção SIDA. *Teste Saúde*, 47, 13-17. Consultado em 12 de Junho de 2011 através de www.sida.pt
- DiClemente, R. J., Hansen, W. B., & Ponton, L. E. (1996). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton, *Handbook of adolescent health risk behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum Press.
- Erikson, E. (1971). *Infância e Sociedade*. Zahar Editores. Rio de Janeiro.
- Fenton, K. A., Korovessis, C., Johnson, A. M., McCadden, A., McManus, S., Wellings, K., & Erens, B. (2001). Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalent genital Chlamydia trachomatis infection. *The Lancet*, 358(9296), 1851-1854.
- Figueiras, M. J., Marcelino, D., & Ferreira, M. M. (2009). Preditores da intenção de adoptar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. *Saúde Dos Adolescentes*, 27(2), 27-36.
- Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In Peterson, J. & DiClemente, R. (Eds.), *HIV prevention handbook* (pp. 3- 55). New York: Plenum.

- Fleming, M. (1993) -Adolescência e Autonomia. O Desenvolvimento Psicológico e a relação com os Pais. Porto, Afrontamento.
- Frasquilho FRASQUILHO, Maria Antonia(1996)-Comportamentos Problema:Factores Protectores e Educação para a Saúde. O caso daToxicodependência. Queluz, Laborterapia. FRASQUILHO, Maria Antónia. (1998) Estilos de Vida, Comportamentos e Ed
- Holtgrave, D., Qualls, N., Curran, J., Valdiserri, R., Guinan, M., & Parra, W. (1995). An Overview of the Effectiveness and Efficiency of HIV Prevention Programs. *Public Health Reports* , 110 (2), 134-146.
- Kirby, D., Crosby, R., Santelli, J., & DiClemente, R. (2009). Interventions to prevent pregnancy and sexually transmitted diseases, including HIV infection. In R. DiClemente, J. Santelli, & R. Crosby (Edits.), *Adolescents Health: Understanding and Preventing Risk Behaviors* (pp. 303-338). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kremer J., Scully D., e Ogle S. (1999). Sport, Leisure and Perceived Self-Competence among Male and Female Adolescents. *European Physical Education Review* , 5(1) :53-736.
- Maro, C. N., Roberts, G. C., & Sørensen, M. (2009). Using sport to promote HIV/AIDS education for at-risk youths: an intervention using peer coaches in football. *Scandinavian Journal Of Medicine And Science In Sports* , 19, 129-141.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – *Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*.
- Matos, M. & Sampaio D. (2009). *Jovens com Saúde – Diálogo de uma geração*. Lisboa. Texto.
- McFadyen, J. (2004). Teaching sex education: Are Scottish school nurses prepared for the challenge? *Nurse Education Today*, 24, 113-120.
- Miller K., Sabo D., Farrell M., Barnes G., e Melnick M. (1998). Athletic participation and sexual behaviour: the different worlds of boys and girls. *Journal Health and Social Behaviour* 39:108-123.
- Médicos do Mundo. (2008). Projecto Mente Sã em Corpo São.
- Monteiro, M., Ribeiro dos Santos, M. (2001). *Psicologia*. Porto Editora.
- Navarro, M. (1985). *Adolescentes Portugueses uns Estudos*. Lisboa, ENSP.
- O'Keeffe MK; Nesselhof-Kendall S; Baum A (1990). Behavior and Prevention of AIDS. *Personality and Social Psychology Bulletin* 16(1):166-180.

Organização das Nações Unidas. (2000). *Declaração do Milénio* (pp. 1–20).

Paixão, T. (2002). Epidemiologia da infecção VIH/SIDA - O impacte em Portugal. In SIDAnet - Associação Lusófona (Ed.), *III Congresso Virtual HIV/AIDS - “O HIV no Mundo Lusófono.”*

Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (Version 12) (2nd ed.) Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.

Perales, D., Fourney, A., MckNelly, B., & Mamary, E. (2010). Evaluating and improving a health promotion program. In C. Fertman, & D. Allensworth (Edits.), *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* (pp. 259-312). San Francisco: Jossey-Bass.

Price, J., Dake, J., & Ward, B. (2010). Assensing the needs of program participants. In C. Fertman, & D. Allensworth (Edits.), *Health Promotion Programs: From Theory to Practice* (pp. 91-120). San Francisco: Jossey-Bass.

Ramos, R. D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M., & Polónia, Z. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22(1), 3–15.

Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). Comportamentos Sexuais de Risco em Estudantes do Ensino Superior Público da Cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças* 10(1),99-113.

Russell-Mayhew, S. (2006). Key Concepts From Health Promotion Evaluations: What Psychology Needs to Know. *International Journal for the Advancement of Counselling* , 28 (2), 167-182.

Salazar, L. (2004). *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida*. Universidad del Valle, Colombia, Santiago de Cali: CEDETES.

Sales JM; Milhausen RR e DiClemente RJ (2006). A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts. *Sex. Transm. Inf.* 82;431-436.

Santos, J. (2000). *Se não sabe porque é que pergunta?* Assírio & Alvim: Lisboa.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sieving R., Resnick, Bearinger L., Remafedi G., Taylor e Harmon B. (1997). Cognitive and behavioral predictors of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151: 243 – 251.

Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência*. Universidade do Porto.

St Lawrence, J. S., Brasfield, T. L., Jefferson, K. W., Alleyne, E., O'Bannon III, R. E., & Shirley, A. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 221.

Thompson, N., Kegler, M., & Holtgrave, D. (2006). Program evaluation. In R. Crosby, R. DiClemente, & L. Salazar (Edits.), *Research Methods in Health Promotion* (pp. 199-226). San Francisco: Jossey-Bass.

Vilaça (1994). *Conhecimento e atitudes dos adolescentes face à SIDA: Educação para a Saúde nas Escolas Secundárias*. Braga: Universidade do Minho.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Anexos

Anexo 1



Projecto Mente Sã em Corpo Sã/ Programa ADIS

Questionário

Este questionário tem como objectivo a recolha de informação sobre alguns assuntos que dizem respeito aos jovens da tua idade. Pedimos que colabores respondendo às perguntas que se seguem. O que nos interessa é a tua opinião, por isso é muito importante que todas as tuas respostas correspondam àquilo que sabes e em que acreditas.

Os dados serão confidenciais.

Sexo: Feminino
Masculino

Atleta de: Futebol
Basquetebol
Andebol
Pólo Aquático
Outra:.....

Idade: _____anos

Data: _____

Escolaridade: _____

Parte I

Nesta primeira parte gostaríamos que escrevesse tudo o que te ocorre quando pensas na palavra que é descrita em cada ponto. Por exemplo: pode-se associar à palavra Prato o seguinte: talheres, mesa, refeição...

1. Quando pensas em Adolescência o que te ocorre imediatamente?

2. Quando pensas em Jovens Atletas o que te ocorre imediatamente?

3. Quando pensas em Sexualidade o que é que te ocorre imediatamente?

4. Quando pensas no Preservativo o que é que te ocorre imediatamente?

5. Quando pensas em SIDA o que é que te ocorre imediatamente?

Parte II

Gostaríamos agora de te ouvir sobre algumas questões que dizem respeito ao VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana). Pedimos-te que coloques cruces nos quadrados à frente das palavras ou faças círculos à volta dos números que melhor representam a tua opinião.

1. Na tua opinião, quais dos seguintes líquidos orgânicos são veículos transmissores do VIH?

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| ✓ Saliva | <input type="checkbox"/> | ✓ Suor | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Esperma | <input type="checkbox"/> | ✓ Secreções Vaginais | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Urina | <input type="checkbox"/> | ✓ Sangue | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Leite Materno | <input type="checkbox"/> | ✓ Lágrimas | <input type="checkbox"/> |

2. Na tua opinião, a SIDA pode transmitir-se pelo contacto com indivíduos infectados através de:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Espirros | <input type="checkbox"/> | Partilha de escovas de dentes | <input type="checkbox"/> |
| Tosse | <input type="checkbox"/> | Instalações sanitárias | <input type="checkbox"/> |
| Partilha de alimentos | <input type="checkbox"/> | Relações sexuais com preservativo | |
| Transfusões de Sangue | <input type="checkbox"/> | - Sexo vaginal | <input type="checkbox"/> |
| Partilha de agulhas/seringas | <input type="checkbox"/> | - Sexo anal | <input type="checkbox"/> |
| Gravidez, parto e aleitamento | <input type="checkbox"/> | - Sexo oral | <input type="checkbox"/> |
| Relações sexuais sem preservativo | | Partilha de talheres e copos | <input type="checkbox"/> |
| - Sexo vaginal | <input type="checkbox"/> | Beijos | <input type="checkbox"/> |
| - Sexo anal | <input type="checkbox"/> | Abraços | <input type="checkbox"/> |
| - Sexo oral | <input type="checkbox"/> | Partilha de roupa interior | <input type="checkbox"/> |
| | | Utilização de objectos cortantes
(alicates de unhas, lâminas...) | <input type="checkbox"/> |

3. Na tua opinião, qual é o risco que correm as pessoas de cada um destes grupos de serem infectados pelo VIH/SIDA?

✓ Homens	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Mulheres	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Heterossexuais	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Homossexuais	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Toxicodependentes	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Prostitutos(as)	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Adolescentes	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Adultos	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Idosos	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Estudantes	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Atletas	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto

4. Na tua opinião, corre mais risco de ser infectado pelo VIH/SIDA quem:

✓ Usa preservativo	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Tem sempre o mesmo parceiro	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Muda frequentemente de parceiro	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Toma a pílula contraceptiva	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto
✓ Utiliza espermicidas	Muito baixo	1	2	3	4	5	Muito alto

**5. Se descobrisses que uma pessoa próxima de ti afectivamente tinha sido infectada pelo VIH
aceitarias:**

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ✓ Brincar/ praticar desporto com ela | <input type="checkbox"/> | ✓ Continuar a vê-la | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Trabalhar em sua companhia | <input type="checkbox"/> | ✓ Continuar a ser sua amiga | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Almoçar/jantar com ela | <input type="checkbox"/> | ✓ Ser seu(sua) namorado(a) | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Ir de férias com ela | <input type="checkbox"/> | | |

Parte III

1. Costumas falar sobre o tema da sexualidade?

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| ✓ Sim | <input type="checkbox"/> | ✓ Não | <input type="checkbox"/> |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|

2. Se a tua resposta foi sim, com quem é que o costumavas fazer?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ✓ Pai | <input type="checkbox"/> | ✓ Parceiro(a) | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Mãe | <input type="checkbox"/> | ✓ Professores | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Amigos | <input type="checkbox"/> | ✓ Treinadores | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Colegas de escola | <input type="checkbox"/> | ✓ Outro | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Colegas dos treinos desportivos | <input type="checkbox"/> | Quem? _____ | |
| ✓ Irmão(s) | <input type="checkbox"/> | | |

2.1. Por que escolhes falar com essas pessoas?

2.2. Através das conversas que tens, esclareces as tuas dúvidas?

Nenhumas 1 2 3 4 5 Todas

2.3. Porquê?

3. Com quem gostarias de vir a falar ou falar mais sobre sexualidade?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ✓ Pai | <input type="checkbox"/> | ✓ Parceiro(a) | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Mãe | <input type="checkbox"/> | ✓ Professores | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Amigos | <input type="checkbox"/> | ✓ Treinadores | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Colegas de escola | <input type="checkbox"/> | ✓ Outro | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Colegas dos treinos desportivos | <input type="checkbox"/> | Quem? _____ | |
| ✓ Irmão(s) | <input type="checkbox"/> | | |

3.1. Porquê?

Parte IV

1. Com base na tua vivência pessoal, assinala as situações que correspondem à tua experiência:

a) Já tiveste relações sexuais?

✓ Sim ✓ Não

(se respondeste não passa para a questão 2)

b) Usaste preservativo na tua primeira relação sexual?

✓ Sim ✓ Não

C) Actualmente tens relações sexuais com regularidade?

✓ Sim ✓ Não

d) Nas tuas relações sexuais costumavas usar o preservativo?

✓ Sim

✓ Não

e) Com que frequência o usas?

Nunca 1 2 3 4 5 Sempre

2. Na tua opinião, usar o preservativo durante a relação sexual é:

Muito negativo 1 2 3 4 5 Muito positivo

MDM agradece a colaboração!

Anexo 2



No âmbito do projecto “**Mente Sã em Corpo Sã**”, sumarizado no verso desta folha, vimos pedir-lhe autorização, enquanto encarregado de educação, para que o seu educando possa participar nas actividades do Projecto inseridas nos treinos desportivos da época 2010-2011.

A psicóloga responsável pela execução do projecto junto dos treinadores e respectivos atletas, Dr^a Helena Pinheiro, estará à sua disposição para qualquer esclarecimento adicional.

Gratos pelo seu interesse,

Médicos do Mundo



Eu,

....., Encarregado/a de Educação do atleta

....., autorizo que o meu educando participe nas actividades do projecto “Mente Sã Corpo Sã”, sempre com o conhecimento do seu treinador.

NOTA: O Projecto inclui uma sessão de esclarecimento/trabalho com os encarregados de educação. Se nos deixar o seu contacto, informá-lo/a-emos, sem compromisso, das datas em que se realizem estas sessões.

Contacto

(telefone/email).....

.....

“**Mente Sã em Corpo Sã**” é um projecto concebido por **Médicos do Mundo** para promover comportamentos para a saúde entre jovens atletas. O Projecto visa mais em particular diminuir comportamentos de risco relativamente ao VIH/SIDA, doença incurável que continua a atingir uma taxa considerável da população. Trata-se de um projecto inovador que reconhece o papel de formador dos treinadores desportivos, os quais no âmbito do Projecto participarão num Treino de Competências Emocionais e Sociais concebido especificamente para este efeito. Serão abrangidos pelo Projecto treinadores de três modalidades federadas do Distrito de Évora e, por inerência, os respectivos atletas.

Este projecto é co-financiado pelo Alto Comissariado para a Saúde.

Para mais esclarecimentos, por favor contactar

Doutora Manuela Pires da Fonseca

Médicos do Mundo - Évora

Largo Mário Chicó 7

7000-802 Évora

tlm 96 200 4075

telef 266 761 547

www.medicosdomundo.pt

mdm-evora@medicosdomundo.pt