

# Questões acerca da avaliação do comportamento sexual

JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

O comportamento sexual tornou-se uma questão central para o Sistema de Saúde devido à nova epidemia, a SIDA. O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é a doença epidémica mais séria dos tempos modernos, a nível mundial, devastando indivíduos, comunidades, e os países em desenvolvimento mais afectados por ela. A mudança de comportamento é a única maneira de deter o avanço da epidemia (Kelly, & Murphy, 1992).

Nos Estados Unidos da América, o grupo etário dos 30-39 anos apresenta a maior proporção de casos de SIDA. Assumindo que o período de incubação é de cerca de 10 anos fica aparente que ocorrem altas percentagens de transmissão do VIH entre os 20 e 29 anos. Estima-se que 16% de todos os adultos e adolescentes com SIDA foram infectados com VIH na adolescência e que 31% dos doentes com SIDA contraída através de contacto heterossexual foram infectados na adolescência (Hu et al., 1994).

Trata-se, portanto, de uma epidemia, ou antes de uma pandemia, com a característica saliente de afectar predominantemente um grupo específico, o dos jovens. Assim, esta epidemia é uma das principais preocupações relativamente aos

jovens, e tem repercussões notáveis na economia dos países-desenvolvidos, e na saúde emocional das famílias: deve, por isso, ser uma das preocupações fundamentais da sociedade. Sendo uma epidemia ameaçadora para os jovens, sendo uma epidemia ligada ao comportamento, sendo o padrão de comportamentos aprendidos na interacção do indivíduo com o seu meio, primeiro a família e depois com todos os que lhe estão próximos, a educação para a saúde deve, desde muito cedo, ser uma das principais estratégias a implementar para controlar a epidemia.

O comportamento sexual é apenas um dos comportamentos de prejuízo da saúde que constituem, hoje, verdadeiras epidemias associadas às principais causas de mortalidade e morbilidade. O estudo do comportamento sexual insere-se, portanto, no âmbito do estudo das relações entre comportamento e doenças, e entre comportamento e saúde, cujo interesse deu origem à Segunda Revolução da Saúde (cf. Ribeiro, 1994) e ao aparecimento de novas especialidades, como a especialidade médica conhecida por Medicina Comportamental e a da psicologia conhecida por Psicologia da Saúde. A constatação da importância do comportamento na saúde e nas doenças deu, por sua vez, origem ao aparecimento de domínios epistemológicos com denominações novas, como por exemplo, epidemiologia comportamental (Heggenhougen, & Shore, 1986; Kaplan, 1985; Mason, & Powell, 1985), imunologia comportamental (Antonovsky, 1984; Borysenko, 1984), ou inoculação comportamental

(\*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

(Ewart, 1991). A identificação de comportamentos associados, ou que são susceptíveis de conduzir a doenças, são denominados comportamentos patogénicos ou factores de risco comportamentais (Hogelin, 1988; Kokény, Ajkay, & Bognar, 1988; Matarazzo, 1984).

A Epidemiologia é a «um método de raciocinar acerca do fenómeno das doenças em grupos populacionais» (Lilienfeld, 1978, p. 89). Esta é uma das inúmeras definições de epidemiologia, que tem como característica, dentro do espírito do modelo biomédico, ser centrada na doença. Outros autores, já no espírito da Segunda Revolução da Saúde, salientam a importância de que a epidemiologia estude o fenómeno da saúde, ou seja, que raciocine sobre o fenómeno da saúde (como entidade independente das doenças) em grupos populacionais (Terris, 1975).

O comportamento de prejuízo da saúde susceptível de levar à contracção do VIH é uma dos comportamentos de prejuízo de saúde que os indivíduos adoptam e que, no seu conjunto contribuem para o estilo de vida. Como já referimos, a educação para a saúde deve começar muito cedo embora a investigação não seja optimista relativamente a esta. Por exemplo Haggerty (1977), sugere que a «mudança de comportamento com crianças pode ser tão complexo e difícil como modificar o comportamento adulto. E também há pouca informação acerca da duração, estabilidade, e transferência dos comportamentos da infância para a idade adulta» (p. 282). Este mesmo autor concorda que uma vez instalados os comportamentos são difíceis de alterar.

Num estudo longitudinal sobre comportamentos relacionados com a saúde realizado com crianças, e que durou 16 anos, Mechanic (1979), Mechanic e Cleary (1980), verificaram que das 28 intercorrelações entre comportamentos de saúde, 13 eram estatisticamente significativas, embora de significância modesta. Norman (1985), numa investigação em que se propõe também estudar a relação entre comportamentos de saúde, encontra, igualmente, correlações modestas entre esses comportamentos. Matarazzo (1984), numa discussão sobre os dados apresentados por Mechanic, afirma concordar que as correlações entre os comportamentos são modestas, mas que considera impressionante o número de correlações positivas e a fidelidade com que estas correlações vão na direcção esperada, dada a relativa

ignorância que os investigadores ainda têm em relação aos comportamentos que compõem o estilo de vida. Este autor considera que dados deste tipo contribuem para aumentar o conhecimento dos factores associados a uma boa saúde (ou à falta dela).

Por outro lado, outros estudos tendem a encontrar constelações de comportamentos de saúde associados: Jessor, Chase e Donovan (1980); Jessor (1984), após estudarem a relação entre comportamentos desviantes em 13122 estudantes entre os sétimo e décimo segundos anos de escolaridade, afirmam que os comportamentos tendem a aglomerar-se e que os que consomem mais droga tendem a consumir mais álcool, a fumar mais, e a ter outros comportamentos de prejuízo de saúde. Newcomb e Bentler (1988), recolheram dados de 654 adolescentes no início e no final da adolescência, e na idade adulta: estudaram o impacto de comportamentos de prejuízo de saúde tais como consumo de droga, tabaco e álcool, confirmando a associação entre esses comportamentos e entre eles e, problemas familiares, saúde, sintomas psicossomáticos, *stress* emocional e relações interpessoais. Budd et al. (1985), numa investigação com 10579 adolescentes ingleses (11-19 anos) verificaram que os que consumiam mais bebidas alcoólicas tinham mais *stress*, tinham menos preocupações com a saúde, avaliavam-se pior na escola, bebiam mais com os pais, referiam mais conflitos com os pais, do que os que bebiam moderadamente ou que não bebiam.

Ou seja:

- a) os comportamentos de saúde tendem a estar interligados;
- b) são aprendidos desde muito cedo mas são pouco estáveis;
- c) são, provavelmente, tão difíceis de alterar como os comportamentos dos adultos.

### 1.1. Aspectos que influenciam o comportamento sexual

Kaemingk, e Bootzin (1990), analisaram os factores que influenciavam o uso de preservativos na protecção contra a SIDA. Como factores importantes identificaram: a informação, a percepção de risco, as atitudes para com o uso de preservativos, a auto-eficácia e o suporte social. Basen-Engquist e Parcel (1992) num estudo so-

bre 1720 estudantes em que 76% tinham 15 ou 16 anos, visando identificar os factores que estavam associados à protecção de doenças sexualmente transmissíveis, verificaram que as intenções (variável semelhante à atitude) era uma das que melhor explicava a frequência de uso de preservativos e que melhor se relacionava com o número de parceiros sexuais. Numa investigação com uma amostra de jovens estudantes entre os 11.º ano de escolaridade e o final da universidade, Ribeiro (1993) constatou que, relativamente aos comportamentos sexuais, as mulheres evidenciam mais cuidado, do que os homens.

Katz et al, (1995) consideram que os adolescentes são um grupo especialmente vulnerável à SIDA devido ao seu sentimento de imortalidade e ao prazer que sentem pelos comportamentos arriscados. Num estudo em que comparavam os conhecimentos e atitudes face à SIDA entre adolescentes da escola pública, delinquentes detidos e jovens emocionalmente perturbados, com idade média de 15 anos concluem que os adolescentes emocionalmente perturbados são o grupo menos informado seguidos dos delinquentes e os das escolas públicas. No entanto Shoop e Davidson (1994) afirmam que o conhecimento sobre a SIDA só por si não é suficiente para adoptarem comportamentos seguros. Segundo Bowler et al (1992) a maioria dos adolescentes conhecem os modos de transmissão, mas muitos acreditam que a SIDA pode resultar de contactos sociais.

### 1.2. Investigação acerca do comportamento sexual

O conhecimento do comportamento das populações jovens passa pela resposta a questionários que abordam o comportamento sexual. No entanto tem-se verificado que percentagem significativa de jovens não responde a questões sobre temática sexual, sendo tanto maior as recusas em responder quanto mais íntimas forem as questões. Esta recusa em responder torna-se importante para formar o conhecimento acerca do comportamento sexual, como salientava Bagnall (1991) no âmbito de uma investigação sobre a SIDA, em que questionava a importância que teriam as respostas dos que se recusavam a responder para as conclusões a que se chegava sobre os comportamentos de risco, relativos à SIDA. A

investigação de Bagnall abrangeu 1378 indivíduos de ambos os sexos (57% mulheres), com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos (M=23 anos): algumas questões desse estudo de fôro mais íntimo, dizendo respeito às relações com o parceiro sexual, não foram respondidas por 33% dos indivíduos.

### 1.3. Questões específicas acerca da recolha de dados

A investigação epidemiológica sobre doenças de transmissão sexual tem por fonte os indivíduos que adoeceram, acerca dos quais se faz uma avaliação retrospectiva. Mas, felizmente, a maioria dos indivíduos não está doente e é importante conhecer os seus comportamentos e atitudes perante a doença. As respostas, no primeiro caso, permitem responder à questão porque é que os indivíduos adoeceram, enquanto no segundo caso trata-se de conhecer a resposta à questão porque é que os indivíduos não têm esta doença ou, porque é que os indivíduos são saudáveis.

A investigação epidemiológica sobre comportamento relacionados com a saúde recorre com frequência a questionários auto-preenchidos (*self-reports*) (Berkman, & Breslow, 1983; Brooks et al., 1979; Shaten, Kuller, & Neaton, 1991), nomeadamente sobre o comportamento sexual (Basen-Engquist, & Parcel, 1992). Recorrem a técnicas que vão da entrevista directa até técnicas como a de *mail type*, em que as pessoas recebem o questionário com um envelope com o nome e morada do investigador para onde o devem enviar depois de responderem, garantindo, deste modo, o anonimato e confidencialidade. A avaliação dos comportamentos sexuais recorre particularmente a esta técnica dada a relutância de alguns respondentes.

Embora, em geral, o método mais eficaz para recolher dados seja a abordagem directa que em sondagens sobre a saúde, segundo Aday (1989), obtém percentagem de respostas que variam entre 85 e 95%. Uma revisão de Dillman (1978) sobre 48 sondagens oficiais realizadas segundo a técnica de *mail type*, apresenta um valor médio de devolução de respostas de 74%, e os estudos mais conhecidos atingem valores acima dos 80% valor considerado de referência. Ou seja valores de retorno inferiores a 80% invalidam o estudo.

No âmbito da Psicologia não é frequente recorrer ao uso de questionários auto-preenchidos, e tal nota-se nos fracassos que a Psicologia encontra com a utilização destas técnicas. Por exemplo Weathers, Furlong e Solórzano (1993) numa revisão de 34 estudos realizadas no âmbito da psicologia que recorria a esta técnica, encontrou frequências de devolução de respostas que variaram entre 27 e 91,7% com um valor médio de 63,7%, valores que são baixos.

Os questionários auto-preenchidos têm sido crescentemente utilizados por duas razões: por um lado, porque são mais fáceis de preencher e são mais económicos relativamente a tempo dispendido; por outro lado, e mais importante, porque muitas das questões se referem a estados pessoais do foro íntimo, como o sexual, ou a comportamentos de observação impossível, ou a atitudes, acerca das quais só o próprio pode responder.

Uma questão genérica que se deve colocar é se as respostas a este tipo de questionários são fidedignas. A validade deste tipo de resposta tem sido verificada em temas sobre os quais é possível realizar observações e fazer comparações. Nestes casos, em que se investigou a concordância entre as respostas dos indivíduos e os comportamentos observados, constatou-se que as respostas constituíam uma amostra fidedigna do comportamento (Baker, & Brandon, 1990; Mais-to, McKay, & Connors, 1990; Kozlowski, & Heatherton, 1990; Sobell, & Sobell, 1990; Washburn, & Montoye, 1986), pelo que parece ser uma técnica adequada.

A presente investigação, propõe-se comparar os indivíduos que, num questionário incluindo inúmeras variáveis, responderam a um conjunto de itens sobre o comportamento sexual, com outro grupo que respondeu às primeiras variáveis mas não respondeu aos itens sobre comportamento sexual. A comparação foi feita relativamente a cinco variáveis de saúde, cinco variáveis psicológicas, quatro variáveis ambientais e cinco variáveis demográficas descritas a seguir.

## 2. MÉTODO

### 2.1. Sujeitos

A amostra era constituída por 609 estudantes,

entre os 11.º anos e final da Universidade, com uma média de idades de 19,79 anos (entre 15 e 30 anos), constituída por 93% do grupo etário definido pela Organização Mundial de saúde como jovens (15-24 anos de idade) (WHO; 1986), 47% do sexo masculino, de nove escolas pertencentes à Universidade do Porto e três escolas do ensino secundário de três zonas diferentes da cidade do Porto. A forma de coabitação e as reprovações foram recolhidas e consideradas como variáveis demográficas, distribuindo-se do seguinte modo. Quanto ao tipo de coabitação durante o tempo de aulas; 2,8% dos indivíduos vive só, dos quais 4,1% dos homens e 1,6% das mulheres; 5,5 vive num lar ou partilha a habitação com colegas, 5,1% dos homens e 5,8% das mulheres; 3,5% vive com o cônjuge ou com namorado/a, 2,7% dos homens e 4,2% das mulheres; 70,6% vive com os pais, 71,1% dos homens e 70,0% das mulheres; 3,8% vive com outros familiares que não são pais, 5,1% dos homens e 2,6% das mulheres; 6,9% vive em casa de uma família que não a sua, 6,1% dos homens e 7,4% das mulheres; 6,9% vive com amigos, 5,4% dos homens e 8,1% das mulheres. Quanto às reprovações, 62,5% dos homens e 63,3% das mulheres nunca tinham reprovado até ao momento de responderem ao questionário. A amostra é uma amostra de conveniência, e os indivíduos responderam a um questionário, anónimo e confidencial, segundo uma metodologia *mail type*.

### 2.2. Material

Foram considerados quatro tipos de variáveis; variáveis de saúde, variáveis psicológicas, variáveis ambientais e variáveis demográficas. O instrumento que avaliava estas variáveis agrupava-as de modo a constituírem um único questionário. As respostas eram, predominantemente tipo Likert.

### Variáveis de saúde

Foram avaliadas com recurso a uma adaptação do questionário desenvolvido pela *Rand Corporation para o Health Insurance Experiment* (Brook et al. 1979), que abrange os seguintes sub-grupos: saúde física; saúde mental; saúde social; percepção geral de saúde, a que acrescentamos uma última categoria denominada Mani-

festações Físicas de Mal-Estar, avaliada com uma adaptação do *Psychosomatic Symptom Checklist -SUNYA-*, (Attanasio et al., 1984), numa versão adaptada por Cox, Freundlich e Meyer (1975) para estudantes universitários, a que foram acrescentados itens provenientes da escala de *Physical Symptoms* de Mechanic e Hansell (1987).

### Variáveis psicológicas

São variáveis que focam o comportamento, atitudes e cognições sobre si próprio, a saber: comportamentos/atitudes de saúde; auto-conceito; auto-eficácia, locus de controlo de saúde; suporte social. Foram avaliados com recurso aos seguintes instrumentos: Comportamento/atitudes de saúde - adoptou 25 itens do *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) de Hettler (1982) a que se acrescentaram três itens relativos ao domínio sexual. Auto-conceito - avaliado com uma adaptação do *The Self-Perception Profile for College Students* (Neemann & Harter, 1986). Auto-eficácia - avaliada com uma adaptação do *Self-Efficacy Scale*, de Shereet al. (1982). Locus-de-controlo de saúde avaliado com um questionário reconstruído com itens provenientes dos seguintes instrumentos *Health Locus of Control Scale* (Waltson et al., 1976); *Multidimensional Health Locus of Control Scales* (Waltson, Waltson, & DeVellis, 1978); *Health-Specific Locus-of-Control* (Lau, & Ware, 1981). Suporte social avaliado com recurso a uma adaptação do *Social Health Battery do Health Insurance Experiment* (Brook et al., 1979). Todos os instrumentos, depois de adaptados, mostraram propriedades métricas adequadas. Os resultados foram tratados com recurso ao SPSS/PC+ 4.0.

### Variáveis ambientais

São variáveis que focam a percepção que o indivíduo tem de aspectos do ambiente, a saber: percepção da capacidade económica, acontecimentos geradores de stress, intensidade do stress, temas preocupantes. Foram avaliados com recurso aos seguintes instrumentos: percepção da capacidade económica avaliada com recurso a uma tradução adaptada de questionários com o mesmo nome, utilizados por Pearlin et al. (1981); acontecimentos geradores de stress com recurso a um inventário baseado no *Life Events Checklist*, de Greene et al. (1989), que segue a tradição

da escala clássica de Holmes e Rahe (1967); intensidade do stress inspirado no procedimento utilizado no *Saskatchewan Heart Health Survey* apresenta-se um item em que o respondente afirma a magnitude do impacto que os acontecimentos descritos na parte anterior tiveram para si; temas preocupantes inspirado no questionário utilizado por Jouguin e Davies (1980).

### Variáveis demográficas

Para além de informação sobre idade, sexo, ano de escolaridade e escola frequentada, foram consideradas as seguintes: número de reparações na vida total de estudante, expressa em reprovados, para os que já reprovaram alguma vez, e não reprovados; com quem vive durante as aulas com sete categorias de coabitação, só, num lar, com namorado ou cônjuge, com os pais, com outros familiares, com uma família que não a sua, com amigos; aproveitamento escolar, que expressa a percepção individual de que o seu aproveitamento escolar actual é muito acima da média, acima da média, médio, abaixo da média e muito abaixo da média.

### 2.3. Procedimento

As direcções das escolas que participaram na investigação foram contactadas por carta e pessoalmente para darem a sua autorização a que fossem visitados pela equipa de psicólogos. A direcção da escola, por sua vez punha-nos em contacto com um professor que disponibilizava uma turma para preencher o questionário. Ele era contactado, marcava-se uma data e hora e nesse dia a equipa de psicólogos entregava os questionários aos alunos depois de lhes explicar o que se pretendia informava-se que a participação era voluntária. Quem não quizesse responder não recebia o questionário. Este era entregue dentro de um envelope e combinava-se que na semana seguinte, na mesma hora se iria lá recolher a resposta que deveria estar dentro do envelope fechado. Na semana seguinte o psicólogo estava lá e recolhia as respostas. Para os que se esquecessem do questionário marcava-se na semana seguinte. Na semana seguinte repetia-se o processo. Na terceira semana os que ainda se tinham esquecido recebiam um envelope com um selo e a morada do investigador e deviam enviar o questionário pelo correio. O questionário era

acompanhado por uma carta que tinha funções motivacionais e que explicava o que se pretendia, segundo a metodologia proposta por Dilman (1978). A percentagem de retornos dos questionários foi de 86%.

### 3. RESULTADOS

Dos 609 respondentes, 37 (6%) não responderam às questões que se referiam especificamente ao comportamento sexual. Estas perguntas pertenciam ao inventário de comportamentos/atitudes de saúde, eram em número de três, e na análise factorial do inventário a que pertenciam saturavam o mesmo factor (que só incluía estes três itens). Como já referimos e ao contrário do estudo de Bagnall referido, a presente investigação não apresentou questões do foro íntimo, podendo-se considerar as que se debruçavam sobre o comportamento sexual como as mais íntimas.

Procedeu-se à análise das diferenças entre os dois grupos um, formado pelos que responderam às questões sobre o comportamento sexual e, outro pelos que não responderam, pelo menos, a uma dessas questões. As análises foram feitas relativamente a cada variável de cada um dos grupos – de saúde, psicológicas, ambientais e demográficas – não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre a maioria das variáveis.

Dos quatro grupos de variáveis consideradas cinco variáveis de saúde, cinco variáveis psicológicas, quatro variáveis ambientais e cinco variáveis demográficas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas seguintes: Variáveis de saúde os indivíduos que não responderam tinham melhores resultados em duas das cinco consideradas. Nas variáveis psicológicas não se encontraram diferenças entre os dois grupos em nenhuma das variáveis. Nas variáveis ambientais os não respondentes tinham melhor resultado do que os respondentes numa delas, e pior noutra. Nas variáveis demográficas os não respondentes eram mais novos (M=17,75), contra os respondentes (M=19,92), e predominavam os do sexo feminino. Relativamente à coabitação havia diferenças entre os grupos: por exemplo, os que viviam com conjuge ou namorado reponderam todos enquanto

entre os não respondentes predominavam os que viviam com os pais. Havia maior percentagem de não respondentes entre os estudantes do ensino secundário.

### 4. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados confirmam os encontrados por Bagnall (1991). Os indivíduos que não respondem a questões que abordam temas sexuais mais íntimos, parecem ser um grupo de menor risco: tendem a ser mais novos, estudam na escola secundária, pertencem ao sexo feminino, vivem com os pais e tendem a manifestar mais saúde. Embora a não resposta dos mais jovens possa sugerir que tal se deva a menos envolvimento em comportamentos sexuais, deverá haver o cuidado de, em questionários deste tipo, incluir questões específicas para a população mais nova, com o objectivo de identificar as atitudes para com o comportamento sexual, na medida em que ao não responderem poderão estar a sugerir que este assunto não lhes diz respeito. De entre o grupo de jovens (15-24 anos) poderiam ser constituídos dois grupos a ser abordados com estratégias diferentes, com o corte pelos 19 ou 20 anos.

### BIBLIOGRAFIA

Aday, L.A. (1989). *Designing and conducting health surveys*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 114-129). New York: John Wiley & Sons.

Attanasio, V., Andrasik, F., Blanchard, E., & Arena, J. (1984). Psychometric properties of SUNYA revision of the Psychosomatic Symptom Checklist. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2), 247-257.

Bagnall, G. (1991). Survey research and HIV-related behaviours: a case for caution. *Health Education Journal*, 50 (4), 171-173.

Baker, T., & Brandon, T. (1990). Validity of self-reports in basic research. *Behavioral Assessment*, 12, 33-51.

Basen-Engquist, K., & Parcel, G. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19(2), 263-277.

Berkman, L.F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.

Borysenko, J. (1984). Stress, coping, and the immune system. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 248-260). New York: John Wiley & Sons.

Basen-Engquist, K., & Parcel, G. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 2 (19), 263-277.

Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams, K., & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 7 (17) (supplement).

Budd, R., Eiser, J., Morgan, M., Gammage, P. (1985). The personal characteristics and life-style of the young drinker: The results of a survey of British adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 2 (16), 145-157.

Cox, D., Freundlich, A., & Meyer, R. (1975). Differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6 (43), 892-898.

Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: John Wiley & Sons.

Ewart, C. (1991). Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist*, 9 (46), 931-946.

Greene, J., Walker, L., Hickson, G., & Thompson, J. (1989). Stressful life events and somatic complaints in adolescents. In T. W. Miller (Ed.) *Stressful life events* (pp. 633-642). Madison: International Universities Press, Inc.

Haggerty, R. (1977). Changing lifestyles to improve health. *Preventive Medicine*, 6, 276-289.

Heggenhougen, H., & Shore, L. (1986). Cultural components of behavioural epidemiology: implications for primary health care. *Social Science and Medicine*, 11 (22), 1235-1245.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction*. New York: Collier Macmillan Publishers.

Hogelin, G. (1988). The behavioural risk factor surveys in the United States 1981-1983. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 111-124). Oxford: Oxford University Press.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Hu, D., Fleming, P., Mays, M., & Ward, J. (1994). The expanding regional diversity of the acquired immunodeficiency syndrome epidemic in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 154, 654-659.

Jessor R. (1984). Adolescent development and behavioral health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 69-90). New York: John Wiley & Sons.

Jessor, R., Chase, J. A., & Donovan, J. E. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 6 (70), 604-613.

Jouguin, E., & Davies, M. (1980). *Student distress: a study of problems experienced by students at the University of Saskatchewan*. Saskatchewan: University of Saskatchewan.

Kaemingk, K., & Bootzin, R. (1990). Behavior change strategies for increasing condom use. *Evaluation and Program Planning*, 1 (13), 47-54.

Kaplan, R. (1985). Behavioral epidemiology, health promotion, and health services. *Medical Care*, 5 (23), 564-583.

Katz, R., Mills, K., Singh, N., Best, A. (1995). Knowledge and attitudes about AIDS: a comparison of public high school students, incarcerated delinquents and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 116-131.

Kelly, J., & Murphy, D. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4 (60), 576-585.

Kokény, M., Ajkán, Z., & Bognar, I. (1988). Risk factors investigation of health behaviour: Hungarian experience. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 69-77). Oxford: Oxford University Press.

Kokény, M., Ajkán, Z., & Bognar, I. (1988). Risk factors investigation of health behaviour: Hungarian experience. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 69-77). Oxford: Oxford University Press.

Lau, R. & Ware, J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care*, 11 (11), 1147-1158.

Lilienfeld, D. E. (1978). Definitions of epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 2 (107), 87-90.

Maisto, S. A., McKay, J. R., & Connors, G. J. (1990). Self-report issues in substance abuse: state of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 117-134.

Mason, J., & Powel, K. (1985). Physical activity, behavioral epidemiology, and public health. *Public Health Reports*, 2 (100), 113-115.

- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds), *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 11 (69), 1142-1145.
- Mechanic, D. & Cleary, P.D. (1980). Factors associated with the maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9, 805-814.
- Mechanic, D., & Hansell, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 364-374.
- Neemann, J., & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students*. Denver: University of Denver.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 (97), 64-75.
- Norman, R. (1985). Studies of the interrelationships among health behaviours. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 407-410.
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 (97), 64-75.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntire (Ed.) *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Shaten, B., Kuller, L., & Neaton, J. (1991). Association between baseline risk factors, cigarette smoking, and CHD mortality after 10,5 years. *Preventive Medicine*, 20, 655-669.
- Sherer, M., Madux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale; construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Shoop, D., & Davidson, P. (1994). AIDS and adolescents: the relation of parent and partner communication to adolescent condom use. *Journal of Adolescence*, 17, 137-148
- Sobell, L., & Sobell, M. (1990). Self-reports across addictive behaviors: issues and future directions in clinical research settings. *Behavioral Assessment*, 12, 1-4.
- Walltson, B. S., Walltson, K. A. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 2 (6), 160-170
- Walltson, B. S., Walltson, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4 (44), 580-585.
- Washburn, R.A., & Montoye, H.J. (1986). The assessment of physical activity by questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 4 (123), 563-576.
- Weathers, P., Furlong, M., & Solórzano, D. (1993). Mail survey research in counseling psychology: current practice and suggested guidelines. *Journal of Counseling Psychology*, 2 (40), 238-244.
- WHO (1986). *Young people's health- a challenge for society. World Health Organization Technical Report Series, 731*. Geneva: World Health Organization.

#### RESUMO

O comportamento sexual é uma das principais causas das doenças de transmissão sexual (DTS) que se tornaram fonte de preocupação crescente para os profissionais de saúde, políticos e população em geral, quer pelas suas consequências directas, nalguns casos de vida ou de morte, quer pelas suas consequências indirectas como sejam os custos sociais e económicos. A opinião pública tende a dar especial atenção à prevenção secundária e terciária enquanto, sem dúvidas, a prevenção primária é a intervenção mais importante. A maneira de avaliar os comportamentos sexuais das populações de modo a organizar programas de prevenção primária passa, normalmente, por questionários estruturados do tipo dos utilizados em epidemiologia da saúde. Ora a investigação tem demonstrado que uma percentagem elevada de indivíduos não responde a questões sobre temática sexual, reduzindo a validade interna e externa das investigações epidemiológicas, enfiando as conclusões e prejudicando, por isso, a intervenção do psicólogo clínico da saúde que, ao organizar programas de intervenção em prevenção primária se baseará em dados incorrectos. O objectivo da investigação aqui apresentada pretende identificar as características de um grupo de risco (jovens) quanto ao comportamento sexual, que não respondem a perguntas de temática sexual, com o objectivo, por um lado, de julgar se se devem considerar os dados disponíveis benévolos ou, pelo contrário, se os dados disponíveis deverão ser considerados mais graves e, por outro lado, de discutir como se pode melhorar a comunicação em investigação epidemiológica de modo a recolher dados fidedignos.

#### ABSTRACT

The sexual behaviour is one main cause on transmission sexual diseases (TSD) which become a source

of growing concern among health specialists, politicians and general population, either by their direct consequences – in some cases of life and death – as by, their indirect consequences, such as social and economic costs. The public opinion pay special attention to secondary and tertiary prevention while, in fact, the primary prevention is the most important intervention. The methodology to assess the population's sexual behaviour in order to organise primary prevention programs is usually supported by structured surveys alike those questionnaires used on health epidemiology. Nevertheless, research has showed that an important percentage of subjects do not answer to questions on sexual thematic, which mean a narrowing of epidemio-

logical research internal and external validity, producing a bias on conclusions, prejudicing, therefore, the health clinical psychologist intervention, basing the organisation of their intervention programs on inaccurate data. The main goal of this research report is to identify the characteristics of a risk group (teenagers) regarding their sexual behaviour, whom did not answer to sexual thematic questions, aiming, in one hand, to establish if we should consider the available data as benevolent or, on contrary, if the available data should be taken as more serious and, in the other hand, to discuss how we can improve the communication in epidemiological research in order to obtain more reliable data.