

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

A influência da representação social do sexo
nos comportamentos sexuais de risco dos
jovens adultos portugueses

Alexandra Isabel Cabral da Silva Gomes

Doutoramento em Psicologia

Área de especialização em Psicologia da Saúde

Tese orientada pela Doutora Cristina Nunes, Professora Auxiliar do Departamento de
Psicologia da Universidade do Algarve

Projecto de doutoramento financiado pela FCT (SFRH / BD / 36259 / 2007)

2010

Ao meu avô Armando

À minha mãe Isabel

Agradecimentos

À Fundação para a Ciência e Tecnologia pelo financiamento que permitiu o desenvolvimento deste estudo e da sua divulgação em congressos e conferências internacionais.

À minha orientadora, Professora Doutora Cristina Nunes, pela sua orientação crítica e apoio científico em todos os momentos do processo.

Ao Professor Doutor Luís Faísca pelo apoio na utilização dos programas de análise de conteúdo, essenciais para o desenvolvimento desta tese.

Às minhas colegas Joana e Andreia pelo apoio na revisão dos textos.

Ao Ricardo por todo o apoio, estabilidade e segurança que me transmitiu ao longo destes anos.

À minha família, por todo o apoio e amor em todos os momentos.

A todos os jovens adultos portugueses que, pacientemente, responderam aos meus extensos questionários, um muito obrigado.

Resumo

Observa-se em Portugal um aumento de infecções por VIH por transmissão sexual entre a população de jovens adultos, o que conduz a uma preocupação generalizada sobre os motivos que conduzem à utilização do preservativo. Para contribuir para explicação da inconsistência na utilização de métodos de protecção, procurou-se avaliar a influência da representação social do sexo nos comportamentos sexuais de risco dos jovens adultos, com enfoque na utilização do preservativo.

A representação social do sexo, baseada em discursos sociais e individuais, permitiu observar uma perspectiva fortemente romantizada, com aspectos ligados à relação e sensações vividas durante o acto sexual. Apresenta, ainda, um conteúdo pouco protector face a infecções sexualmente transmissíveis. Os indivíduos com alta intenção de uso do preservativo ou que ainda não tiveram relações sexuais são os que apresentam maior preocupação com os aspectos da saúde. Verifica-se, igualmente, que a representação social tem uma influência mediana na decisão de utilizar o preservativo, apesar de parecer ser mais útil para contextualizar e explicar o comportamento de utilização *a posteriori* do que como factor preditor da utilização do preservativo. Parece, ainda, ser um constructo útil para compreender as variáveis que explicam a utilização do preservativo.

Pode concluir-se que ainda são necessários mais estudos para se conseguir estabelecer um modelo geral de representação social do sexo e comportamento de uso do preservativo. Porém, a representação social do sexo parece ser uma dimensão a ter em consideração quando se pretende contextualizar os hábitos de utilização do

preservativo bem como compreender o que conduz os indivíduos a terem relações sexuais de forma desprotegida.

Palavras-chave: VIH/SIDA; uso do preservativo; representação social; modelos sócio-cognitivos; métodos qualitativos; jovens adultos; comportamentos sexuais de risco; prevenção; estudantes universitários.

Abstract

The number of HIV infections has increased in Portugal due to unprotected sexual intercourse, namely among young adult's group. This enables a generalized preoccupation with the motives underlying condom use. To forward knowledge about condom use inconsistency it was our goal to evaluate the influence of sex social representation on young adult's sexual risk behavior, focusing on condom use.

The social representation of sex, based upon the social and individual speeches, allowed the observation of a highly romanticized view, connected with relationship aspects and pleasured sensations during sexual intercourse. The social representation also gathered a under minored view over sexual transmitted infections.

The individuals with high condom intention or that haven't had sexual intercourse yet, are the ones that show a larger preoccupation with health issues. It is also observed a medium influence of sex's social representation in the decision of using a condom, although it appears to be useful to explain and contextualize the condom use behavior afterward. It is also contributes to the explanation of the variables that originally explain condom use.

It is concluded that are necessary more studies to achieve a general model of the influence of sex social representation on condom use behavior. However, the sex social representations should be used to contextualize condom use habits or patterns as well as to understand what drives individual to have unprotected sexual intercourse.

Keywords: HIV/AIDS; condom use; social representations; socio-cognitive models; qualitative methods; young adults; sexual risk behavior; college students.

Índice Geral

1.	Introdução	1
2.	VIH/SIDA – A epidemia que mudou o mundo.....	9
2.1.	Origem histórica.....	9
2.2.	Impacto do VIH/SIDA	11
2.3.	História natural e imunologia do VIH.....	13
2.4.	Sintomatologia.....	15
2.5.	Epidemiologia VIH/SIDA no Mundo	17
2.6.	Epidemiologia VIH/SIDA em Portugal	20
2.7.	Medidas de Prevenção.....	22
2.8.	Caracterização do Uso do Preservativo nos Jovens Adultos	30
3.	Modelos e Variáveis explicativos do Uso do Preservativo.....	33
3.1.	Modelos explicativos do uso do preservativo	36
3.2.	Variáveis que influenciam o uso do preservativo.....	47
3.2.1.	Variáveis demográficas e culturais	49
3.2.2.	Variáveis individuais	54
3.2.3.	Variáveis interpessoais	61
3.2.4.	Variáveis situacionais	63
4.	Novas abordagens ao uso do preservativo: As representações sociais.....	69
4.1.	Conceito de Representação Social.....	69
4.2.	Crítérios para o reconhecimento das representações sociais	71
4.3.	Origem, estrutura e funcionamento das representações sociais.....	72

4.4.	Como medir uma representação social?	77
4.5.	A representação social e os comportamentos sexuais de risco	79
5.	Estudo 1 – Caracterização do uso do preservativo nos Jovens Adultos portugueses	87
5.1.	Objectivos	90
5.2.	Método	90
5.2.1.	Participantes	90
5.2.2.	Medidas	94
5.2.3.	Procedimento	95
5.3.	Resultados.....	96
5.3.1.	História sexual	96
5.3.2.	Uso do preservativo.....	98
5.3.3.	Análise de <i>clusters</i> por história sexual e uso do preservativo.....	100
5.3.4.	Comparação com estudos referentes ao uso do preservativo	104
5.4.	Discussão.....	111
6.	Estudo 2 – Análise confirmatória de um modelo socio-cognitivo como contributo para a predição do uso do preservativo.....	119
6.1.	Objectivos	123
6.2.	Método	123
6.2.1.	Participantes.....	123
6.2.2.	Medidas	124
6.2.3.	Procedimento	129
6.2.4.	Procedimento de análise estatística.....	129

6.3.	Resultados.....	130
6.3.1.	Ajustamento do modelo.....	130
6.3.2.	Valor preditivo dos modelos	132
6.3.3.	Covariação entre variáveis	135
6.4.	Discussão.....	138
6.4.1.	Ajustamento e capacidade preditiva da TAR e TAP	138
6.4.2.	Ajustamento e capacidade preditiva do modelo estendido	139
7.	Estudo 3 – A Representação Social do Sexo nos Jornais e Revistas Portuguesas	145
7.1.	Objectivo.....	147
7.2.	Método	147
7.2.1.	Constituição do <i>corpus</i>	147
7.2.2.	Análise temática do Corpus.....	149
7.3.	Resultados.....	150
7.3.1.	Tema 1 – Aspectos criminais do Sexo.....	151
7.3.2.	Tema 2 – Aspectos Biopsicosociais do Sexo	153
7.3.3.	Tema 2, Subtema 1, Classe 2 – Expressão do Sexo através das artes	153
7.3.4.	Tema 2, Subtema 1, Classe 5 – Expressão Social do Sexo e Contextos do Quotidianos.....	156
7.3.5.	Tema 2, Subtema 2, Classe 3 – Expressão Psicoemocional do Sexo (...)	158
7.3.6.	Tema 2, Subtema 2, Classe 4 – Expressão Biológica do Sexo	160
7.4.	Discussão.....	162

8. Estudo 4 – O sexo aos olhos dos jovens: representação social do sexo nos jovens adultos portugueses.....	169
8.1. Objectivo.....	172
8.2. Método	172
8.2.1. Participantes.....	172
8.2.2. Instrumento.....	173
8.2.3. Tarefa de evocação livre.....	174
8.2.4. Procedimento	175
8.2.4.1. Procedimento de recolha de dados	175
8.2.4.2. Procedimento de Análise de Dados	176
8.3. Resultados.....	182
8.3.1. Caracterização da história sexual e do uso do preservativo	182
8.3.2. Análise prototípica da amostra geral	183
8.3.3. Análise de co-ocorrências.....	185
8.3.1. Análise prototípica por sexo.....	187
8.3.1.1. Comparação entre sexos	190
8.3.2. Análise prototípica pelas relações sexuais	191
8.3.2.1. Comparação dos grupos com e sem actividade sexual	193
8.3.3. Análise prototípica por nível de risco	194
8.3.3.1. Comparação entre níveis de risco.....	198
8.3.4. Análise prototípica pela intenção de uso	199
8.3.4.1. Comparação entre níveis de intenção	202

8.4.	Discussão.....	203
8.4.1.	Representação social do sexo.....	203
8.4.2.	Comparações entre grupos.....	209
9.	Estudo 5– A influência das representações sociais no uso do preservativo.....	219
9.1.	Objectivos	222
9.2.	Método	222
9.2.1.	Participantes.....	222
9.2.2.	Instrumento.....	223
9.2.3.	Procedimento	227
9.3.	Resultados.....	228
9.3.1.	A influência da representação social do sexo na decisão(...)	232
9.3.2.	A influência da representação social no uso do preservativo.....	270
9.3.3.	A influência da representação social nas variáveis sócio-cognitivas.....	276
9.3.4.	A relação entre a representação social e as variáveis sócio-demográficas e história sexual	277
9.4.	Discussão.....	277
10.	Discussão Geral	287
10.1.	Utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses	288
10.2.	O impacto dos modelos socio-cognitivos para explicar o uso do preservativo.....	292
10.3.	A representação social do sexo	294
10.4.	A influência da representação social do sexo na utilização do preservativo dos jovens adultos	296

10.5. Limitações e sugestões futuras de investigação	304
11. Conclusões Gerais	307
Bibliografia	315

Anexo A – Tabelas de frequência e resposta múltipla

Anexo B – Questões socio-demográficas

Anexo C – Questões da história sexual

Anexo D – Escalas de atitude face ao preservativo

Anexo E – Norma subjectiva, intenção e medidas de uso do preservativo

Anexo F – Satisfação sexual

Anexo G – Auto-estima sexual

Anexo H – Controlo externo sobre acontecimentos sexuais

Anexo I – Auto-eficácia para compra e uso do preservativo e auto-eficácia para negociação do preservativo

Anexo J – Comunicação com os pais

Anexo L – Heurísticas relativas ao VIH

Anexo M – Consumo de álcool

Anexo N – Tomada de decisão de uso do preservativo

Anexo O – Tarefa de evocação livre

Anexo P – Cenários

Índice de Quadros e Tabelas

Quadro 1 – Categorias da Infecção por VIH de acordo com os critérios do CDC (1993)	15
Tabela 1 – Características dos participantes	91
Tabela 2 – História sexual dos participantes	97
Tabela 3 – Uso do preservativo por sexo	99
Tabela 4 – Quadro comparativo do uso do preservativo dos jovens adultos nos últimos 5 anos	105
Tabela 5 – Comparação dos ajustamentos das TAR, TAP e modelo estendido.	131
Tabela 6 – Regressão múltipla da TAR e TAP	133
Tabela 7 – Regressão múltipla do modelo estendido	134
Tabela 8 – Correlações significativas entre as variáveis	136
Tabela 9 – Dados da tiragem e circulação das publicações seleccionadas	148
Tabela 10 - Caracterização lexical da Classe 1	152
Tabela 11 - Caracterização lexical da Classe 2	154
Tabela 12 - Caracterização lexical da Classe 5	156
Tabela 13 - Caracterização lexical da Classe 4	158
Tabela 14 - Caracterização lexical da Classe 4	160
Tabela 15 – Características sócio-demográficas dos participantes.....	173
Tabela 16 – Análise de critérios para análise prototípica	178
Tabela 17 – Análise prototípica da representação social do sexo.	184
Tabela 18 – Análise prototípica do subgrupo Mulheres	188
Tabela 19 – Análise prototípica do subgrupo Homens	189

Tabela 20 – Análise prototípica do subgrupo sexualmente activo	192
Tabela 21 – Análise prototípica do subgrupo não sexualmente activo	193
Tabela 22 – Análise prototípica do subgrupo baixo risco	195
Tabela 23 – Análise prototípica do subgrupo de médio risco.....	196
Tabela 24 – Análise prototípica do subgrupo de alto risco.....	197
Tabela 25 – Análise prototípica do subgrupo de baixa intenção	200
Tabela 26 – Análise prototípica do subgrupo de média intenção.....	201
Tabela 27 – Análise prototípica do subgrupo de alta intenção.....	202
Tabela 28 – Pistas dos cenários e níveis de variação	226
Tabela 29 – Análise factorial da Representação Social do Sexo	229
Tabela 30 – Análise descritiva dos factores da representação social do sexo.....	230
Tabela 31 – Comparações múltiplas (Tukey) entre as médias de resposta pela representação social.....	233
Tabela 32 – Efeito dos factores nas médias de resposta aos cenários	234
Tabela 33 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores consumo e decisão	236
Tabela 34 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores atitude e decisão	238
Tabela 35 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores relação, atitude e decisão	242
Tabela 36 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores consumo, atitude e decisão	244
Tabela 37 - Comparações múltiplas entre as médias dos factores consumo, relação e preservativo	246
Tabela 38 – Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores preservativo, decisão e atitude	248

Tabela 39 – Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores consumo, atitude, decisão e preservativo	249
Tabela 40 - Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores atitude, preservativo, e risco	256
Tabela 41 - Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores consumo, relação, e sensações.....	260
Tabela 42 - Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores relação, preservativo, e sensações	262
Tabela 43 – Comparações múltiplas entre os factores atitude, decisão e as variáveis sensações e risco	265
Tabela 44 – Comparações múltiplas entre os factores relação, preservativo e as variáveis sensações e risco	268
Tabela 45 – Regressão linear múltipla stepwise do uso do preservativo	272
Tabela 46 – Frequência do elemento mais importante	359
Tabela 47 – Frequência do segundo elemento mais importante	360
Tabela 48 – Frequência do terceiro elemento mais importante	361
Tabela 49 – Moda das importâncias	361
Tabela 50 – Tabela de frequência de respostas múltiplas	362

Índice de Figuras

Figura 1 – Prevalência do VIH no mundo	17
Figura 2 – Total de casos diagnosticados em 2008.	21
Figura 3 – Percentagem de casos de SIDA entre 2000-2008	22
Figura 4 – Teoria da Acção Raciocinada	38
Figura 5 – Teoria da Acção Planeada.....	39
Figura 6 – Habilitações académicas dos pais dos participantes.....	92
Figura 7 – Grupo profissional dos pais dos participantes	93
Figura 8 – Médias das variáveis por <i>cluster</i>	101
Figura 9 – Percentagem de uso do preservativo nas amostras	110
Figura 10 – Modelo estendido	121
Figura 11 - Representação hierárquica das classes originadas	150
Figura 12 – Frequências absolutas das co-ocorrências das palavras evocadas.	186
Figura 13 – Média das respostas aos cenários pela representação social do sexo	232
Figura 14 – Gráfico de médias do factor consumo pelo factor decisão.....	235
Figura 15 – Gráfico de médias do factor decisão pelo factor atitude.....	237
Figura 16 – Gráfico de médias do factor preservativo pelo factor atitude.....	239
Figura 17 – Gráfico de médias do factor preservativo pelo factor decisão	240
Figura 18 – Gráficos de médias, pelos factores decisão, atitude e relação	241
Figura 19 – Gráfico de médias dos factores consumo, atitude e decisão.....	243
Figura 20 – Gráfico de médias dos factores preservativo, relação e consumo	245
Figura 21 – Gráfico de médias dos factores preservativo, decisão e atitude	247

Figura 22 – Gráfico de médias dos factores preservativo, relação e romance	251
Figura 23 – Gráfico de médias entre o factor relação e o risco	252
Figura 24 – Gráfico de médias entre o factor atitude e o risco.....	254
Figura 25 – Gráfico de médias entre os factores atitude, preservativo, e o risco	255
Figura 26 – Gráfico de médias entre o factor relação e a variável sensações	257
Figura 27 – Gráfico de médias entre os factores relação, consumo e a variável sensações	259
Figura 28 – Gráfico de médias entre os factores relação, preservativo e a variável sensações	261
Figura 29 – Gráfico de médias entre os factores decisão, preservativo e a variável sensações	263
Figura 30 – Modelo do uso do preservativo	274
Figura 31 – Modelo do uso do preservativo com correlações significativas	275

1. INTRODUÇÃO

Desde que o vírus da imunodeficiência adquirida (VIH) foi isolado, em 1983, estima-se que cerca de 30 milhões de pessoas estarão infectadas com o VIH e que cerca de 25 milhões tenham já perecido com a SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida). Contudo, não são apenas os números elevados de vidas afectadas que tornam o VIH/SIDA um dos maiores flagelos mundiais e que lhe conferem a denominação de epidemia. A SIDA é uma doença crónica e potencialmente letal, de elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos. O seu impacto estende-se desde a estigmatização dos portadores de VIH/SIDA e diminuição da sua qualidade de vida, a um desafio económico e social nos países em que a SIDA diminui a produtividade económica do país e deixa milhares de crianças órfãs, todos os anos.

A elevada prevalência do VIH na África Subsariana faz dessa faixa geográfica uma das mais afectadas do ponto de vista social e económico, em todo o mundo. Porém, a taxa de novas infecções tem abrandado nestes países, ao contrário do que se tem verificado na Europa Ocidental, onde a taxa de infecções continua a aumentar (UNAIDS, 2008a).

O VIH transmite-se através do contacto de fluidos entre indivíduos. Os principais meios de transmissão observados nos relatórios da Organização Mundial de Saúde são o contacto sexual desprotegido (seja hetero ou homossexual), consumo de drogas injectáveis, prostituição, transfusões de sangue, e ainda entre a grávida e o feto.

Os relatórios que registam o avanço da infecção na Europa Ocidental, onde se enquadra Portugal, classificam o contacto heterossexual desprotegido como sendo o

meio que mais contribui para o aparecimento de novos casos de infecção por VIH (UNAIDS, 2008b).

O relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (Ministério da Saúde, 2009) permite observar que a maior percentagem de novos casos em Portugal deve-se ao contacto sexual desprotegido entre heterossexuais, entre os 20 e os 39 anos de idade.

Em Portugal, parecem ser os jovens adultos (entre os 18 e os 25 anos) que apresentam uma maior probabilidade de infecção por VIH. A média de idades para o início das relações sexuais situa-se, aproximadamente, nos 16 anos (Reis, Ramiro, & Matos, 2009), sendo que a maior parte dos indivíduos já é sexualmente activo quando atinge a maioridade. Nesta faixa etária, as taxas de utilização do preservativo estão entre os 40% e os 50% (INE, 2007; Ministérios da Saúde, 2005). A utilização do preservativo parece ser mais frequente entre indivíduos mais jovens, tendendo a diminuir com o avanço da idade (Reis & Matos, 2008). É ainda relevante que houve uma redução do consumo de preservativos na ordem dos 2 milhares de unidades na última análise do Ministério da Saúde (2005), o que poderá ser indicador de um maior risco para todos os indivíduos.

O preservativo masculino é considerado pela OMS (2007) como um dos principais métodos de protecção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST), desde que utilizado de forma correcta e consistente. Quando utilizado nas melhores condições o seu nível de eficácia de protecção contra IST, incluindo o VIH, é de cerca de 95% (Pinkerton & Abramson, 1997). Contudo, a perda do prazer e de sensibilidade (Adebiyi & Azuzu, 2009), a dificuldade em negociar o uso do preservativo (Manuel, 2005), entre

outros motivos, têm servido de barreira à utilização do mesmo, o que coloca os indivíduos em risco.

Têm sido adaptados vários modelos do âmbito da psicologia da saúde para tentar explicar e prever a utilização do preservativo. De todos, destacam-se a teoria da acção reflectida (Fishbein & Ajzen, 1975) e a teoria da acção planeada (Ajzen & Madden, 1986) pela sua extensa utilização em estudos sobre saúde (Noar & Zimmerman, 2005), e em particular na explicação e predição do uso do preservativo (Armitage & Conner, 2001).

Apesar do sucesso mediano na aplicabilidade ao uso do preservativo, têm sido discutidas algumas limitações na sua adequabilidade, quer pela dificuldade em explicar a lacuna entre intenção e comportamento (Armitage & Conner, 2001), quer pela metodologia correlacional que os estudos utilizam (Weinstein, 2007), quer ainda pela análise individualizada de um comportamento que, na sua essência, é uma escolha conduzida por dois indivíduos (Joffe, 2002).

As sugestões para contornar estas limitações visam a inclusão de variáveis contextuais ou relativas ao parceiro nos modelos para a saúde (De Visser & Smith, 2001; Kashima, Gallois, & McCamish, 1993), ou a avaliação das representações sociais associadas ao acto sexual, como sugeriram os resultados do estudo desenvolvido por Bromnick e Swinburn (2003).

No que concerne à primeira sugestão, observa-se que há diversas variáveis que têm tido algum impacto na explicação da inconsistência do uso do preservativo, como são alguns exemplos uma baixa auto-estima (Ethieu, Kershaw, Lewis, & Milan, 2006), a existência de um parceiro estável (Bogart et al., 2005) ou o consumo de álcool antes do acto sexual (Abbey, Parkhill, Buck, & Saenz, 2007). Será portanto, pertinente,

compreender de que forma a introdução destas variáveis nos modelos para saúde pode aumentar a sua capacidade preditiva.

Relativamente à segunda sugestão, Bromnick e Swinburn (2003) observaram que os indivíduos romantizavam as relações sexuais desprotegidas, desvalorizando o risco associado à não utilização do preservativo. Mais recentemente, Camargo e Bousfield (2009) no seu trabalho sobre a representação social da SIDA e o impacto nos comportamentos de risco dos adolescentes brasileiros, verificaram que a ideia de confiança mútua e amor pelo parceiro eram promotoras de uma utilização inconsistente do preservativo. Desta forma, a representação social surge como um campo a desenvolver e interligar aos estudos clássicos do uso do preservativo.

A representação social pode entender-se como um conjunto de conceitos, proposições e explicações que abrange pessoas, acontecimentos ou objectos, originada no dia-a-dia, através das comunicações interindividuais, sendo socialmente elaborada e partilhada (Jodelet, 1989; Moscovici, 1981). Do ponto de vista das suas funções, as representações sociais permitem a assimilação de novo conhecimento, atribuindo-lhe significado; são reguladoras do comportamento e das relações com os outros; e interferem na construção de identidades pessoais e sociais (Wachelke & Camargo, 2007). Dada a importância do uso do preservativo para a prevenção do VIH, parece ser pertinente compreender o porquê de um comportamento inconsistente como se tem observado nas camadas dos jovens adultos portugueses.

Foi objectivo deste trabalho revisar as variáveis que afectam o uso do preservativo e inclui-las nos modelos comumente utilizados nesta área, testando a sua adequabilidade e capacidade preditiva.

Não obstante, e dadas as limitações dos modelos sócio-cognitivos, considerou-se pertinente estudar a representação social do sexo. Optou-se pelo conceito do sexo pois é neste «contexto» que se toma a decisão de utilizar o preservativo. É esperado que esta abordagem permita aceder a alguma informação útil para a compreensão dos motivos que estão associados à utilização do preservativo, assegurando a perspectiva dual para a qual Joffe (2002) alerta, já que as representações sociais são partilhadas por um mesmo grupo de indivíduos, e poderão condicionar o seu comportamento.

Foram desenhados 5 estudos com objectivos e metodologias distintas que procuraram promover o conhecimento sobre o uso do preservativo e de forma mais lata contribuir para o desenvolvimento da área da psicologia da saúde. O presente documento pretende ser uma descrição pormenorizada destes estudos, dividindo-se em duas partes: uma revisão teórica sobre os principais conceitos e uma segunda parte empírica. Inicialmente é apresentado o estado da arte nos últimos anos da produção científica das áreas do uso do preservativo e das representações sociais ligadas aos comportamentos sexuais de risco.

No que concerne à parte empírica, o primeiro estudo teve como objectivo geral caracterizar a utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses. Foram medidos a utilização do preservativo e aspectos da experiência sexual dos participantes, para caracterizar possíveis padrões ou perfis. Realizou-se uma comparação dos dados da utilização do preservativo com outros países para estabelecer um paralelismo que permita contextualizar a problemática em Portugal.

O segundo estudo tinha como objectivo geral avaliar a capacidade preditiva do modelo da acção reflectida e do modelo da acção planeada na utilização do preservativo. Foram, ainda, incluídas outras variáveis sócio-cognitivas cujo impacto no

uso do preservativo foi apurado através da revisão da literatura. Foi medido o ajustamento dos modelos através da modelagem de equações estruturais e a capacidade preditiva do uso do preservativo através de regressões hierárquicas múltiplas.

Os dois estudos seguintes tinham como principal objectivo definir a representação social sexo. Wagner (1995) considera que para medir uma representação social é necessário analisar, conjuntamente, a perspectiva social e a perspectiva individual.

Como tal, o terceiro estudo tinha como objectivo medir a perspectiva social da representação social do sexo. Foram observados alguns jornais e revistas portuguesas de elevada circulação durante um período limitado de 3 meses. Extraíram-se todas as notícias que incluíssem a palavra sexo. O corpus de texto relativo a essa observação foi estudado através de análise hierárquica descendente, o que permitiu identificar várias temáticas relativas ao sexo.

O quarto estudo pretendia, portanto, avaliar a perspectiva individual, o que foi realizado através das evocações livres dos jovens adultos portugueses. As suas evocações sobre a palavra sexo foram tratadas através da análise prototípica de Vèrges (1992), que permite estruturar a representação social, definindo o núcleo central e o sistema periférico (Abric, 1993). Foram, também, avaliadas as possíveis diferenças entre as estruturas da representação social relativas a subgrupos da amostra recolhida (sexo, experiência sexual, utilização do preservativo, e intenção de uso).

O último estudo pretendia avaliar a influência da representação social do sexo na decisão de ter relações sexuais. Para tal, foi utilizada uma metodologia de captação de comportamentos (*policy capture*). Este estudo procurou propor aos participantes

possíveis cenários em que variavam, sistematicamente, a atitude do parceiro face ao preservativo, o consumo de álcool, o tipo de relação (casual ou estável), a abertura para uma decisão partilhada entre ambos os intervenientes, e ainda a disponibilidade do preservativo. Era pedido aos participantes que avaliassem em que medida teriam relações sexuais perante cada um dos cenários. Estes resultados foram cruzados com a valorização individual dos aspectos definidos na representação social (apurados no estudo anterior), bem como com a sua atitude, hábito de consumo de álcool, auto-eficácia para negociação do uso do preservativo e estilo de decisão de uso do preservativo. Para esta análise de dados utilizou-se uma análise de variância de medidas repetidas, com comparações múltiplas *a posteriori*.

Verificou-se, também, a influência directa da representação social do sexo no uso do preservativo e nas variáveis sócio-cognitivas medidas. Foram conduzidas regressões hierárquicas múltiplas, e uma análise confirmatória do modelo elaborado através da modelagem das equações estruturais.

Cada estudo inclui uma discussão específica, sendo posteriormente integrados numa discussão geral que pretende reunir todos os estudos. Por fim, são apresentadas as conclusões gerais, que pretendem sistematizar os contributos deste trabalho à área do uso do preservativo e da prevenção da infecção por VIH.

De uma forma particular, espera-se que os resultados deste trabalho contribuam para um melhor conhecimento do processo de decisão de utilização do preservativo, como forma de protecção individual contra infecções sexualmente transmissíveis. Pondera-se, também, a aplicabilidade da definição da representação social do sexo aos programas de intervenção sobre o VIH/SIDA, oferecendo linhas de transformação da representação social, para a promoção de comportamentos mais seguros do ponto de

vista sexual. Numa perspectiva mais lata, espera-se poder contribuir indirectamente para a diminuição dos casos de infecção de VIH, através de uma maior promoção de uso do preservativo, evitando uma doença debilitante do ponto de vista físico, psicológico e social.

A SIDA continua a ser uma doença com potencial letal que, a par da possível deterioração da saúde física, promove fortes alterações na vivência do indivíduo, afectando aspectos centrais da sua identidade individual e social, bem como o seu bem-estar subjectivo, qualidade de vida, formas de relacionamento com os outros e percepção da realidade. E todos os esforços devem ser concertados para compreender melhor os mecanismos associados à preservação da saúde dos indivíduos.

2. VIH/SIDA – A EPIDEMIA QUE MUDOU O MUNDO

2.1. Origem histórica

O sarcoma de Kaposi é uma forma rara, e relativamente benigna, de um cancro que surge, habitualmente, em idosos. Quando em Março de 1981 surgiram 8 casos de uma forma agressiva do sarcoma, em jovens adultos homossexuais em Nova Iorque, surge a preocupação em descobrir as razões pelas quais a doença parecia estar a afectar indivíduos tão jovens. No mesmo período de tempo era detectado outro acontecimento raro na Califórnia e em Nova Iorque, um aumento nos casos de uma infecção pulmonar rara (pneumonia por *pneumocystis carinii* [PPC]). O aumento progressivo dos casos de PPC em mais estados da América do Norte fez com que o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC) emitisse, em Junho desse ano, o que posteriormente seria considerado o primeiro relatório sobre SIDA nos Estados Unidos da América, sem no entanto conseguir referir uma causa conhecida para os acontecimentos registados.

Durante o ano de 1981 houve uma preocupação generalizada em compreender o modo de transmissão de uma doença, que parecia afectar somente homens homossexuais, o que levou a que fosse inicialmente definida como *gay-related immune deficiency* (imunodeficiência relacionada com homossexuais). Contudo, o rápido aparecimento da infecção noutros grupos, nomeadamente entre os consumidores de drogas injectáveis, permitiu compreender que não seria uma doença exclusiva dos homossexuais. É também no final do ano de 1981 que é detectado o

primeiro caso de VIH no Reino Unido, e que se começa a desenhar a possível globalidade de uma doença, até então, desconhecida.

A denominação AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) seria sugerida num encontro científico em Washington. A disseminação deste anagrama nos jornais e literatura científica popularizou-o e seria adoptado como o nome internacional da doença, e que perdura até hoje. Em Portugal, como em França ou Espanha, o anagrama foi redesenhado para corresponder à definição nas línguas latinas, sendo a doença denominada SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida).

Em 1983, uma equipa de médicos do Instituto Pasteur, em França, isola um vírus, denominado LAV (*Lymphadenopathy-associated virus*), sugerindo-o como a causa da SIDA. É igualmente neste ano histórico que se detectam os primeiros casos em mulheres, o que permitiu sugerir que o vírus é também transmissível por contacto heterossexual (MMWR, 1983).

Em 1984, Robert Gallo, do Instituto Nacional para o Cancro dos EUA, isola o vírus HTLV-III (*human T-cell lymphotropic virus, type 3*), e afirma ter descoberto a causa da SIDA. Após se ter concluído que ambos os investigadores tinham isolado o mesmo vírus, é em Maio de 1986 que este recebe a nomenclatura pela qual é identificado actualmente – HIV-1 (Kamps & Hoffman, 2007). Posteriormente foi identificado o vírus HIV-2.

Desde esta data, o número de pessoas infectadas com VIH/SIDA, tem aumentado de forma exponencial. No final do ano de 2007 estimava-se a existência de 30 a 36 milhões de pessoas infectadas com VIH em todo o mundo calculando-se que, desde o aparecimento dos primeiros casos, se tenham registado mais de 25 milhões de mortes (UNAIDS, 2008a).

2.2. Impacto do VIH/SIDA

A SIDA é uma doença crónica e letal, com elevado impacto quer ao nível económico-social, quer ao nível individual.

Kuyper, Hogg, Montaner, Schechter e Wood (2004) referem ser difícil quantificar os custos de saúde reais dispendidos com os pacientes do VIH/SIDA. As estimativas realizadas no sistema Canadano referem custos na ordem dos duzentos milhões de dólares, com internamentos e medicamentos referentes apenas aos consumidores de drogas seropositivos e/ou com SIDA, onde se regista a maior incidência de casos de VIH no país.

Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde informou que os custos anuais gastos com os internamentos dos pacientes com VIH/SIDA aproximam-se dos 22 milhões de euros, sendo o custo individual de 5 mil euros (Diário de Notícias, 2009).

Do ponto de vista individual, é comum que os pacientes com VIH apresentem quadros de depressão (Remien et al., 2006) pelo estigma subjacente à condição de seropositivos, o que afecta quer a despistagem de novas infecções quer a adesão ao tratamento (Valdisserri, 2002). Em geral percebem, também, uma diminuição da sua qualidade de vida, agravada nos pacientes em estadio de expressão sintomática (Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005).

Ao nível familiar, as crianças e adolescentes, cujos pais sejam portadores de VIH, são parcialmente afectados pelo estado dos progenitores, apresentado sinais de estigmatização e diminuição do bem-estar físico e mental, bem como uma diminuída percepção da sua qualidade de vida, perante situações de baixo suporte social (Lee, Detels, Rotheram-Borus, & Duan, 2007). Observa-se, também, um decréscimo na

qualidade e mudança nos tipos de relacionamentos. Keegan, Lambert e Petrak (2005) procuraram identificar os problemas que afectam as vivências relacionais entre casal, através de entrevistas a mulheres seropositivas. Os principais problemas registados foram a diminuição da libido, as barreiras e dificuldades no estabelecimento de novas relações e a procura de parceiros casuais para evitar, quer a intimidade, quer a necessidade de explicar que são portadoras da infecção.

Contudo, o maior impacto epidémico da doença localiza-se na África Subariana, onde o contágio por VIH tem sido superior ao previsto, com grandes implicações ao nível do capital social, estrutura populacional e crescimento económico (Piot, Bartos, Ghys, Walker, & Schwartländer, 2001).

Estima-se que cerca de 2/3 dos indivíduos infectados com VIH/SIDA estão localizados em países da África Subariana. Estes países, denominados em desenvolvimento são, em condições normais, um desafio económico e social pela escassez de recursos com que se debatem, o que é conhecido como uma barreira ao acesso a meios de informação e a medidas de protecção individual que permitam preservar o estado de saúde dos indivíduos (Parker & Camargo Jr., 2000).

A mortalidade associada à SIDA amplia o problema económico e social com que os países se debatem. A diminuição do número de trabalhadores disponíveis devido à SIDA é gerador da falta de produtividade, necessária para o crescimento económico, o que agrava os indicadores de pobreza e desenvolvimento humano (Haacker, 2004). Este índice de mortalidade traduz-se em elevadas implicações familiares, pela morte de um ou ambos os progenitores, alterando a estrutura e o funcionamento familiar. De todos os órfãos causados pela SIDA, 95% situam-se nos países da região descrita. A morte de um, ou ambos os pais, representam uma maior probabilidade de abandono

escolar, de viver em condições de pobreza, de sobrecarga económica da rede familiar alargada, da exposição ao estigma social de ser filho de pais seropositivos, e ainda de uma maior vulnerabilidade à infecção por VIH (Foster & Williamson, 2000).

A prevalência do VIH nos países desenvolvidos, nos quais se enquadra Portugal, não apresenta os níveis preocupantes que se registam em África, ou outros países de estrutura socioeconómica semelhante. Contudo, o facto de o número de novos casos de VIH continuar a aumentar, de forma progressiva, essencialmente entre as camadas mais jovens da população, através de contacto heterossexual desprotegido, faz com que a Organização Mundial de Saúde (2009) classifique a infecção por VIH como o maior desafio para a saúde pública, sendo cada vez mais necessária uma intervenção rápida e capaz de travar o avanço da epidemia.

2.3. História natural e imunologia do VIH

O vírus da imunodeficiência humana desencadeia um processo viral activo, que faz degenerar o sistema imunológico do hospedeiro. Observa-se a existência de uma fase assintomática, que dificulta a detecção da infecção e um tratamento anti-viral precoce. Trata-se de uma infecção de carácter crónico e potencialmente letal (Oliveira & Meliço-Silvestre, 2003) através das designadas doenças oportunistas (eg. candidíase, herpes zóster, PPC, tuberculose pulmonar, etc.)

Actualmente, estão estudados e classificados dois tipos de vírus, de denominação internacional o HIV-1 e o HIV-2, apesar de recentemente ter sido noticiado o isolamento de uma nova estirpe. De acordo com Borrego, Barroso e Taveira (2008) o HIV-1 prevalece sobre o HIV-2, sendo responsável pela epidemia mundial. Não

obstante o carácter semelhante de ambas as infecções, o HIV-2 é considerado como tendo melhor prognóstico, caracterizando-se por uma progressão mais lenta e sendo mais favorável ao controlo da carga viral.

Nos primeiros dias após o contágio verifica-se um aumento da população viral, que atinge o seu pico entre as duas e as quatro semanas após a exposição, existindo neste período alto risco de transmissibilidade, disseminação generalizada, atingimento extensivo dos órgãos linfóides e criação de reservatórios latentes em linfócitos T CD4 de memória com semivida muito longa (Oliveira & Melaço-Silvestre, 2003, p.1).

Entretanto desenvolve-se uma resposta imunitária celular, originada pelos linfócitos T citotóxicos (CD8) regulados por citocinas CD4 específicas e pelo aparecimento dos anticorpos anti-VIH. Esta resposta imunitária é responsável pelo decréscimo da viremia e pela recuperação dos linfócitos T CD4, o que permite que aproximadamente 4 meses após a infecção se atinja um estado de equilíbrio entre o vírus e o sistema imunitário. Contudo, continua a dar-se a replicação viral no organismo do indivíduo, sem que se observe uma expressão sintomática.

Apesar do sistema imunológico reagir constantemente com a renovação dos linfócitos T CD4 para combater a infecção, existe uma grande discrepância para a reprodução viral registada.

Desta forma, o sistema imunitário vai perdendo eficácia de forma lenta o que irá fazer com que se atinjam os pontos críticos a partir dos quais o indivíduo vai ter uma susceptibilidade aumentada às infecções e tumores oportunistas (Oliveira & Melaço-Silvestre, 2003).

2.4. Sintomatologia

De acordo com os valores dos linfócitos T CD4 presentes no organismo é possível identificar o estágio da infecção e determinar o momento em que a pessoa passa a sofrer da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA).

Quadro 1 – Categorias da Infecção por VIH de acordo com os critérios do CDC (1993)

Categoria	Contagem de células	Expressão sintomática
A	≥ 500 células/mL	Fase assintomática
		Fase aguda de infecção primária Linfadenopatia persistente generalizada
B	200-499 células/mL	Neuropatia periférica
		Angiomatose bacilar Candidíase orofaríngea (aftas) Candidíase vulvo-vaginal; persistente, frequente ou com pouca resposta à terapia Displasia cervical (moderada ou grave) / carcinoma <i>in situ</i> do colo do útero
C	≤ 200 células/mL	Os sintomas constitucionais, como febre (38,5 C) ou diarreia com duração superior a 1 mês Leucoplasia pilosa oral O herpes zoster (zona) envolvendo pelo menos dois episódios distintos ou mais de um dermatomo A púrpura trombocitopênica idiopática Listeriose Doença inflamatória pélvica, particularmente se complicada por abscesso tubo-ovariano
		SIDA

Legenda: mL – microlitro de sangue

Os critérios de diagnóstico do VIH, representados no quadro 1, foram realizados pelo Centro de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC) em 1983, e foram revistos em 1993. De acordo com as instruções do CDC, devem-se considerar, como casos de infecção com VIH, resultados positivos nas análises aos anti-corpos VIH, bem como a identificação e isolamento do vírus em tecidos, a identificação de anticorpos VIH ou ainda resultados positivos noutros testes licenciados (eg. detecção directa do RNA do HIV-1 no plasma humano).

O período de incubação, designada de fase aguda de infecção do VIH, assemelha-se a um estado gripal havendo, no entanto, uma alta diversidade e gravidade dos sintomas que lhe estão associados (Altfeld & Walker, 2007).

Os sintomas mais comuns associados à infecção são febre, erupções cutâneas, úlceras orais, faringite, perda de apetite, perda de peso superior a 2,5 kg, dores musculares, entre outros.

Estes sintomas prolongam-se entre 7 a 10 dias e, devido à sua inespecificidade causal, dificultam a detecção precoce da causa. Os testes aos anti-corpos ainda não são capazes de detectar o vírus, sendo necessários testes específicos para a sua detecção.

Após a infecção aguda inicia-se a fase assintomática, que se prolonga, em média por 8 a 10 anos. Após este período inicia-se o período sintomático, podendo ocorrer variadas doenças oportunistas (ver quadro 1), incluindo o diagnóstico de SIDA. Em média, a morte ocorre 1-2 anos após o diagnóstico de SIDA (Bartlett, 2002).

2.5. Epidemiologia VIH/SIDA no Mundo

O último relatório sobre o estado epidemiológico do VIH/SIDA no mundo, realizado pela UNAIDS (2008a), refere que a percentagem de adultos a viver com o VIH estacionou desde o ano 2000. A taxa de infecção do VIH apresenta uma diminuição em vários países, contudo estes resultados considerados optimistas, devem ser entendidos de forma reservada, dado que tem se verificado um aumento de infecções noutros países.

A figura 1 ilustra a prevalência da infecção por VIH, no mundo.

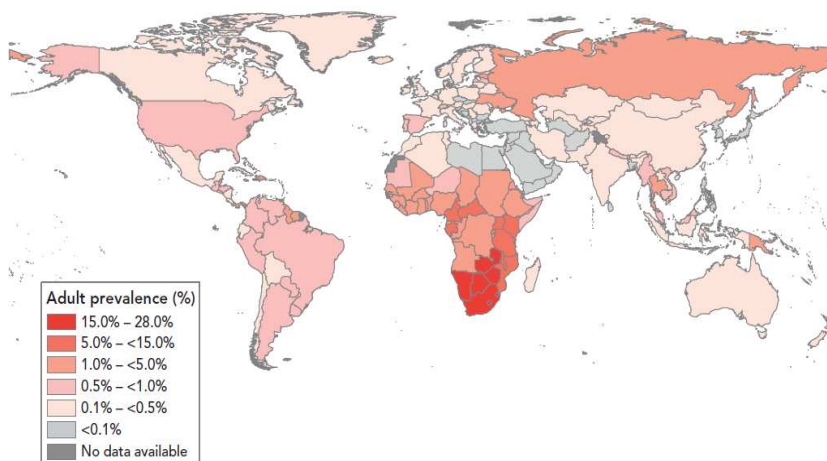


Figura 1 – Prevalência do VIH no mundo

Fonte: UNAIDS, 2008a

Com base na percentagem de infecções nos grupos de risco, a OMS (2009) definiu 3 níveis da epidemia:

- Nível inferior de epidemia: O VIH existe há vários anos, mas a maior parte das infecções verifica-se entre grupos de risco: trabalhadores do sexo,

toxicodependentes, entre outros. A prevalência é inferior a 5% da população, em qualquer dos subgrupos populacionais abrangidos.

- Nível concentrado da epidemia: A infecção por VIH espalhou-se rapidamente num dos subgrupos da população, mas ainda não está generalizado pela população, em geral. O curso da epidemia é definido pela possibilidade de contacto dos subgrupos infectados com a população, em geral. Em termos de prevalência, esta é superior a 5% nos subgrupos de risco e inferior a 1% em grávidas das zonas urbanas.
- Nível generalizado da epidemia: a infecção por VIH está disseminada pela população geral. Apesar de os subgrupos populacionais de maior risco influenciarem na disseminação do vírus, as relações entre indivíduos da população geral é suficiente para promover e sustentarem a situação epidémica. A prevalência é superior a 1% nas mulheres grávidas.

A África Subsariana continua a ser o país com a maior incidência de casos de VIH entre adultos, com percentagens que rondam os 30% da população total. A percentagem de infecção em adultos sugere um nível generalizado da epidemia. No ano de 2007 foram infectados 1,9 milhões de pessoas. Cerca de 2/3 dos casos mundiais de infecção por VIH localizam-se nestes países de África, bem como cerca de 3/4 das mortes por SIDA em 2007 se verificaram nesta região. Contudo, os dados sugerem um abrandamento na taxa de infecções por VIH e uma consequente estabilização do número de pessoas afectadas por este flagelo. O meio mais comum de transmissão nestes países é o contacto sexual desprotegido entre heterossexuais.

Relativamente ao Norte de África a informação é bastante limitada. A prevalência do VIH nestes países é bastante menor, quando comparado com outros países de África (eg. Moçambique), à excepção do Sudão. Supõem-se que cerca de 380 mil pessoas sejam seropositivas e que cerca de 40 mil novas infecções tenham sido detectadas no ano de 2007. O foco de infecção incide na prostituição e nos consumidores de drogas injectáveis.

Relativamente à Ásia, uma das áreas do mundo com maior densidade populacional, estima-se que cerca de 5 milhões de pessoas sejam seropositivas, e que existam cerca de 380 mil novas infecções por ano. Os níveis de infecção são mais elevados no Sudeste da Ásia (eg. Indonésia). É na Ásia que os meios de transmissão são mais diversificados, modificando-se de acordo com o país e com a evolução da epidemia.

No que concerne à Europa do Leste e Rússia o relatório sugere a existência de cerca de 1,5 milhões de pessoas infectadas com VIH, das quais 90% provenientes da Rússia e Ucrânia. Os níveis de infecção por VIH continuam a aumentar, principalmente na Rússia. Estes casos de VIH devem-se à transmissão por consumidores de drogas injectáveis, prostituição e devido ao sexo com múltiplos parceiros.

A América Latina regista cerca de 1,7 milhões de pessoas a viver com o VIH, e as taxas de infecção continuam a aumentar anualmente. Os principais meios de transmissão são o contacto sexual homossexual, a prostituição, e em menor percentagem, o consumo de drogas injectáveis.

A América do Norte surge emparelhada com a Europa Ocidental pela semelhança entre os perfis de infecção por VIH, bem como por características socioeconómicas. O relatório refere que vivem cerca de 2 milhões de pessoas portadoras de VIH na América do Norte, dos quais 1,2 milhões são provenientes dos Estados Unidos da

América. As taxas de novas infecções mantêm-se estáveis. Regista-se, igualmente, um aumento da esperança de vida dos seropositivos, pela possibilidade de acesso a terapêuticas retrovirais, que se verifica nestes países economicamente privilegiados. Na Europa Ocidental tem-se observado um aumento do número de casos do VIH, sem abrandamento da taxa, como se observa na América do Norte. O tipo de transmissão varia de acordo com as características epidemiológicas de cada país, mas é de referir que o consumo de drogas injectáveis tem diminuído o seu peso na transmissão do vírus, tendo aumentado a proporção de novas infecções por contacto sexual desprotegido, quer heterossexual quer homossexual.

2.6. Epidemiologia VIH/SIDA em Portugal

De acordo com o relatório sobre a epidemia do VIH da UNAIDS na Europa Ocidental (2008b), os principais meios de transmissão do vírus são o contacto sexual desprotegido heterossexual e homossexual, trabalhadores do sexo (vulgo prostituição) e consumidores de droga injectável. Em três, destes quatro meios de transmissão de VIH, o uso do preservativo é apontado como uma possível barreira preventiva, mas que não é utilizado de forma consistente pela maioria dos intervenientes. O relatório regista um aumento nos casos de infecção por contacto sexual desprotegido, enquanto os níveis de transmissão por consumidores de drogas injectáveis diminuíram.

Os dados portugueses, medidos pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (Ministério da Saúde, 2009) a 31 de Dezembro de 2008 registavam a existência de 34.888 casos de VIH nos diferentes estadios da doença, com

prevalência nos homens. Destes, 1201 casos foram diagnosticados ao longo do ano de 2008, com as seguintes frequências (Figura 2).

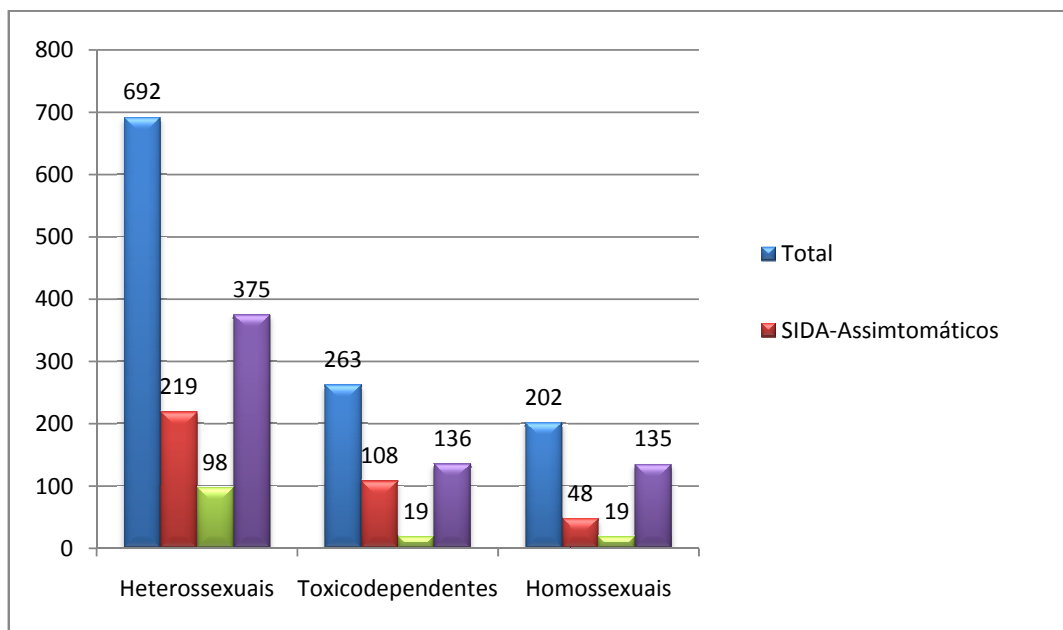


Figura 2 – Total de casos diagnosticados em 2008.

Fonte: Ministério da Saúde (2009)

De acordo com o relatório continua a verificar-se um aumento da taxa de infectados, sendo saliente que o maior número de infecções VIH (assintomático) se regista no grupo de heterossexuais, que cumulativamente reúnem a maior parte dos casos detectados. O relatório refere, também, que o maior crescimento da taxa de infectados se verificou entre os casos de contacto sexual heterossexual.

A figura 3 pretende sistematizar o peso relativo do número de casos de SIDA, detectados entre o ano 2000 e 2008, para os grupos de heterossexuais, homossexuais e consumidores de drogas injectáveis.

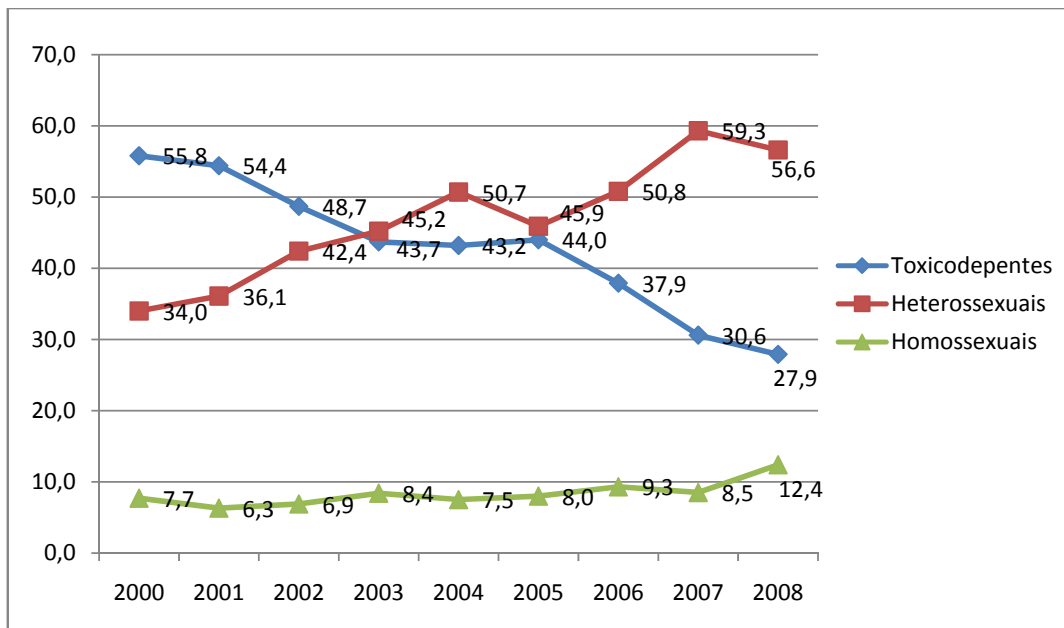


Figura 3 – Percentagem de casos de SIDA entre 2000-2008

Fonte: Ministério da Saúde (2009)

Os casos de SIDA registam o mesmo padrão epidemiológico, observando-se uma diminuição nos casos dos toxicodependentes e um aumento entre os heterossexuais.

O relatório refere ainda que os portadores assintomáticos são maioritariamente jovens, com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos, primeiramente associados ao contacto heterossexual. Os casos prevalecem entre os homens.

2.7. Medidas de Prevenção

De acordo com as estimativas da infecção por VIH da UNAIDS (2007) em Portugal cerca de 0,5% da população está infectada, concentrando-se nos subgrupos de risco, pelo que se pode considerar que ainda se encontra no nível inferior da epidemia. No entanto, e apesar dos diferentes níveis epidémicos comportarem diferentes medidas, em todos é reforçado o papel preventivo.

As principais medidas para a redução do risco de infecções sexualmente transmissíveis foram definidas pela OMS (2007). Para a OMS a redução do risco das infecções sexualmente transmissíveis (IST) tem dupla função, já que directamente interfere nas medidas de protecção individual contra o VIH, e secundariamente porque o risco de contrair o vírus de imunodeficiência humana aumenta perante a existência de outras IST. As principais medidas apresentadas no documento são:

- Testagem para a síndrome de infecções sexualmente transmissíveis;
- Tratamento adequado para a síndrome;
- Educação e aconselhamento para a redução dos risco de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH;
- Promoção de uma utilização correcta e consistente do uso do preservativo;
- Notificação dos parceiros.

Devem ainda ser acrescentadas as estas medidas a abstinência sexual e a monogamia (fidelidade ao parceiro).

A OMS (2009) salienta ainda o papel central dos programas de promoção de comportamentos sexualmente seguros, dado que permitem o conhecimento do risco e a manutenção consistente de medidas protectoras, como o uso do preservativo, diminuindo o risco de aquisição ou transmissão do VIH.

Kalichman, Carey e Johnson (1996) conduziram uma meta-análise sobre intervenções sobre o VIH, que tinham como objectivo reduzir os comportamentos de risco. Foram incluídos vários estudos referentes a estas intervenções que abrangiam conteúdo muito diverso como conhecimento relativo ao VIH, competências de negociação, uso do preservativo e abstinência, entre outros. Os resultados sugerem que estas intervenções têm um efeito positivo e significativo na redução de

comportamentos de risco, sendo uma medida efectiva na diminuição das taxas de infecção por VIH. Contudo este estudo não permite observar quais os tipos de programas com maior efectividade no combate ao VIH.

Barnett e Parkhurst (2005) analisaram dois tipos de modelos, o modelo ABC (*abstinence; be faithful; condomise* [abstinência; fidelidade; uso do preservativo]) e o modelo CNN (*condoms; needles; negotiating skills* [preservativo; agulhas; capacidades de negociação]) relativamente às desvantagens na promoção de comportamentos sexuais seguros.

Os autores referem que o modelo ABC coloca a abstinência como ponto principal, impondo julgamentos morais e relegando para segundo plano uma prevenção prática. Quanto ao modelo CNN, os autores referem que as principais críticas enfocam na forte perspectiva de protecção de risco individual, não existindo uma preocupação com a mudança nos comportamentos que originam o problema, como são a alteração dos padrões de comportamento sexual e a redução do consumo de drogas injectáveis.

Apesar de ambos os modelos apresentarem as respectivas debilidades, Jemmott, Jemmott e Fong (1998) referem que a abstinência como estratégia para sexo seguro pode ser efectiva na redução do risco. No entanto, os modelos que promovem antes a adopção de comportamentos sexuais seguros, através do uso do preservativo, são sugeridos como sendo mais efectivos e apresentarem efeitos mais duradouros no tempo. Santelli e colaboradores (2006) referem ainda, que os programas que visam exclusivamente a abstinência apresentam problemas éticos e morais, ao suportarem opiniões e informações questionáveis e incorrectas sobre a sexualidade. Referem ainda que estes ameaçam os direitos fundamentais da saúde, informação e vida, ao veicularem a ideia de que o sexo é algo a evitar.

Perante a situação de contágio, várias medidas devem consideradas e a sua efectividade deve ser abordada.

A rápida despistagem do vírus do VIH foi amplamente discutida como uma medida necessária para travar o avanço da epidemia (Farham, Gorsky, Holtgrave, Jones, & Guinam, 1996). A meta-análise realizada por Higgins e colegas (1991) sugere que a medida tem pouco impacto na redução do risco sexual nos grupos de homossexuais e consumidores de drogas injectáveis, mostrando, no entanto, uma significativa redução do risco entre heterossexuais que foram testados para o VIH. Um estudo mais recente, também de meta-análise sobre estudos desenvolvidos em países em desenvolvimento, conduzido por Denison, Reilly, Schmid, Kennedy e Sweat (2008) sugere que conhecer o estado serológico tem um impacto moderado na redução de relações sexuais desprotegidas. Weinhardt, Carey, Johnson e Bickham (1999) são mais objectivos quando referem que esta estratégia apenas parece ser efectiva na redução de comportamentos de risco como uma forma secundária de prevenção para os indivíduos seropositivos (isto é, como forma de prevenção para não infectarem parceiros serodiscordantes). Sugerem, igualmente, que a estratégia não é efectiva enquanto uma medida primária de prevenção para indivíduos seronegativos.

No que concerne à estratégia de notificação de parceiros, esta medida tem-se apresentado envolver de alguma controvérsia (Golden, 2002). Inicialmente considerava-se que a notificação dos parceiros poderia conduzir a uma maior estigmatização e discriminação das pessoas portadoras do VIH/SIDA, para além de que não existia informação suficiente que mostrasse que a medida não era contraproducente (Golden, 2002). Uma revisão realizada por Macke e Maher (1999) sobre programas de notificação de parceiros nos Estados Unidos da América sugere

que esta abordagem poderá ser efectiva na detecção de novos casos, evitando a propagação da infecção por VIH. Golden, Hogben, Potterat e Handsfield (2004), mais recentemente, procuraram estudar o impacto da notificação de parceiros, também nos EUA, como medida para a redução do risco na transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. Os resultados sugerem que apenas uma pequena percentagem de novos casos de VIH pretende integrar o programa de notificação de parceiros, o que afecta a efectividade da medida. Abordando também uma perspectiva institucional, o estudo mostra a existência de uma alta variabilidade de procedimentos o que poderá afectar os resultados encontrados, para além de a medida apresentar custos elevados para os estabelecimentos que a praticam. Como conclusão, os autores referem que a medida poderá ser eficaz para detectar novos casos, especificamente para heterossexuais e consumidores de drogas injectáveis. Não obstante, sublinham a necessidade de rever os procedimentos de notificação de parceiros para que se possa avaliar concretamente a efectividade da medida.

Outra das medidas consideradas como essencial é a adesão a tratamento antiretroviral adequado. Uma adesão deficitária conduzirá a uma deterioração do estado de saúde individual, mas também poderá constituir uma ameaça à saúde pública, pela possibilidade de facilitar o aparecimento e disseminação de uma nova estirpe de VIH resistente às terapêuticas existentes (Mehta, Moore, & Graham, 1997).

Apesar de alguns estudos discordarem sobre a necessidade de uma adesão total ao tratamento para que haja uma diminuição da carga viral (*eg.* Lazzarini, Lanzafame, Trevenzoli, Vento, & Concia, 1999), são vários os estudos que apontam para uma relação directa entre uma alta carga viral e uma baixa adesão ao tratamento, referindo

que ainda não existem alternativas às terapêuticas conhecidas (eg. Chesney, Morin, & Sherr, 2000).

Os factores que condicionam a adesão ao tratamento podem ser aglomerados em quatro grandes grupos (Fogarty et al., 2002): 1) factores relacionados com o tratamento; 2) factores sociais e psicológicos; 3) recursos institucionais; e 4) atributos individuais.

O tratamento antiretroviral implica a toma de um elevado número de comprimidos várias vezes ao dia, bem como uma planificação da dieta alimentar e atenção à ingestão de fluidos. Para além da necessária alteração à rotina, a terapêutica acarreta vários efeitos secundários, nomeadamente, diarreia, fadiga, náusea, ou vómitos, entre outros (Chesney, Morin, & Sherr, 2000).

Os efeitos secundários, a complexidade do regime de tratamento e a falta de conhecimento sobre a forma correcta de aplicação da terapêutica estão associados a uma diminuição da adesão ao tratamento (Mehta, Moore, & Graham, 1997).

São considerados promotores de um aumento da adesão ao tratamento: um elevado suporte percebido, a ausência de barreiras institucionais, alta intenção de adesão, uma elevada efectividade percebida sobre o tratamento, elevado bem-estar geral, menos anos de infecção e menos anos a tomar medicação para o VIH (Holstad, Pace, De, & Ura, 2006).

Considerando que as medidas mais efectivas visam uma educação relativa a sexo seguro, o preservativo poderá ser uma medida com plausível eficácia, dado que independentemente do conhecimento do estado serológico do indivíduo, ou do parceiro, a sua utilização poderá reduzir os níveis de risco relativos à transmissão do VIH. Esta problemática tem conduzido a vários estudos que se preocupam com a

efectividade do preservativo como uma medida de protecção face a infecções sexualmente transmissível, incluindo o VIH.

Até ao ano 2000 a efectividade do preservativo era colocada em causa, pela falta de dados que permitissem garantir que este reduzia, eficazmente, a possibilidade de transmissão do VIH. Com o relatório de quatro organismos nacionais Norte-americanos (*Food and Drug Administration, Nacional Institutes of Health, Center for Control and Disease Prevention, e a US Agency for International Development*) o preservativo masculino é descrito como reduzindo a possibilidade da gravidez, o risco de transmissão do VIH, e especificamente nos homens, a gonorreia.

Actualmente, já se reuniram mais dados que permitem verificar que o preservativo oferece uma protecção efectiva, tanto em homens como em mulheres, contra o VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis (Holmes, Levine, & Weaver, 2004), tendo sido estendido o seu leque de acção à clamídia, herpes simples, e gonorreia para ambos os sexos (Steiner & Carter, 2006).

O nível de eficácia tem sido descrito como rondando os 90% a 95% (Pinkerton & Abramson, 1997). Contudo, Steiner e Carter (2006) alertam para o facto de não se poder medir objectivamente a eficácia do preservativo. Os autores defendem que, primeiro, não é possível medir de forma objectiva se o preservativo foi utilizado correcta e consistentemente e, segundo, a transmissibilidade do VIH depende de uma série de factores, como o sexo, o estágio da infecção, o estado da circuncisão masculina, e a ausência/presença de outras infecções. Estas situações afectam a efectividade do preservativo pois estes podem romper ou escorregar, ainda que isto aconteça com pouca frequência.

Neto, Araújo, Doherty e Haddad (2009) realizaram uma revisão sobre a eficácia do preservativo para a protecção contra infecções sexualmente transmissíveis. Os resultados dos estudos revisados sugerem que os preservativos de látex são considerados como sendo mais efectivos do que os de barreira natural, dado que estes últimos mostraram-se permeáveis a um tamanho de vírus inferior à dimensão dos vírus humanos, sendo plausível que permita a passagem ao VIH. Enquanto a maioria dos preservativos de membrana natural foram permeáveis ao vírus psi chi 174, com 27 nanómetros de diâmetro, apenas 3 marcas dos preservativos de látex, das 60 testadas, foram permeáveis ao vírus.

A utilização do preservativo deve ser integrada em programas de prevenção e redução do risco de infecções sexualmente transmissíveis. Os indivíduos sexualmente activos devem ter em consideração que o preservativo é efectivo na protecção de IST, quando acondicionado adequadamente, utilizado de forma correcta e de maneira consistente. O preservativo deve, ainda, ser entendido como uma de várias medidas a serem adoptadas, dado que nenhuma é totalmente efectiva por si só. Contudo, as medidas auto-reportadas da sua utilização revestem-se de uma forma rápida e acessível de medir o risco a que os indivíduos se expõem, sendo essencial conhecer os padrões de comportamento de uso do preservativo para melhorar as estratégias que conduzam à sua utilização de forma consistente.

2.8. Caracterização do Uso do Preservativo nos Jovens Adultos

Dada a importância do preservativo como uma das medidas preventivas contra a epidemia do VIH/SIDA, é relevante caracterizar a sua utilização nos jovens adultos. Este subcapítulo apresentará apenas uma caracterização resumida, já que será abordado de forma extensa no estudo 1 (capítulo 5), deste documento.

Cerca de 40% dos jovens norte-americanos não utilizaram preservativo na sua última relação sexual (CDC, 2008). Apenas 36% dos jovens americanos referem utilizar sempre o preservativo nas suas relações sexuais, sendo “ocasionalmente” a resposta mais comum (Certain et al., 2009).

Na Europa a tendência de utilização do preservativo parece ser semelhante à dos Estados Unidos da América. Dados entre os anos de 1988 e 1994, referentes a vários países, sugerem uma variação entre 30% a 90% de utilização do preservativo com parceiros casuais (Kupek, 2000). De acordo com o estudo, os países do norte da Europa (como a Suécia e a Holanda), apresentam os valores mais consistentes de utilização.

As percentagens de utilização são semelhantes em países da África do Sul, em que a não utilização se situa nos 50%, tanto para homens como para mulheres (Hendriksen et al., 2007).

Em Portugal, alguns estudos e relatórios têm sugerido, igualmente, uma utilização inconsistente do preservativo. Amaro, Frazão, Pereira e Teles (2004) desenvolveram um estudo sobre a percepção de risco, atitudes e comportamentos sexuais em Portugal, e verificaram existir uma tendência geral para o uso inconsistente do preservativo.

Um relatório elaborado em 2005 pelo Ministério da Saúde sobre o VIH/SIDA em Portugal mostra que a utilização do preservativo entre os 15 e os 19 anos era realizada de forma consistente por 55% da amostra que já tinha tido relações sexuais (N=3006). Esse mesmo documento aponta para a diminuição de cerca de 2 milhões de unidades na compra de preservativos entre o ano de 2004 e 2005. Os principais motivos referidos para a utilização inconsistente foram o uso de outro contraceptivo, a diminuição do prazer e a fidelidade entre parceiros.

O Inquérito Nacional para a Saúde (INE, 2007) registou que cerca de 40% das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos não utilizavam o preservativo. Um estudo posterior de Martins, Nunes, Muñoz-Silva e Sanchez-García (2008) com estudantes universitários portugueses e espanhóis, verificaram que a média de utilização do preservativo na amostra se situava nos 4,70 (numa escala de *Likert* de 7 pontos que pretendia medir a frequência de uso do preservativo).

Considerando que o aumento de casos de infecção por VIH se verifica em jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos de idade, através de contacto heterossexual, parece ser relevante compreender os fenómenos associados à decisão de utilizar um preservativo.

3. MODELOS E VARIÁVEIS EXPLICATIVOS DO USO DO PRESERVATIVO

*Conta a lenda que o sémen do rei Minos – filho de Zeus –
fervilhava de serpentes e escorpiões. Foi fatal para as suas
numerosas concubinas, até que uma delas, Prócris, teve a ideia
de se proteger do esperma real com uma bexiga de cabra...*

Em Fontanel e Wolfromm (2010)

Do ponto de vista epidemiológico, um risco é um qualquer comportamento individual, factor do meio ou factor genético hereditário que se sabe estar correlacionado com a ocorrência de uma, ou mais, doenças que afectam a saúde (Last, 1998). O caso da lenda mitológica, em que o próprio sémen do rei era um risco para a saúde das suas amantes, parece ser adequado para ilustrar a problemática actual da transmissão de infecções por via sexual, que podem comprometer a saúde do indivíduo.

A ideia de Prócris, que lhe terá poupado a vida, foi a de utilizar uma bexiga de cabra para isolar o esperma do rei Minos. Se inicialmente, a maior preocupação do homem era o controlo da fecundidade, nesta pequena história está expressa a ideia de preservação da sua vida.

Preservar tem a sua origem no latim em *servare* (guardar, conservar), que precedido pelo prefixo *prae* (antes) altera o seu sentido para precaver ou salvar de uma coisa nefasta ou mal. A palavra preservativo está associada à mesma ideia, e supõem-se que aí se tenha originado a ideia que terá múltiplas formas ao longo da história (Fontanel & Wolfromm, 2010).

Contudo, o preservativo, como o conhecemos hoje, só terá as suas primeiras referências em 1717, na obra de Daniel Turner sobre doenças venéreas, que utiliza a expressão *condom*. De acordo com Fontanel e Wolfromm (2010) alega-se que o nome provém de um médico da corte inglesa do rei Carlos II, o Dr. Condom. Supostamente este médico teria desenvolvido um método para protecção do rei contra uma descendência ilegítima, que proliferava. Nesta altura, os *condoms* eram descritos como pequenos sacos, confeccionados a partir de tripas de cordeiro, esfregados com farelo e óleo de amêndoa para os tornar macios e flexíveis.

Apesar de o nome ter perdurado, nunca se encontrou o nome do Dr. Condom, nem tão pouco foram encontradas descrições que possam fazer prova da existência do médico.

O preservativo em látex, a forma mais comum e mais comercializada, surge no seguimento das ideias de Thomas Hancock de utilizar o suco viscoso segregado pelas árvores *cahutchu* – o látex – para a impermeabilização dos tecidos, e da invenção de Charles Goodyear, a vulcanização, que permitiu dar uma elasticidade e flexibilidade durável à borracha. Como curiosidade, foi Hancock que baptizou e patenteou o processo de vulcanização, após “roubar” a ideia a Goodyear.

É em 1843 que a Macintosh inicia a produção de preservativos de borracha, que continuam a rivalizar com o *condom* originado na tripa animal, dado que este é mais barato e acessível à maior parte da população empobrecida. Por outro lado, os preservativos de borracha eram descritos como sendo desagradáveis ao uso, duros e demoravam algum tempo na sua colocação.

Em 1930, a tecnologia avança e com esta, os métodos de trabalhar o látex. A firma *London Rubber Company*, mais tarde conhecida como Durex (**DU**rability, **Re**liability,

Excellence [durabilidade, confiança e excelência]), inicia o processo de moldagem líquida do látex, o que permite obter preservativos mais finos, confortáveis e inodoros. É chegada a era do preservativo.

Dadas as suas características únicas, o preservativo constitui um método de barreira que protege tanto de infecções sexualmente transmissíveis, como de gravidezes indesejadas.

No entanto, a história do preservativo está envolta de obscuridade, vergonha e castração à sua utilização por parte da igreja e devido a crenças relativas à perda do esperma. A sua utilização foi sempre complexa, associada à prostituição, e nem sempre eficaz contra as doenças venéreas. Apesar dos preservativos de hoje estarem longe das concepções de tripas, bexigas ou borrachas duras e desconfortáveis de antes, a sua utilização tem-se verificado aquém do esperado, existindo uma margem relativamente elevada de inconsistência, que coloca em risco a saúde pública, pela forma como o VIH dissemina.

Consistentemente, as barreiras associadas à utilização do preservativo parecem ser “importadas” de outros tempos: perda de prazer e sensação (Adebiyi & Azuzu, 2009), a falta de confiança na efectividade do preservativo (Kaneko, 2007), a dificuldade em negociar ou falar sobre a sua utilização (Manuel, 2005).

Na tentativa de compreender os fenómenos psicológicos associados à tomada de decisão de utilização do preservativo, vários modelos da área da Psicologia da Saúde foram adaptados para explicar a variância na sua utilização (Odgen, 2004).

3.1. Modelos explicativos do uso do preservativo

Armitage e Conner (2000) propõem uma classificação dos modelos de acordo com a forma como explicam os comportamentos de risco:

a) motivacionais – dado que procuram, através de características individuais, explicar e prever comportamentos isolados no tempo;

b) modelos de enação para o comportamento – que procuram avaliar o processo pelo qual as intenções se transformam em comportamentos;

c) modelos de multi-estádios – que abordam o processo de comportamento para a saúde em diferentes etapas, assumindo que os indivíduos têm comportamentos qualitativamente distintos nas diferentes fases, considerando que o tipo de informação dada e a intervenção para a mudança necessita de se adequar às mesmas.

Inseridos nos modelos motivacionais, encontram-se o Modelo de Crenças para a Saúde (MCS – Rosenstock, 1966; Becker & Rosenstock, 1987), a Teoria da Motivação Protectora (TMP – Rogers, 1975), a Teoria da Cognição Social (TCS – Bandura, 1977), a Teoria da Acção Reflectida (TAR – Fishbein & Ajzen, 1975) e a Teoria da Acção Planeada (TAP – Ajzen & Madden, 1986).

Estes modelos centram a sua abordagem na explicação do comportamento através de características individuais, com enfoque nas crenças pessoais dos modelos de Crenças para a Saúde e Teoria da Motivação Protectora.

O MCS define que a probabilidade de execução de uma acção para a saúde depende da percepção que o indivíduo tem da susceptibilidade de vir a sofrer uma doença e da gravidade da mesma, caso adoeça. Colocado perante a ameaça, o indivíduo fará uma ponderação entre os custos e os benefícios de reduzir essa ameaça.

Para tal, é necessário que exista um estímulo que desencadeie o processo (factores modificantes), que podem ter uma origem externa ao indivíduo (campanhas de sensibilização) ou interna (um sintoma da doença). As variáveis demográficas (por exemplo, sexo) e psicossociais (por exemplo, atitudes) são consideradas como podendo fazer variar as crenças que o indivíduo tem.

Becker e Rosenstock (1984) introduziram posteriormente o conceito de auto-eficácia, para explicar a crença pessoal de que o indivíduo é capaz de realizar o comportamento que é desejável, no momento (cit. in Odgen, 2004).

Contudo, Abraham, Sheeran, Abrams e Spears (1996) verificaram que a mudança das crenças não conduz, necessariamente, a uma mudança dos comportamentos sexuais. A Teoria da Motivação Protectora de Rogers (1975) é muito semelhante ao modelo anterior, mas introduz a emoção medo, como mediador da susceptibilidade à ameaça e da gravidade percebida, e a auto-eficácia como preditora do comportamento.

As restantes teorias enfatizam a influência dos aspectos sociais, contrabalançando as crenças pessoais com as pressões que possam existir pela parte de outros para agirem em determinado sentido. As teorias da Acção Reflectida e da Acção Planeada colocam o enfoque nas atitudes específicas face ao comportamento, na norma subjectiva e no controlo comportamental percebido (TAP), variável muito semelhante à noção de auto-eficácia de Bandura (1997).

A Teoria da Acção Reflectida (Fishbein & Azjen, 1975) parte do pressuposto que os comportamentos devem ser entendidos como uma escolha, dentro de um leque de opções possíveis.

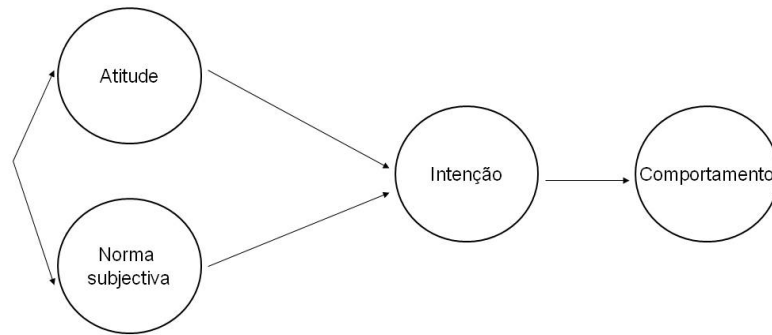


Figura 4 – Teoria da Acção Raciocinada

Fonte: Adaptado de Ajzen e Madden (1986)

Definiram a intenção como o maior preditor do comportamento, que por sua vez resulta da ponderação entre a atitude específica face ao comportamento e a norma subjectiva para a realização da conduta. Como atitude entende-se a expectativa individual face às consequências de dado comportamento e o valor das mesmas para o indivíduo. A norma subjectiva prende-se com o que outros indivíduos pensam acerca do comportamento e a motivação para seguir essa opinião.

Ao testarem o modelo, Bentler e Speckart (1979) observaram que a previsão da intenção comportamental como o consumo de drogas melhorava significativamente perante a introdução de uma medida relativa ao comportamento anterior (isto é, se já tinha existido consumo de drogas). Com base nos resultados do estudo, e conseqüentes críticas, Azjen e Madden (1986) introduziram o controlo comportamental percebido, como uma medida relativa ao comportamento anterior. O

controlo comportamental percebido designa a dificuldade/facilidade em executar o comportamento em questão para aumentar a capacidade preditiva do modelo.

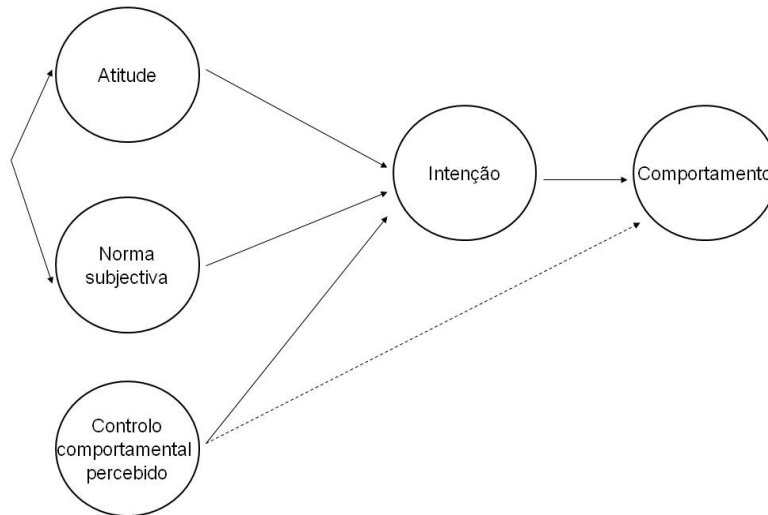


Figura 5 – Teoria da Acção Planeada

Fonte: Adaptado de Ajzen e Madden (1986)

Esta noção, semelhante à auto-eficácia de Bandura (1977), permitiu incluir a experiência anterior do participante face ao comportamento em estudo. De acordo com os autores do modelo, os comportamentos habituais são interpretados como sendo de mais fácil realização no futuro.

Embora estes modelos tenham sido utilizados para compreender o uso do preservativo (cf. Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Armitage & Conner, 2001; Sheeran & Orbell, 1998), têm sido objecto de diversas críticas.

De uma forma em geral, criticam-se os modelos de promoção de saúde por adoptarem uma perspectiva individual, não tendo em conta aspectos contextuais e da interacção entre os casais, para explicar a utilização do preservativo (Salt, Boyle, & Ives, 1990), sendo referido, por exemplo, que as características do encontro sexual

têm mais peso nessa decisão do que as características individuais (De Visser & Smith, 2001).

Van der Velde e Van der Pligt (1991) observaram que a teoria da motivação protectora é capaz de explicar medianamente os comportamentos sexuais de risco, mas referiram a necessidade de se introduzirem novas variáveis no modelo, para aumentar o valor preditivo das mesmas.

Por sua vez, Lollis, Johnson e Antoni (1997) verificam que as variáveis que integram o modelo de crenças para a saúde falham na sua capacidade preditiva do uso do preservativo.

As análises sobre a capacidade de prever e explicar o uso do preservativo pelas teorias da acção reflectida e da acção planeada têm sido, igualmente, controversas. Tem-se verificado o valor empírico da teoria da acção reflectida (Wilson, Zenda, McMaster, & Lavelle, 1992; Greene, Hale, & Rubin, 1997; Morrison, Guillmore, & Baker, 1998; Bosompra, 2001). No entanto observa-se que sua capacidade preditora se modificar de acordo com o sexo (Wilson, Zenda, McMaster, & Lavelle, 1992) ou com a experiência sexual (Greene, Hale, & Rubin, 1997).

Morrison, Guillmore e Baker (1998) verificaram que o valor preditivo da TAR não se alterava com a introdução do controlo comportamental percebido. Sutton, McVey e Glanz (1999) observam, igualmente, que a TAP não foi melhor a prever o uso do preservativo do que a TAR, tendo sido o comportamento anterior o melhor preditor do comportamento futuro, atenuando o efeito das atitudes e da norma subjectiva. Observaram ainda que ambas as teorias tinham fraca evidência empírica na sua aplicabilidade ao preservativo. Na análise de Albarracín, Johnson, Fishbein e

Muellerleile (2001) o controlo comportamental percebido apresenta apenas uma pequena contribuição para explicar o uso do preservativo.

Contrariamente a estes estudos, Sheeran e Orbell (1998) verificaram um efeito médio na correspondência entre a intenção e comportamento (19% da variância). Armitage e Conner (2000) consideram a TAP é o modelo que melhor se adapta ao uso do preservativo. Não obstante, enquanto Bennett e Bozionelos (2000) verificaram que esta teoria tem relativa aplicabilidade por ser capaz de explicar tanto a intenção como o comportamento, Molla, Astrom e Brehane (2009) consideram-na, apenas, útil para descrever o uso do preservativo, sendo pobre na sua previsão (variância obtida de 8,3%), tendo o controlo comportamental percebido a pior prestação de todas as variáveis do modelo (5,3%). O estudo de Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes e Martins (2007) classifica a TPA como tendo melhor capacidade preditiva do que a TRA, mas refere igualmente que não se alcançam diferenças entre ambas ao nível da explicação do uso do preservativo, variando essa mesma capacidade de acordo com os sexos.

Para Armitage e Conner (2000) as maiores falhas residem, essencialmente, na compreensão da intenção como uma variável dependente, com uma relação directa e quase perfeita com o comportamento e, no seu seguimento, a variância que fica por explicar entre a intenção e o comportamento. De Visser e Smith (2001) sugerem uma possível divisão entre uma intenção traço e uma intenção para a acção, com vista a explicar a variabilidade dos resultados.

Para além dos modelos motivacionais, Armitage e Conner (2000) referem a aplicabilidade de modelos da enação para o comportamento ao campo da saúde, dos quais são exemplo o modelo de Implementação das Intenções (Gollwitzer, 1993) e a

Teoria das Metas (Bagozzi, 1992). No entanto, estes modelos que distinguem diferentes tipos de intenção para os comportamentos de saúde, não foram aplicados directamente ao campo da Psicologia da Saúde, tornando mais difícil avaliar o seu impacto ao nível do uso do preservativo.

Bennett e Bozionelos (2000) sugerem que os modelos multi-estádios são os mais adequados para explicar comportamentos em saúde. Enquadrados nesta perspectiva encontram-se o Processo de Acção para a Saúde (Schwarzer, 1992; Schwarzer e Fuchs, 1995), cuja análise se centra em duas fases distintas: a motivacional e a de acção; e o Modelo Transteórico para a Mudança do Comportamento (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), que se organiza em cinco estádios, caracterizados por actividades cognitivas que facilitam a alteração de comportamentos.

Schwarzer (1992) vê o processo de acção para a saúde como um processo de auto-regulação, divisível em várias etapas. Este modelo centra-se em três noções com fortes implicações nos comportamentos para a saúde: as percepções de risco, a expectativa sobre os resultados e, influenciada por esta última, a auto-eficácia percebida.

A fase motivacional inclui a auto-eficácia, a percepção de risco e as expectativas dos resultados. Permite fazer uma avaliação da situação em que o indivíduo se encontra, compreendendo e analisando o risco que poderá estar a correr. As percepções de risco incluem a gravidade e a vulnerabilidade percebida, podendo, inclusive, estar distorcidas por um enviesamento optimista, que poderá resultar numa subestima do risco em si (Rubio & Medina, 2002). Porém, estas variáveis têm um impacto mais indirecto na acção, já que perante a previsão de um ganho ou havendo uma crença anteriormente formada e aceite, o valor preditivo da percepção e avaliação de risco é negligenciado.

Assim, a fase para a acção prende-se já com constrangimentos sociais e/ou cognitivos que podem impedir um comportamento orientado para a saúde, apesar de uma avaliação imediata de um risco elevado para a mesma. Estas barreiras podem ser culturais, atitudinais, provenientes de hábitos aprendidos e recompensados ao longo da vida do indivíduo, ou ainda provenientes do próprio sistema de saúde (Schwarzer & Fuchs, 1995). A auto-eficácia tem um papel regulador em ambas as fases. Influencia tanto as intenções do comportamento como promove os planos de acção que o indivíduo se propõe cumprir, moderando e/ou determinando o esforço para manter o comportamento. Assim, a auto-eficácia do indivíduo para a utilização do preservativo determinará, por exemplo, a sua intenção futura de uso do mesmo e desempenhará um papel importante na planificação dos comportamentos. Sumariamente, quanto mais acredita nas suas competências relativas ao uso preservativo, mais facilmente adoptará o mesmo.

Apesar do potencial deste modelo para ser aplicado a comportamentos para a saúde, de acordo com Rubio e Medina (2002) ainda não existem estudos suficientes que permitam estabelecer a sua fiabilidade na explicação do uso do preservativo.

O modelo transteórico para a mudança de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) inicialmente desenvolvido para prever a mudança nos comportamentos aditivos, como o tabagismo (por exemplo, Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988) foi adaptado para a predição dos comportamentos sexuais de risco e prevenção do VIH (eg. Cabral, Cotton, Semaan, & Gielen, 2004).

Para este modelo os indivíduos progridem através de 5 etapas, denominadas estádios de mudança dos quais fazem parte diversos processos de mudança. Estes processos de mudança correspondem a dez actividades cognitivas e comportamentais

que facilitam a alteração do comportamento e que obedecem a uma dimensão temporal (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998). Esta conceptualização, muitas vezes ignorada nos modelos de mudança comportamental, é aqui enquadrada em diversas etapas que se desenvolvem temporalmente organizadas.

Os estádios variam de acordo com a posição do indivíduo face à mudança. Os primeiros três estádios descrevem desde um indivíduo que não pretende modificar o seu comportamento (pré-contemplação) até aquele que já está preparado para iniciar a mudança a qualquer momento (preparação). Poderá verificar-se o que Velicer e colaboradores (1998) denominaram de contemplação crónica, em que o indivíduo permanece, indeterminadamente, no processo de decisão. Nos estádios seguintes já existe uma disposição para a mudança através de comportamentos de comprovem a redução do risco (acção) ou por comportamentos de manutenção da escolha realizada (manutenção).

Apesar da aparente linearidade na organização temporal dos estádios, na realidade, os indivíduos não seguem os estádios de forma linear, podendo alterná-los, regredir ou progredir, consoante a avaliação que fazem dos benefícios e custos de executar ou manter um dado comportamento.

O modelo considera, então, a existência de dois sub-processos que acompanham cada estádio e que podem resultar no avanço, estagnação ou recuo dos comportamentos dos indivíduos: o balanço de decisão e a auto-eficácia/tentação. O balanço de decisão reflecte o peso relativo de prós e contras para executar determinado comportamento. Por sua vez a auto-eficácia representa o constructo inicialmente desenvolvido por Bandura (1977). O modelo propõe que a auto-eficácia sofrerá um aumento ao longo dos estádios, inversamente ao percurso da tentação

para realizar determinado comportamento, que diminuirá ao longo dos mesmos. Apesar da relevância destes dois processos para o progresso pelos estádios do modelo, a forma como a mudança ocorre é avaliada pela ocorrência de dez processos cognitivos e comportamentais. Enquanto os primeiros estádios se caracterizam por uma modificação cognitiva (por exemplo, aumento da consciencialização, auto reavaliação, auto-libertação), a Acção e a Manutenção já implicam um maior controlo comportamental.

A principal vantagem destes modelos, face aos motivacionais, é a perspectiva temporal que inclui. O indivíduo pode, ao longo do tempo, transitar entre os diferentes estádios ou etapas caracterizados por influências cognitivas diferentes. Contudo a aplicação aos comportamentos sexuais de risco, inclusive a utilização do preservativo, pode ser alvo de diversas críticas, como se observa nos seguintes estudos.

MacNair-Semands, Cody e Simono (1997) avaliaram uma amostra de jovens adultos relativamente à intenção de utilizarem o preservativo, verificando que a maior parte da amostra estava no estádio de pré-contemplação. Apesar de estarem nesse estádio e contrariamente ao modelo, havia intencionalidade para começarem a utilizar mais consistentemente o preservativo.

Um estudo realizado com adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais completas, procurou adequar o modelo transteórico à prontidão para contacto sexual. Da amostra questionada, 99% dos adolescentes enquadraram-se com sucesso nos 5 estádios e destes 90% estavam inseridos na pré-contemplação. O estudo longitudinal procurou verificar se existiam quaisquer mudanças nestes estádios após 6 meses decorridos. Os resultados sugerem que apesar de grande parte dos adolescentes estarem no estádio de pré-contemplação, apenas uma pequena percentagem

modificou o seu estado, pelo que 96% dos indivíduos permaneceram no mesmo estágio, inclusive após intervenções sobre o VIH (Butler, Miller, Holtgrave, Forehand, & Long, 2006).

A aplicação deste modelo aos comportamentos sexuais de risco foi ainda criticada por considerar apenas crenças individuais durante os diferentes estágios, não tendo em conta factores sociais que podem despoletar a alteração do comportamento ou a alteração dessas mesmas crenças (Sutton, 2000). Seriam necessários estudos longitudinais para compreender as alterações entre as fases, já que as mudanças entre as mesmas podem ser mais ou menos rápidas do que o estipulado na teoria, e não há fortes evidências de que existam diferenças qualitativas entre as estas (Kraft, Sutton, & Reynolds, 1999).

Weinstein, Rothman e Sutton (1998) consideram que os modelos multi-estágio avaliam e compreendem o comportamento de forma distinta, consoante o estágio em que se encontra. Não obstante, referem existir dificuldades em medir as diferenças nas características pessoais que se operam com a mudança de estágio. Parece existir, também alguma dificuldade em compreender a sequência pela qual os estágios se sucedem, e o tempo que os indivíduos se detêm e que levam a progredir pelos mesmos, o que seria útil para desenhar programas de intervenção com sucesso.

Os estudos observados permitem concluir que existe uma forte variabilidade nos resultados da aplicação dos modelos da saúde ao uso do preservativo, sendo necessária uma análise detalhada das variáveis mais estudadas como tendo um impacto nessa decisão.

3.2. Variáveis que influenciam o uso do preservativo

O preservativo masculino é utilizado como forma de protecção individual contra infecções sexualmente transmissíveis, para além de acumular a função de método contraceptivo. Como tal, a sua utilização foi considerada pela OMS (2009) como sendo essencial para evitar a propagação de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA.

Dado que o comportamento de uso do preservativo se tem verificado inconsistente e diferenciado, vários estudos têm procurado compreender as disposições individuais e os constrangimentos sociais que promovem ou limitam o uso do preservativo.

Foi realizada uma pesquisa na *Web of knowledge* para realizar um levantamento dos artigos que abordam a temática da utilização do preservativo. A palavra *condom* (preservativo) foi pesquisada em tópico e em título. Para restringir os resultados encontrados realizou-se a intercepção com *young adult\$* (jovens adultos) pesquisado em tópico e título. Foram excluídos todos os resultados referentes a amostras de ofensores juvenis, amostras com consumidores de drogas *duras* (como a heroína), amostras de homossexuais ou bissexuais, gravidez adolescente, amostras de infectados com VIH, violência doméstica, amostras de trabalhadores do sexo, e amostras com indivíduos em regime de prisão. Os resultados devolvidos ainda foram restringidos aos últimos 5 anos, e apenas foram considerados os artigos empíricos e de revisão, com opção de texto completo.

Foram encontrados um total de 205 artigos que correspondem a todos os critérios considerados. De forma a poder analisar apenas os resultados mais pertinentes, os artigos foram taxonomizados de acordo com o enfoque considerado. Foram

considerados 4 tipos de variáveis: demográficas e culturais, individuais (ou intrapessoais), interpessoais e situacionais.

As variáveis demográficas e culturais procuram abranger a relação do uso do preservativo com variáveis utilizadas para diferenciar grupos ou amostras, como o sexo, a idade, a cultura ou subgrupos culturais, etnias, estatutos socioeconómicos, procurando ainda incluir o papel da pobreza e da falta de recursos e redes de suporte social no fenómeno.

As variáveis individuais referem-se às disposições, crenças, expectativas e atribuições do próprio indivíduo, numa relação directa ou indirecta com o uso do preservativo.

Os aspectos interpessoais referem-se aos aspectos da influência social, normas e valores dos grupos de socialização primária, como os pais ou o parceiro, e secundária como os pares ou os técnicos, afectam a utilização do preservativo. A negociação, a comunicação e a intimidade entre parceiros, também devem ser incluídas neste grupo de variáveis.

Para finalizar, consideram-se variáveis situacionais todas aquelas que não fazendo parte de atributos individuais, interpessoais ou culturais, podem influenciar a utilização do preservativo. Integram o consumo de drogas leves ou álcool, capazes de alterar o estado de consciência ou discernimento, ou ainda os contextos sociais que podem conduzir a uma mudança do comportamento do indivíduo.

Os artigos podem contribuir apenas para uma categoria ou para mais do que uma, dado que não consideram ou analisam as variáveis de forma independente.

3.2.1. Variáveis demográficas e culturais

Os constrangimentos sociais e culturais, o estatuto socioeconómico e o baixo capital social surgem associados a vários comportamentos de risco, incluindo os de carácter sexual.

A pobreza impede o acesso à informação sobre os riscos e aos métodos de contraceção e de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, dificultando também a aquisição das competências necessárias para a protecção individual (Bull & Shlay, 2005). Um nível socioeconómico mais baixo parece estar associado a um aumento dos comportamentos de risco, como o aumento do número de parceiros e a diminuição da utilização do preservativo (Dinkelman, Lam, & Leibbrandt, 2007; 2008). De forma oposta, os indivíduos com um estatuto económico mais elevado apresentam níveis mais consistentes de utilização do preservativo (Paiva, Calazans, Venturi, Dias, & Grp. Estudos População, 2008). Os jovens adultos que estão em risco de delinquência parecem ter um risco mais elevado de contrair infecção por VIH, tanto pela dificuldade em aceder aos serviços de saúde, como pela associação com comportamentos de risco como um elevado número de parceiros e uma inconsistente utilização do preservativo (Marshall, Kerr, Shoveller, Montaner, & Wood, 2009).

Nas culturas em que há uma maior divergência das expectativas comportamentais associadas aos papéis de género dos homens e das mulheres há uma maior probabilidade de os indivíduos não utilizarem o preservativo. Como exemplo, Adedimeji, Heard, Odutolu e Omololu (2008) referem que as mulheres nigerianas correm mais riscos pelos constrangimentos sociais e culturais associados aos papéis sexuais, vetando à mulher a possibilidade de negociarem a sua própria protecção.

Mantell e colaboradores (2009) observaram que têm emergido novas normas sociais nos últimos anos que modificaram gradualmente os papéis sexuais, criando condições para uma maior discussão do preservativo e aumentando o poder das mulheres na relação sexual, o que é facilitador de comportamentos seguros. Apesar de este estudo se desenvolver na África do Sul, poderá ser indicativo de que a mudança a nível social poderá facilitar a negociação e consciencialização dos homens e das mulheres para o uso do preservativo.

De forma semelhante, os ideais culturais das comunidades nativas americanas apresentam valores sociais que reduzem a utilização do preservativo (Gilley, 2006). O estudo sugere que quando há uma adaptação da mensagem de protecção do VIH através do preservativo, tendo em conta a simbologia da cultura, conseguem-se melhores resultados ao nível da prevenção.

Contudo, deve-se observar que nem todas as crenças culturais podem dificultar a protecção. Liddell, Giles e Rae (2008) observaram que na cultura Sul-africana, os participantes que percepcionavam o preservativo como um método necessário para a prevenção contra o VIH apresentavam, também, crenças fortes sobre uma possível protecção ancestral contra a doença, que mediava os mitos sobre a SIDA. Aqueles que detinham crenças mais fortes eram também os indivíduos que mais utilizavam o preservativo.

Verificando que as normas culturais podem ser protectoras, Lee e Hamn (2010) observaram que a aculturação das mulheres latinas, nos Estados Unidos da América, aumenta a probabilidade de ocorrerem comportamentos de risco. De facto, Espinosa-Hernandez e Lefkowitz (2009) verificaram que os Latino-americanos universitários apresentam comportamentos e atitudes de maior risco do que os Afro-americanos e

os Americanos-europeus. Neste caso particular a identidade étnica parece ter um papel preponderante no tipo de comportamento sexual que os estudantes universitários apresentam.

Os afro-americanos estão descritos como tendo uma maior probabilidade de rasgar os preservativos, devido à sua anatomia, apresentando um maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis pelo contacto dos fluidos (Crosby, DiClemente, Yarber, Snow, & Troutman, 2008).

Os aspectos religiosos, como parte da cultura do indivíduo, também parecem afectar, em parte, as suas escolhas, incluindo a área da protecção da sua saúde (Hirsch, 2008).

Agha, Hutchinson e Kusanthan (2006) observaram que as mulheres que fazem parte de grupos religiosos mais extremistas, cujas crenças e valores recriminem o sexo e o uso do preservativo, apresentavam uma maior probabilidade de iniciar a relação sexual tardiamente, sem a utilização do preservativo de forma consistente. Esta relação não variavam conforme a religião em que os indivíduos estão filiados. Burris, Smith e Carlson (2009) observaram que a religião está negativamente associada ao número de parceiros e à frequência de sexo vaginal, mas não à utilização do preservativo. Estes autores observaram que o grau de espiritualidade, independentemente da religião, apresentava uma correlação positiva com a frequência de sexo sem preservativo. Neste caso particular, a religião (entendida como a pertença a um grupo de valores e crenças específicas) é vista como sendo protector, enquanto a espiritualidade (como forma de procurar um sentido para a vida pessoal e forma de ligação a outros) é identificada como um factor de risco.

Verificaram-se também diferenças relevantes ao nível do uso do preservativo em relação ao sexo do participante, idade, tipo de ensino, entre outros aspectos.

Homens e mulheres diferem no uso do preservativo, bem como nas crenças e comportamentos que lhe estão associados.

Os homens parecem apresentar uma menor utilização do preservativo em relações vaginais do que as mulheres (Ma, Ono-Kiahara, Cong et al., 2009; Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005). Esta relação não é constante, dado que há estudos que relatam comportamentos de utilização semelhante entre homens e mulheres (Boileau, Zunzunegui, & Rashed, 2009; Sohn & Chun, 2007), ou em que a utilização do preservativo é menor nas mulheres (Galvez-Buccollini, Delea, Herrera, Gilman, & Paz-Soldan, 2009; Garrido, Fernandez, & Pedrola, 2008).

A utilização do preservativo parece variar mais no tipo de relação (casual ou estável) do que para o sexo do participante. Há maior consistência de uso do preservativo em relações casuais do que em relações estáveis (Alemu, Mariam, Belay, & Davey, 2007; Brooks, Lee, Stover, & Barkley, 2009; Calazans, Araujo, Venturi, & Junior, 2005).

A idade parece também influenciar o comportamento de uso. A inconsistência do uso do preservativo parece ser mais comum entre os indivíduos mais velhos (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrel, 2009; Corneille, Zyzniewski, & Belgrave, 2008; Haque & Soonthordhada, 2009). Contudo no estudo Boileau, Zunzunegui e Rashed (2009) são os indivíduos mais jovens que apresentam uma menor utilização do preservativo. A própria relação das idades dos parceiros está relacionada com o uso do preservativo, sendo que os homens e mulheres utilizam menos o preservativo quando

são mais velhos que os respectivos parceiros (Bauermeister, Zimmerman, Xue, Gee, & Caldwell, 2009).

Langille, Hughes, Delaney e Rigby (2007) observaram que os parceiros com uma média de idades superior em 4 anos utilizavam menos o preservativo, tinham mais do que um parceiro no último ano e tinham relações sexuais vaginais não planeadas com a presença de álcool ou drogas.

Mercer e colaboradores (2009) realizaram um estudo sobre as características das relações heterossexuais que sugere que os homens têm um maior número de relações casuais, ou de menor duração, com tendência para parceiras mais novas, o que poderia explicar porque em algumas amostras o uso do preservativo está mais associado aos homens do que às mulheres. Observaram ainda que se dá uma redução estatisticamente significativa do uso do preservativo por volta dos 21 dias de relação, em que a taxa de utilização passa a ser semelhante à dos casais estáveis.

Os jovens universitários tendem a utilizar mais o preservativo do que os não universitários (Bailey, Fleming, Henson, Catalano, & Haggerty, 2008), assim como os indivíduos mais escolarizados apresentam padrões contraceptivos mais consistentes, como a utilização conjunta da pílula e do preservativo (Martin, 2005). Porém, no grupo dos estudantes universitários, aqueles que pertencem a fraternidades ou repúblicas apresentam uma maior probabilidade de terem comportamentos de risco para saúde (Scott-Sheldon, Carey, & Carey, 2008). Os autores não verificaram diferenças ao nível da frequência do uso do preservativo, apesar de apresentarem um maior número de parceiros sexuais e terem sexo sob a influência de álcool e drogas, comportamentos que geralmente estão associados a uma diminuição do uso do preservativo

Apesar de os estudos parecerem fazer emergir um padrão de uso do preservativo (indivíduos mais jovens, estudantes, em relações casuais e com parceiros de idades semelhantes às suas), há um conjunto de outras variáveis associadas à utilização do preservativo a ter em consideração.

3.2.2. Variáveis individuais

Com a identificação do VIH, verificou-se um aumento no número de trabalhos que procuram relações entre as variáveis individuais e o uso do preservativo. Dentro destas variáveis, incluem-se os traços de personalidade, crenças, atitudes, conhecimentos, competências e auto-percepções dos indivíduos.

Os primeiros trabalhos que relacionam a personalidade com os comportamentos sexuais de risco devem-se a Eysenk (1976). Actualmente, considera-se que as dimensões da personalidade podem influenciar vários comportamentos sexuais, incluindo o uso do preservativo. Para além do clássico estudo de Fisher, Byrne, White e Kelley (1988), em que definiram os constructos de erotofília e erotofobia como uma disposição na forma como os indivíduos reagem às pistas sexuais, actualmente são as dimensões da procura de sensações e a impulsividade que são objecto dos estudos relativos à personalidade (Noar, Zimmerman, Palmgreen, Lustria, & Horosewski, 2006).

Estes traços parecem ter uma influência negativa ao nível da percepção de risco (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009), nas atitudes e crenças normativas sobre o preservativo, não se observando, contudo, um efeito directo no uso do mesmo (Noar et al., 2006). Vélez-Blasini (2008) refere que as dimensões poderão ser mais explicativas dos comportamentos impulsivos e imediatistas face ao sexo, do que o

próprio consumo de álcool, considerado em vários estudos como desinibidor social e promotor de relações sexuais desprotegidas.

Conner, Stein e Longshore (2005) referem que estas dimensões devem ser consideradas quando se desenham intervenções e programas de prevenção, já que o modelo testado pelos autores apresentava configurações diferentes de acordo a maior ou menor propensão do grupo de indivíduos para a procura de riscos e sensações.

Relativamente ao modelo clássico dos 5 Grandes Traços de Personalidade o estudo de Ingledew e Ferguson (2007) sugere que a agradabilidade parece estar directamente associada a menos comportamentos de risco. Já a conscienciosidade surge associada à auto-determinação e aos motivos individuais para procurar comportamentos seguros. De acordo com os autores, os indivíduos com um maior nível de conscienciosidade aparentavam ter uma motivação autónoma, utilizando o preservativo porque sentiam que o deviam fazer, em detrimento de o fazerem por ser o comportamento mais adequado.

O próprio constructo da erotofilia-erotofobia continua a ser alvo de estudo. As dimensões influenciam a tendência para utilizar medidas de protecção sexual, a capacidade de falar sobre sexo e a aquisição de competências para lidar com a sexualidade (Fisher, Byrne, White, & Kelley, 1988). Observa-se uma tendência para os indivíduos erotofílicos (disposição para avaliar favoravelmente pistas sexuais) e com uma orientação de controlo mais forte, terem uma menor probabilidade de utilizarem o preservativo (Lewis, Neighbors, & Malheim, 2006). Esta tendência parece ser mais marcada para os homens, em parte explicado pelas normas sociais que estipulam comportamentos sexuais diferenciados para ambos os sexos.

Para Fisher, Byrne, White e Kelley (1988) as avaliações afectivas dos conteúdos sexuais resultam em atitudes¹ relativas ao sexo, que individualmente explicam os comportamentos sexuais de risco.

O impacto da atitude face ao preservativo na sua utilização é uma das variáveis mais estudadas, individualmente ou como parte integrante dos modelos para a saúde. De uma forma em geral, uma atitude favorável face ao preservativo está associada a uma utilização mais consistente do mesmo (Bogart et al., 2005; Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2005). Sanchez-García & Batista-Foguet (2008) observaram que a capacidade explicativa da atitude face à intenção de uso do preservativo aumenta quando as suas componentes, afectiva e cognitiva, são congruentes. De acordo com estes autores, a componente cognitiva, que pode ser entendida como sendo o conhecimento e as crenças sobre o objecto em causa, tem um impacto directo sobre a intenção de uso do preservativo, mas a posição afectiva face a esse conhecimento parece aumentar consideravelmente a sua capacidade explicativa.

No entanto, a variabilidade diária, provocada pelas experiências individuais do participante afecta tanto a atitude como outras variáveis que influenciam o uso do preservativo. Kienne, Armeli e Tennen (2008) testaram a hipótese da variabilidade diária dos constructos que predizem a intenção de uso do preservativo, utilizando um método de entrada de diário. Observaram que há uma variabilidade intrínseca aos participantes capaz de modificar as variáveis que precedem a intenção, bem como a própria intenção de uso.

¹ Deve entender-se atitude como uma tendência psicológica que se expressa numa avaliação positiva ou negativa sobre um determinado objecto social (Eagly & Chaiken, 1993). São constructos hipotéticos, com alguma estabilidade temporal, cujas crenças integrantes são expressas através de um julgamento avaliativo. Com base na direcção dessa avaliação, o indivíduo pode orientar-se para acção. O sexo e as medidas de protecção não são excepção e cada pessoa possui atitudes que podem ter uma influência positiva ou negativa na forma como cada um se protege.

A auto-eficácia é outra variável bastante abordada, em parte pela sua ocorrência nos modelos para a saúde. O conceito de auto-eficácia definido por Bandura (1977) propõe que o indivíduo é capaz de manter uma conduta consistente e coerente ao longo do tempo, seja através de normas e reforços externos, como através de normas e reforços auto-impostos. Esta capacidade de se auto-regular, acompanhada da convicção de que é capaz de realizar um dado comportamento, aumenta a probabilidade de que o indivíduo mantenha ou modifique o seu comportamento. No contexto dos comportamentos sexuais de risco, pode ser definida como a crença de que se é capaz, e há probabilidade, de se utilizar preservativo nas relações sexuais (Farmer & Meston, 2006). Está, portanto, relacionada com habilidades e competências para o uso do preservativo. Os estudos parecem ser consensuais ao afirmar que uma auto-eficácia elevada para o uso do preservativo é preditora da intenção e do comportamento de uso do preservativo (Burns & Dillon, 2005; Elifson, Klein, & Sterk, 2008; Farmer & Meston, 2006; Hendriksen, Pettifor, Lee, Coates, & Rees, 2007).

Outras auto-percepções, nomeadamente a auto-estima, também têm sido estudadas pelo seu possível impacto no uso do preservativo. A auto-estima pode ser entendida como a avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo (Coopersmith, 1967). Uma baixa auto-estima poderá estar correlacionada com uma baixa utilização do preservativo (Ethier et al., 2006). Os estudantes universitários com baixa auto-estima apresentavam um maior consumo de álcool, maior número de parceiros sexuais, e referiam uma menor utilização do preservativo (Gullette & Lyons, 2006). A associação entre uma baixa auto-estima e estados de humor negativos tem sido estudada como tendo um impacto negativo na utilização do preservativo

(MacDonald & Martineau, 2002). De forma individual, o humor depressivo em mulheres aumenta a probabilidade de relações sexuais desprotegidas (Brown et al., 2006; Mazzaferro et al., 2006). Parece igualmente existir uma relação entre os comportamentos sexuais de risco e os stressores de vida (Brady, Dolcini, Harper, & Pollack, 2009). O desespero implícito está relacionado com uma menor utilização do preservativo nos homens (Broccoli & Sanchez, 2009), com a presença de depressão (Lehrer, Shrier, Gortmaker, & Buka, 2006), e com a existência de uma vinculação ansiosa (Strachman & Impett, 2009). Porém, para Khan e colaboradores (2009) a depressão apenas está associada à existência de múltiplos parceiros, sem que observe uma relação directa entre esta e o uso do preservativo.

No que concerne à percepção do risco, apesar de os indivíduos reconhecerem que podem ser detentores de comportamentos que ameaçam a sua saúde, os estudos têm mostrado que a percepção do risco pessoal é inferior ao risco real (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrell, 2009; Kabiru & Orpinas, 2009; Lewis, Lee, Patrick, & Fossos, 2007; O'Sullivan, Udell, & Patel, 2006; Prata, Morris, Mazive, Vahidina, & Stehr, 2006). Inclusive, o conhecimento de alguém próximo que tenha falecido com SIDA, por ter comportamentos sexuais semelhantes, não aumenta a percepção de risco dos participantes (Palekar, Pettifor, Behets, & MacPhail, 2008). Contudo, os indivíduos parecem sentir-se mais atraídos por possíveis parceiros cujas pistas revelem menor possibilidade de risco sexual (Hennessy, Fishbein, Curtis, & Barret, 2007) e parecem reconhecer as relações casuais como tendo maior risco, havendo uma maior intenção de uso do preservativo nestas circunstâncias (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009).

Não obstante os aspectos disposicionais e avaliativos, deve-se ainda considerar o papel dos motivos e barreiras ao uso do preservativo como tendo impacto na sua utilização real.

As principais barreiras apontadas para a não utilização do preservativo são a perda de prazer e não gostar de utilizar o preservativo (Adebisi & Asuzu, 2009; Plummer, Wight, Wamoyi, Mshana, Hayes, & Ross, 2006). São ainda referidos, para além da perda de sensação, a confiança em utilizar um preservativo do início ao fim da relação e a capacidade para recusar ter relações sexuais quando os preservativos não estejam disponíveis (Kaneko, 2007). Alguns estudos identificam como barreira a relutância do parceiro em utilizar preservativo (Bogart et al., 2005), bem como pela permanência em relações estáveis com forte interpretação de segurança (Manuel, 2005). Contudo, Edwards e Barber (2010) verificaram que parte das barreiras se iniciam nas expectativas que os indivíduos têm face à vontade do parceiro para usar o preservativo. A maioria dos participantes não introduzia a questão do preservativo por considerar que o parceiro não pretendia utilizá-lo, com especial enfoque para as mulheres em relações românticas.

As heurísticas face aos parceiros também contribuem para estes resultados, dado que as crenças de que parceiros conhecidos são parceiros seguros, bem como os parceiros confiáveis são parceiros seguros, conduz a uma diminuição do uso do preservativo (Thorburn, Harvey, & Ryan, 2005).

Apesar destes resultados, é de referir que os estudos indicam que os jovens adultos possuem conhecimento sobre o preservativo, reconhecendo-o como uma forma de protecção contra o VIH e que este pode ser transmitido por quem “parece saudável” (Bozievic, Stulhofer, Ajdukovic, & Kufirin, 2006). No entanto, o elevado nível

de conhecimento não está relacionado com uma utilização consistente (Treviño & López, 2005; Bankole, Singh, Hussain, & Oestreicher, 2009), continuando a observar-se uma percepção de risco inferior à real (O'Sullivan, Udell, & Patel, 2006; Simbayi, Kalichman, Jooste, Cherry, Mfecane, & Cain, 2005). Os resultados são semelhantes em outras sociedades, como a japonesa, cujo conhecimento sobre o preservativo é diminuto e não é promovido, observando-se uma alta inconsistência do preservativo e o recurso a técnicas como o coito interrompido para prevenir as gravidezes indesejadas (Castro-Vazques & Kishi, 2007).

Os indivíduos que planeiam antecipadamente a utilização do preservativo parecem ter uma maior probabilidade de conversar com o parceiro e de discutir o tema com sucesso (Gebhardt, Kuyper, & Dusseldorp, 2006). Observaram, igualmente, que ter sexo como forma de melhorar o humor está negativamente relacionado com a utilização do preservativo. Kennedy e Roberts (2009) verificaram a ideia de mitos (palavra utilizada pelos autores com significado de «uma desculpa para») no discurso das mulheres que não usavam preservativo. Estas centravam-se no consumo de álcool para desculpar uma falta de controlo no seu próprio comportamento sexual e uma ausência de memórias relativa ao encontro sexual. Apesar de os mitos serem aceites entre os pares, as mulheres reconheciam a falta de validade dos mesmos para justificar a não utilização do preservativo.

Hoefnagels, Hospers, Hosman, Schouten e Schaalma (2006) verificaram que a forma como os indivíduos referem a utilidade do preservativo (protecção contra infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, ou ambas), diferencia os utilizadores inconsistentes dos utilizadores consistentes. Os indivíduos que focam a protecção contra infecções têm uma maior probabilidade de utilizar de forma consistente o

preservativo. Para Heerem, Jemmott, Mandeya e Tyler (2009) a intenção do uso do preservativo é prevista por crenças em comportamentos hedonísticos de que o preservativo não interfere com o prazer, com a crença de que o parceiro aceita o preservativo, e auto-eficácia para o uso e para o controlo da impulsividade.

3.2.3. Variáveis interpessoais

Revisões gerais sobre a literatura têm evidenciado a importância dos aspectos interpessoais para explicar o uso do preservativo (cf. DiClemente, Salazar, Crosby, & Rosenthal, 2005).

Nos estudos seleccionados observa-se uma tendência para temas relacionados com a comunicação com o parceiro, com os pais, relativo ao relacionamento, e ao impacto das normas dos pares e parceiros no comportamento de uso do preservativo.

A comunicação sobre sexo, com os pais, está associada a menos episódios de sexo desprotegido (Hadley, Brown, Lescano, Kell, Spalding, et al., 2009; Hutchinson, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003; Njau, Mtweve, Barongo, Mangoni, Chugulu, Msuya, et al., 2007). Observa-se que há uma menor probabilidade de riscos sexuais quando os pais ensinam os filhos a recusar sexo desprotegido, a definir regras claras sobre o sexo, e quando os incentivam a falar e a discernir adequadamente (Aspy, Vesely, Oman, Rodine, Marshall, & McElroy, 2007).

A comunicação com o primeiro parceiro sexual sobre o uso do preservativo surge como um forte preditor do uso do preservativo em situações futuras (Hendriksen, Pettifor, Lee, Coates, & Rees, 2007; Stulhofer, Graham, Bozicevic, Kufirin, & Ajdukovic, 2009). Observa-se igualmente, que há uma menor probabilidade de utilizar o

preservativo quando os parceiros não percebem haver abertura para discutir questões do foro sexual (Adebiyi & Asuzu, 2009). No entanto, observa-se que os indivíduos em relações estáveis têm uma menor probabilidade de utilizar o preservativo, têm uma menor percepção de risco e estão mais orientados para evitar gravidezes indesejadas (Juarez & Martin, 2006; Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009). Como tal, parece que estar numa relação estável, em que não existe forte intimidade para discutir aspectos relacionados com o sexo, aumenta o risco individual face ao VIH.

Gebhardt, Kuyper e Greunsven (2003) observaram que os indivíduos que utilizam o preservativo de forma consistente, para além de uma atitude favorável face ao preservativo e alta auto-eficácia para o seu uso, apresentavam uma maior necessidade de intimidade nas relações, permitindo observar o papel que a intimidade aparenta ter na capacidade de negociar com os parceiros. Por outro lado, a ideia da fidelidade e do aumento de confiança entre parceiros jovens parece ser um factor de risco, dado que a confiança no parceiro fá-lo perceber como tendo menos risco envolvido e, conseqüentemente, não havendo a necessidade de utilizar preservativos de forma consistente (Brady, Tschann, Ellen, & Flores, 2009; Umphrey & Sherblom, 2007).

A negociação de sexo seguro correlaciona-se positivamente com as práticas de sexo seguro (Bertens, Wolfers, Borne, & Schaalma, 2008), sendo um dos melhores preditores do uso do preservativo no estudo de Schroeder, Johnson e Wiebe (2009).

Durante a negociação do uso do preservativo, parecem ser as mulheres que iniciam a conversa, com preferência por estratégias não verbais (Zukoski, Harvey, & Meredith, 2009). O tipo de estratégias e o parceiro que inicia parece variar de acordo com as amostras e culturas de origem das mesmas. Os estudantes japoneses relegam nos homens o direito e o poder de utilizar o preservativo, sem que este seja entendido

como um meio de protecção de saúde sexual (Castro-Vasquez & Kishi, 2007). Nas amostras afro-americanas observa-se que os homens também detêm o poder, e o medo de abordar o assunto dos preservativos é descrito, pelas mulheres, como uma barreira à sua utilização (Crosby et al., 2008). Numa amostra que compara caucasianos com asiáticos, observa-se que são utilizadas estratégias diferentes, com enfoque nas verbais indirectas para os asiáticos (Lam, Mak, Lindsay, & Russel, 2004).

Reich e Rubin (2007) verificaram que o sexo desprotegido surge maioritariamente em situações de desequilíbrio do poder entre os parceiros, em que o homem apresenta uma imagem desinteressada e a mulher é mais permissiva. Quando a decisão de utilizar é exclusiva dos homens, observa-se também que há uma maior possibilidade de estes retirarem o preservativo antes de terminar a relação coital (Crosby, Milhausen, Sanders, Graham, & Yarber, 2008).

3.2.4. Variáveis situacionais

Abbey, Parkhill, Buck e Saenz (2007) e Labrie, Earleywina, Schiffman, Pedersen, & Marriot (2005) consideram que o uso inconsistente do preservativo está associado ao consumo de álcool, desde que os participantes o percebam como um desinibidor social e se considerem menos eficazes a utilizar um preservativo quando intoxicados.

Galvez-Buccollini e colaboradores (2008) sugerem que devem ser medidas as expectativas face ao efeito do álcool no comportamento sexual para verificar o efeito tóxico do mesmo no uso do preservativo, dado o impacto que essa expectativa apresenta na frequência de sexo desprotegido. Stoner, George, Peters e Norris (2007)

verificaram que o álcool atenua a ansiedade e o medo sexual, aumentando a probabilidade de existirem comportamentos sexuais de risco.

Certain, Harahan, Saewyc e Fleming (2009) e Tho, Singhasivason, Kaewkungwal, Kaljee e Charoenkul (2007) observam igualmente que há uma associação entre a não utilização do preservativo e o consumo de álcool, sendo esta associação mais intensa para os homens e para os indivíduos com vários parceiros sexuais.

Beber previamente a contactos sexuais com parceiros casuais aumentar a probabilidade de existirem relações sexuais desprotegidas para os homens, sendo que para as mulheres influencia tanto em parceiros casuais como estáveis (Kiene, Barta, Tennen, & Armeli, 2009). Parecem ser os homens, mais velhos, a apresentarem mais episódios de intoxicação e a reportarem um maior número de parceiros sexuais (Randolph, Torres, Gore-Felton, Lloyd, & McGarvey, 2009).

Porém, os estudos sugerem que a relação entre consumo e inconsistência ao nível do preservativo talvez não seja uma influência directa. Brown e Venable (2007) observam que apesar de coexistirem altas taxas de consumo de álcool e de inconsistência de uso do preservativo em estudantes universitários, a relação entre as variáveis não é directa, dado que as relações vaginais desprotegidas ocorrem em proporções idênticas em grupos com e sem consumo de álcool.

Stoner e colaboradores (2008) observaram uma interacção do consumo de álcool com a percepção de risco individual, da inconsistência situacional do preservativo percebido pela participante, e da capacidade de assertividade do mesmo. No entanto, não registam uma relação directa entre o consumo e a frequência de utilização.

O consumo parece também poder ser um mediador entre o *distress* psicológico e a frequência de relações sexuais desprotegidas. Perante *distress* psicológico, o consumo

de álcool aumenta consideravelmente a possibilidade de haver relações sexuais desprotegidas (Elkington, Bauermeister, & Zimmerman, 2010).

Contudo, em alguns estudos não foi observada uma relação entre o álcool e o uso do preservativo (Bryan, Rocheleau, Robbins, & Hutchinson, 2005; Celentano, Siroj, Sutcliffe, Quan, Thomson, Keawvichit, et al., 2008).

Cho e Span (2010) distribuíram os participantes por 3 condições distintas (sem álcool, placebo e com álcool). Os indivíduos na condição de consumo de álcool apresentavam uma maior probabilidade de terem relações sexuais de risco. As mulheres, dos grupos com álcool e placebo, apresentam igual possibilidade de terem relações sexuais de risco, enquanto nos homens se verifica a relação oposta. Em termos gerais, o álcool não apresenta uma relação directa na utilização do preservativo, observando-se que os padrões anteriores de utilização do preservativo predizem a sua utilização futura. Leigh, Vanslyke, Hoppe, Rainey, Morrison e Gillmore (2008) observaram um resultado semelhante, ao verificarem que as pessoas tendem a utilizar o seu padrão de utilização do preservativo, independentemente do consumo de álcool. Para Velez-Blasini (2008) o consumo de álcool perde a sua capacidade preditora perante traços de personalidade e dimensões comportamentais do participante.

No que concerne ao consumo de drogas, parece ser mais consensual que os indivíduos que consomem ou já consumiram algum tipo de droga apresentam menor probabilidade de utilizar o preservativo de forma consistente nas suas relações sexuais (Bertoni, Bastos, Mello, Makuch, Sousa, Osis, et al., 2009; Ellickson, Collins, Bogart, Klein, & Taylor, 2005; Galvez-Buccollini, Delea, Herrera, Gilman, & Paz-Soldan, 2009).

A conjugação de consumo de álcool e drogas implica igualmente uma diminuição do uso do preservativo (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrel, 2009; Baskin-Sommers & Sommers, 2006; Parkes, Wight, Henderson, & Hart, 2007).

É ainda relevante observar o impacto dos *media* nos comportamentos sexuais de risco dos jovens adultos. Brown (2002) sugere que os modelos de sexualidade transmitidos através dos *media* (televisão, publicações, cinema, rádio, internet, etc.) reforçam padrões e normas sexuais irrealistas, o que aumenta a probabilidade de comportamentos de risco. Contudo, Taylor (2005) observa que há uma preocupação em aproximar a mensagem aos padrões da realidade, pode existir um impacto positivo nas crenças e normas dos indivíduos.

Katz (2006) observou que o uso do preservativo estava positivamente correlacionado com a exposição aos *media*, em particular na utilização da televisão como um veículo de informação sobre a SIDA. A utilização de mais do que um canal de informação, como por exemplo a associação entre a televisão e a rádio, apresenta um impacto no conhecimento, na auto-eficácia e nas normas sociais percebidas, podendo apresentar um efeito positivo nos comportamentos sexuais de risco (Bertrand & Anhang, 2006).

Zimmerman, Palmgreen, Noar e Lustria (2007) para além de corroborarem o impacto positivo de campanhas de prevenção através dos *media* no uso do preservativo, observam que a adaptação das campanhas aos alvos pretendidos aumenta a eficiências das mesmas.

Como tal, pode considerar-se que os *media* são um instrumento favorável à divulgação de campanhas de prevenção, que influencia não só os comportamentos

individuais mas também as demais variáveis sócio-cognitivas com impacto no uso do preservativo.

A utilização do preservativo continua a preocupar a comunidade científica, como se verifica pelo elevado número de artigos específicos sobre a temática. Apesar de existir algum consenso relativamente ao impacto de variáveis, nomeadamente a atitude, a auto-eficácia, o tipo de relação e a comunicação com o parceiro, continua a observar-se uma grande inconsistência ao nível da utilização do preservativo. O facto de ser um comportamento que implica uma tomada de decisão, cujo processo se desenvolve entre duas pessoas, poderá conduzir a múltiplas soluções a partir das mesmas variáveis.

Parece ser necessário procurar novas hipóteses de estudo que contribuam para a explicação do uso do preservativo.

4. NOVAS ABORDAGENS AO USO DO PRESERVATIVO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

4.1. Conceito de Representação Social

Em 1961, Serge Moscovici publica a obra *La Psychanalyse, son Image et son Publique* [A Psicanálise, a sua imagem e o seu público], iniciando os estudos num novo campo da Psicologia Social, o estudo das Representações Sociais. A obra abordava como o conhecimento científico é apreendido, transformado e utilizado pelo leigo, bem como, numa perspectiva mais geral, como é que o homem constrói a realidade.

Inicialmente, Moscovici baseou o seu conceito de representação social na noção de representações colectivas de Durkheim (1898). Durkheim usou este conceito para diferenciar o pensamento colectivo do pensamento individual, considerando que representações colectivas eram partilhadas por elementos de uma mesma sociedade, com uma mesma origem social e cujo objectivo permanecia na formação da sociedade em si. Apesar de considerar que estas eram originadas num colectivo de indivíduos, Durkheim referia que estas não poderiam ser explicadas a um nível individual (Agoustinous & Walker, 1995). O conceito de representação social de Moscovici diferencia-se do conceito de representação colectiva de Durkheim na medida em que enfatiza a natureza dinâmica das representações sociais, tendo em conta também que alguns conhecimentos podem ser apenas partilhados por subgrupos dentro de uma mesma sociedade, e não pela sua totalidade (Moscovici, 1988).

Para Moscovici (1981) as representações sociais podem ser entendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações sobre pessoas, acontecimentos ou

objectos, originadas no dia-a-dia, através de comunicações interindividuais. Referem-se a ideias, pensamentos, imagens, conhecimentos, que os membros de uma mesma colectividade detêm, como universos consensuais e partilhados que formam parte de uma consciência comum. Como tal, deve-se entender a representação social como um sistema de pensamento, dado que o seu papel é convencionar objectos, pessoas, e eventos e alocá-los a uma categoria familiar. Desta forma está intrinsecamente ligado à actividade cognitiva, havendo uma apropriação individual da representação social.

No entanto, a noção de representação social apresenta diferentes configurações, em parte por poder ser definida tanto como um produto como por um processo (Valsiner, 2003).

Enquanto produto, a representação social tem sido definida como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada que contribui para a construção da realidade de um dado grupo social (Jodelet, 1981, 2001), mas também com um conteúdo mental estruturado, de componente cognitiva, avaliativa, afectiva e simbólica que toma a forma de metáforas ou imagens conscientemente partilhadas com outros membros do grupo social (Wagner, 1998), ou ainda como princípios geradores de tomada de posição (Doise, 1995).

Enquanto processo, a representação social transforma o que é estranho em familiar, tornando-se parte da realidade social (Moscovici, 2003). Para Abric (1998) a representação social serve como uma guia para a acção e para as relações sociais, através de uma grelha de interpretação grupal. Já Valsiner (2003) considera que o processo da representação social pretende construir signos que permitam reduzir a incerteza perante o desconhecido.

Em todas as definições observa-se a dualidade entre a pesquisa pelas teorias do senso comum, e a forma como o indivíduo pensa através de noções estabelecidas e partilhadas em grupo. Ao contrário da ciência, as representações sociais utilizam uma lógica específica, parte inerente do seu processo de formação, algo ingénua, em que aspectos racionais e irracionais são integrados para explicar ou prever situações e comportamentos com forte cariz prático (Wachelke & Camargo, 2007).

4.2. Critérios para o reconhecimento das representações sociais

A amplitude da noção de representação social e a sua aparente similitude com outros constructos da Psicologia Social obrigam à existência de critérios científicos que permitam a sua definição de forma rigorosa (Wachelke & Camargo, 2007).

De acordo com Vala (2004), devemos observar três critérios para considerar as representações como sociais. O primeiro critério prende-se com um aspecto quantitativo. Apenas se poderá considerar a representação como social quando um grupo de indivíduos a partilha. O segundo critério é genético, isto é, prende-se com a origem da representação, tendo esta que ser colectivamente gerada. Por fim, o terceiro critério é do âmbito funcional. A representação social deve fornecer guias de acção e de interpretação dos comportamentos dos indivíduos.

Wagner (1998) apresenta um capítulo dedicado aos critérios sócio-genéticos, mais amplos que os critérios de Vala (2004), que permitem definir se está perante uma representação social.

O primeiro critério refere-se ao consenso funcional. Sendo um conteúdo consensual num determinado grupo deverá ser responsável por manter, orientar e

auto-categorizar os elementos desse mesmo grupo. O segundo critério diz respeito à relevância das representações sociais, cujo conteúdo deverá ser relevante para os elementos do grupo. O terceiro critério, denominado de prática, implica que se a representação existe, deve ser possível observar-se uma correspondência com os comportamentos, com relativo consenso entre os elementos. O critério de holomorfose indica que as representações sociais devem fazer uma referência à pertença grupal, dado que estas são parte da identidade social. Finalmente, Wagner (1998) definiu o critério de afiliação, responsável pela capacidade de delimitar a realidade grupal na qual a representação social existe. Para o autor nem todos os critérios estão presentes em todas as representações sociais, mas deverá tentar compreender-se o maior número de critérios para classificar correctamente a representação.

4.3. Origem, estrutura e funcionamento das representações sociais

Para Moscovici (1961) as representações sociais são criadas e difundidas através da interacção entre os actores sociais, na comunicação do dia-a-dia. É através da comunicação que são definidas as formas de lidar com a realidade, permitindo a criação de pontos de referência para pensar e agir em relação aos objectivos sociais (Doise, 1985). Para Camargo (2003) é através dos veículos da comunicação social que o conhecimento social é estendido aos membros dos diferentes grupos sociais.

Relativamente aos eventos e fenómenos que afectam o funcionamento do dia-a-dia, geralmente estes são ameaçadores e não familiares, e como tal é necessário encontrar uma forma de lidar com os mesmos, seja esta material ou simbólica

(Wagner et al., 1999). A representação social é, de forma simplista, uma estratégia para fazer face a situações desconhecidas, que gera uma ideia simbólica e familiar desses fenómenos.

Segundo Moscovici (1961) são dois os processos que intervêm na formação de uma representação social: a objectivação e a ancoragem. Estes funcionam de forma interdependente e são socialmente modulados.

A objectivação permite a apropriação e estruturação de um novo objecto social, facilitando a construção de um todo coerente, em que apenas parte da informação disponível é utilizada. Este processo selectivo está dependente do contexto social, pelo que é regulado pelas normas ou valores grupais vigentes. A informação seleccionada organiza-se e estabelece ligações entre si, criando um padrão de relações estruturadas que passam a constituir categorias naturais. Os conceitos abstractos adquirem, então, materialidade através de representações icónicas ou metafóricas.

A ancoragem apresenta semelhanças ao conceito de categorização, por permitir uma estabilização do meio e por agir como um redutor de novas aprendizagens (Vala, 2004). Tem um papel dual, precedendo e procedendo o processo de objectivação.

Enquanto precedente à objectivação, a ancoragem fornece os pontos de referência para a selecção da informação relevante para os indivíduos formarem a representação. Na fase posterior à objectivação, atribui um valor funcional ao saber, facilitando a interpretação do meio que nos rodeia através da nova representação social (Jodelet, 1989).

Para simplificar a compreensão destes dois processos, observe-se a formação da representação social da SIDA descrita por Helene Joffe (1995). Quando os médicos franceses isolaram o vírus VIH, tendo como base o sangue de 5 homens de orientação

homossexual, foi atribuída a terminologia de Deficiência Imunitária relacionada com Homossexuais. Os *media*, ao procurarem estabelecer mais pontos de interesse na notícia acrescentaram a informação de que este novo fenómeno era semelhante a uma praga.

A objectivação realizada conduziu a que os indivíduos se centrassem principalmente no grupo dos homossexuais, considerado um exogrupo numa maioria de heterossexuais, do que em outros aspectos apresentados, como a possibilidade de infecção através das relações sexuais desprotegidas. A ideia da praga foi utilizada como uma analogia para descrever o provável índice de mortalidade da doença. Usada para ancorar o novo conceito, conduziu a denominações na gíria como a “*Gay plague*” ou a praga dos homossexuais.

A conexão entre estes dois conceitos, atribuiu um valor funcional à representação social, conduzindo à ideia de que quem não fosse homossexual não estaria em risco de contrair a doença, e como tal, não teria que se preocupar com a sua protecção. Esta associação teve um aspecto protector para os elementos que a partilhavam, permitindo-lhes gerir esta nova informação (Wagner et al, 1999), apesar de promover diversos comportamentos de risco face ao VIH, inclusive até aos dias de hoje.

As ideias ou noções que fazem parte da representação social organizam-se numa estrutura de conhecimento que relaciona os elementos segundo uma lógica natural, hierarquizada, com diferentes sistemas de cognição interligados, porém diferenciados quanto à natureza e funções relativas à representação (Wachelke & Camargo, 2007).

No que concerne à organização da representação social, de acordo com Guimelli (1993) são vários os autores que reconhecem a existência de um núcleo central que

determina o seu significado e proporciona a sua estabilidade (eg. Abric, 1984; Flament, 1989).

Abric (1996a) define claramente dois sistemas, o núcleo central e o sistema periférico, que permitem explicar o comportamento ora rígido, ora flexível das representações, bem como o facto de serem consensuais para um grupo, mas apresentarem igualmente fortes diferenças individuais.

Para o autor, os dois componentes estruturais, núcleo central e sistema periférico, funcionam como uma só entidade, de forma complementar, apesar da sua especificidade funcional.

Ao nível da sua construção, o sistema central é fortemente marcado por condições sociais (históricas, ideológicas, entre outras), obedecendo a uma memória colectiva e ao sistema de normas vigente no grupo que o elabora. Tem como características a estabilidade e a resistência à mudança, apresentando uma função de continuidade e consistência.

O sistema periférico reveste-se de um carácter mais funcional e permite adequar a representação social à realidade momentaneamente experimentada. Funcionalmente, concretiza o núcleo central, no que toca à tomada de uma posição ou ao curso de uma acção. Do ponto de vista da sua construção, é mais sensível ou permeável às características do contexto, funcionando como uma interface entre a realidade concreta e a representação. Sendo mais flexível, tem como função a regulação e adaptação da representação social aos constrangimentos e particularidades do sistema central, aos desafios que o grupo ou o indivíduo enfrentam. É essencial para a defesa do núcleo central, dado que é capaz de absorver nova informação, sem modificar os aspectos centrais e normativos.

É nesta possibilidade de adequação que se explicam as variações observadas, dado que numa perspectiva mais individual, o sistema periférico engloba diferentes aspectos da história do sujeito, como os sociais ou experiências factuais.

Não obstante, permanece a questão do que sucede quando o indivíduo se comporta de forma contrária à sua representação. Para clarificar esta ambivalência, Flament (1994) introduz a noção de reversibilidade para compreender como as representações se podem transformar.

Se o actor perceber a situação que ocorreu como sendo reversível, as novas práticas, ainda que contraditórias, vão introduzir novos elementos no sistema periférico, mesmo que discordantes. Essa transformação do sistema periférico permite a permanência da representação inalterada.

Por outro lado, se o actor não perceber a situação como reversível, podem dar-se três situações distintas. Num primeiro cenário, a representação social resiste à transformação, funcionando o sistema periférico como um mecanismo de defesa que gera novos esquemas de interpretação da situação. Numa segunda hipótese, a representação social altera-se gradualmente, quando o comportamento do actor não é totalmente contrário à representação. E finalmente, a representação social pode mudar abruptamente, quando as disparidades entre o núcleo central e os comportamentos são tão grandes que o sistema periférico não tem forma de activar os mecanismos de defesa.

4.4. Como medir uma representação social?

A natureza implícita das representações sociais dificulta a sua mensuração, até porque a sua relação com os comportamentos não é directamente percebida pelos sujeitos. Este facto foi observado no estudo de Jodelet (1989) sobre a loucura, em que as famílias que viviam com doentes mentais tratavam diferenciadamente os objectos que tivessem sido tocados pela sua saliva, sem que fossem capazes de verbalizar o porquê desse comportamento. Neste caso em particular observa-se a representação social como sendo prévia ao comportamento, determinando-o.

Há outros casos em que a representação social se diferencia de acordo com as condições sociais existentes e que conduzem à sua formação. Nessas situações, a representação social surge enquanto resultado da forma como o grupo ou a sociedade se relaciona com um novo fenómeno ou problema, o que constitui uma evidência de que também pode ser posterior ao comportamento (Wagner, 1995).

Para contornar esta questão, Wagner (1995) define dois níveis metodológicos de avaliação das representações sociais que incluem diferentes formas de medição da mesma.

O primeiro nível, designado individual, refere-se a aspectos cognitivos e comportamentais da pessoa, que integram as crenças partilhadas entre actores sociais. Neste nível é possível avaliar-se a informação através de inquéritos realizados aos indivíduos, sobre determinado constructo, o que possibilita a elaboração da perspectiva colectiva com base nas respostas fornecidas. A observação do comportamento individual é importante para compreender a representação, no

entanto não é possível inferir um efeito causal directo entre a utilização individual da representação social e os comportamentos do actor.

O segundo nível de avaliação prende-se com a perspectiva social e cultural. Pode ser realizada com recurso a documentos ou análise dos *media* (meios de comunicação), dado que estes intervêm na elaboração da representação social, por meio de processos de influência social (Cabecinhas, 2004). Esta análise resulta numa visão colectiva do conteúdo das representações sociais. No nível social integram-se diferentes pontos de vista, elaborados conforme com os subgrupos da sociedade, que contêm o mesmo núcleo ou essência. De acordo com Wagner (1995), a avaliação destes dois níveis que não podem ser separados empiricamente, gera um espaço de explicação das representações sociais.

Para Wachelke (2009) “descrever uma representação em termos estruturais, ao menos em sua essência, equivale a identificar os elementos que compõem o seu núcleo central” (p.103). Uma das técnicas mais utilizadas para a identificação dos elementos representacionais é a análise prototípica, desenvolvida por Vèrges (1992). Através de uma questão de evocação, “quais são para si as palavras ou expressões que lhe lembram a palavra dinheiro”, Vèrges controlou a ordem de evocação e a frequência das palavras obtidas para definir a representação social do dinheiro.

Vèrges, Tuszka e Vèrges (1994) referem que as palavras com frequência mais alta² e com uma ordem média de evocação mais elevada³ serão aquelas que têm maior saliência, constituindo provavelmente o núcleo central. Afirmam ainda, que estas deverão ser constantes para grupos do mesmo contexto social. As palavras com menor

² Palavras que ocorrem mais vezes

³ Palavras referidas em primeiro lugar

frequência e menor ordem de evocação poderão ser as que constituem o sistema periférico

Para melhor compreender a estrutura da representação social Vèrges (1992) sugere que em seguida deve ser feita uma análise de co-ocorrências por categorias, já que a análise prototípica é realizada com as palavras brutas. As respostas, após o seu agrupamento em categorias, podem oferecer um maior poder explicativo do que em bruto considerando, no entanto, que este agrupamento não é inócuo e fica sempre a cabo do investigador (Wachelke, 2009).

4.5. A representação social e os comportamentos sexuais de risco

Para Wachelke e Camargo (2007) é importante definir comportamento para compreender a relação que existe entre este e a representação social. Se, numa concepção generalista, o comportamento é entendido como uma acção observável levada a cabo em contextos quer individuais quer de interacção social, na perspectiva das representações sociais é considerado como práticas sociais, isto é, realizadas por indivíduos enquanto membros de grupos.

Relembrando o exemplo observado por Jodelet (1989) na sua obra sobre a loucura, as famílias diferenciavam o tratamento dado aos objectos tocados pela saliva e transpiração dos doentes mentais, dos restantes objectos utilizados e tocados pelos mesmos. As famílias que foram estudadas por Jodelet tratavam a roupa suja, por exemplo, com urina ou fezes de forma idêntica e em conjunto com a roupa dos restantes elementos da família, mas evitavam o contacto com outras secreções corporais (como a saliva ou a transpiração), por considerarem que estas poderiam ser

prejudiciais para a saúde. Quando questionados sobre o porquê de dado comportamento, pareciam não compreender o que estava na base de tal orientação. Nesta situação particular, a representação social da loucura orienta os comportamentos dos indivíduos, de forma inconsciente.

Apesar de os indivíduos não serem capazes de analisar de forma adequada a relação entre os comportamentos e as suas causas (Nisbett & Wilson, 1977), os estudos que procuraram relacionar as representações sociais e os comportamentos pressupõem que os indivíduos controlam as representações sociais e seleccionam as respostas da forma que lhes parece mais adequada (cf. Abric, 1987).

Como tal, Vala (2004) defende que devem ser distinguidos os comportamentos representacionais dos comportamentos situacionais, para compreender quando o indivíduo é direccionado pela representação ou quando faz corresponder o comportamento à representação, sem que haja uma relação directa entre ambas.

Foi Nuttin (1972) que apresentou umas das primeiras distinções entre os comportamentos situacionais dos representacionais. No primeiro caso são as características do contexto as mais salientes, e dirigem o comportamento, inclusive até em direcções contrárias às orientações das representações sociais. Nos comportamentos representacionais, os constrangimentos sociais teriam menos representatividade, conduzindo a que o conteúdo da representação fosse mais significativo para a acção realizada. Para Vala (2004) as representações incluem os modos desejáveis de acção, proporcionam a construção do significado do estímulo em contexto e permitem ainda justificar os comportamentos individuais.

De acordo com Wagner (2003) o comportamento, para a teoria das representações sociais, tem sido entendido como uma acção reflectida, não existindo uma

correspondência directa entre ambos, mas sim com as variáveis predictoras do comportamento. Nesta perspectiva, a representação social surge não como um predictor directo do comportamento, mas como um substrato para as variáveis que explicam o comportamento, como a atitude ou a norma subjectiva, dado que informa os indivíduos sobre os modos de acção (Wachelke & Camargo, 2007).

Abric (2003) considera que as atitudes são dependentes das representações, mas o contrário não se verifica. Para o autor, as mudanças introduzidas no núcleo central de dada representação social provocam alterações ao nível das atitudes, enquanto as alterações nas atitudes apenas produzem mudanças no sistema periférico. Para Flament (2001) são os elementos periféricos que fazem a ponte entre os constructos mais abstractos do núcleo central e os contextos de utilização da representação, actuando como esquemas ou scripts de acções relativas ao objecto da representação social (Wachelke & Camargo, 2007).

Não obstante, existem outras concepções de relação entre a representação e o comportamento. Para Wagner (1994) o comportamento e a representação são indissociáveis, dado que para este autor o comportamento é uma parte integrante da representação. Rouquette (1998) por sua vez, considera que não há uma determinação directa, mas sim um esforço de correspondência entre comportamentos e representações, que se influenciam mutuamente, o que por vezes pode dificultar a compreensão da dinâmica de causalidade.

De uma forma em geral, e apesar de se compreender que a representação social influencia o comportamento, ainda não existe um modelo geral que permita compreender as suas relações (Wachelke & Camargo, 2007).

Concretamente, alguns estudos têm procurado observar a influência das representações sociais com alguns conceitos que estão interligados ao uso do preservativo, como uma abordagem complementar às oferecidas pelos modelos sócio-cognitivos clássicos.

Joffe (2002) critica fortemente os modelos que têm procurado compreender a utilização do preservativo através dos modelos para a saúde, referindo que a análise sobre as causas subjacentes ao uso do preservativo e outros aspectos da saúde é sempre condicionada pelas suposições que se fazem sobre a mente humana. Para a autora os modelos, como a teoria da acção planeada, focam-se numa tomada de decisão individual, considerando o decisor racional no centro de todo o processo. Os resultados de alguns estudos têm suportado a perspectiva da autora.

Kashima, Gallois e McCamish (1993) conduziram um estudo sobre o uso do preservativo com jovens adultos com idades entre os 17 e os 21 anos. Os autores mediram a intenção de uso do preservativo, bem como atitude, norma subjectiva, crenças normativas para os parceiros sexuais e comportamento passado de uso do preservativo. Após o encontro sexual seguinte repetiram a recolha dos dados sobre as mesmas medidas e sobre o comportamento real de uso do preservativo. Os resultados evidenciaram que o uso do preservativo é mais provável quando existe um acordo com o parceiro sobre o uso do preservativo e este está disponível. Além do mais, a norma subjectiva para o parceiro sexual tinha um efeito directo na atitude, norma subjectiva e na intenção de uso. Os autores concluíram que a dinâmica relacional de uma relação afecta a decisão de uso do preservativo, não podendo esta ser totalmente explicada pelos modelos da teoria da acção reflectida (Fishbein & Ajzen, 1975) e da teoria da acção planeada (Ajzen & Madden, 1986).

Em 1997, Breakwell e Millard, criticaram os modelos sócio-cognitivos, reforçando a necessidade de se interpretarem os comportamentos individuais à luz das representações sociais e dos processos de identidade que possam influenciar a tomada de decisão sobre o uso do preservativo, já que a sua dinâmica nem sempre obedece aos princípios de escolha racional dos modelos mais utilizados.

Mais recentemente, Bromnick e Swinburn (2003) realizaram um estudo relativo às representações das experiências sexuais de uma amostra de adolescentes. Através de um método qualitativo, os autores analisaram o conteúdo de entradas de diário sobre possíveis experiências sexuais desprotegidas. Os principais resultados evidenciam que os adolescentes não consideram a experiência de sexo sem preservativo como algo mau ou reprovável. Apenas uma minoria escreveu nas suas entradas de diário aspectos relacionados com a saúde ou sobre preocupações que lhe estivessem associadas. Foi ainda possível constatar que os aspectos românticos ou relacionados com a vivência sexual (satisfação, comprometimento) foram considerados mais importantes do que os aspectos de saúde.

Bertoldo e Barbará (2006) estudaram a representação social do namoro, na visão dos jovens brasileiros. Os resultados sugerem que para os jovens adultos brasileiros o namoro é descrito em termos de uma amizade, cumplicidade, confiança e amor. Contudo, observaram-se diferenças entre homens e mulheres. Enquanto as mulheres evocaram elementos relacionados à confiança e afecto, os homens referiam-se mais ao sexo para descrever o namoro. Apesar de o estudo não se centrar directamente nos comportamentos de risco, como a inconsistência do uso do preservativo, permite compreender que há uma elevada valorização de aspectos de intimidade nas relações

de namoro dos jovens adultos brasileiros, bem como uma visão diferenciada entre homens e mulheres sobre o mesmo.

Mais especificamente, os estudos sobre as representações sociais têm insistido na compreensão da representação social da SIDA, observando possíveis influências desta nos comportamentos para a saúde.

Morin e Vergès (1992) procuraram definir a representação social da SIDA nos adolescentes do ensino secundário. No estudo desenvolvido pelos autores, a representação social da SIDA apresentava uma dupla configuração central, com os conceitos de morte e doença a apresentarem a maior saliência para os jovens. Contudo, a representação apresentava-se complexa. As noções de amor e confiança estavam em conflito com a noção de sexualidade, que por sua vez estava relacionada com noções de risco. Do ponto de vista preventivo, as noções de amor e confiança estavam ligadas a discussão e informação.

Camargo, Barbará e Bertoldo (2007) procuraram observar, posteriormente, a representação social da SIDA para os jovens brasileiros. Verificaram que de uma forma em geral os participantes centravam a sua representação nos elementos de doença, morte, medo, sofrimento, preconceito, mas também prevenção e responsabilidade. Para os autores, o facto de os participantes já terem tido contacto com campanhas de prevenção teria acrescentado estes dois últimos elementos, não verificados em estudos com a população em geral. Para os participantes que já tinham iniciado as relações sexuais, o elemento mais central da representação social foi o medo, indicando sentirem-se em risco perante a infecção por VIH. Observou-se, igualmente, que as representações variavam consoante o grau de informação dos participantes sobre o VIH, existindo uma maior preocupação relacionada com aspectos biomédicos

nos indivíduos mais informados. Os autores sugerem que o esforço informacional sobre o VIH/SIDA é favorável à transformação da representação social da SIDA, aumentando a consciência do risco e promovendo os comportamentos sexuais seguros.

Um estudo mais abrangente foi conduzido por Goodwin e colaboradores (2004) sobre a representação do VIH/SIDA em 5 países da Europa central e de leste. Foram encontradas duas grandes dimensões, categorizadas pelos autores como «sexo» e «doença mortal», com forte congruência nos 5 países estudados. Contudo, os resultados sugerem uma maior inconsistência ao nível da dimensão «sexo», em parte influenciada pelos contextos culturais de cada país. Esta dimensão fazia referência à existência de episódios de sexo casual, preservativos, prostituição e actividade sexual em geral, que reflectia a componente sexual da epidemia. Por sua vez, a dimensão «doença mortal» enfatizava o aspecto do medo relacionado com a doença SIDA. As principais variações entre países e entre homens e mulheres, prendia-se com a dimensão que os grupos valorizavam mais, sendo que os indivíduos em culturas tradicionais tendiam a apresentar maiores diferenças de valores entre sexos, enfatizando dimensões distintas. Neste estudo, as mulheres centravam-se mais na dimensão «sexo» enquanto os homens focavam-se no aspecto de «doença mortal». Nos países em que se observavam estas diferenças, os homens apresentavam quatro vezes mais probabilidade de terem tido sexo com um parceiro de alto risco do que as mulheres, tinham uma maior probabilidade de terem utilizado o preservativo para evitarem uma doença infecciosa, e estavam significativamente mais preocupados de poderem ter contraído o VIH.

Mais recentemente, Camargo e Bousfield (2009) procuraram observar a relação entre a representação social da SIDA e os motivos enumerados pelos jovens para a não utilização do preservativo. Os autores partiram do pressuposto da existência de uma ligação entre a representação social e a atribuição causal, dado que há uma estreita ligação entre a forma como os indivíduos atribuem causas aos comportamentos e os mecanismos que criam a sensação de causalidade a partir de conhecimento do senso comum, partilhado pelos indivíduos de um mesmo grupo, i.e., representações sociais.

Os resultados sugerem que a formação de três dimensões de resposta para o facto de não utilizarem preservativo: 1) a excitação no momento da relação sexual, não permite um raciocínio claro, conduzindo a situações desprotegidas, 2) a existência de confiança na relação e no parceiro que conduz à ilusão de que não correm riscos devido a uma relação monógama e, 3) a utilização de um método contraceptivo, evidenciando uma maior preocupação com as gravidezes indesejadas do que com as infecções sexualmente transmissíveis.

Estes resultados permitem observar a pertinência do estudo das representações sociais para compreender os comportamentos sexuais de risco, e em particular, o uso do preservativo.

De acordo com a teoria das representações sociais, mais do que processar informação, os indivíduos processam significados, que acarretam não apenas a visão racional de análise, mas também estados emocionais. A análise deste tipo de comportamento através da representação social poderá permitir contextualizar aspectos comuns aos indivíduos que se relacionam numa perspectiva sexual, sendo útil na interpretação que realizam dos seus comportamentos, quer de risco, quer de saúde.

5. ESTUDO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO NOS JOVENS ADULTOS PORTUGUESES

Os jovens adultos são, neste momento, um dos grupos com risco mais elevado de contrair VIH e a outras infecções sexualmente transmissíveis. Tem-se verificado um aumento sistemático de infectados com VIH entre os indivíduos jovens adultos, devido a contactos sexuais desprotegidos (UNAIDS, 2008b; Instituto Nacional de Saúde [INS], 2009).

Actualmente, em Portugal e de acordo com o último relatório do Instituto Nacional de Saúde (2009) conhecem-se 34 888 casos de infecção por VIH nos diferentes estádios, dos quais 40% se devem a infecção por contacto heterossexual. A maior parte dos casos está compreendida entre os 20 e os 39 anos de idade. Verifica-se que, desde 2004, a tendência para novos casos de infecção é maior nos jovens heterossexuais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), o uso do preservativo de forma consistente e correcta será um dos meios primários para promover hábitos sexuais seguros. No entanto, a sua utilização de forma consistente, continua aquém do necessário para prevenir o alastramento de infecções como o VIH.

Os diversos relatórios e estudos desenvolvidos em Portugal, nos últimos anos, sugerem uma utilização inconsistente, por parte de toda a população. Parece existir uma prevalência da pílula face ao preservativo, pela sua vertente anti-concepcional que não interfere com o prazer durante a relação sexual.

O Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2004) observou que cerca de 69% da população portuguesa utiliza o preservativo de forma inconsistente. No

entanto, o relatório do estudo não permite observar diferenças estratificadas no grupo etário.

O Ministério da Saúde (2005), no relatório nacional sobre o estado do VIH/SIDA, refere que os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos utilizam o preservativo de forma relativamente consistente (55%). No entanto, há uma percentagem semelhante de indivíduos que o fazem com inconsistência. Relata ainda uma redução no consumo de preservativos entre os anos de 2004 e 2005 na ordem do milhão e meio de unidades.

O Instituto Nacional de Estatística (2007) conduziu, nos anos de 2005 e 2006, o 4º Inquérito Nacional de Saúde, onde se verificou que o preservativo não é a opção mais utilizada pelas mulheres. A frequência de não utilização nas idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos é cerca de 80%, e de 39% entre os 20 e os 24 anos. É de notar que este relatório apenas se preocupou com a medição da utilização, não focando a sua consistência.

Alguns estudos realizados em Portugal sugerem uma utilização inconsistente do preservativo (Amaro, Frazão, Pereira, & Teles, 2004; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes, & Martins, 2007; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins, & Nunes, 2009).

O preservativo é o método mais utilizado entre as camadas mais jovens dos estudantes universitários, tendência que decresce com o aumento da idade e que é mais comum entre homens (Reis & Matos, 2008; Reis, Ramiro, & Matos, 2009). Porém, não foi realizada uma análise da consistência com que este é utilizado nas suas relações sexuais. Esta tendência observa-se igualmente no resto da Europa e nos Estados Unidos da América.

De acordo com o relatório global da UNAIDS (2008b) Portugal é um dos países da Europa onde se verificam mais novos casos de infecção de VIH. Na Europa, como em Portugal, o contacto sexual desprotegido é, neste momento, uma das causas mais comuns de infecção pelo VIH.

Herida e colaboradores (2006) observaram que na Europa, em geral, o contacto heterossexual é agora a forma mais comum de infecção, sendo que 10% dos novos casos surgem nas idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.

Nos Estados Unidos da América observa-se, igualmente, um aumento anual de casos de VIH. Cerca de um terço destes novos casos devem-se a contactos heterossexuais desprotegidos, sendo a segunda causa de infecção, a seguir aos contactos homossexuais desprotegidos (UNAIDS, 2008b). Observa-se, igualmente, que cerca de 40% dos jovens americanos não utilizaram o preservativo na última relação sexual (CDC, 2008). Para Collins, Ellickson, Orlando e Klein (2005), o aumento de infecções entre os jovens adultos poderá ser responsável por um aumento exponencial de infecções de VIH entre a população dos Estados Unidos da América.

Apesar destes dados, observa-se que em Portugal há poucos estudos que analisem de forma sistemática o uso do preservativo. A inclusão da necessidade de uso do preservativo nas medidas de protecção contra a pandemia do VIH/SIDA pela Organização Mundial de Saúde (2009) torna pertinente a existência de estudos que tenham como objectivo central a medição do uso do preservativo, mais precisamente entre os jovens adultos.

5.1. Objectivos

O objectivo geral deste estudo é caracterizar a utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses. De forma mais específica pretendemos:

- Conhecer a utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses;
- Comparar a utilização do preservativo da amostra recolhida com amostras equivalentes, portuguesas e de outras nacionalidades;
- Observar quais os perfis associados às diferentes frequências de utilização do preservativo.

5.2. Método

Para realizar os objectivos definidos, desenhou-se um estudo descritivo, transversal, em que se pretendeu abranger uma amostra representativa da população de jovens adultos.

5.2.1. Participantes

A amostra foi recolhida de forma não probabilística, recorrendo às universidades, escolas profissionais e centros de formação profissional. Procurou-se abranger os jovens adultos portugueses, de uma forma em geral, e não apenas os universitários. O critério de elegibilidade foi a idade que deveria compreender-se entre os 18 e 25 anos. Os participantes que não cumpriam este requisito foram excluídos das análises realizadas.

A amostra final, na qual se baseia este estudo, é de 1138 participantes, com uma média de idades de 20,93 anos ($DP=2,110$), dos quais 33% são homens e 67% são

mulheres (Tabela 1). Cerca de 14,5% da amostra é trabalhadora-estudante e 1,5% dos participantes são casados ou vivem em união de facto.

Tabela 1 – Características dos participantes

		Média	Desvio-padrão
Idade		20,93	2,110
		%	
Sexo	Masculino	33,0	
	Feminino	67,0	
Nacionalidade	Portuguesa	96,9	
	Outras	3,1	
Ensino	Universitário	88,52	
	Escolas e Centros profissionais	11,48	

As restantes nacionalidades observadas na distribuição da amostra, apesar da sua pequena expressão, referiam-se a indivíduos de nacionalidade Brasileira ou de países de expressão de Língua Portuguesa, pelo que foram incluídos na amostra final.

Os participantes distribuem-se nas seguintes proporções, pelas diferentes regiões do país: 1,1% do Algarve; 14,6% do Alentejo (alto e baixo); 14,6% da zona Centro; 9,6% do Douro; 22,9% do Minho; 1,7% das Beiras; 1,0% de Trás-os-Montes; e 33,1% das Ilhas (Açores e Madeira). Cerca de 1,1% dos participantes não se integravam em nenhuma das categorias anteriores, ou não responderam deliberadamente. A amostra carecia de maior equilíbrio entre as regiões para ser considerada representativa de toda a região de Portugal.

A figura 6 expressa as frequências relativas das habilitações académicas dos pais dos participantes.

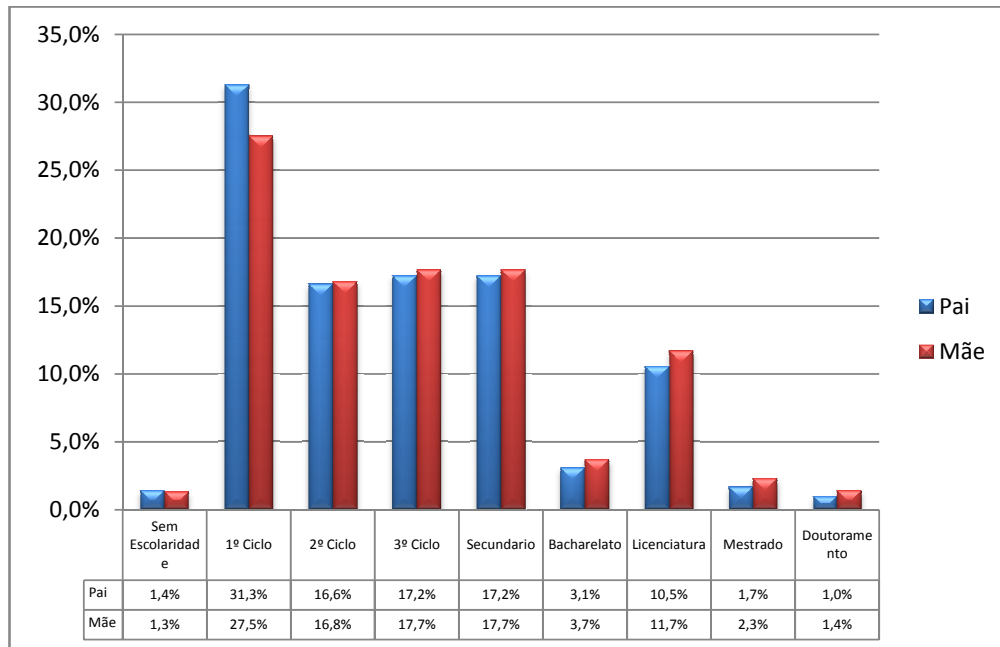


Figura 6 – Habilitações académicas dos pais dos participantes

Como se observa, homens e mulheres parecem ter uma distribuição semelhante relativamente aos diferentes graus de ensino. Contudo, os homens parecem apresentar uma maior frequência nos níveis de escolaridade mais baixos (sem escolaridade e 1º ciclo) enquanto as mulheres apresentam uma maior frequência nos seguintes ciclos de escolaridade. Poderá considerar-se que os participantes provêm de famílias com uma escolaridade média-baixa, numa amostra em que os graus de ensino superior têm pouca expressão.

As profissões dos pais dos participantes foram classificadas de acordo com o sistema de classificação nacional de profissões (cf. IEFP). A distribuição está representada na figura 7.

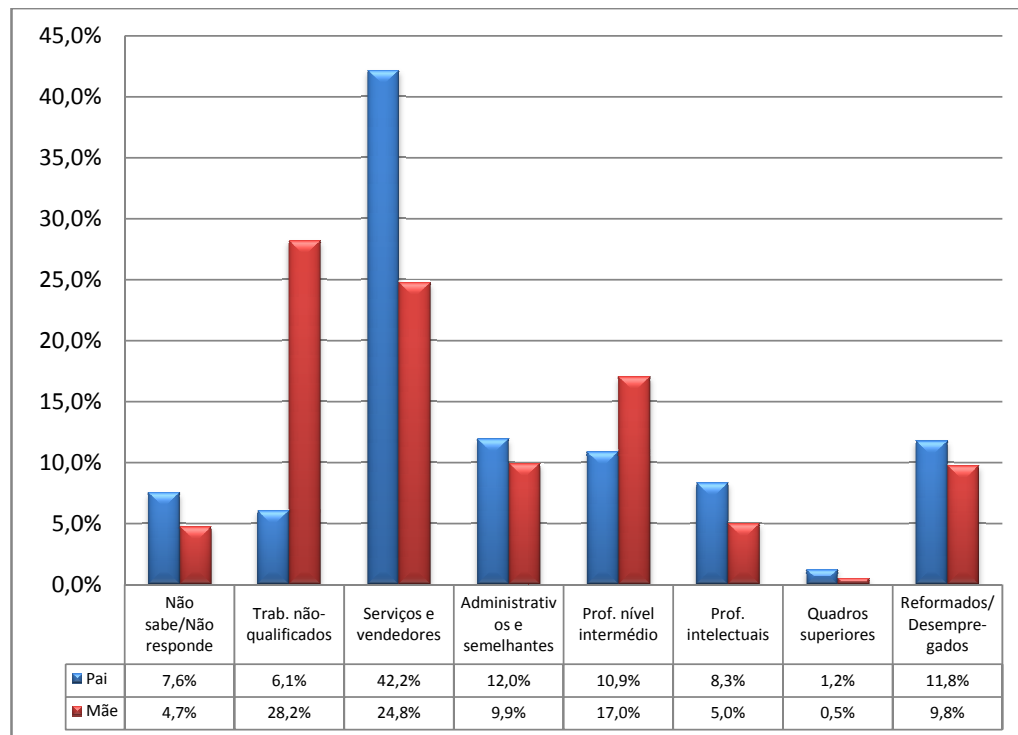


Figura 7 – Grupo profissional dos pais dos participantes

A maioria dos pais dos participantes têm profissões não qualificadas (eg. doméstica) ou na área dos serviços e vendas (eg. comercial). É a área dos serviços, onde se inclui o sector terciário, que apresenta a maior percentagem de respostas.

É ainda de notar que cerca de 10% dos indivíduos foram classificados como reformados ou desempregados, contudo, não há referência ao tipo de profissão que exerciam anteriormente.

5.2.2. Medidas

Foram avaliados a história sexual e o comportamento de uso do preservativo dos participantes.

História Sexual

Foi questionado aos participantes se já tinham tido relações sexuais completas (sim/não), com que idade tinha iniciado a sua vida sexual, a idade do primeiro parceiro sexual, o tipo de relações sexuais praticadas (vaginais, orais, e/ou anais), o número total de parceiros, o número de parceiros nos últimos três meses, e ainda se tinham um parceiro estável de momento (sim/não) (vide anexo C).

Uso do preservativo

Foi questionado aos participantes com que frequência costumam utilizar o preservativo nas suas relações sexuais e se utilizaram o preservativo na última relação sexual. Foram pedidas estimativas quanto à não utilização do preservativo nos últimos 3 e 6 meses. Foram ainda utilizadas questões para verificar a intenção de uso no futuro (*em que medida tem a certeza que vai utilizar preservativo na sua próxima relação sexual*) e para avaliar o papel do participante na decisão de utilização do preservativo (*em que medida toma parte na decisão de usar, ou não, um preservativo; e em que medida considera que a decisão de utilizar preservativo é tomada em conjunto com o seu parceiro*).

Todas as questões utilizaram uma escala tipo *Likert*, de 7 pontos (1 – Nada; 7 – Totalmente), à exceção da utilização do preservativo na última relação sexual

(dicotómica) e da não utilização nos últimos 3 e 6 meses (resposta aberta) (vide anexo E).

5.2.3. Procedimento

Foi obtida a autorização de recolha de dados junto dos Reitores das Universidades públicas Portuguesas, bem como aos Directores das Escolas Profissionais e Centros de Formação Profissional, que realizassem cursos com jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Para agilizar a recolha e reduzir os custos, foi criada uma página da internet com o respectivo questionário.

Foi enviado um correio electrónico, por via institucional, que requeria a participação voluntária dos estudantes.

A primeira página do questionário pretendia que os participantes fornecessem o seu consentimento informado, pelo que aqueles que pretendessem participar no estudo teriam que seleccionar a opção “pretendo participar”. Caso não pretendessem participar, existia uma opção análoga que fechava automaticamente a página.

Após o preenchimento do questionário, era oferecida a possibilidade de conhecerem os resultados do estudo. Para tal, era fornecido o correio electrónico do investigador responsável, que daria resposta a esta solicitação ou a esclarecimentos adicionais.

5.3. Resultados

Os dados foram analisados estatisticamente através do software PASW (SPSS v.18). Procurou caracterizar-se a utilização do preservativo da amostra geral, estabelecer possíveis diferenças entre sexos, e apurar padrões de comportamento nos dados recolhidos.

5.3.1. História sexual

A maioria dos participantes respondeu já ter iniciado a sua vida sexual (72,9%). As práticas sexuais mais comumente seleccionadas foram as relações vaginais e orais (26,0%), seguido das exclusivamente vaginais (22,0%), e do conjunto de todas as práticas, vaginais, orais e anais (20,1%). A média da idade da primeira relação sexual situa-se nos 17,51 ($DP=3,487$) anos; a média de idade do parceiro da primeira relação sexual é de 19,44 ($DP=5,635$). Relativamente ao número total de parceiros a média da amostra geral é de 3,36 ($DP=5,717$), sendo que a média de parceiros nos últimos 3 meses situa-se nos 1,126 ($DP=3,518$). Ao momento do questionário 54,8% da amostra referiu ter um parceiro sexual.

Na tabela 2 descreve-se, comparativamente, a história sexual dos homens e mulheres da amostra.

Tabela 2 – História sexual dos participantes

		H	M	
Relações sexuais	Sim	263	547	$\chi^2 = 0,135$ gl= 1 $p = 0,714$
	Não	51	99	
Tipo	Anal	5	6	$\chi^2 = 3,583$ gl= 7 $p = 0,826$
	Oral	7	13	
	Oral, Anal	3	7	
	Vaginal	79	171	
	Vaginal, Anal	2	3	
	Vaginal, Oral	89	207	
	Vaginal, Oral e Anal	83	146	
Média da idade primeira relação		17,69	17,42	$t_{(836; 1138)} = 1,062$ $p = 0,289$
Média da idade do parceiro		19,36	19,48	$t_{(825; 1138)} = -0,284$ $p = 0,777$
Média do número de parceiros total		2,84	3,59	$t_{(854,971; 1138)} = -1,538$ $p = 0,124$
Média de parceiros nos últimos 3 meses		0,966	1,205	$t_{(889; 1138)} = -0,954$ $p = 0,340$
Tem parceiro actualmente	Sim	207	417	$\chi^2 = 0,117$ gl= 1 $p = 0,732$
	Não	89	189	

Os dados sugerem que os homens e as mulheres não diferem significativamente em nenhum dos aspectos da história sexual descrita.

5.3.2. Uso do preservativo

A média da frequência de utilização do preservativo nas relações sexuais, nesta amostra, foi de 4,86 ($DP=2,207$) com uma mediana de 6. Cerca de 57,66% dos participantes que já iniciaram a sua vida sexual, afirmaram ter utilizado preservativo na última relação sexual. Para além destas medidas, procurou-se ainda apurar quantas vezes não terá sido utilizado o preservativo, em dois espaços temporais: 6 meses e no último mês. Em média, nos últimos 6 meses, os participantes não utilizaram o preservativo 10,29 ($DP=22,077$) vezes, e no último mês teria sido uma média de 3,31 ($DP=11,100$). Observa-se, portanto, alguma inconsistência.

Relativamente à intenção futura de uso do preservativo, observou-se uma média de 5,29 ($DP=2,24$). Este valor, superior à média de utilização do preservativo, indica uma intenção elevada para a utilização do preservativo.

No que concerne à decisão de utilizar o preservativo, os participantes, em geral, consideraram ser uma decisão mais individual ($M=5,18$, $DP=1,523$), mas também a classificaram como sendo uma decisão tomada em conjunto com o parceiro ($M=6,13$, $DP=1,591$).

Na tabela 3 apresentam-se as diferenças verificadas entre homens e mulheres ao nível das medidas de utilização do preservativo.

Tabela 3 – Uso do preservativo por sexo

		H	M	
Costuma utilizar preservativo nas suas relações sexuais? (1 – Nunca; 7 – Sempre)		4,89	4,86	$t_{(837; 1138)} = 0,158$ $p = 0,875$
Utilizou preservativo na sua última relação sexual?	Sim	158	324	$\chi^2 = 0,043$ $gI = 1$ $p = 0,836$
	Não	113	239	
Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, nos últimos 6 meses.		10,51	10,19	$t_{(808; 1138)} = 0,188$ $p = 0,851$
Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, no último mês.		3,08	3,42	$t_{(806; 1138)} = -0,403$ $p = 0,687$
Em que medida tem a certeza que vai utilizar preservativo na sua próxima relação sexual?		5,23	5,32	$t_{(917; 1138)} = -0,558$ $p = 0,577$
Em que medida toma parte na decisão de usar, ou não, um preservativo? (1 – Não tomo parte de forma alguma; 7 – A decisão é inteiramente minha)		5,05	5,25	$t_{(864; 1138)} = -1,773$ $p = 0,077$
Em que medida considera que a decisão de utilizar preservativo é tomada em conjunto com o seu parceiro? (1 – Nada; 7 – Totalmente)		6,26	6,07	$t_{(611,188; 1138)} = 1,703$ $p = 0,089$

Como se pode observar, homens e mulheres não diferiram ao nível da utilização do preservativo, não apresentaram diferenças ao nível da intenção de uso, nem ao nível da tomada de decisão.

5.3.3. Análise de *clusters* por história sexual e comportamento de uso do preservativo

De forma a analisar a possibilidade de existirem grupos de indivíduos que se diferenciam por padrões comportamentais distintos, foi realizada uma análise de *clusters*. Na análise foram considerados todas as questões da história sexual (à excepção do tipo de relações sexuais) como do comportamento do uso do preservativo. Dada a dimensão da amostra, utilizou-se a opção para *K-means clusters*. Este procedimento procura identificar grupos relativamente homogêneos, com base nas características seleccionadas, utilizando um algoritmo que suporta um grande número de casos.

Para identificar o número mais adequado de *clusters* optou-se pela utilização do método hierárquico de *clusters*, utilizando o valor da regressão como critério de acordo com a sugestão de Maroco (2007). O critério da regressão mede, quão diferentes são os grupos formados em cada passo do algoritmo, entendendo-se como a razão entre a soma dos quadrados dos grupos e a soma dos quadrados totais para cada uma das variáveis usadas na análise (Maroco, 2007). O resultado final evidenciou 3 *clusters*, ou grupos de sujeitos, com médias significativamente diferentes ao nível do número de parceiros total, número de parceiros nos últimos 3 meses, ao nível da utilização do preservativo, do uso do preservativo na última relação sexual, do número de vezes que o preservativo não foi utilizado nos últimos 6 meses e 1 mês, da intenção de uso, e ainda ao nível da decisão individual no que concerne ao uso do preservativo ($p < 0,050$). Não foram encontradas diferenças significativas ao nível das idades da primeira relação sexual, quer do participante, quer do parceiro, nem ao nível da tomada de decisão em conjunto com o parceiro ($p > 0,050$).

Para ilustrar melhor as diferenças entre os grupos, foi elaborado um gráfico de linhas (figura 8), cujos pontos máximos representam as médias de cada variável, distribuídas pelos 3 *clusters* formados. Dada a natureza nominal da utilização do preservativo na última relação sexual e da existência de um parceiro ao momento do questionário, foi realizado um teste de independência, de forma a compreender a associação entre as respostas e os *clusters*. Nestes casos particulares, é representado o valor a que o *cluster* está significativamente associado.

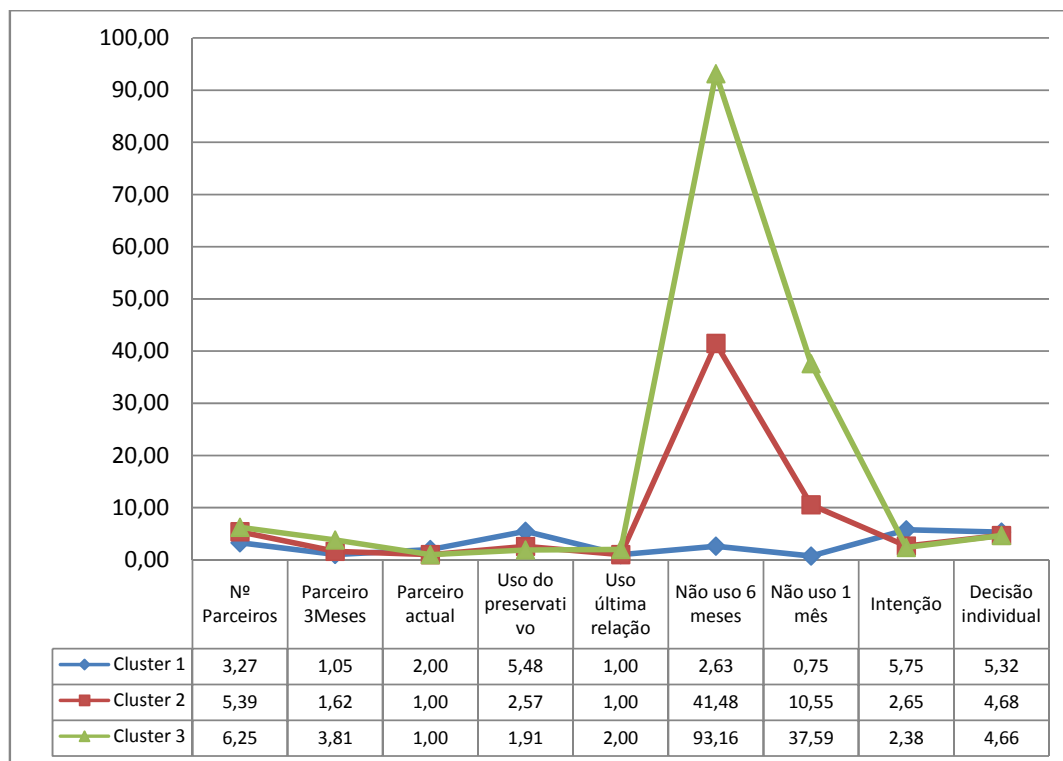


Figura 8 – Médias das variáveis por cluster

O primeiro grupo parece ser formado por indivíduos que apresentam um menor número de parceiros, que não têm um parceiro actual e apenas tiveram um parceiro,

em média, nos últimos 3 meses. A utilização do preservativo é a mais consistente dos 3 grupos: usaram preservativo na última relação sexual, apresentam uma média muito inferior a qualquer um dos outros grupos relativamente à não utilização nos últimos 6 meses e no último mês. São também os indivíduos que têm a média de intenção de utilização mais elevada, e que consideram a utilização do preservativo como sendo uma decisão mais individual. Este *cluster* reúne o maior número de participantes, com um total de 631 sujeitos.

O segundo e terceiro *clusters* reúnem um menor número de participantes. O segundo *cluster* agrega 82 sujeitos, que se diferenciam do primeiro *cluster* pelo uso inconsistente do preservativo e por uma baixa intenção futura. Têm um maior número de relações sexuais sem preservativo nos últimos 6 meses e 1 mês. Apresentam, também, um maior número de parceiros, referem ter parceiro actualmente e parecem ter entre 1 e 2 parceiros nos últimos 3 meses. Consideram o uso do preservativo como sendo uma decisão menos individual, quando comparado com o primeiro *cluster*.

O terceiro, e último, *cluster* resume-se a 32 sujeitos com um comportamento quase exclusivo de não utilização do preservativo, que também evidenciam um maior número de parceiros, tanto no geral como nos últimos 3 meses. São também o grupo que apresenta a menor intenção de utilização dos três grupos.

6.4.1. Análise univariada entre *clusters* e variáveis demográficas

Para avaliar possíveis diferenças entre os *clusters* ao nível das restantes variáveis demográficas, foi conduzida uma análise univariada, através do teste não paramétrico

para amostras independentes, *Mann-Whitney* (MW), no caso das variáveis escalares, e do teste de independência (Qui-quadrado) para as variáveis nominais.

As variáveis consideradas na análise referem-se à idade dos participantes, à religião (Não tem; Católico/Cristão, Budista, e Outras), à orientação política (Bloco de Esquerda, CDU, PS, PSD, PP, Não tem, Outra), ao grau de religiosidade, ao grau de actividade política, estado civil (Solteiro, Casado), ao agregado familiar (Vive só; Vive com Família Directa –Pais; Vive com Família Indirecta – Avós, tios, primos ; Vive com Família Directa – cônjuge e filhos) e à actividade profissional.

Apenas a idade mostrou ter uma relação significativa com os *clusters*, sendo que todas as outras ficaram aquém da significância (Religião $p=0,603$; Orientação política $p=0,067$; Grau de Religiosidade $p=0,601$; Grau de Actividade Política $p=0,709$; Estado Civil $p=0,400$; Agregado Familiar $p=0,743$; Actividade Profissional $p=0,162$).

Relativamente à idade verificou-se a existência de diferenças significativas entre os três *clusters* ($MW=7,594$, $gl=2$, $p=0,022$). As comparações múltiplas mostraram diferenças significativas entre o primeiro ($M=20,74$) e o terceiro *cluster* ($M=21,53$, $p=0,029$). Os indivíduos que pertencem ao terceiro *cluster* têm uma média de idades significativamente maior do que os participantes do primeiro *cluster*. Não se observaram diferenças significativas entre estes e o segundo *cluster* ($M=21,18$).

5.3.4. Comparação com estudos referentes ao uso do preservativo

Para contextualizar os dados na literatura actual, foi realizada uma comparação entre diversos estudos que mediram a utilização do preservativo em amostras de jovens adultos. Realizou-se uma pesquisa, tendo como palavras base “uso preservativo” ou “*condom use*”, quando referenciadas no título e “jovem* adult*” ou “*young adult**” referenciadas nos tópicos ou palavras-chave. Os anos de pesquisa centraram-se nos últimos 5, isto é, desde 2005 a 2010.

A pesquisa originou 6 artigos desenvolvidos em Portugal, através do motor de pesquisa *ScholarGoogle*, com permissão de acesso a todos, e 31 artigos através da base de dados da ISI – *Web of Knowledge*. Relativamente aos artigos portugueses, 4 eram adequados à comparação a este estudo. Dos artigos retirados da *Web of Knowledge* apenas 8 artigos reuniam as condições de acessibilidade e de semelhança com este estudo.

Os resultados estão sumarizados na tabela 4.

Tabela 4 – Quadro comparativo do uso do preservativo dos jovens adultos nos últimos 5 anos

Autores	Ano	País/Região	N total (rel.sex)	Tipo de questão	Uso preservativo		
					Homens	Mulheres	Total
Gomes & Nunes	Estudo actual	Portugal	1138 (960)	Frequência: Tipo <i>Likert</i> 7 pontos (Média)	4,89	4,86	4,86
				Utilização última relação sexual: Sim	18,9%	38,8%	57,8%
				Não	13,5%	28,7%	42,2%
Muñoz-Silva et al.	2009	Espanha	364	Frequência: Tipo <i>Likert</i> 7 pontos (Média)	5,66	5,42	
		Portugal	319	Frequência: Tipo <i>Likert</i> 7 pontos (Média)	4,89	4,58	
Reis & Matos	2007 ^a						
Reis & Matos	2007b						
Reis & Matos	2008	Portugal	436	O preservativo é o método escolhido pelos jovens (71,4%). Os rapazes foram mais consistentes no uso do preservativo na primeira relação sexual.			
Reis, Ramiro, & Matos	2009						

						50%
				Uso do preservativo sexo vaginal: Sim/Não (%)		
						50%
						8%
Kim et al.	2007	Espanha	815	Uso do preservativo sexo oral: Sim/Não (%)		92%
						35%
				Uso do preservativo sexo anal: Sim/Não (%)		
						65%
Gebhardt et al.	2006	Holanda	133	Frequência do uso do preservativo: nominal (%)	_____	60%
						(amostra
						feminina)

Certain et al.	2009	EUA	1715	Frequência do uso do preservativo: nominal (%)	
				Ocasionalmente	35%
				Metade das vezes	9%
				Normalmente	20%
				Sempre	36%
Leigh et al.	2008	EUA	178	Frequência do uso do preservativo: nominal (%)	
				Sempre	25,5%
				Algumas vezes	38,6%
				Raramente	15,2%
				Nunca	16,6%

Ma et al.	2009	China (Ásia)	1850	Frequência do uso do preservativo: nominal (%)			
				Sempre	14,6%	17,2%	15,3%
				Bastantes vezes	27,6%	21,9%	26,0%
				Algumas vezes	20,4%	20,6%	20,4%
				Raramente	13,7%	14,5%	13,9%
				Nunca	23,8%	25,8%	24,3%
Hendriksen et al.	2007	África do Sul	7686	Frequência do uso do preservativo: nominal (%)			
				Percentagens pesadas para os respectivos N de Homens e Mulheres que usaram e não usaram preservativo			
				Usou	58,8%	69,1%	
				Não usou	58,9%	58,6%	

Juarez & Martín	2006	Brasil	1438	Frequência do uso do preservativo na última relação sexual: nominal (%)	59,7%
				Consistência do uso do com o último parceiro: nominal (%)	
				Sempre	37,5%
				Algumas vezes	17,7%
				Nunca	44,8%

De forma a tornar mais ilustrativa as semelhanças entre os estudos, representaram-se em gráfico os estudos com medidas mais semelhantes. Os dados referentes ao uso do preservativo foram agrupados em três medidas: uso consistente (7 na escala de *Likert*), uso inconsistente (6-2 na escala de *Likert*) e não uso (1 na escala de *Likert*). Da mesma forma, dados como “algumas vezes”, “normalmente” ou “ocasionalmente” foram considerados como um uso inconsistente. Os dados são apresentados na figura 9.

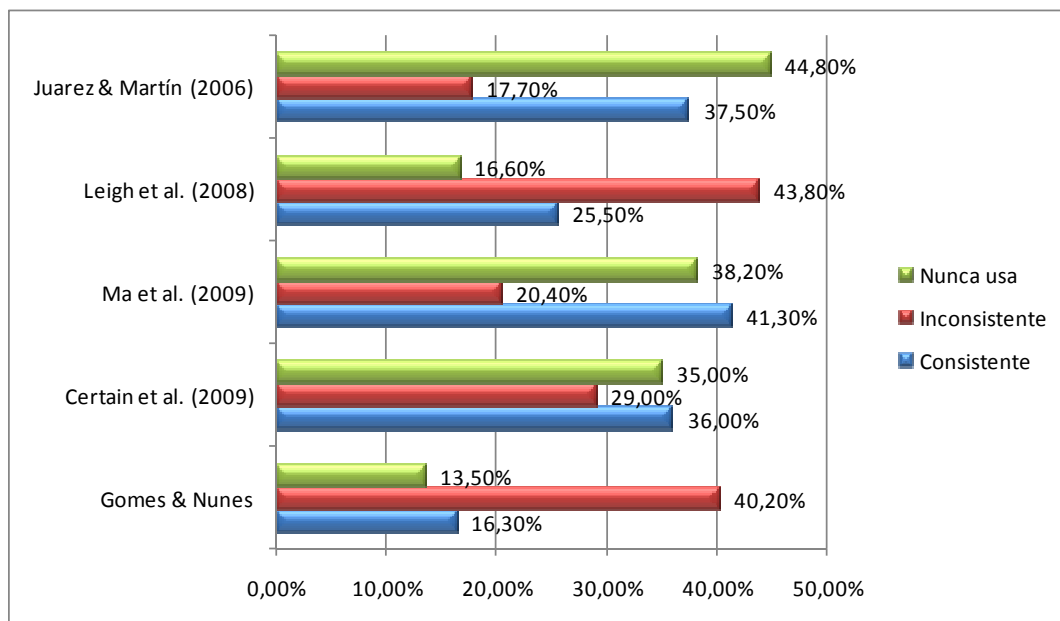


Figura 9 – Percentagem de uso do preservativo nas amostras

Como se pode observar, o uso do preservativo é inconsistente nas diversas amostras. Os dados mais semelhantes ao deste estudo são referentes ao estudo de Leigh e colaboradores (2008), que utilizaram uma amostra de jovens adultos norte-americanos e cujos dados parecem ser muito semelhantes aos obtidos com a nossa amostra portuguesa.

De forma semelhante, no estudo de Muñoz-Silva e colaboradores (2009) as médias de utilização do preservativo são muito semelhantes às observadas nos homens e mulheres deste estudo.

No entanto, parece existir uma grande dispersão de resultados, em parte devido às diferentes medidas utilizadas pelos diferentes estudos. Os estudos referentes à amostra brasileira e asiática revelam as maiores percentagens de não uso, quando comparadas com as outras amostras.

5.4. Discussão

O aumento de casos de VIH entre jovens adultos tem evidenciado a importância de estudos que se preocupam com a utilização do preservativo. Em Portugal, como na Europa e nos Estados Unidos da América, a prevalência de infecções em jovens adultos, por contacto heterossexual, cresceu nos últimos anos, tornando-se um risco considerável para a população em geral (Collins et al., 2005).

Este estudo tinha como principal objectivo caracterizar a utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses. Foi conduzido um estudo transversal, que contou com a participação de 1138 jovens adultos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos.

Os resultados apontam para uma utilização inconsistente do preservativo, o que está de acordo com investigações anteriores (Amaro et al., 2004; Reis & Matos, 2008; Muñoz-Silva et al., 2009). No entanto, não se verificou que os homens utilizassem significativamente mais o preservativo do que as mulheres, como indicam alguns estudos realizados em Portugal (Reis & Matos, 2007; Reis, Ramiro, & Matos, 2009).

Este resultado poderá dever-se ao método de recolha de dados online que poderá enviesado os dados fornecidos, já que a ausência do investigador faz com que apenas os indivíduos que pretendam responder livremente ao questionário, o façam. Catania, Gibson, Chitwood e Coates (1990) referem que os indivíduos que respondem voluntariamente a questionários poderão ser portadores de características específicas, distintas das da população de origem, o que provoca um enviesamento dos dados. Dunne e colaboradores (1997) descrevem que os indivíduos que tendem a voluntariar-se para estudos de comportamentos sexuais, apresentam atitudes menos conservadores, maiores propensões para o consumo de álcool e tabaco, e apresentam uma maior probabilidade de terem comportamentos sexuais de risco.

Contudo, neste estudo se o enviesamento se verificou terá sido no sentido de uma uniformização dos dados entre os homens e as mulheres, já que a frequência de utilização do preservativo parece ser semelhante à dos estudos descritos.

A análise de *clusters* sugere a existência de três perfis diferentes na utilização do preservativo. O grupo mais comum representa os indivíduos que utilizam o preservativo de uma forma pouco inconsistente e que parecem estar predispostos a utilizá-lo. O segundo grupo parece diferenciar-se deste primeiro por ter um parceiro sexual no momento da resposta e por uma utilização mais inconsistente do preservativo. Finalmente, o terceiro grupo parece ser aquele que corre mais riscos, evidenciando uma clara não utilização do preservativo. Os grupos não apresentam diferenças ao nível das variáveis demográficas, à exceção da idade. O terceiro grupo apresenta uma média de idades significativamente superior ao primeiro grupo. Este dado parece sugerir que os indivíduos mais velhos têm menos probabilidade de utilizar o preservativo, o que se verifica em estudos com amostras portuguesas (Reis & Matos,

2008) como com amostras internacionais (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrell, 2009).

A presença de um parceiro estável parece ser, igualmente, um indicador da diminuição de utilização do uso do preservativo bem como da intenção da utilização do mesmo. Aos grupos de indivíduos a que está associada a existência de um parceiro está, igualmente, associada uma utilização mais inconsistente do preservativo. Este resultado é semelhante a outros encontrados em estudos nacionais e internacionais (Bogart et al., 2005; Muñoz-Silva et al., 2009).

Relativamente a outros aspectos da história sexual, homens e mulheres da amostra em estudo parecem não diferir. Estudos anteriores apontam para a existência de diferenças ao nível da idade em que se inicia a vida sexual, com os homens a terem a primeira relação sexual mais cedo do que as mulheres (Magalhães, Carrilho, & Leite, 2001; Reis & Matos, 2008). Não obstante, o presente estudo indica um claro equilíbrio entre homens e mulheres, que indicam que a média da primeira relação sexual se situa entre os 17 e os 18 anos. Observa-se, igualmente uma média de parceiros semelhante para homens e para mulheres, evidenciando-se até uma ligeira superioridade para as mulheres. O número de homens e mulheres com parceiro, no momento de resposta ao questionário, foi igualmente, semelhante. Portanto, os resultados sugerem que, de uma forma em geral, homens e mulheres descrevem comportamentos idênticos, quer ao nível da história sexual, quer ao nível da utilização do preservativo.

As diferenças entre homens e mulheres nesta área têm conduzido continuamente a resultados pouco consistentes. Enquanto alguns estudos sugerem a existência de diferenças ao nível cognitivo e comportamental (eg. Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2002), outros sugerem que homens e mulheres apresentam

comportamentos semelhantes (Boileau, Zunzunegui, & Rashed, 2009). Neste estudo, vários factores podem ter interagido conduzindo a este resultado e a sua conjugação parece ser bastante particular, pelo que estes resultados devem ser interpretados com algumas reservas.

De uma forma em geral, é sugerido que os estudantes universitários utilizam mais o preservativo do que os estudantes não universitários (Bailey et al., 2008). Esta amostra é constituída maioritariamente por estudantes universitários, com um número muito reduzido de participantes externos ao sistema universitário. Simultaneamente, os indivíduos com uma escolaridade mais elevada têm uma maior probabilidade de utilizarem métodos contraceptivos (Martin, 2005).

Seria de esperar que devido ao duplo padrão sexual que se considera activo nas sociedades ocidentais, como a portuguesa, que os homens apresentassem uma menor utilização do preservativo (Crawford & Popp, 2003; Saavedra et al., 2007). Contudo, nesta amostra os participantes parecem não se deixar afectar por este padrão sexual, aliás como se observa em outros estudos (Marks & Fraley, 2006). Este facto poderá ficar a dever-se, não exclusivamente a uma aparente equidade entre homens e mulheres, mas sim a uma maioria de mulheres na amostra. É ainda de considerar que as condições de resposta ao questionário não foram controladas, devido à estratégia utilizada, podendo os participantes ter sentido alguma pressão para responderem de determinada maneira.

O estatuto socioeconómico dos participantes não foi questionado directamente, contudo, o nível de habilitações dos pais é baixo, bem como a maioria dos pais dos participantes apresentam profissões de baixa remuneração. Apesar de um nível económico menos favorecido estar, de forma geral, associado a uma maior

possibilidade de riscos (Bull & Shlay, 2005), neste caso particular não parece afectar o comportamento de risco dos mesmos.

Deverá, ainda, ser considerada a possibilidade de que os motivos que caracterizam a não utilização do preservativo se deverem maioritariamente à utilização de outros métodos contraceptivos (Ministério da Saúde, 2005). O preservativo parece rivalizar com a pílula, que surge como o método mais comum de contracepção entre mulheres jovens adultas, e cuja utilização aumenta com a idade (Reis & Matos, 2008). Apesar de os indivíduos reconhecerem a importância da SIDA, apenas uma parte desses indivíduos considera este problema como podendo ser pessoal, revelando ainda algum desconhecimento face às formas de transmissão do VIH (ISCSP, 2004). Efectivamente, os indivíduos parecem reconhecer o risco, mas esta percepção diminui consideravelmente quando se considera o risco pessoal e as experiências individuais (Amaro et al., 2004).

Por outro lado, a utilização da pílula é bastante expressiva nas amostras portuguesas. O estudo de Muñoz-Silva e colaboradores (2009) revela que este método é mais comum entre os indivíduos que têm um parceiro estável. No entanto, este facto aumenta substancialmente o risco dos jovens adultos às infecções sexualmente transmissíveis.

A estabilidade do parceiro poderá, portanto, ser vista como uma situação de confiança, envolvendo heurísticas relativas ao VIH e à relação amorosa/sexual que conduzem a uma menor utilização do preservativo. Alguns estudos evidenciam que ideias relacionadas com a fidelidade, o amor e a confiança no parceiro conduzem a uma diminuição da utilização do preservativo e a um enviesamento do risco real de

infecções sexualmente transmissíveis (Gebhardt, Kuyper, & Greunsven, 2003; Camargo & Bousfield, 2009).

A intenção de utilização do preservativo pode considerar-se elevada para a amostra, o que poderá indicar que os jovens adultos estão alertados para a necessidade de utilizarem protecção contra infecções sexualmente transmissíveis. Consideram, também, que a decisão de utilizar o preservativo é essencialmente pessoal. No entanto, o comportamento actual mostra uma discrepância entre a utilização e a intenção de uso do preservativo.

Quando se comparam os resultados da amostra portuguesa com amostras de outros países, observa-se que estes variam bastante de acordo com as culturas de origem. O estudo actual parece indicar que em Portugal há mais indivíduos a utilizar o preservativo do que em outros estudos com amostras da América do Sul, Ásia e África do Sul (Hendriksen et al., 2007; Juarez & Martín, 2006; Ma et al., 2009) apesar de esta utilização ser maioritariamente inconsistente. Os resultados mais semelhantes são às amostras americanas (Leigh et al., 2008) evidenciando que Portugal poderá estar a seguir a mesma tendência observada nos EUA, em que o risco de VIH está a deixar de ser característica de grupos de risco, para passar a ser mais generalizada. Efectivamente, a UNAIDS (2008b) caracteriza o sexo desprotegido como sendo a maior ameaça à saúde colectiva, colocando o VIH/SIDA numa perspectiva pandémica também ao nível dos países desenvolvidos.

Como tal, os resultados deste estudo permitem verificar que os jovens adultos portugueses poderão estar em risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, dada a uma inconsistência ao nível da utilização do preservativo. Esta tendência parece ser comum a outros países e é semelhante aos resultados de estudos anteriores com

amostras portuguesas. A utilização do preservativo parece diminuir consideravelmente com a existência de um parceiro estável, tendência essa que aumenta com a idade do jovem adulto, colocando os indivíduos mais velhos num risco maior.

Como sugestão de investigações futuras sugere-se a recolha de dados através de outros suportes, de forma a poder avaliar os enviesamentos provocados por este tipo de metodologia, apesar de continuar a ser um método mais rápido e menos dispendioso do que a recolha em papel, permitindo abranger um maior número de indivíduos (Gomes & Nunes, 2008).

Seria ainda relevante procurar constituir uma amostra que seja representativa dos jovens adultos em geral, de forma a contornar as características de uma amostra universitária. Há ainda pouco conhecimento sobre os padrões de utilização do preservativo dos indivíduos que abandonaram o seu percurso escolar, com rendimentos socioeconómicos baixos, ou que sejam de outras etnias ou culturas.

6. ESTUDO 2 – ANÁLISE CONFIRMATÓRIA DE UM MODELO SOCIO-COGNITIVO COMO CONTRIBUTO PARA A PREDIÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO

Os modelos de comportamentos para a saúde têm sido adaptados ao uso do preservativo, como forma de prever e explicar as causas associadas à sua não utilização, o que coloca em risco a saúde individual a um nível primário, e social a um nível secundário.

A Teoria da Acção Reflectida [TAR] (Fishbein & Ajzen, 1975), e a sua extensão, a Teoria da Acção Planeada [TAP] (Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1991) têm sido amplamente utilizadas em estudos relacionados com os comportamentos para a saúde, nos quais se inclui o uso do preservativo (Armitage & Conner, 2001). Por exemplo, até 2003, cerca de 30% dos estudos sobre saúde utilizaram uma das teorias, ou ambas (Noar & Zimmerman, 2005).

Para ambos os modelos, o melhor indicador do comportamento é a intenção de realização de dado comportamento que, por sua vez, tem dois preditores (vide Figura 4): 1) a atitude específica face ao comportamento em causa, que se refere ao grau em que o indivíduo tem uma impressão favorável ou desfavorável do comportamento; e 2) a norma subjectiva, que se refere à pressão social para o indivíduo se comportar de uma dada forma (Ajzen & Madden, 1986).

De acordo com esta teoria, um indivíduo que faz uma avaliação positiva do preservativo, quer do ponto de vista das suas crenças pessoais quer de aspectos afectivos face ao mesmo, terá uma maior intenção de utilizar o preservativo, o que se traduz numa maior probabilidade de ocorrência do comportamento. A norma

subjectiva também afectará positivamente a intenção; quanto mais o indivíduo crer que os seus pares esperam que ele realize esse comportamento, maior será a probabilidade da sua ocorrência.

No entanto, deve-se ainda considerar a natureza volitiva, isto é, a possibilidade de escolha de alguns comportamentos, como é o caso do uso do preservativo. Perante algumas críticas referentes a esse aspecto, Ajzen e Madden (1986) introduziram o conceito de controlo comportamental percebido, que se refere à percepção de quão fácil ou difícil é a realização de um comportamento particular (vide Figura 5).

Neste modelo particular, a introdução do controlo comportamental percebido reforça a ideia de que se o indivíduo considerar que o comportamento é de fácil realização, e que é competente na execução do mesmo, terá maior intenção de uso do preservativo.

Ambas as teorias têm sido adaptadas para explicar o uso do preservativo através da intenção de uso, com relativo sucesso (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001), observando-se que as pessoas tendem a utilizar mais preservativos quando apresentam uma intenção de uso anterior.

No entanto, alguns estudos evidenciam o aumento da capacidade preditiva da TAP face à TAR (Muñoz-Silva, Sanchez-García, Nunes, & Martins, 2007), sendo que a introdução de outras variáveis de natureza sócio-cognitiva na Teoria da Acção Planeada pode ser ainda mais favorável à sua capacidade preditiva (Beadnell et al., 2008; De Visser & Smith, 2001).

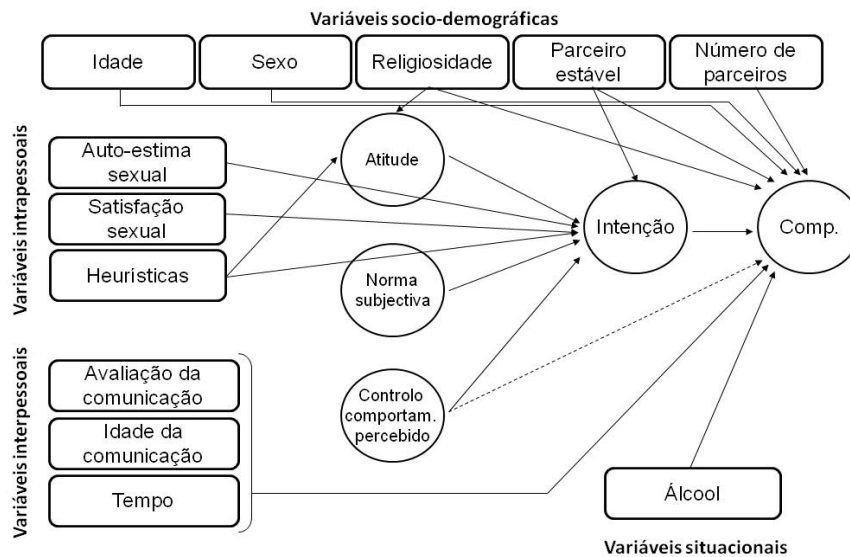


Figura 10 – Modelo estendido

Como se pode observar na Figura 10, foram integradas várias variáveis com impacto na explicação e previsão da utilização do preservativo.

O uso inconsistente do preservativo está associado a estudantes homens com mais idade (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrel, 2009; Galvez-Buccollini, Delea, Herrera, Gilman, & Paz-Soldan, 2009; Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005).

O grau de religiosidade parece afectar tanto o uso do preservativo como as atitudes relacionadas com o mesmo (Agha, Hutchinson, & Kusanthan, 2006; Lefkowitz, Gillen, Shearer, & Boone, 2004), apesar de parecer existir alguma controvérsia relativamente ao papel da variável no uso do preservativo.

Vários estudos sugerem que o uso do preservativo diminui com a existência de um parceiro estável (cf. Bogart et al., 2005), observando uma utilização mais consistente em relações casuais, co-ocorrendo com a existência de um maior número de parceiros.

O uso do preservativo parece ser igualmente afectado pelo consumo de álcool (cf. Abbey, Parkhill, Buck, & Saenz, 2007).

Relativamente a variáveis intrapessoais, os indivíduos com baixa auto-estima parecem ter uma menor probabilidade de utilizar o preservativo (Ethieu, Kershaw, Lewis, & Milan, 2006; MacDonald & Martineau, 2002), assim como uma baixa satisfação sexual poderá conduzir a uma menor utilização do preservativo (Sunmola, Olley, & Grace, 2007). Relativamente às heurísticas, os estudos sugerem que afirmações como “sexo monógamo é sexo seguro” tendem a influenciar a intenção de utilizar um preservativo, bem como a utilização em si (Ayala, Rivas, & Bingham, 2005; Thorburn, Harvey, & Ryan, 2005).

No que concerne às variáveis interpessoais, uma maior capacidade de comunicação entre pais e filhos poderá influenciar a adopção de medidas de sexo seguro, mesmo em jovens adultos (Aspy, Vesely, Oman, Rodine, Marshall, & McLeroy, 2007; Halpern-Felsher, Kropp, Boyer, Tschann, & Ellen, 2004; Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003). O uso do preservativo parece ser mais consistente quando a comunicação entre pais e filhos se inicia antes da primeira experiência sexual do indivíduo (Clawson & Reese-Webber, 2003).

Dada a relevância destes modelos para o estudo do uso do preservativo e o conhecimento de outras variáveis que afectam o desempenho preditivo do uso do preservativo, procurou-se realizar um estudo que compare os três possíveis modelos, a teoria da acção reflectida, a teoria da acção planeada, e a extensão da teoria da acção planeada, no seu ajustamento aos dados e capacidade preditiva do uso do preservativo.

6.1. Objectivos

É objectivo geral deste estudo contribuir para a predição do uso do preservativo através dos modelos e variáveis sócio-cognitivas com maior capacidade preditiva referidos na literatura. Como objectivos específicos pretende-se:

- Avaliar o ajustamento da teoria da acção reflectida, da teoria da acção planeada, e da sua extensão;
- Avaliar a capacidade preditiva dos três modelos;
- Identificar quais as variáveis que contribuem para o aumento da capacidade preditiva do modelo;
- Identificar pontos de interesse para outro tipo de abordagem à problemática do uso do preservativo.

6.2. Método

Para cumprir os objectivos propostos, foi desenhado um estudo transversal que pretendia medir a utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses.

6.2.1. Participantes

O estudo foi conduzido na Universidade do Algarve, com estudantes da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. O método de amostragem foi não probabilístico, do tipo de conveniência. Os factores de elegibilidade considerados para incluir os estudantes no estudo foram ter a idade compreendida entre os 18 e os 25 anos, ter como primeira língua o Português, e já ter tido relações sexuais de qualquer tipo (vaginal, oral ou anal). Foram recolhidas respostas de 176 estudantes voluntários que,

após a aplicação dos critérios considerados, ficaram reduzidas às respostas de 140 participantes.

Os participantes finais consistiam em 90 mulheres e 50 homens, com uma média de idades de 20,79 anos ($DP=1,980$), com 20,7% de trabalhadores-estudantes. Os participantes assumem-se maioritariamente como católicos (71,43%), com um nível de religiosidade de 3,14 ($DP=1,581$) numa escala de 1 (nada religioso) a 7 (totalmente religioso). Apenas dois indivíduos eram casados ou estavam em união de facto.

Relativamente à história sexual, a média da idade para a primeira relação sexual situa-se nos 16,88 anos ($DP=1,801$), e apresentam uma média de 6,30 parceiros para os homens ($DP=6,628$) e 2,49 parceiros para as mulheres ($DP=1,854$). A diferença entre as médias do número de parceiros entre homens e mulheres foi considerada significativa ($t_{(46,436; 140)}=3,731$, $p<0,001$, com igualdade de variâncias não assumida $p < 0,050$).

No que concerne à utilização do preservativo, a média situa-se nos 4,99 ($DP=1,966$) numa escala que varia entre 1 (nunca) e 7 (sempre). A média da intenção de uso é ligeiramente superior à utilização real ($M= 5,21$; $DP=2,071$).

6.2.2. Medidas

Neste estudo utilizaram-se as seguintes medidas.

Atitude face ao preservativo

A atitude específica face ao preservativo foi medida através da tradução da escala de Brown (1984) da Atitude relativa aos Preservativos. A escala de 40 itens utiliza uma

uma medida *Likert* de 5 pontos, que neste estudo se estendeu a 7 pontos (1 – nunca; 7 – sempre). Foi obtida uma consistência interna de 0,77 (medida através do *alpha* de *Cronbach*), com uma média de resposta de 4,87 (*DP*=0,967), verificando-se que os participantes apresentam uma atitude favorável ao uso do preservativo (vide anexo D).

Norma subjectiva

A norma subjectiva mediu a pressão que os participantes possam sentir por parte dos seus parceiros sexuais. Optou-se pela norma subjectiva dos parceiros por ser mais relevante para as idades escolhidas para o estudo. Utilizou-se a seguinte medida: “Em que medida considera que o seu parceiro exerce pressão para a utilização do preservativo?” (vide Anexo E). Foi utilizada uma escala de resposta de 7 pontos, em que 1 representa *nunca* e 7 representa *sempre*. A média de resposta foi de 5,32 (*DP*=1,162), o que permite observar que os participantes sentem a pressão por parte do parceiro para utilizarem o preservativo.

Controlo comportamental percebido

O controlo comportamental percebido foi medido através de uma escala de auto-eficácia relativa ao uso e compra do preservativo, que é parte integrante da *Sexual Risk Behaviour and Self-efficacy Scales*, de Basen-Engquist e colaboradores (1998). Esta medida inclui três itens sendo exemplo a seguinte questão: “Se decidir ter sexo, em que medida está certo de que teria um preservativo consigo?” (vide Anexo I) . A consistência interna apresenta-se no limiar do aceitável, com 0,59, o que no entanto pode ser justificado pelo número de itens da medida considerada. As respostas foram fornecidas através de uma escala tipo *Likert*, de 7 pontos, semelhante às medidas

anteriormente descritas. Os participantes apresentam uma auto-eficácia para uso do preservativo elevada, com uma média de 5,43 ($DP=1,084$).

Variáveis incluídas no modelo estendido

No novo modelo foram integradas as seguintes variáveis: a idade, o sexo do participante, a religiosidade, a existência de um parceiro estável e o número total de parceiros. A religiosidade foi medida através de uma questão única, em que se perguntava ao participante em que medida se considera religioso, utilizando para resposta uma escala de 7 pontos [1 – nada; 7 – totalmente]. A média de resposta dos participantes é de 3,14 ($DP=1,581$) o que sugere uma religiosidade média-baixa.

A resposta relativamente ao parceiro estável foi questionada através de uma forma dicotómica, observando-se que 27 homens e 59 mulheres referiram estar numa relação estável. O número total de parceiros foi respondido através de uma questão de resposta aberta.

Relativamente às variáveis intrapessoais foram medidas as heurísticas cognitivas face ao VIH, a satisfação sexual e a auto-estima sexual. Foram utilizadas três questões para medir as crenças dos participantes relativamente a ideias e concepções erradas sobre as pessoas que são portadoras da infecção do VIH (vide Anexo L). Os participantes responderam numa escala tipo *Likert* de 7 pontos em que medida acreditavam que “quando amamos e confiamos em alguém não temos que nos preocupar com o VIH”, “somos capazes de perceber se alguém tem VIH apenas pelo seu aspecto físico” e ainda “apenas as pessoas que são homossexuais ou que são consumidores de drogas devem preocupar-se com o VIH”. A consistência interna foi de

0,63, e em geral, os participantes revelaram médias de resposta muito baixa às três questões ($M_1=1,93$, $DP_1=1,492$; $M_2=1,48$, $DP_2=1,102$; $M_3=1,44$, $DP_3=1,265$).

A satisfação sexual e a auto-estima sexual foram obtidas através de 3 subescalas da *Sexual Self-Concept Questionnaire* de Snell (1998). Cada subescala é composta por 5 itens, cujas respostas foram fornecidas através de uma escala de medida de 7 pontos, de orientação semelhante às anteriormente descritas (vide Anexo F e G).

A dimensão da satisfação sexual propõe afirmações como “Eu estou satisfeito com a forma como as minhas necessidades sexuais são satisfeitas”. Esta dimensão apresentou uma consistência interna de 0,92 e uma média de resposta de 5,33 ($DP=1,310$) o que sugere uma satisfação média-alta nos participantes do estudo.

A auto-estima sexual foi medida através de 5 afirmações, das quais é exemplo “Eu tenho um sentimento de orgulho pela forma como lido com as minhas necessidades sexuais e os meus desejos”. A dimensão apresentou uma boa consistência interna de 0,88. A média de resposta dos participantes sugere uma auto-estima sexual positiva ($M=5,45$, $DP=1,310$).

Nas variáveis interpessoais foi considerado o impacto da comunicação com os pais, a idade em que a comunicação se iniciou, e a capacidade de oportunidade da mesma (vide Anexo J). A comunicação foi avaliada através de uma questão única, de resposta fechada, que questionava ao participante o nível de comunicação experimentada com os pais (sem diferenciar pai ou mãe). Os níveis de resposta considerados foram 0 para não existente, 1 para existente mais insatisfatório, e 2 para existente e satisfatório.

A idade em que a comunicação se iniciou foi questionada através de resposta aberta, de forma directa. A oportunidade da comunicação, inicialmente sugerida por Clawson e Reese-Weber (2003), analisa a diferença entre a idade em que se iniciou a

comunicação com os pais e a idade em que os participantes iniciaram a sua vida sexual. De acordo com os autores, quando a idade da comunicação é inferior à idade da primeira relação sexual denomina-se de comunicação a tempo, e foi descrita com uma correlação positiva com comportamentos sexuais seguros. Por sua vez, quando se verifica o oposto denomina-se uma comunicação fora de tempo, que por sua vez poderá estar associada a comportamentos de risco. Os participantes foram classificados de acordo com esta dicotomia. Em geral os participantes consideram que a comunicação foi existente e satisfatória, apesar de a mediana se situar no aspecto insatisfatório. Relativamente à idade em que a comunicação se iniciou, os participantes começaram a falar com os pais por volta dos 14 anos ($M=14,64$, $DP=2,517$), o que coloca 68,6% dos indivíduos numa comunicação em tempo oportuno (antes do início das relações sexuais).

No campo das variáveis contextuais foi medido o consumo de álcool, através de três questões que pretendiam avaliar o consumo em contextos distintos: diariamente, socialmente (saídas com amigos) e para relaxamento antes de um encontro sexual. A consistência interna destes três itens foi de 0,94. Os participantes apenas tinham que referir a frequência em que realizavam os três tipos de consumo, através de uma escala de 7 pontos, em que 1 representa *nunca* e 7 representa *sempre*. A média geral de consumo foi de 2,54 ($DP=2,133$), o que representa um valor de baixo consumo de álcool.

Intenção e comportamento de uso do preservativo

A intenção e uso do preservativo foram medidos através das seguintes questões “Em que medida considera que tentará utilizar um preservativo nas suas relações

sexuais” e “Em que medida utiliza o preservativo nas suas relações sexuais”. As respostas foram fornecidas através de uma escala de 7 pontos, semelhante à anteriormente descrita (vide Anexo E).

6.2.3. Procedimento

Foi requerida e autorizada a aplicação dos questionários na Universidade do Algarve. Os estudantes foram abordados nas salas de aulas, com a devida permissão do docente responsável. Foi explicado oralmente o objectivo do estudo e os procedimentos de resposta e recolha de dados. Os participantes foram assegurados de que seriam mantidos o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos, não havendo qualquer elemento no questionário que pudesse conduzir à identificação dos mesmos. Após esta explicação foi pedido o consentimento informado dos participantes para responderem voluntariamente ao estudo. Para aumentar o sentido de confidencialidade colocou-se uma urna selada na sala, onde os participantes deveriam depositar o questionário, após o seu preenchimento.

Todos os indivíduos abordados para preencherem o questionário aceitaram realizá-lo.

6.2.4. Procedimento de análise estatística

Os dados foram introduzidos manualmente no SPSS v.17 para construção da base de dados. Com este *software* foram realizadas todas as medidas descritivas de caracterização da amostra e variáveis em estudo. Para a análise da capacidade preditiva dos modelos considerados foram realizadas análises de regressão múltipla. O

programa AMOS 7 permitiu realizar a análise das equações estruturais e observar os níveis de ajustamento de cada modelo.

6.3. Resultados

6.3.1. Ajustamento do modelo

O ajustamento de cada modelo, TAR, TAP e o modelo estendido, foi testado através de uma análise de equações estruturadas. Para comparar os ajustamentos dos dados ao modelo teórico foram utilizados vários indexes estatísticos. O ajustamento geral foi medido através da estatística do qui-quadrado, assumindo-se que o grau mínimo de discrepância entre o valor do qui-quadrado e dos graus de liberdade deveria ser inferior a 3, para se poder considerar um ajustamento razoável (Carmines & McIver, 1983), sendo preferencialmente próximo ou inferior a 2 para um bom ajustamento (Hoelter, 1983). Foram ainda utilizadas vários indexes complementares à medida do qui-quadrado. O CFI (*comparative fit index* ou índice comparativo de ajustamento) e o GFI (*goodness fit index* ou índice de bom ajustamento) deveriam apresentar valores próximos de 1, para se poder considerar um bom ajustamento do modelo (Bentler, 1990; Joreskog & Sorbom, 1986). O SRMR (*standardized root mean-square residual* ou a raiz quadrada residual estandardizada) e o RMSEA (*root mean-square error of approximation* ou a raiz quadrada do erro de aproximação) deveriam apresentar valores inferiores a 0,05 para se poder considerar um ajustamento bom, apesar de valores inferiores a 0,08 ainda se poderem considerar um ajustamento razoável (Browne & Cudeck, 1993). A tabela 5 sumariza os resultados dos ajustamentos dos 3 modelos.

Tabela 5 – Comparação dos ajustamentos das TAR, TAP e modelo estendido.

	$\chi^2 / (df)$	GFI	CFI	SRMR	RMSEA
TAR	46,349/2 = 23,175*	0,175	0,642	0,0636	0,399
TAP	21,761/2=10,710*	0,946	0,932	0,0457	0,246
Modelo estendido	195,638/123=1,591*	0,880	0,887	0,0848	0,065

* $p < 0.001$; $\chi^2 / (df)$ – Estatística do Qui-quadrado ; GFI – Índice de bom ajustamento; CFI – Índice de ajustamento comparativo; SRMR – Raiz quadrada residual estandardizada; RMSEA – Raiz quadrada do erro de aproximação; TAR – Teoria da Acção Reflectida; TAP – Teoria da Acção Planeada.

Nos três modelos testados, as discrepâncias entre os dados e os modelos teóricos considerados foram significativas ($p < 0,001$). Contudo, outras medidas permitem-nos observar qual o modelo que será mais adequado para interpretar os dados recolhidos. A versão da teoria da acção reflectida apresenta um alto grau de discrepância entre o qui-quadrado e os graus de liberdade. Os valores dos indexes CFI e GFI não são suficientemente próximos de 1 para se poder considerar um bom ajustamento. De forma idêntica, os valores dos erros residuais e de aproximação apresentam valores excessivos para se poder considerar um bom ajustamento.

A teoria da acção planeada apresenta bons indexes de ajustamento de acordo com o CFI, GFI, e SRMR. No entanto, a discrepância entre o valor do qui-quadrado e os graus de liberdade é superior a 5, e o RMSEA apresenta um valor superior a 0,05.

O modelo estendido apresenta o melhor valor de discrepância bem como bons valores de ajustamento nos indexes GFI e CFI, e um RMSEA perto de um valor de bom ajustamento. De acordo com a totalidade das medidas observadas, pode-se considerar

que o modelo estendido é o que apresenta o ajustamento mais plausível para os dados recolhidos.

6.3.2. Valor preditivo dos modelos

O valor preditivo dos modelos foi analisado através da análise de regressões múltiplas (tabelas 6 e 7).

Ao comparar a teoria da acção reflectida e a teoria da acção planeada, a última parece apresentar um maior valor preditivo. O valor preditivo da atitude e da norma subjectiva, da TAR é ampliada com a introdução da variável de controlo comportamental percebido.

De forma idêntica, a capacidade da intenção prever o uso do preservativo, também é aumentada com a introdução do controlo comportamental percebido. Desta forma, verifica-se que a teoria da acção planeada tem maior capacidade preditiva do uso do preservativo do que a sua antecessora, pela introdução do controlo comportamental percebido.

No modelo estendido foram introduzidas algumas variáveis à configuração original da TAP, que explicam tanto algumas das variáveis do modelo, como a intenção e uso do preservativo.

Tabela 6 – Regressão múltipla da TAR e TAP

	Exógenas	β	R^2	Endógenas	β	R^2	Comportamento
TAR	Atitude	0,310***	17,5%***	Intenção	0,878***	77,1%***	Uso
	Norma subjectiva	0,198*					
TAP	Atitude	0,288**	19,2%***	Intenção	0,851***	78,1%***	Uso
	Norma subjectiva	0,166*		CCP	0,105*		
	CCP	0,140 <i>ns</i>					

*** $p < 0.000$; ** $p < 0.010$; * $p < 0.050$; *ns* – não significativo; TAR – Teoria da Acção Reflectida; TAP – Teoria da Acção Planeada; CCP – Controlo comportamental percebido; β – peso da regressão; R^2 – valor da regressão; Método utilizado na regressão: *Enter*

Tabela 7 – Regressão múltipla do modelo estendido

	Variáveis que prevêm a <i>atitude</i>		Variáveis que prevêm a <i>intenção</i>		Variáveis que prevêm o <i>uso</i>	
	β	R ²	β	R ²	β	R ²
Modelo estendido			Atitude	0,270**	Intenção	0,794***
			Norma subjectiva	0,186*	Avaliação com.	-0,031 <i>ns</i>
	Religiosidade	0,159	CCP	0,141 <i>ns</i>	Idade com.	0,064 <i>ns</i>
	Heurística1	- 0,162	Satisfação sexual	-0,085 <i>ns</i>	Tempo	-0,088 <i>ns</i>
	Heurística2	- 0,118	Auto-estima sexual	-0,054 <i>ns</i>	Idade	-0,056 <i>ns</i>
	Heurística3	0,094	Heurística1	-0,049 <i>ns</i>	Sexo	-0,025 <i>ns</i>
		7,9%*	Heurística2	0,106 <i>ns</i>	Número parceiros	-0,040 <i>ns</i>
			Heurística3	0,019 <i>ns</i>	Parceiro estável	0,070 <i>ns</i>
			Parceiro estável	0,284*	Álcool	-0,095*
					CCP	0,131**
				Religiosidade	-0,024 <i>ns</i>	
					80,6%***	

*** p<0.000; **p<0.010; *p<0.050; *ns* – não significativo; CCP – Controlo comportamental percebido; β – peso da regressão; R² – valor da regressão; Com. – Comunicação;

Método utilizado na regressão: *Enter*

A atitude face ao preservativo é explicada em 7,9% pelo conjunto da religiosidade e das heurísticas consideradas no estudo. Contudo, ao observar-se o peso individual de cada variável nessa regressão, verifica-se que o seu valor não é significativo.

O valor preditivo da atitude e da norma subjectiva é aumentado perante a introdução da existência de um parceiro estável. Esta última variável apresenta um peso elevado na regressão, ultrapassando o valor individual da atitude e da norma subjectiva. O controlo comportamental percebido, que aumentou a capacidade preditiva da TAP em relação à TAR, perde a sua significância na intenção de uso do preservativo perante a introdução das outras variáveis.

A utilização do preservativo continua a ter na intenção o seu maior preditor, cujo valor aumenta perante o controlo comportamental percebido e o consumo de álcool.

6.3.3. Covariação entre variáveis

As variáveis utilizadas na extensão do modelo TAP apresentam correlações, que foram examinadas para averiguar possíveis efeitos indirectos das variáveis.

Tabela 8 – Correlações significativas entre as variáveis

Constructo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Atitude	1																		
2. Norma subj.	0,318	1																	
3. CCP	0,232	0,286	1																
4. Uso	0,490	0,385	0,320	1															
5. Intenção	0,373	0,303	0,253	0,881	1														
6. Idade						1													
7. Sexo	0,232		-0,372				1												
8. Religiosidade	0,195							1											
9. N parceiros						0,275	-0,402	-0,260	1										
10. Parceiro estav.				0,385	0,389					1									
11 Com. aval.											1								
12. Idade com.						0,299					-0,415	1							
13. Tempo										-0,381	0,623		1						
14. Heurística1	-0,169						-0,206							1					
15. Heurística2	-0,168													0,349	1				
16. Heurística3			0,183				-0,168							0,417	0,399	1			
17. Auto-estima			0,207											-0,273	0,225	-0,183	1		
18. Satisfação			0,202							-0,395					-0,172		0,508	1	
19. Álcool	-0,226			-0,219				-0,175	0,173										1

Norma subj. – Norma subjectiva; CCP – Controlo comportamental percebido; Parceiro estav. – Parceiro estável; Com aval. – Avaliação da comunicação;

As mulheres parecem ter uma atitude mais favorável relativamente aos preservativos, enquanto os homens apresentam um maior controlo comportamental percebido sobre o uso do preservativo.

A atitude e a religiosidade estão positivamente correlacionados, indicando que quanto mais favorável a atitude, maior o grau de religiosidade do indivíduo.

Os participantes mais velhos têm um maior número de parceiros sexuais. Os que responderam não ter um parceiro fixo têm uma maior intenção de utilizar preservativo e maior probabilidade de o utilizar. No que concerne às heurísticas, acreditar que estamos protegidos pelo amor e que podemos distinguir os portadores do VIH pelo seu aspecto físico, está negativamente correlacionado com a atitude face ao preservativo. Quanto mais os participantes acreditam que apenas os homossexuais e toxicodependentes devem preocupar-se com o VIH, maior o seu controlo comportamental percebido. As três heurísticas estão positivamente correlacionadas entre si, indicando que quem acredita numa poderá acreditar, de forma semelhante, nas restantes.

A auto-estima sexual e a satisfação sexual estão ambas correlacionadas com o controlo comportamental percebido. A satisfação sexual parece ser mais elevada para os participantes que têm um parceiro fixo.

Uma avaliação negativa da comunicação entre pais e filhos sobre sexo, está correlacionada com o facto de o indivíduo ser mais velho no momento em que a comunicação se inicia, e também com o início da comunicação após as primeiras experiências sexuais (fora de tempo).

Os participantes que apresentam um maior consumo de álcool têm uma menor probabilidade de ter uma atitude positiva face ao preservativo e maior probabilidade

de terem um maior número de parceiros. Em geral, o consumo de álcool está associado aos homens.

6.4. Discussão

O presente estudo pretende contribuir para o conhecimento existente sobre a capacidade preditiva e ajustamento dos modelos sócio-cognitivos que têm sido aplicados ao uso do preservativo com relativo sucesso. Para tal, foi conduzido um estudo transversal, com a participação de jovens adultos heterossexuais, cujo risco de infecção por VIH tem aumentado em Portugal. Como objectivo específico, foi proposto a análise da capacidade preditiva e de ajustamento da teoria da acção reflectida, da teoria da acção planeada, e de um terceiro modelo que engloba mais variáveis do que as originalmente concebidas nos modelos anteriores.

6.4.1. Ajustamento e capacidade preditiva da TAR e TAP

Os resultados da análise confirmatória permitem observar que a teoria da acção planeada ultrapassa a sua predecessora, a teoria da acção reflectida. Os indexes de ajustamento são melhores na TAP, bem como o seu valor preditivo para o uso do preservativo é superior à TAR. A introdução do controlo comportamental percebido aumenta a capacidade preditiva da TAP no que concerne ao uso do preservativo, como se observa em outros estudos (eg. Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes, & Martins, 2007).

Em ambos os modelos, a atitude é o melhor preditor da intenção de uso do preservativo do que a norma subjectiva, o que é consistente com a literatura (Armitage & Conner, 2001; Beadnell et al., 2008).

Relativamente à intenção de uso do preservativo, a introdução do controlo comportamental percebido melhora a capacidade preditiva do modelo, no geral. Contudo, o contributo da variável, por si só, não é significativo. O controlo comportamental percebido foi, também, a variável com menor peso na explicação do comportamento de uso do preservativo. De acordo com a meta-análise sobre o uso do preservativo, conduzida por Albarracín, Johnson, Fishbein e Muellerleile (2001), a influência do controlo comportamental percebido é apresentada como sendo moderada, e o seu impacto directo nas variáveis dos modelos é considerado mínimo. Tanto a intenção como as percepções de controlo comportamental poderão ser possíveis contributos na previsão do comportamento, mas de facto apenas uma das variáveis poderá ser necessária para o prever (Ajzen, 1991).

Em ambas as teorias, os participantes que apresentam a intenção de utilizar o preservativo têm uma maior probabilidade de o fazer, o que é consistente com a literatura (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Sheeran & Orbell, 1998).

6.4.2. Ajustamento e capacidade preditiva do modelo estendido

O modelo estendido incluía, para além das variáveis originais da TAP, variáveis sócio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e contextuais que podem influenciar a atitude face ao preservativo, a intenção de uso, e o próprio comportamento.

O modelo ampliado foi o que apresentou os melhores indexes de ajustamento aos dados recolhidos, o que permite observar o impacto positivo que outras variáveis poderão ter na compreensão do fenómeno de uso do preservativo.

Das variáveis consideradas, o tipo de relação (parceiro estável ou casual) e o consumo de álcool aumentaram significativamente o valor preditivo do modelo TAP.

De facto, a existência de um parceiro estável reduz a intenção de uso do preservativo, mas não influencia directamente a utilização do preservativo. Este resultado foi inesperado dado que era antecipado que tivesse um impacto em ambas as variáveis (Bogart et al., 2005). Este efeito nulo poderá ficar a dever-se à extrema linearidade da correlação entre intenção e comportamento, o que diminui o peso relativo das restantes variáveis introduzidas no modelo para prever o uso do preservativo. As meta-análises conduzidas evidenciam correlações de menor linearidade entre as variáveis, de cerca de 0,44 (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Sheeran & Orbell, 1998). A utilização de uma só questão para avaliar tanto a intenção como o comportamento poderá ter conduzido a este resultado. É possível que os participantes tenham procurado ser consistentes ao longo das suas respostas, produzindo respostas análogas em ambas as questões.

O consumo de álcool explica parte da variação do uso do preservativo o que é consistente com parte dos estudos da literatura (cf. Galvez-Buccollini et al., 2009). Os resultados deste estudo permitem, portanto, contribuir para a discussão sobre o consumo de álcool e a sua influência na utilização do preservativo. Neste estudo, o consumo de álcool está associado aos homens, que são os participantes com uma atitude menos favorável face ao preservativo e que apresentam um maior número de parceiros sexuais. No entanto, não é categórico, na literatura, que os homens sejam os

maiores consumidores de álcool, ou mesmo que este interfira na utilização do preservativo (Leigh, Amesb, & Stacy, 2008). Contudo, em alguns estudos, o consumo de álcool parece estar ligado à ocorrência de outros factores que interferem na utilização do preservativo, como o tipo relação (casual ou estável), e com a crença que o álcool potencia a desinibição sexual (LaBrie et al., 2005). Dado que nas questões relativas ao consumo, havia uma referência à utilização do álcool para facilitar os encontros sexuais, é possível que os participantes actuem com base nessa crença, conduzindo a uma diminuição de utilização do preservativo nessas circunstâncias.

As restantes variáveis introduzidas no modelo falharam a sua influência predeterminada. Não obstante, é de observar que podem existir efeitos de mediação dado que apresentam correlações com outras variáveis que afectam quer a intenção quer o comportamento.

Como observado na literatura, as mulheres apresentam uma atitude mais favorável face ao preservativo enquanto os homens apresentam um maior controlo comportamental sobre o uso do preservativo (Farmer & Meston, 2006; Ma et al., 2009). A auto-estima sexual e a satisfação sexual surgem positivamente correlacionados com o controlo comportamental percebido. Um nível mais elevado de auto-estima e satisfação sexual poderão ser protectores do uso do preservativo, dado que estão relacionados com o controlo sobre o comportamento de uso. De facto, ambas as variáveis são descritas como afectando a utilização do preservativo (Ethier et al., 2006; Kaneko, 2007), apesar de neste estudo o impacto parecer ser indirecto através de uma variável com relativo impacto no modelo testado. Um estudo desenvolvido com adolescentes verificou que a auto-estima está positivamente relacionada com a auto-eficácia de uso do preservativo através de uma terceira

variável denominada de “aspecto exterior positivo” (Bryan, Kagee, & Broaddus, 2006). Parece existir a necessidade de se realizarem mais estudos para avaliar a relação entre estas variáveis.

As heurísticas relativas ao VIH parecem afectar ligeiramente a atitude face ao preservativo, assim como o grau de religiosidade. Contudo, neste estudo, observa-se que uma maior religiosidade é preditora de uma atitude mais favorável face ao preservativo, tendo como tal um efeito protector como se observa no estudo de McCree, Wingood, DiClemente, Davies e Harrington (2003).

A existência de uma relação fraca entre as heurísticas e a atitude face ao preservativo já tinha sido observada na literatura anteriormente (Harvey et al., 2006). Uma possível explicação para este resultado poderá ser a utilização de heurísticas específicas do VIH. Pelo contrário, a utilização de heurísticas que estejam directamente relacionadas com o preservativo, ou com as relações sexuais onde estes são utilizados, poderão conduzir a resultados diferentes. Camargo e Bousfield (2009) verificaram que a não utilização do preservativo está associada à crença de confiar e amar o parceiro, o que prejudica a saúde sexual dos adolescentes brasileiros.

O presente estudo contribuiu para a introdução de duas variáveis que foram responsáveis por um aumento da capacidade preditiva de uma das teorias mais utilizadas para prever o uso do preservativo. Este facto permite observar a necessidade de incluir mais variáveis, de várias naturezas, para aumentar a capacidade explicativa dos modelos para o comportamento em estudo.

Contudo, podem ser observadas algumas limitações ao estudo ao estudo em si e sugestões de investigações futuras, baseadas nas mesmas.

Do ponto de vista metodológico, os estudos correlacionais são criticados como sendo inapropriados para analisar a causalidade. Para Weinstein (2007) o desempenho comportamental tende a produzir percepções que suportam o comportamento. O indivíduo percebe uma causa para o seu comportamento com base nas percepções da execução desse mesmo comportamento, e não por compreender as causas que lhe estão associadas. Como tal, os estudos correlacionais podem conduzir a noções erradas de causalidade, dado que as percepções promovem o comportamento, forçando as teorias em direcções erróneas (Weinstein, 2007).

Do ponto de vista da conceptualização do estudo, a análise linear e estanque que está presente neste estudo poderá ser contrária à natureza das relações sexuais, dado que o sexo não é uma actividade individual, sendo uma dinâmica complexa física e emocional que envolve, pelo menos, dois indivíduos (Joffe, 2002; Kashima, Gallois, & McCamish, 1993).

Futuramente seria interessante promover um estudo longitudinal, em que se observasse o comportamento apenas após a medição da intenção. As metodologias de recolha de dados deveriam incluir uma recolha diária da frequência de relações sexuais e da utilização do preservativo, de maneira a contornar o enviesamento provocado pelo acto de recordar, a *posteriori*, a frequência de uso (Gomes & Nunes, 2008). Neste estudo apenas se pode considerar uma estimativa, e não um valor real.

Seria interessante integrar variáveis de conteúdo menos individual, que poderão afectar a utilização do preservativo, do qual é exemplo a representação social. O aumentar e diversificar a amostra de participantes a outros jovens adultos, não universitários poderia ser útil para reduzir o enviesamento que poderá estar associado a esta população (cf. Bailey et al., 2008)

7. ESTUDO 3 – A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SEXO NOS JORNAIS E REVISTAS PORTUGUESAS

Quando, em 1983, se falou pela primeira vez na síndrome de imunodeficiência adquirida, esta foi referida como estando associada à homossexualidade. Joffe (1995) refere como a disseminação desta ideia conduziu à interpretação errada dos grupos de risco e da forma de transmissão do VIH. A representação social da SIDA teve efeitos directos na forma como as pessoas se relacionaram com os portadores do vírus, resultando em segregação e discriminação.

As representações sociais podem ser consideradas como elaborações colectivas, realizadas por um grupo social com o objectivo de agir ou comunicar (Moscovici, 1963). São, vulgarmente, denominadas de teorias populares ou do senso comum, que têm uma relevante função social, como a promoção e justificação de acções ou comportamentos, facilitando o entendimento e comunicação entre os elementos que a partilham (Wagner, 1995). Depreende-se, portanto, que as representações sociais têm uma função reguladora do comportamento e das relações com os outros, interferindo em vários fenómenos individuais e sociais (Cabecinhas, 2004), incluindo o uso do preservativo.

Para compreender os comportamentos para a saúde têm sido utilizados vários modelos sócio-cognitivos como por exemplo a Teoria da Acção Planeada (Ajzen & Madden, 1986). Porém, estes apenas conseguem explicar, em parte, a inconsistência do preservativo (para revisão ver Armitage & Conner, 2001).

Joffe (1995, 2002) refere que o facto de assumirmos o ser humano como um decisor racional em questões de saúde, incluindo o uso do preservativo, é insuficiente

para compreender o seu comportamento, sendo este o motivo pelo qual os modelos sócio-cognitivos falham.

Com base nesta evidência, parece ser pertinente seguir as sugestões de Breakwell e Millard (1997), e mais recentemente de Brominck e Swinburn (2003), que referem a necessidade de avaliar as representações sociais referentes às experiências sexuais para compreender a inconsistência do uso do preservativo, dado que os indivíduos ao processarem significados, fazem-no não só racionalmente, mas igualmente através de estados emocionais (Joffe, 1995). Como tal, sugere-se ser necessário avaliar a representação social do sexo e o seu impacto no uso do preservativo.

Abric (1996b) define duas componentes da representação social: uma de cariz cognitivo (que se refere ao papel individual na apropriação da realidade e construção da representação) e uma componente social (ligado ao aspecto da construção grupal originada pela interacção dos indivíduos). De forma análoga, Wagner (1995) sugere que podemos definir uma representação social através de uma avaliação individual (com base nas respostas individuais) ou através de uma avaliação social/cultural (com base na informação veiculada pelos meios de comunicação).

Wagner (1995) refere ser essencial medir os dois níveis de avaliação, e considera que estes não podem ser separados empiricamente pois é o conjunto de ambos os contributos (individual e social) que permite definir a representação social.

7.1. Objectivo

O objectivo deste estudo é a avaliação da representação social do sexo através da sua componente social. Para obter o discurso social sobre o sexo foram utilizados as revistas e jornais portugueses. Espera-se, desta forma, contribuir para a explicação dos comportamentos sexuais de risco, quer através de uma mudança no paradigma da compreensão do uso do preservativo quer através de metodologias distintas da auto-resposta.

Como objectivos específicos foram considerados: 1) caracterizar a representação social do sexo em algumas publicações Portuguesas, e 2) identificar os principais contextos e vocabulário associado ao sexo.

7.2. Método

7.2.1. Constituição do *corpus*

A Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação classifica em 23 segmentos 221 publicações gráficas. Nestes incluem-se diferentes periodicidades e tipologias. Optou-se por realizar a análise dentro dos sectores informação geral, feminino e moda e masculino, dada a especificidade de todos os outros. Estas publicações correspondem a 21,2% de todas as publicações registadas pela APTC em 2008.

Foram seleccionadas as publicações com maior circulação e tiragem no trimestre anterior à recolha, tendo-se optado pelo Jornal Expresso e pelo Correio da Manhã, no

sector de informação geral; pela Revista Maria, no sector feminino e modas; e pela revista *For Him Magazine* (FHM) no sector masculino.

A revista Maria é a publicação gráfica com maior circulação em Portugal, das revistas seleccionadas (Tabela 9).

Tabela 9 – Dados da tiragem e circulação das publicações seleccionadas

Publicação	Periodicidade	Tiragem	Circulação
Revista Maria	Semanal	295,385	251,404
Jornal Expresso	Semanal	179,808	149,554
Jornal Correio da Manhã	Diário	145,438	111,585
Revista FHM	Mensal	69,344	53,897

Não se pôde estabelecer a periodicidade como critério, pois cada sector corresponde a diferentes públicos, com diferentes necessidades comerciais. Como tal, justifica-se o facto de apenas existirem publicações mensais no sector masculino, ao contrário de outros segmentos. Para abranger diferentes tipos de publicação, optou-se por incluir, na recolha, tanto o Correio da Manhã como o Jornal Expresso.

Todas as publicações foram informadas por carta, dirigida ao Editor principal, que seriam alvo de recolha, solicitando informações acerca da melhor metodologia a utilizar. Os diferentes recursos de cada publicação originaram diferentes metodologias de recolha.

As notícias publicadas no Jornal Expresso (incluindo todas as publicações que acompanham o jornal) são geridas pela GESCO, pelo que foi possível solicitar todas as notícias que contivessem a palavra sexo, no trimestre considerado.

Tanto a revista Maria como a FHM aconselharam a compra da publicação, como sendo a melhor forma de recolha. O Correio da Manhã aconselhou a recolha através da publicação on-line, com recurso ao motor de pesquisa disponibilizado, dado que a versão digital é idêntica à versão gráfica.

No total obtiveram-se 329 notícias publicadas desde o dia 1 de Fevereiro até ao dia 30 de Abril de 2008, com a seguinte distribuição: Revista Maria (17,33%); Jornal Expresso (46,20%); Jornal Correio da Manhã (27,05%); e Revista FHM (9,42%).

7.2.2. Análise temática do Corpus

A análise temática do *corpus* (colectânea sobre um mesmo assunto) foi realizada através do programa ALCESTE 4.9, que permite uma classificação hierárquica descendente das unidades de texto. Esta classificação é construída com base na semelhança entre o vocabulário, comum a cada unidade. Permite, portanto, a identificação e diferenciação do vocabulário específico a cada unidade temática. Foi com base nesta identificação que se procurou caracterizar os temas encontrados.

7.3. Resultados

O *corpus* era composto por 16.130 formas lexicais distintas, que ocorrem 102.077 vezes, no total do texto. A lematização (redução dos vocábulos à sua forma de raiz [exemplo grandes – grande]) desta informação foi realizada com base no dicionário de Português do Alceste, que permitiu reduzir a 8.383 palavras analisáveis, com 48.256 ocorrências, de frequência superior a 3, que correspondem a 52,04% do *corpus* inicial.

Deste total, 1.242 palavras plenas e 277 auxiliares integraram as unidades de contexto (UCEs). O programa originou 2.500 UCEs que, pela análise hierárquica descendente, se reduziram a 1.815 UCEs (72,60%) distribuídas por 5 classes distintas.

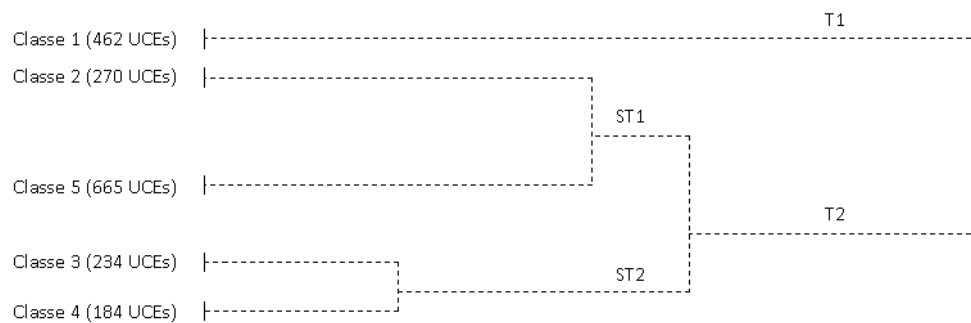


Figura 11 - Representação hierárquica das classes originadas

Legenda: UCEs – Unidades de Contexto

Observa-se, pela representação gráfica, que o programa identificou cinco classes que se organizam em dois temas. Ao tema 1 apenas corresponde a classe 1, que se compõe de 25,50% das unidades de contexto analisadas. O tema 2 subdivide-se em dois subtemas. O subtema 1 origina as classes 2 e 5, que contêm a maioria das

unidades de contexto (935 UCEs), enquanto o subtema 2 constitui as classes 3 e 4 (418 UCEs).

Consideram-se, em seguida, cada tema e classe gerados, analisando o seu teor através dos vocábulos que lhe são específicos (exclusivos) e que lhe estão significativamente associados ($\chi^2 \geq 3,84$, $g/ = 1$, $p < 0,050$).

Os nomes das classes foram atribuídos consoante o vocabulário e conteúdo associado à classe. É meramente representativo, e pretende apenas classificar de forma genérica as classes obtidas através da análise hierárquica descendente.

7.3.1. Tema 1 – Aspectos criminais do Sexo

O tema 1 é exclusivamente composto pela 1ª classe o que corresponde a um total de 462 unidades de contexto. Pela análise do vocabulário específico verifica-se uma constância de vocábulos relacionados com violações, abusos, agressões, crimes, com jovens ou menores. Há uma forte prevalência de referências ao nome Fritzl, dado que no período de recolha foram descobertos os crimes sexuais perpetrados pelo mesmo a Elisabeth, sua filha. Está igualmente associado a contextos de droga e álcool.

Tabela 10 - Caracterização lexical da Classe 1

Vocabulário específico	<p>Abusar; acusar; agressão; anos; arguido; autoridade; crime; feira; Fritzl; ilegal; jovem; polícia; prisão; tribunal; violar; vítima; semana académica; detido; drogas; Elisabeth; julgamento; menores; queixas; agente; álcool; alunos; catedral; criminoso; detenção; escola; Europa; investigar; traficar; universidade; abusos; advogado; afirmar; apartamento; bairro; bar; Camilo; cave; clubes; coacção; Coimbra; confessar; consumo; denúncias; exames médicos; filhos; fonte; garantir; indivíduos; juiz; Lisboa; medida; ministério; monstro; pais; preventiva; prevenir; recinto; sequestro; acidente; aguardar; alunos; ameaçar; apoiar.</p>
------------------------	--

Os extractos seguintes foram cotados pelo ALCESTE como sendo os que melhor caracterizam esta classe.

Braga, agressão no recinto do estádio, do enterro da gata, calvoira violada na festa. Uma aluna de 18 anos, calvoira do curso de biomedicina da Universidade do Minho, foi violentamente agredida e violada no recinto do estádio, em Braga.

$(\chi^2=36)$

A professora terá mantido, entre Agosto de 2006 e Setembro de 2007, relações sexuais com um dos seus alunos, com 16 anos na altura. As investigações tiveram início depois do jovem ter confessado o caso a outro docente da escola. $(\chi^2=31)$

As menores contaram os abusos aos pais, que apresentaram queixa as autoridades. Foi detido e esta a aguardar o julgamento em prisão preventiva, na cadeia das Caldas da Rainha. ($\chi^2=31$)

Nesta altura e aguardado o relatório dos exames realizados a jovem no instituto de medicina legal do porto, um dia depois de ter sido violentada. Recorde-se que, segundo a aluna, a violação terá acontecido depois das 04h00 de segunda-feira, na segunda noite do enterro da gata, a festa académica em Braga. ($\chi^2=29$)

A docente, que enfrenta três acusações de envolvimento sexual ilegal com menores, terá mantido relações sexuais, entre Agosto de 2006 e Setembro do ano passado, com um dos seus alunos, que a data dos factos tinha apenas 16 anos. ($\chi^2=28$) _____

7.3.2. Tema 2 – Aspectos Biopsicosociais do Sexo

O segundo tema é composto por 1353 UCEs, representando a maior parte do *corpus* analisado. Apresenta-se dividido em dois subtemas, que se subdividem em quatro classes. O Subtema 1 concerne essencialmente a aspectos Sociais, enquanto o Subtema 2 está focado em aspectos Biopsicológicos.

7.3.3. Tema 2, Subtema 1, Classe 2 – Expressão do Sexo através das artes

A classe 2 comporta cerca de 15% do total de unidades de contexto consideradas na análise. Verifica-se uma prevalência de vocábulos específicos relacionados de forma quer directa, quer indirecta, com o aspecto cénico e artístico. São exemplos de

associação significativa a esta classe vocábulos como filme, série, cinema, televisão, actor, papel, coelhinha, linguagem, paixão, entre outros. Na seguinte tabela são apresentados os vocábulos específicos da classe.

Tabela 11 - Caracterização lexical da Classe 2

Vocabulário específico	<p>Actor; actriz; norte-americano; América; Bushnell; Carrie; Sexo e a Cidade; cinema; estreia; festival; filmes; personagem; realizador; séries; teatro; Cannes; carreira; fascínio; produtor; coluna; comédia; nascer; produção; rancho das coelhinhas; rodar; apaixonar; beleza; cineasta; critica; fama; figuras; habitual; Nova Iorque; linguagem; lugar; original; papel; protagonista; registar; resposta; televisão; título; vida; amor; argumento; bordel; celebridade; cenas; conhecidos; constante; criador; curtas; decorrer; desafio; documento; editar; episódio; Fedra; feliz; financeiro; final; gravidez; guerra; história; internacional; interpretação; irmão; literário; magico;</p>
------------------------	--

Os seguintes extractos foram considerados como sendo os mais representativos da classe.

Há algo de cinematográfico na sua experiência de vida, um vaivém constante entre diferentes territórios e línguas. Arbid nasceu em Beirute, no Líbano, instalou-se em França aos 17 anos e foi aí que se tornou cineasta. ($\chi^2=43$)

No cinema, já trabalhou com João Botelho, Manoel de Oliveira, José Álvaro Morais, João Canijo e Margarida Cardoso, entre outros. E, claro, no filme de estreia de Marco Martins, Alice. ($\chi^2=38$)

Em How to Draw a Perfect Circle, o novo filme de Marco Martins, em fase de rodagem, e a casa de Paul, Daniel Duval, um velho escritor francês, decadente como o lugar onde mora, ferido pelo álcool e pela desilusão. ($\chi^2=36$)

O projecto uma co-produção da VC filmes e da RTP que terá o final feliz no natal, quando estrear nas salas de cinema, quer dar da diva uma imagem de fascínio. ($\chi^2=36$)

Quanto a Beatriz Batarda e quase uma fiel amiga de Marco Martins, no cinema e no teatro e o cineasta acha o papel um grande desafio. Pela primeira vez, a actriz interpreta um personagem mais velho do que ela é na realidade. ($\chi^2=34$)

E aqui que decorre a acção de Cathouse. O rancho das coelhinhas, uma série documental da HBO filmada ao estilo de Reality Show que acompanha o quotidiano no bordel e que a SIC Radical estreia ainda neste mês. ($\chi^2=34$)

7.3.4. Tema 2, Subtema 1, Classe 5 – Expressão Social do Sexo e Contextos do Quotidianos

A classe 5 é constituída pela maior parte do *corpus*, com 665 unidades de contexto. A sua classificação foi mais complexa, dado a variedade das palavras específicas incluídas na classe. A opção para a expressão social do sexo e os seus contextos quotidianos foi realizada com base nas inúmeras situações em que a palavra sexo é empregue, ou aos contextos a que está associada. Sendo uma classe bastante heterogénea, observam-se palavras de contextos artísticos, aspectos relacionados com o casamento, com aspectos de trabalho, com contextos de conquista e encontros amorosos, entre outros. Os nomes de Cherrie e Rob Lowe surgem associados a afirmações específicas de teor sexual.

Tabela 12 - Caracterização lexical da Classe 5

Vocabulário específico	<p>Tempo; ganhar; música; palavra; ver; adorar; ambiente; amigos; artista; arte; casar; Cherie; cliente; cobrar; começar; conhecer; conversar; dia; divertir; esposa; fazer; gente; hora; hotel; levantar; ligar; limpar; loja; Londres; morrer; organizar; paraíso; praia; preço; responder; revistas; Rob Lowe; rua; sair; site; ter; trabalhar; vista; agências de adopção; aparecer; aprender; avião; cabelo; café; calças; camisas; chamar; chefe; conquistar; conviver; costumes; cozinhar; custos; decidir; encontros; enviar; esconder; fazer; falar; feminino; foto; gay; horas; infância; ir.</p>
------------------------	---

Retiraram-se 5 extractos para exemplificar a classe:

Tenho clientes que também me levam a jantar apenas para conversar. E quanto cobras nesses casos? Varia, no momento em que saio de casa, o tarifário começa a contar. ($\chi^2=29$)

Dei voz ao especialista, Gustavo, que lhe aconselhou um de duas horas e meia, com mais de 30 minutos de extras e cenas cortadas. Não ouvi o resto da conversa, porque tive de atender dois clientes negros, que queriam comprar dois vibradores. Acabam por levar um preto de 25€ e o mais fraquinho da loja, ligeiramente mais pequeno, por 8€. ($\chi^2=27$)

Por que é que vocês demoraram tanto tempo a assumir o vosso namoro, visto que, nos morangos, já namoravam? A Sofia também entrou nos morangos e nós decidimos que, primeiro, queríamos mostrar o nosso trabalho e não que nos conhecessem porque namorávamos. ($\chi^2=27$)

Salte para a página 76. E porque e Verão, acabamos de lançar a colecção de t-shirts FHM, que são a sua e a nossa cara. Há três modelos, cada um em três cores, que pode pedir, já, antes que esgote! No mesmo sítio onde comprou esta revista custam apenas 8,90€. ($\chi^2=26$)

Estou muito contente por aqui estar e quero ficar a frente para ver o Bill. Pelos Tokio Hotel fazia tudo. Se viessem cá para a semana, eu também vinha, contou ao CM. ($\chi^2=23$) _____

7.3.5. Tema 2, Subtema 2, Classe 3 – Expressão Psicoemocional do Sexo e Práticas Sexuais

O subtema 2 representa os aspectos biopsicológicos do sexo. Divide-se em duas classes, correspondendo a um total de 415 unidades de contexto. Apesar de ser o subtema com menor UCEs, poderá considerar-se que originou classes mais homogêneas e com conteúdos mais semelhantes entre si. A primeira classe originada deste subtema poderá classificar-se como os aspectos emocionais e psicológicos da vivência sexual, bem como as práticas sexuais comuns. Corresponde a 13% do *corpus* e contém os seguintes vocábulos específicos.

Tabela 13 - Caracterização lexical da Classe 4

Vocabulário específico	Desejos; erecção; estímulos; fantasias; fetiches; leitor; orgasmo; parceiros; penetração; prazer; relação; sentir; sexualidade; relação sexual; activo; fácil; sexo oral; sexo; controlo; erotismo; pénis; poder; relacionamento; acto sexual; sexo anal; atingir; bonito; correcto; curvatura; dificuldade; excitação; intimidade; namorar; necessidade; pensar; pessoa; práticas; receios; satisfação; aceitar; achar; ambos; banho; bom; comportamento; conteúdo; corpo; corresponder; desempenho; emocional; existir; ficar; genital; gostar; necessário; órgãos; partilhar; perceber; permitir; precisar; preservativo; problema; real; respeito; ritmo; sentido; sexologia; surgir; ter; utilizar; variar; viagra.
------------------------	--

Os seguintes extractos foram escolhidos por serem os mais representativos da classe.

No sexo anal, a mulher fica numa posição mais passiva, não pode controlar a penetração e surgem fantasias de que é fácil ser-se magoada. Os medos podem desaparecer se estabelecerem uma relação afectiva de confiança. De qualquer modo, se a sua namorada não se sente à-vontade nesta pratica sexual, há que respeitar a sua vontade. ($\chi^2=53$)

Não se tocam, não se cheiram, mas não estão privados da excitação sensorial. Até porque o principal objectivo é a obtenção do prazer. Essa interacção faz-se principalmente através da imaginação? Este espaço, em que a comunicação é feita principalmente através da escrita apesar de se poder usar microfones ou webcam, permite o sonho, a imaginação, a idealização do outro. ($\chi^2=49$)

Sozinha quando me masturbava com um vibrador chegava facilmente ao orgasmo e agora não. Será que este homem tem algum problema, ou sou eu? Durante a separação, a leitora percebeu, e ainda bem, que o autoerotismo era uma forma eficaz para atingir o prazer, identificava facilmente as reacções do seu corpo e, por isso, controlava sem dificuldade o ritmo e a intensidade das estimulações. ($\chi^2=48$)

O pénis dá-me vômitos, ele insiste em fazermos sexo oral, só que não acho que vá sentir prazer em ter o pénis dele na minha boca e pensar nisso e dá-me vômitos. ($\chi^2=41$)

Desde aí não consigo deixar de pensar se terei apanhado alguma doença como sida. É preciso perceber que esta troca de parceiros aumenta a hipótese de encontrar um parceiro infectado, pelo que é necessário tomar algumas precauções para evitar o contágio, quer no sexo vaginal quer no sexo oral e anal. ($\chi^2=40$)

7.3.6. Tema 2, Subtema 2, Classe 4 – Expressão Biológica do Sexo

Inserido no subtema 2, a classe 4 representa 181 unidades de contexto. Os vocábulos específicos permitem observar uma predominância de aspectos biológicos relacionados com o sexo. Apesar de também se verificarem vocábulos relacionados com aspectos psicológicos, estes surgem integrados num contexto de saúde e bem-estar físico.

Tabela 14 - Caracterização lexical da Classe 4

Vocabulário específico	<p>Afecto; ajudar; alimentar; aumentar; depressão; dieta; doença; engravidar; exercício físico; fertilidade; hormonas; investigador; método; níveis; ovulação; saúde; testosterona; ansiedade; calores; especial; influencia; medicação; organismo; saudável; desenvolvimento; elevado; hipótese; autoestima; causa; clínica; educação; exemplo; lesões; líder; linha; secundário; terapia; afectivo; casos; concentração; concluir; confiança; contrariar; defender; descobertas; determinado; dor; estratégia; factores; grave; humano; leitura; mudança; mulher; personalidade; peso; português; probabilidade; produto; psicológico; quantidade; resultado; revelar; risco; unidos; actividade.</p>
------------------------	---

Consideram-se os seguintes 5 extractos como exemplos da classe.

Um regime alimentar que promova um peso saudável rico em fibra, hidratos de carbono, complexos e vitaminas, com baixa percentagem de gorduras saturadas e açúcares impede níveis elevados de insulina e fomenta a fertilidade ao promover o bom funcionamento do organismo, explica Manuela Nona, nutricionista neonatal da maternidade Alfredo da Costa, (MAC), em Lisboa. ($\chi^2=38$)

(...)por exemplo, que afectam a ovulação. As sugestões estão, contudo, longe de ser consensuais. Muitos defendem que, apesar de nunca ser má ideia melhorar a dieta alimentar, não existem evidências científicas que a maioria das mudanças sugeridas possam, de facto,(...) ($\chi^2=37$).

Noutros casos, os medicamentos pretendem diminuir níveis de testosterona e baixar os impulsos sexuais, por exemplo nos sujeitos agressivos ou violadores. São medicamentos que incluem acetato de cipro-terona na sua composição. ($\chi^2=33$)

Sexo também cura, um estudo feito pelo Instituto Português de Reumatologia revelou que, quanto mais elevado é o nível de satisfação sexual e de auto-estima nos seres humanos, menores são os níveis de depressão e de ansiedade provocados. ($\chi^2=32$)

Sem abstinência. José Marinho contraria a ideia de que os casais que optam por um planeamento familiar com base nos métodos de auto-observação estejam obrigados a grande abstinência sexual. ($\chi^2=31$)

7.4. Discussão

Os comportamentos sexuais de risco, em particular o uso do preservativo, têm sido estudados com base nos modelos socioeconómicos. A perspectiva linear que está associada a esta tomada de decisão tem sido criticada. Joffe (2002) sugere que considerar que os indivíduos compreendem claramente os motivos subjacentes ao seu comportamento, e que decidem de forma linear e estática o uso do preservativo, poderá ser a origem dos problemas da adequação dos modelos sócio-cognitivos ao uso do preservativo.

Nesta linha de pensamento, Kashima, Gallois e McCamish (1993) sugerem que a dinâmica relacional poderá afectar mais a tomada de decisão sobre o uso do preservativo, do que as variáveis sócio-cognitivas conhecidas.

Breakwell e Millard (1997) reforçaram a necessidade de se interpretarem comportamentos individuais (um dos quais o uso do preservativo) com base nas representações sociais e processos de identidade, já que estes nem sempre obedecem aos princípios dos modelos mais utilizados.

Mais recentemente, Bromnick e Swinburn (2003) sugerem que as representações das experiências sexuais dos adolescentes influenciam a interpretação que estes fazem de sexo desprotegido. Os adolescentes questionados não avaliam situações de risco

como sendo más ou reprováveis, dando uma ênfase positiva à vivência sexual ao invés de valorizarem os aspectos de saúde. Estes resultados sugerem que a representação social do sexo contém discursos positivos sobre a experiência sexual, o que poderá influenciar a decisão de utilizar um preservativo ou justificar, *a posteriori*, a não utilização de um, reforçando o comportamento de sexo desprotegido.

Este estudo tinha como objectivo caracterizar a representação social do sexo. De acordo com as sugestões de Wagner (1995), foram recolhidas notícias de algumas das publicações portuguesas, que são um veículo para os discursos sociais relativos ao sexo.

As publicações, que se consideraram ser representativas dos segmentos mais lidos na imprensa portuguesa, foram seguidas num período de três meses, durante o ano de 2008. Foram recolhidas todas as notícias onde existisse o vocábulo sexo, o que permitiu constituir o *corpus* que serviu de base à análise hierárquica descendente.

Os resultados sugerem que há uma divisão entre dois grandes tipos de discurso nos jornais e revistas portuguesas, referente à noção do sexo.

Numa primeira análise, a vertente criminal ocupa cerca de $\frac{1}{4}$ do *corpus*. A sua prevalência pode dever-se ao facto de 73,25% dos extractos terem origem em jornais de segmento generalista, que documentam ou noticiam ocorrências sociais de relevo. Dentro destas evidenciou-se, no período da recolha, a descoberta dos crimes sexuais perpetrados por Fritzl, cuja cobertura foi extensa e diária. Os restantes $\frac{3}{4}$ dividem-se por uma abordagem à forma como vivenciamos o sexo, nas suas diversas possibilidades.

A maior parte do *corpus* centra-se em aspectos sociais e do quotidiano em que o vocábulo sexo pode ser empregue, desde figuras de estilo literárias (como

comparações ou metáforas), a locais associados ao sexo (hotel, praia, avião), resultados associados ao sexo (dinheiro, cliente), figuras associadas ao sexo (esposa, feminino, gay) ou ainda afirmações realizadas por figuras públicas de cariz sexual. O conteúdo desta classe é lato sugerindo que reúne vocábulos que não se enquadraram em nenhuma das outras classes, sendo alocados a esta. A utilização de segmentos generalistas pode estar, também, na origem desta ocorrência.

Os restantes discursos, apesar de uma expressão inferior no corpo total de texto, apresentam-se mais homogêneos e estritos nos vocábulos que lhe dão sentido.

Destas, destaca-se a expressão das artes, com referência a filmes e séries, cujo tema central é o sexo. Socialmente, a recolha coincidiu com a estreia do filme “O Sexo e a Cidade”, o que poderá ter aumentado a expressão deste tipo de referências. Não obstante, considera-se existir um número crescente de conteúdos sexuais ao nível das artes.

As restantes classes formadas através dos vocábulos específicos são expressão de uma perspectiva mais individual. Os discursos centram-se no bem-estar físico e noções orgânicas, com forte ênfase reprodutiva, independentemente da tónica em que está inserido. A “expressão psicoemocional e práticas sexuais” é a classe com menor representação no *corpus*, sugerindo que ainda existe algum pudor em abordar a sexualidade numa perspectiva mais associada à fantasia, à realização sexual, ou referente a práticas sexuais.

A utilização do preservativo, que poderia figurar em várias das classes, surge apenas, como uma referência a uma possível infecção devido a uma prática sexual comum. Verifica-se que não há qualquer referência à utilização do preservativo, de forma preventiva, nem este aparece incluído com algo essencial a uma prática sexual

segura. De acordo com o vocabulário específico das demais classes, as práticas são abordadas numa perspectiva biológica (facilitadoras da reprodução, por exemplo) ou numa perspectiva de fantasias ou satisfação sexual.

Em suma, a representação social do sexo, veiculada em algumas das publicações portuguesas, sugere uma visão romantizada, com uma orientação para a experiência do sexo em casal, sem referências concretas à utilização do preservativo, ou do risco associado à sexualidade (como as infecções sexualmente transmissíveis).

O uso dos preservativos nos jovens adultos é inconsistente, não apenas como se observa no estudo 1, mas como tem sido transversalmente observado em estudos portugueses (Reis & Ramiro, 2008) e internacionais (Collins et al., 2005). Possivelmente, a visão positiva do sexo, e fortemente orientada para a contracepção tem conduzido a uma preferência de métodos exclusivamente contraceptivos como a pílula. Reis e Ramiro (2008) observam que a pílula prevalece sobre o preservativo, sendo o método mais utilizado como forma de contracepção entre os jovens adultos universitários.

Apesar de não haver referências ao preservativo nos textos, o prazer é focado como um produto do sexo, a ser promovido na actividade sexual. Este aspecto poderá tornar mais salientes as barreiras à utilização do preservativo, que se centram essencialmente, na falta de prazer que provoca (eg. Kaneko, 2007).

Contudo, os *media* parecem veicular uma ideia bastante positiva da sexualidade, sugerindo que a actividade sexual é algo positivo para o indivíduo, abordando aspectos sobre práticas sexuais, saúde reprodutiva e o direito a uma sexualidade plena e satisfatória. Foucault (1976) sugere que a sociedade, ao invés de se focar numa perspectiva castradora relativamente ao sexo, conseguiu introduzir uma série de

discursos permissivos relativos à sexualidade, no entanto, “legislados” pela moral judaico-cristã que vigora numa maioria de indivíduos cristãos ou católicos. Neste caso, observa-se que esses discursos positivos orientam-se sempre em relação ao aspecto reprodutivo, ou à necessidade de uma relação de casal, estável, para que estas práticas sejam permitidas e o prazer seja total.

Contudo, o facto de estes discursos ainda não incluírem a preocupação com o sexo seguro, poderá sugerir uma explicação válida para a inconsistência do preservativo observada nos demais estudos.

Apesar de não se abordarem directamente campanhas de utilização do preservativo, alguns estudos indicam que os meios de comunicação conseguem transmitir informação capaz de alterar comportamentos, aumentando o uso do preservativo (eg. Bessinger, Katende, & Gupta, 2004), sendo mais eficaz quando são utilizados vários meios de comunicação disponíveis (Piotrow, Kinkaid, Rimon, & Rinehart, 1997).

Sugere-se que haja uma sensibilização dos *media* para a necessidade de promover o uso do preservativo, para além das campanhas que se observam pontualmente e que procuram dar acessibilidade ao mesmo. Apesar de as representações sociais serem definidas pela durabilidade do seu conteúdo, a introdução de informação referente ao preservativo, poderia amiúde transformar de forma lenta, mas progressiva, a representação social.

Apesar do contributo que este estudo poderá fornecer na contextualização do uso do preservativo, é ainda necessário definir a representação social do sexo através da perspectiva individual (Wagner, 1995), dado que a representação não abarca apenas a

elaboração socialmente realizada mas é também uma expressão da produção do indivíduo (Moscovici, 1976 citado em Veloz, Schulze, & Camargo, 1999).

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração na análise e discussão dos resultados. Foi realizada uma análise a algumas publicações portuguesas, de suporte papel e digital. Apesar de as publicações obedecerem a um critério de elevada tiragem e publicação, deve considerar-se que existem outros meios de suporte informativo, como a televisão e a internet, que possivelmente compreendem um universo muito maior de discurso social do que o considerado.

A contribuição da televisão para a construção desta representação social não pode deixar de ser endereçada, já que é através deste meio que muitas das mensagens relativas a programas de prevenção do VIH são veiculados.

Para estudos futuros seria interessante observar o conteúdo dos discursos sociais, utilizando outros suportes informativos, com o objectivo de complementar esta análise social da representação social do sexo.

Sugere-se ainda a possibilidade de desenhar uma intervenção, que tenha por base uma sensibilização generalizada para o preservativo e VIH nos meios de informação, para provocar uma mudança nos discursos sociais, como forma de prevenção.

É ainda de salguardar que a palavra procurada foi “sexo”. Isto fez com que se eliminassem todas as notícias que, mesmo que aludissem ao sexo, não faziam uma referência explícita ao vocábulo em escrutínio. Este facto, apesar de objectivar a pesquisa, poderá ter eliminado parte da variabilidade do conceito, pelo que se sugere que futuramente se utilize o prefixo “sex” como base de pesquisa.

Sugere-se, igualmente, um estudo futuro que permita aceder à representação social do sexo, de acordo com as evocações individuais dos jovens adultos e relacioná-la com outras variáveis que explicam, parcialmente, o uso do preservativo.

8. ESTUDO 4 – O SEXO AOS OLHOS DOS JOVENS: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SEXO NOS JOVENS ADULTOS PORTUGUESES

De acordo com Wagner (1985) uma representação social deve ser medida em dois níveis distintos. Enquanto o nível social procura avaliar o discurso social ou cultural que permite a perpetuação da representação social nos indivíduos de um mesmo grupo, o nível individual permite registar os aspectos cognitivos e comportamentais dos actores sociais que a partilham. É o cruzamento entre os dois níveis de medida de representação social que permite criar um espaço empírico de compreensão da mesma.

Nesta perspectiva, Wachelcke (2009) refere que definir uma representação social implica, na sua essência, definir o núcleo central que a constitui. Baseado na teoria das representações sociais de Abric (1984), o núcleo central contém os elementos mais consensuais entre os elementos de um mesmo grupo, e como tal obedece a uma memória colectiva e ao sistema de normas do grupo que o elabora. Contudo a identificação do sistema periférico é essencial para compreender as variações individuais de cada sujeito ou grupos de sujeitos, já que pela sua permeabilidade o sistema central modifica-se de acordo com as experiências individuais ou características de subgrupos sociais.

Uma das técnicas mais consensuais para avaliar o núcleo central de uma representação social é a análise prototípica desenvolvida por Vèrges (1992). A técnica baseia-se na associação livre de palavras a um determinado conceito, controlando-se a frequência e a ordem pela qual as palavras são evocadas. Vèrges, Tuszka e Vèrges

(1994) referem que as palavras evocadas mais vezes e em primeiro lugar serão aquelas que têm mais saliência para o grupo, sendo provável que constituam o núcleo central.

Considerando a necessidade de medir a perspectiva individual da representação social do sexo, este estudo tem como objectivo medir, através de uma tarefa de evocação livre, a perspectiva individual da mesma.

Este estudo procurou, ainda, verificar a existência de diferenças entre subgrupos, como é o caso do sexo, experiência sexual, consistência no uso e intenção de uso do preservativo.

Ao longo da literatura sobre o uso do preservativo, as diferenças entre sexos têm sido avaliadas. Os homens parecem utilizar menos o preservativo do que as mulheres, em parte pela existência de papéis de género que responsabilizam a mulher no que toca à utilização de métodos contraceptivos (Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005). O tipo de relação com o parceiro é também indicativa da utilização do preservativo, pelo que homens com um maior vínculo à relação e com crenças referentes à dominação masculina, tendem a utilizar mais o preservativo (Harrison, O'Sullivan, Hoffman, Dolezal, & Morrel, 2006). As diferenças cognitivas relacionadas com a noção de risco, ou os benefícios do uso do preservativo também são diferentes entre sexos, e influenciam os padrões de utilização de homens e mulheres (Ma et al., 2009).

As diferenças ao nível da consistência do uso do preservativo também parecem ser relevantes, já que indivíduos com experiências distintas tenderão a ter diferenças ao nível da sua representação social (Abric, 1993). Desta forma, parece ser ainda relevante observar se a representação social do sexo se ajusta para compreender comportamentos distintos ao nível do preservativo, bem como ao nível da intenção da

sua utilização, que está documentado ao nível da literatura como afectando, em parte, a predição do comportamento futuro. Por exemplo, indivíduos que utilizam mais o preservativo parecem ter mais recursos verbais e não verbais para negociar a sua utilização (Lam, Mak, Lindsay, & Russel, 2004). Os estudos conduzidos por Patel, Yoskowitz e Kaufam (2007) e Patel, Yoskowitz, Kaufman e Shortliffe (2008) verificaram que indivíduos com alto risco e baixo risco têm crenças diferentes e processam a informação relativa a uma situação sexual de forma distinta. Os indivíduos de baixo risco percepcionavam mais pistas relativas ao risco do sexo desprotegido, enquanto os indivíduos de alto risco percepcionavam mais informações emocionais relacionadas com o prazer imediato na situação (Patel, Yoskowitz, & Kaufam, 2007). A intenção de uso do preservativo também tem sido observada como sendo um preditor do uso do preservativo com médio sucesso (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001), pelo que diferenças ao nível da intenção poderão conter diferenças ao nível da representação social. Assume-se, ainda, como sendo pertinente observar as diferenças entre indivíduos que ainda não tenham iniciado a sua vida sexual e os que já o fizeram, dado que o núcleo central tende modificar-se consoante as experiências individuais (Abric, 1993).

8.1. Objectivo

O objectivo geral deste estudo é a apropriação da perspectiva individual dos jovens adultos portugueses sobre a representação social do sexo, pelo que foram considerados como objectivos específicos os seguintes pontos:

- Identificar o núcleo central e periférico da representação social do sexo, através das respostas à tarefa de evocação livre;
- Compreender as relações de co-ocorrências entre os elementos centrais e periféricos da representação social.
- Observar se o núcleo central se mantém para cada subgrupo considerado (sexo, experiência sexual, uso do preservativo e intenção de uso);
- Verificar possíveis diferenças entre as representações sociais, ao nível do sistema periférico para cada subgrupo.

8.2. Método

8.2.1. Participantes

A amostra foi recolhida de forma não probabilística entre estudantes do ensino superior e alunos de escolas profissionais e centros de formação profissional. O critério de exclusão foi a idade. Os participantes deveriam ter entre 18 e 25 anos para poderem integrar a amostra final. Das 1682 respostas obtidas, apenas 1138 participantes eram elegíveis e foram considerados neste estudo. Relativamente às características demográficas observou-se que a média da idade é de 20,93 anos ($\pm 2,110$), 33% são homens e 67% são mulheres (ver tabela 15). Cerca de 14,5% da

amostra é trabalhador-estudante e 1,5% dos participantes são casados ou vivem em união de facto.

Tabela 15 – Características sócio-demográficas dos participantes

	Média	Desvio-padrão
Idade	20,93	2,110
		%
Sexo	Masculino	33,0
	Feminino	67,0
Nacionalidade	Portuguesa	96,9
	Outras	3,1
Ensino	Universitário	88,52
	Não universitário	11,48

8.2.2. Instrumento

História sexual e uso do preservativo

Foram realizadas várias questões que procuraram abordar aspectos da vida sexual dos participantes e hábitos relativos ao uso do preservativo, intenção de uso e tomada de decisão.

Relativamente à história sexual os participantes foram questionados sobre se já tinham tido relações sexuais completas (sim/não). Informava-se o participante que deveria considerar relações sexuais completas como sendo relações orais, anais ou vaginais. Questionou-se com que idade tinham iniciado a sua vida sexual, a idade do

primeiro parceiro sexual, o tipo de relações sexuais praticadas (escolha múltipla entre vaginais, orais, anais), o número total de parceiros, o número de parceiros nos últimos três meses, e ainda se tinham um parceiro estável de momento (sim/não).

No que concerne ao uso do preservativo perguntou-se aos participantes com que frequência utilizavam o preservativo nas suas relações sexuais e se utilizaram o preservativo na última relação sexual (vide anexo E). Foram pedidas estimativas quanto à não utilização do preservativo nos últimos 3 e 6 meses. Foram ainda utilizadas questões para verificar a intenção de uso no futuro (“Em que medida tem a certeza que vai utilizar preservativo na sua próxima relação sexual?”) e para avaliar o papel do participante na decisão de utilização do preservativo (“Em que medida toma parte na decisão de usar, ou não, um preservativo?”; “Em que medida considera que a decisão de utilizar preservativo é tomada em conjunto com o seu parceiro?”).

Todas as questões utilizaram uma escala tipo *Likert*, de 7 pontos (1 – Nada; 7 – Totalmente), à excepção da utilização do preservativo na última relação sexual (dicotómica) e da não utilização nos últimos 3 e 6 meses (resposta aberta).

8.2.3. Tarefa de evocação livre

A tarefa de evocação livre era respondida posteriormente às questões demográficas e relativas à história sexual e hábitos de uso do preservativo.

Na tarefa era pedido aos participantes para referirem que palavras ou expressões lhes eram sugeridas pela palavra sexo. Para o efeito foram fornecidos 15 espaços em branco, que deveriam preencher, considerando que a ordem das palavras deveria corresponder à ordem de importância relativa para o próprio.

Era clarificado que os participantes que poderiam preencher os espaços que considerassem necessários (vide anexo O).

8.2.4. Procedimento

8.2.4.1. Procedimento de recolha de dados

Para agilizar o processo de recolha de dados e aceder a uma amostra passível de generalizar os resultados à população de origem, optou-se por uma recolha através da internet. Para este efeito foi construída uma página da internet, com o questionário, o que permitiu a sua divulgação por todos os possíveis participantes.

Para abranger o máximo de jovens adultos, foram contactadas todas as universidades públicas portuguesas, através de um pedido formal, endereçado aos respectivos Reitores. Para evitar uma amostra exclusivamente universitária foram, também, contactadas escolas profissionais e centros de formação profissional cujos cursos fossem direccionados para jovens adultos.

Após a aprovação dos respectivos órgãos dirigentes, o pedido de participação no estudo com o respectivo endereço on-line do questionário foi divulgado através do correio electrónico institucional.

A folha de rosto do questionário informava sobre o objectivo do trabalho, referindo-se a um estudo sobre o comportamento sexual dos jovens adultos, e continha uma premissa de consentimento informado. Os participantes que desejassem participar deveriam seleccionar uma opção (um botão) que dava prosseguimento ao questionário. Caso não pretendessem participar, era fornecida uma opção que

permitia fechar automaticamente a página. Eram igualmente informados que podiam desistir em qualquer altura, sem qualquer consequência associada.

No fim do questionário, era agradecida a participação e fornecido o endereço electrónico do investigador responsável, para quaisquer informações, críticas ou sugestões que pretendessem realizar ou fornecer.

8.2.4.2. Procedimento de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao SPSS v. 17, bem como ao programa EVOC2000 (Scano, Junique, & Vergès, 2002).

A técnica de Vergès (1992), denominada de análise prototípica, cruza dois critérios para definir quais as palavras que poderão fazer parte do núcleo central de uma representação social: (1) ordem média de evocação e (2) frequência em que a palavra/categoria ocorre. De acordo com a análise, as palavras com frequência elevada e evocadas nas primeiras posições serão provavelmente os elementos que constituem o núcleo central.

No presente caso a análise das respostas foi realizada recorrendo às palavras brutas, tendo existido um agrupamento exclusivo em casos de semelhança radial, que não contemplasse alterações de significado essencial (por exemplo: abraços, abraço e abraçar). Nesta perspectiva reduziram-se as formas verbais à forma mais simples, os plurais a singular e uniformizou-se o género para a forma masculina. As expressões, das quais são exemplos fazer amor ou actividade sexual, foram contempladas como sendo uma forma única.

Para determinar os valores de frequência mínima e intermédia, bem como a ordem média de evocação (OME) correcta a adoptar, foram observados alguns estudos sobre representações sociais (ver Tabela 16).

A frequência mínima refere-se ao número mínimo de vezes que a palavra surge numa dada amostra. A frequência intermédia corresponde ao valor que permitirá diferenciar as palavras mais frequentemente evocadas, das menos frequentes. Enquanto a frequência mínima determina o número de palavras final a considerar na análise, a frequência intermédia permitirá observar quais as palavras que devem ser consideradas como o núcleo central ou o sistema periférico.

A ordem média de evocação é a média das posições em que cada palavra foi evocada. É calculada através da divisão do produto da ordem da evocação (1º, 2º, 3º, ...) pelo número de vezes que foi evocada nessa mesma posição, pelo número total de evocações. Para diferenciar as palavras com uma elevada ordem média de evocação, das palavras com uma baixa ordem média de evocação, é utilizada a média das OME de todas as palavras consideradas na análise.

Tabela 16 – Análise de critérios para análise prototípica

Autores	Ano	N amostra	N palavras	N evocações	Palavras (bruto ou categorizado)	Frequência mínima	Frequência intermédia	Ordem média evocações
Vergès*	1992	367	236	877	Bruto	10	18 (4,9% da amostra)	1,8
Vergès*	1992	400	443	1310	Bruto	10	20 (5,0% da amostra)	2,0
Vergès	1994	700	N/A	N/A	Bruto	10	20 (3,0% da amostra)	
Vergès, Tyszka, & Vergès	1994	463	309	1041	N/A	6	15 (3,2% da amostra)	3,0

Oliveira et al.*	2003	436	N/A	N/A	N/A	10	83 (19% da amostra)	2,4
Oliveira et al.*	2003	358	N/A	N/A	N/A	10	51 (14% da amostra)	2,2
Bertoldo & Barbará	2006	183	147	912	Categorizado (29 categorias)	5	30,5 (2,7% da amostra)	3,0
Carvalho, Accioly Jr., & Raffin	2006	371	101	1113	Categorizado (11 categorias)	20	101 (5,4% da amostra)	2,3

Ribeiro & Jutras	2006	100	N/A	249	N/A	10	16 (mediana das frequências – 16,0% da amostra)	6,61
Camargo, Barbará, & Bertoldo	2007	262	275	1425	Categorizado	8	40 (média de evocações por categoria – 15,3% da amostra)	3,2
Gomes, Oliveira & Sá	2008	100	N/A	444	N/A	8	13 (13,0% da amostra)	2,7
Silva & Cruz	2008	90	54	450 (eliminaram hapax das análises - 415)	N/A	4	14 (15,6% da amostra)	3,0
Tura, Madeira, Silva, Gaze, & Carvalho*	2008	190	68	737	Bruto	10 (pelo menos 5% da amostra)	37 (19,5% da amostra)	2,5
Tura, Madeira, Silva, Gaze, & Carvalho*	2008	190	68	737	Bruto	10 (pelo menos 5% da amostra)	23 (12,% da amostra)	2,5
Cromack, Bursztyn, &	2009	541	N/A	5941	N/A	10	68 (12,5% da amostra)	2,5 (calculado através da

Tura*								média aritmética da ordem de evocação das palavras)
								2,5
Cromack, Bursztyn, & Tura*	2009	367	N/A	5941	N/A	10	54 (14,7% da amostra)	(calculado através da média aritmética da ordem de evocação das palavras)
								28
Wachelke	2009	218	N/A	1085	Bruto	11 (pelo menos 5% da amostra)	28 (observação qualitativa – 12,8% da amostra)	3,0

(*) Apesar de representados em estudos diferentes, o artigo é comum às duas amostras.

A frequência mínima escolhida corresponde a, pelo menos, 5% da amostra, o que equivale às palavras evocadas pelo menos 56,95 (≈ 57) vezes, à semelhança dos estudos de Tura, Madeira, Silva, Gaze e Carvalho (2008). A frequência intermédia foi escolhida através da observação qualitativa, tal como no estudo de Wachelke (2009). Verificou-se que a 2ª e 3ª palavras mais evocadas têm uma frequência na ordem dos 583 e 221 (evocadas por 51,1% e 19,40% da amostra, respectivamente). Considerou-se que esta diferença é suficiente para constituir um corte qualitativo, determinando-se que a frequência intermédia se situa nos 583. A ordem média das evocações foi calculada através da média aritmética da ordem de evocação de palavras, de acordo com as recomendações de Cromack, Bursztyn e Tura (2009). O valor obtido foi de 4,33 (≈ 4).

8.3. Resultados

8.3.1. Caracterização da história sexual e do uso do preservativo

A maioria dos participantes já tinha iniciado a sua vida sexual (72,9%). As práticas mais comuns referem-se às relações vaginais e orais (26,0%), seguidas das exclusivamente vaginais (22,0%), e do conjunto de todas as práticas, vaginais, orais e anais (20,1%).

No que concerne à idade em que se iniciou a vida sexual, a média da idade da primeira relação sexual situa-se nos 17,51 ($DP=3,487$) anos e a média de idade do parceiro da primeira relação sexual é de 19,44 ($DP=5,635$).

Relativamente ao número total de parceiros a média da amostra geral é de 3,36 ($DP=5,717$), sendo que a média de parceiros nos últimos 3 meses situa-se nos 1,126

($DP=3,518$). Aquando da aplicação do questionário 54,8% da amostra referia ter parceiro.

Quanto ao uso do preservativo, a média de utilização foi de 4,86 ($DP=2,207$) com uma mediana de 6. Cerca de 57,66% dos participantes que já iniciaram a sua vida sexual, afirmaram ter utilizado preservativo na última relação sexual. Para além destas medidas, procurou-se ainda apurar quantas vezes não terá sido utilizado o preservativo, em dois espaços temporais: 6 meses e último mês. Em média, nos últimos 6 meses, os participantes não utilizaram o preservativo 10,29 ($DP=22,077$) vezes, e no último mês cerca de 3,31 ($DP=11,100$). Observa-se, portanto, alguma inconsistência ao nível da amostra geral.

A intenção futura de uso do preservativo tem uma média de 5,29 ($DP=2,24$), sendo ligeiramente superior ao comportamento. Quanto à decisão de utilizar o preservativo, os participantes, em geral, consideraram ser uma decisão que lhes pertence ($M=5,18$, $DP=1,523$), mas tomada em conjunto com o parceiro ($M=6,13$, $DP=1,591$).

8.3.2. Análise prototípica da amostra geral

A análise prototípica define que as palavras evocadas mais vezes e referidas em primeiro lugar (alta ordem média de evocação) poderão constituir o núcleo central da representação. Noutro sentido, as palavras menos evocadas e referidas em último lugar (baixa ordem média de evocação) são as que constituem o sistema periférico.

Foi observado um total de 7.183 evocações referente a 1.396 palavras diferentes. A aplicação da frequência mínima reduziu o número de palavras a 21, evocadas 2.923 vezes. A ordem média de evocação foi de 4,3, o que permite apurar que os

participantes realizaram em média entre quatro e cinco evocações na tarefa de associação livre.

A frequência intermédia considerada permitiu dividir as palavras evocadas por quatro quadrantes (ver tabela 17).

Tabela 17 – Análise prototípica da representação social do sexo.

Ordem Média de Evocação (OME) <4,3				Ordem Média de Evocação (OME) >4,3		
	Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
<i>f</i> ≥ 583	Amor	631	2,45			
	Prazer	583	3,21			
<i>f</i> < 583	Bom	91	2,78	Cama	56	5,39
	Carinho	153	4,19	Corpo	65	4,75
	Diversão	60	4,20	Cumplicidade	56	4,62
	Homem	75	3,25	Desejo	134	4,59
	Intimidade	118	3,85	DST	66	7,41
	Mulher	100	3,41	Loucura	74	5,01
	Namorado	72	3,81	Orgasmo	74	5,81
	Paixão	221	3,81	Partilha	70	4,81
	Relação	95	3,10	Preservativo	71	5,68
				União	67	4,85

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

O primeiro quadrante, com uma alta frequência e alta ordem média de evocação, contém apenas duas palavras, *amor* e *prazer*. Estas palavras poderão constituir os elementos mais centrais da representação. *Amor* é a palavra com maior frequência e que aparece nas primeiras posições, mais frequentemente.

Não se verificou a existência de palavras com uma frequência tão elevada e uma ordem média de evocação superior a 4,3, o que sustenta a centralidade dos vocábulos anteriores.

Com frequência inferior a 583, mas com uma ordem média de evocação superior, encontram-se diversas palavras, em parte relacionadas com os aspectos relacionais do sexo (*homem, mulher, relação, intimidade, namorado, carinho*) ou com aspectos relacionados com o prazer ou consequências positivas do sexo (*bom, diversão, paixão*).

As palavras com baixa frequência e com baixa ordem média de evocação poderão ser as que constituem o elemento mais periférico da representação. Continuam-se a registar aspectos mais associados à relação (*cumplicidade, partilha, união*), aspectos relacionados com prazer mas de um ponto de vista mais físico ou das práticas sexuais (*corpo, desejo, loucura, orgasmo, cama*) e ainda aspectos que se prendem com o risco (*preservativo, doenças sexualmente transmissíveis*).

8.3.3. Análise de co-ocorrências

Vèrges (1992) sublinha a necessidade de complementar a análise das evocações com a análise das suas co-ocorrências. Com recurso do programa SIMI 2000 (Junique, Barbry, Scano, Zeligier, & Vèrges, 2002) foram verificadas as co-ocorrências das palavras mais evocadas pelos participantes do estudo. Por se considerar que o agrupamento em categorias iria enviesar a análise conduzida, optou-se por realizar a análise com as 21 palavras brutas.

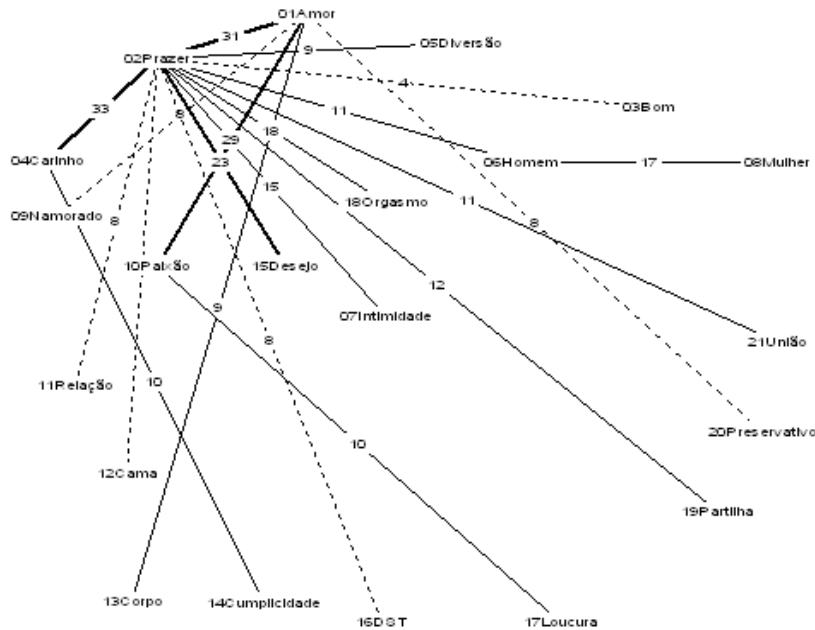


Figura 12 – Frequências absolutas das co-ocorrências das palavras evocadas.

Através da análise das frequências absolutas das co-ocorrências das palavras evocadas (ver figura 12) verifica-se que ambas as palavras apontadas como mais centrais pelos participantes estabelecem ligações com as palavras mais periféricas. A palavra *prazer* é aquela que estabelece mais ligações, primordialmente associada ao *carinho* e, secundariamente, ao *amor*. O *prazer* está igualmente ligado a *desejo*, *intimidade*, *partilha*, *orgasmo*, *união*, *homem* – que estabelece uma ligação terciária a *mulher* –, *diversão*, *relação*, *cama* e, finalmente *bom*.

O *amor* estabelece menos relações, surgindo ligado a *paixão*, que se encontra por sua vez, associada a *loucura*. É igualmente o *amor* que estabelece relações com o *preservativo* e *namorado*. Mas é *prazer* que aparece associado a *doenças sexualmente transmissíveis*.

Pelo tipo de relações que o *prazer* estabelece múltiplas relações com vários elementos, e apesar de uma ordem de evocação mais baixa e um menor número de evocações, apresenta uma maior centralidade na representação social do que o *amor*.

Foram ainda realizadas comparações por vários grupos de análise. Para realizar esta comparação foram geradas, através do programa para cada grupo, o que implicou definir as frequências, mínima e intermédia, bem como as ordens médias de evocação para cada análise.

Posteriormente foram geradas bases de dados em SPSS, que identificava para cada participante que palavras tinham evocado e em que posições o tinham feito. Estas bases de dados, específicas para cada subgrupo, permitiram verificar a associação das palavras aos grupos, bem como testar diferenças de médias ao nível das OME para cada grupo.

8.3.1. Análise prototípica por sexo

A primeira análise realizada compara as respostas dadas pelos elementos femininos e masculinos. As tabelas 19 e 20 descrevem, respectivamente, a representação social das mulheres (n=762) e dos homens (n=377). As tabelas distribuem os vocábulos evocados de acordo com a sua frequência e ordem média de evocação (OME).

Tabela 18 – Análise prototípica do subgrupo Mulheres

Mulheres (N = 762)						
OME < 4,3				OME > 4,3		
	Elemento	f	OME	Elemento	f	OME
<i>f</i> ≥ 377	Amor	423	2,51			
	Prazer	377	3,20			
<i>f</i> < 377	Bom	57	2,33	Cama	41	6,00
	Carinho	100	3,96	Corpo	43	4,98
	Homem	50	3,42	Cumplicidade	39	4,74
	Intimidade	81	3,79	Desejo	92	4,36
	Mulher	65	3,52	DST	46	7,41
	Namorado	52	3,33	Loucura	41	5,12
	Paixão	149	4,16	Orgasmo	46	6,15
	Relação	68	2,78	Partilha	45	5,07
				Preservativo	48	5,14

Respeitando a frequência mínima considerada, pelo menos 5% das mulheres referiram 19 vocábulos distintos, tendo-os evocado 1.911 vezes. O núcleo central é constituído pelas duas palavras que aparentam ter maior consenso neste grupo: *amor* e *prazer*.

Foram encontradas palavras com igual ordem média de evocação às pertencentes ao núcleo, porém com uma ocorrência muito inferior às palavras que o constituem. Não se verificaram palavras com igual frequência e ordem média superior a 4,3. As palavras com uma ordem média superior a 4,3 e com frequência inferior a 377 constituem provavelmente o sistema periférico.

Relativamente aos homens, pelo menos 5% das respostas do grupo correspondem a 19 palavras evocadas 974 vezes. A tabela seguinte expressa a organização das evocações dos homens que constituem a amostra.

Tabela 19 – Análise prototípica do subgrupo Homens

Homens (N = 377)						
OME < 4,4				OME > 4,4		
	Elemento	f	OME	Elemento	f	OME
<i>f</i> ≥ 206	Amor	208	2,33			
	Prazer	206	3,22			
<i>f</i> ≤ 206	Bom	34	3,70	Carinho	53	4,62
	Corpo	22	4,32	Desejo	42	5,10
	Diversão	23	4,30	DSTs	20	7,40
	Duas pessoas	22	4,09	Loucura	33	4,88
	Homem	25	2,92	Namorado	20	5,05
	Intimidade	37	3,97	Orgasmo	28	5,25
	Mulher	35	3,20	Preservativo	23	7,14
	Paixão	72	3,13	União	19	4,42
	Partilha	25	4,36			
	Relação	27	3,89			

Observa-se que *amor* e *prazer* são as palavras mais frequentes e consensuais com uma ordem média de evocação inferior a 4,4. O critério de escolha da frequência intermédia constituiu-se de uma observação qualitativa da diferença ao nível das

frequências das palavras *prazer* (206) e *bom* (34). Não se verifica a existência de palavras com igual ordem de frequência e com maior ordem média de evocação.

8.3.1.1. Comparação entre sexos

Verificando-se ambas as distribuições pode-se observar que os grupos parecem ter representações sociais semelhantes, quer ao nível do núcleo central, quer ao nível do sistema periférico, não se verificando uma associação específica entre as palavras evocadas e o sexo do participante ($\chi^2=23,598$, $gl=22$, $p=0,369$).

Do ponto de vista qualitativo, as diferenças entre as duas representações residem na introdução da expressão *duas pessoas* e nas palavras *diversão* e *união* na representação social dos homens, dado que as frequências de evocação não permitem a sua inclusão na representação social do grupo das mulheres, e ainda na não inclusão das palavras *cama* e *cumplicidade* na representação dos homens. No entanto, observa-se a existência de diferenças ao nível da frequência e ordem média de evocação para os dois grupos. Estas diferenças foram testadas ao nível da significância utilizando o teste da independência do qui-quadrado e o teste de comparação de médias para grupos independentes de *t* de *Student*, respectivamente. Para verificar a magnitude da diferença encontrada, foram calculados os *d* de *Cohen*.

Das palavras comuns, apenas se verifica a existências de uma associação específica da *loucura* às mulheres ($\chi^2=5,899$, $gl=1$, $p=0,015$).

Relativamente às ordens médias de evocação verifica-se a existência diferenças significativas nas palavras *bom*, *paixão*, e *preservativo*. A palavra *bom* parece ter mais importância para as mulheres que a evocam mais vezes em primeiro lugar do que os

homens ($t_{(48,803)} = 2,091$, $p = 0,042$, $d = 0,60$). Pelo contrário, os homens consideram que a *paixão* como sendo mais primordial do que as mulheres ($t_{(182,666)} = -3,119$, $p = 0,002$, $d = -0,47$). Relativamente ao *preservativo* são as mulheres que têm uma ordem média de evocação mais baixa ($t_{(69)} = 2,110$, $p = 0,036$, $d = 0,50$). Todas as diferenças têm uma magnitude média de acordo com os valores encontrados do d de *Cohen*, o que evidencia a significância das diferenças encontradas.

8.3.2. Análise prototípica pelas relações sexuais

Dadas as diferenças que podem existir ao nível das experiências individuais, foi objectivo do estudo procurar diferenças entre grupos distintos. Para tal, compararam-se as respostas fornecidas pelos indivíduos que indicaram voluntariamente já terem iniciado a sua vida sexual ($n = 810$) com os que revelaram ainda não a terem iniciado ($n = 150$). Do total 139 pessoas não foram incluídas na amostra por se terem recusado a responder a esta questão de forma voluntária. A tabela 21 refere-se à análise prototípica do grupo que já iniciou a sua vida sexual.

A frequência mínima considerada resultou num total de 19 palavras, que ocorreram 2.134 vezes. A ordem média de evocação foi de 4,4, pelo que se pode afirmar que os participantes evocaram, em média, entre 4 e 5 palavras.

Tabela 20 – Análise prototípica do subgrupo sexualmente activo

Já teve relações sexuais (N = 810)						
OME < 4,4				OME > 4,4		
	Elemento	f	OME	Elemento	f	OME
<i>f</i> ≥ 437	Amor	456	2,43			
	Prazer	437	3,11			
<i>f</i> < 437	Bom	72	2,96	Cama	41	5,88
	Carinho	119	4,36	Corpo	52	5,04
	Homem	51	2,98	Desejo	102	4,71
	Intimidade	91	3,95	Diversão	47	4,55
	Mulher	69	3,26	DSTs	43	7,61
	Namorado	64	3,75	Loucura	59	4,95
	Paixão	155	4,02	Orgasmo	59	6,00
	Relação	64	3,08	Partilha	54	5,17

As palavras mais evocadas e, como tal, mais consensuais, são *amor* e *prazer*. O *amor* apresenta a ordem média de evocação mais elevada e é evocada mais vez em primeiro lugar. Os restantes vocábulos estão distribuídos pelos quadrantes, verificando-se não existirem palavras tão consensuais como as que poderão constituir o núcleo central.

A tabela seguinte tem como objectivo sistematizar as evocações do grupo que ainda não iniciou a sua vida sexual.

Aplicada a frequência mínima, observa-se que foram evocadas 18 palavras 320 vezes. A ordem média de evocação situa-se nos 4,5, pelo que se pode afirmar que em média os participantes também referiram entre 4 e 5 palavras.

Tabela 21 – Análise prototípica do subgrupo não sexualmente activo

Não teve relações sexuais (N = 150)						
OME < 4,5				OME > 4,5		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
<i>f</i> ≥ 72	Amor	88	2,72			
	Prazer	72	4,07			
<i>f</i> ≤ 72	Carinho	17	3,71	Acto	11	5,73
	Cumplicidade	8	4,38	DSTs	15	7,20
	Desejo	19	3,95	Gravidez	9	8,11
	Duas pessoas	8	3,13	Loucura	10	5,20
	Entrega	9	3,89	Orgasmo	9	5,89
	Homem	14	3,86	Preservativo	15	6,47
	Intimidade	10	2,40			
	Mulher	14	3,50			

As palavras mais evocadas e com uma ordem média de evocação mais elevada, foram *amor* e *prazer*. As restantes palavras foram distribuídas pelos quadrantes de acordo com a sua frequência e ordem média de evocação, porém não foram encontradas mais palavras com a mesma grandeza de frequência.

8.3.2.1. Comparação dos grupos com e sem actividade sexual

Observa-se o mesmo núcleo central em ambas as representações. No entanto, qualitativamente existem várias diferenças, que foram consideradas significativas no

seu conjunto ($\chi^2=53,256$, $gl=1$, $p=0,001$) em parte pela quantidade de palavras em que as representações diferem.

As palavras *bom* ($\chi^2=6,722$, $gl=1$, $p=0,010$), *namorado* ($\chi^2=3,959$, $gl=1$, $p=0,047$) e *relação* ($\chi^2=5,833$, $gl=1$, $p=0,016$) estão exclusivamente e significativamente associadas ao grupo que já teve relações sexuais. No entanto, verifica-se a existência da associação das *doenças sexualmente transmissíveis* ao grupo que ainda não teve relações sexuais ($\chi^2=6,722$, $gl=1$, $p=0,010$), sendo que este vocábulo foi referido por ambos os grupos.

Relativamente às diferenças entre as ordens média de evocação, verifica-se que existe os indivíduos que já iniciaram a sua vida sexual valorizam mais o *prazer*, que regista uma ordem média de evocação mais baixa do que nos participantes não activos ($t_{(84,346)}=-2,28$, $p=0,026$, $d=0,50$).

8.3.3. Análise prototípica por nível de risco

Para averiguar o nível de risco dos participantes, considerou-se a questão relativa ao uso do preservativo “Em que medida utiliza o preservativo”. A resposta contemplava 7 valores possíveis, em que 1 representa “nunca” e 7 “sempre”. Os participantes foram agrupados em três níveis de risco consoante a resposta fornecida à questão: nível de risco baixo (respostas de 7 a 6), nível de risco médio (respostas de 5 a 3) e finalmente, nível de risco alto (respostas de 2 a 1). Optou-se por fazer a divisão de forma conservadora, de acordo com a escala adoptada para medir o nível de risco, de maneira a manter mais claras as diferenças entre os níveis de utilização.

A análise prototípica foi baseada nestes três novos grupos, o que permitiu observar três representações sociais do sexo distintas.

A tabela 22 expressa a organização da representação social dos elementos pertencentes ao grupo sem risco virtual.

Tabela 22 – Análise prototípica do subgrupo baixo risco

Baixo Risco (N = 441)						
OME < 4,2				OME > 4,2		
	Elemento	f	OME	Elemento	F	OME
<i>f</i> ≥ 230	Amor	244	2,42			
	Prazer	230	3,40			
<i>f</i> < 230	Bom	36	2,78	Cama	23	6,44
	Duas pessoas	22	3,64	Carinho	65	4,37
	Homem	30	2,90	Confiança	25	6,36
	Intimidade	59	3,81	Cumplicidade	29	4,93
	Namorado	36	4,14	Desejo	63	5,19
	Paixão	87	3,94	Loucura	33	5,24
	Relação	34	3,06	Mulher	38	4,53
				Orgasmo	31	6,45
				Partilha	34	5,50
				Preservativo	34	6,32

O primeiro grupo, de baixo risco, é composto por 441 indivíduos. A frequência mínima referente às palavras evocadas por pelo menos 5% da amostra, reduziu a representação social a 19 palavras diferentes evocadas 1.133 vezes.

Observa-se que as palavras *amor* e *prazer* são as mais consensuais para este grupo. Não se verificam palavras com maior frequência, apoiando a centralidade destes conceitos. Relativamente às palavras menos frequentes, observa-se uma grande dispersão. Eventuais diferenças relativas aos grupos de médio e alto risco serão apresentadas em conjunto. Em seguida, sumaria-se na tabela 23 a análise prototípica do subgrupo de médio risco.

Tabela 23 – Análise prototípica do subgrupo de médio risco

Médio Risco (N = 212)						
OME < 4,5				OME > 4,5		
	Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>F</i>	OME
<i>f</i> ≥ 120	Amor	127	2,95			
	Prazer	120	3,29			
<i>f</i> < 120	Bom	17	3,88	Cama	11	6,09
	Carinho	31	4,64	Confiança	11	5,36
	Desejo	24	6,33	Corpo	16	6,25
	Feminino	11	4,27	Loucura	18	5,61
	Homem	13	3,46	Masculino	12	6,08
	Intimidade	23	4,48	Orgasmo	20	6,50
	Mulher	21	2,95	Preservativo	13	6,54
	Namorado	16	3,38	Satisfação	11	7,45
	Paixão	49	4,53	União	21	4,66
	Relação	20	3,65			

O subgrupo de risco médio é constituído por 212 participantes. As palavras evocadas por pelo menos 5% da amostra reduzem a análise a 21 palavras referidas 605 vezes.

Os elementos mais centrais são *amor* e *prazer* de forma semelhante às análises prototípicas anteriores. Para finalizar foi realizada a análise prototípica do grupo de alto risco, expressa através da tabela 24.

Tabela 24 – Análise prototípica do subgrupo de alto risco

Alto Risco (N = 186)						
OME < 3,9				OME > 3,9		
	Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>F</i>	OME
<i>f</i> ≥ 107	Amor	107	2,81			
	Prazer	107	3,04			
<i>f</i> < 107	Bom	19	2,63	Atracção	11	4,36
	Carinho	27	3,89	Calor	11	3,91
	Desejo	23	3,87	Cama	10	6,10
	Diversão	9	3,89	Corpo	17	4,65
	Namorado	15	3,87	Homem	11	4,54
	Paixão	30	5,07	Intimidade	13	4,15
	Relação	15	2,13	Loucura	15	6,00
				Mulher	15	4,13
				Orgasmo	15	6,67
				Partilha	14	4,21
				Reprodução	10	4,70
				Satisfação	9	7,44
				Sedução	10	5,60
				União	12	6,00

O grupo de alto risco é o que contém menos participantes da amostra (N=186). Pelo menos 5% destes participantes utilizaram 23 palavras, evocadas 525 vezes, para descrever o conceito do sexo. De forma semelhante, *amor* e *prazer* são os temas centrais desta análise prototípica.

8.3.3.1. Comparação entre níveis de risco

Relativamente às possíveis diferenças entre as três representações, procurou-se verificar se existe uma associação estatística dos diferentes conjuntos de palavras ao grupo que as evocou. O teste do qui-quadrado revelou que os conjuntos de palavras são independentes do grupo de análise ($\chi^2=53,129$, $gl=52$, $p=0,430$). Não obstante, observam-se diferenças qualitativas inter-grupo, cuja significância foi verificada.

As palavras *atração*, *sedução* e *calor* surgem apenas na representação social do grupo de alto risco. No entanto esta associação não é significativa. A palavra *diversão* também é exclusiva deste grupo, mas ao contrário dos vocábulos anteriores, está significativamente associado ao grupo de alto risco ($\chi^2=6,838$, $gl=2$, $p=0,033$).

Relativamente ao grupo de médio risco, apresenta diferenças ao nível das palavras *feminino* e *masculino*, sem que esta associação seja significativa.

O grupo de baixo risco diferencia-se pela introdução da palavra *cumplicidade* e da expressão *duas pessoas*. No entanto, também estas associações não são significativas.

No que concerne às palavras comuns, verifica-se que a *intimidade* está significativamente associado ao grupo de baixo risco ($\chi^2=5,993$, $gl=2$, $p=0,050$). Por seu turno, a *satisfação*, comum aos grupos de médio e alto risco está significativamente

associada ao grupo de médio risco ($\chi^2=7,695$, $gl=2$, $p=0,021$). Não foram encontradas outras associações consideradas significativas.

Foram ainda observadas possíveis diferenças entre as ordens médias de evocação de cada palavra. Apenas se verificou uma diferença de média significativa ao nível do vocábulo *bom* ($F=3,189$, $p=0,051$). O grupo de baixo risco (2,78) apresenta uma ordem média inferior do que o grupo de médio risco (3,88, $p=0,047$). Não se verificaram mais diferenças significativas.

8.3.4. Análise prototípica pela intenção de uso

A intenção foi baseada apenas numa questão “Em que medida tem a certeza que vai utilizar preservativo na sua próxima relação sexual?”, tendo-se obtido 3 níveis: baixa intenção, com respostas entre 1-2 (N=172), média intenção que corresponde a 3-4 (N=151) e alta intenção com respostas situadas entre 6-7 (N=592). Apenas se consideraram válidos os indivíduos que responderam à totalidade das questões.

O grupo de baixa intenção utilizou 18 palavras, evocadas 441 vezes. A média das ordens médias de evocação é de 3,9.

Tabela 25 – Análise prototípica do subgrupo de baixa intenção

Baixa Intenção (N =172)						
OME < 3,9				OME > 3,9		
	Elemento	f	OME	Elemento	f	OME
<i>f</i> ≥93	Amor	95	2,46			
	Prazer	93	2,93			
<i>f</i> <93	Bom	18	2,06	Atração	10	4,50
	Carinho	24	3,63	Calor	9	4,44
	Homem	10	2,50	Corpo	12	4,00
	Intimidade	16	3,75	Desejo	22	4,46
	Mulher	17	2,71	Loucura	12	4,58
	Namorado	19	3,47	Orgasmo	13	4,92
	Relação	11	3,36	Paixão	27	4,89
				Partilha	11	4,09
				Sedução	11	6,36
				União	11	4,27

As palavras mais frequentes são *amor* e *prazer*. Dada a sua ordem média de evocação, estas poderão ser consideradas como fazendo parte do núcleo central. As restantes diferenças serão observadas em conjunto com as distribuições dos grupos de média e alta intenção.

A tabela 28 representa a representação social do sexo do grupo de média intenção. Reúne 151 participantes, que referiram 17 palavras em 379 evocações.

Tabela 26 – Análise prototípica do subgrupo de média intenção

Média Intenção (N =151)						
OME < 4,5				OME > 4,5		
	Palavra	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>F</i>	OME
<i>f</i> ≥ 82	Amor	90	2,71			
	Prazer	82	3,20			
<i>f</i> < 82	Homem	9	3,00	Bom	12	5,33
	Intimidade	11	4,09	Carinho	19	4,95
	Mulher	13	2,31	Corpo	13	5,62
	Namorado	10	3,90	Desejo	13	4,69
	Paixão	28	3,93	Entrega	10	6,30
	Relação	15	2,93	Loucura	12	5,58
	União	13	3,85	Orgasmo	12	5,92
				Preservativo	9	5,78
				Satisfação	8	6,75

De forma semelhante às representações anteriores, *amor* e *prazer* são as palavras mais frequentes. Neste caso, com uma ordem média de evocação inferior à média das ordens médias de evocação, poderão constituir o núcleo central desta representação. A seguinte tabela representa a organização da representação social referente ao grupo de alto risco. Foram utilizadas 19 palavras evocadas 1599 vezes. A média das ordens médias de evocação situou-se nos 4,5.

Tabela 27 – Análise prototípica do subgrupo de alta intenção

Alta Intenção (N =592)						
OME < 4,5				OME > 4,5		
	Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>F</i>	OME
<i>f</i> ≥ 314	Amor	337	2,43			
	Prazer	314	3,33			
<i>f</i> < 314	Bom	46	2,76	Cama	32	5,97
	Carinho	85	4,41	Confiança	33	5,64
	Diversão	40	4,03	Cumplicidade	38	5,03
	Homem	44	3,16	Desejo	81	4,64
	Intimidade	72	3,78	DSts	37	7,62
	Mulher	51	3,59	Loucura	44	5,00
	Namorado	40	3,98	Orgasmo	43	6,35
	Paixão	125	3,79	Partilha	38	5,21
	Relação	51	3,02	Preservativo	48	5,69

De forma semelhante, a organização do núcleo central é idêntica aos dos grupos anteriores.

8.3.4.1. Comparação entre níveis de intenção

Cada representação social está estatisticamente associada ao grupo que a elaborou ($\chi^2=71,157$, $gl=50$, $p=0,026$). No entanto, é passível de se observarem diferenças e semelhanças qualitativas. Os três grupos utilizam as palavras *amor*, *bom*, *carinho*, *desejo*, *homem*, *intimidade*, *loucura*, *mulher*, *namorado*, *orgasmo*, *paixão*, *prazer* e

relação, na sua representação social. Das palavras exclusivas de cada subgrupo, *sedução* está estatisticamente associada ao grupo de baixa intenção ($\chi^2=13,726$, $gl=2$, $p=0,001$), assim como a *atração* ($\chi^2=6,678$, $gl=2$, $p=0,035$).

O preservativo, que está presente nos subgrupos de alta e média intenção, está estatisticamente associado ao grupo de alta intenção ($\chi^2=9,286$, $gl=2$, $p=0,010$). As restantes palavras não têm uma associação estatisticamente significativa aos grupos que as evocaram.

Relativamente às ordens médias de evocação foi realizado uma análise unifactorial com comparações entre grupos através do teste *post-hoc* de *Tukey*. Apenas se verifica um efeito significativo dos grupos na palavra *bom* ($F=5,921$, $p=0,004$), que é comum aos três níveis de intenção. A diferença reside entre o nível de média intenção e os restantes grupos ($M_{\text{baixa intenção}}=2,056$, $M_{\text{média intenção}}=5,417$, $M_{\text{alta intenção}}=2,800$). As diferenças encontradas consideram-se de grande magnitude ($d_{\text{baixa-média}}=-1,109$, $d_{\text{alta-média}}=-0,780$).

Não se verificaram mais diferenças significativas entre as representações sociais dos três grupos.

8.4. Discussão

8.4.1. Representação social do sexo

O objectivo deste estudo centrava-se na análise da representação social do sexo, numa perspectiva de apropriação individual, de acordo com as recomendações de Wagner (1995). As representações sociais, na perspectiva de Moscovici (1961)

funcionam como uma estrutura de informações partilhada por todos os indivíduos. No entanto, a organização da representação social clarifica que o núcleo central reúne valores e crenças mais consensuais a um mesmo grupo, enquanto o sistema periférico é capaz de absorver e adaptar-se às diferenças inter-individuais (Abric, 1993).

Relativamente à representação social do sexo, observa-se que há dois temas centrais, o amor e o prazer que são distintos, em frequência e em ordem de evocação, dos restantes vocábulos referidos. Estas palavras assumem um alto consenso ao nível da amostra, pelo que parece plausível considerá-las como sendo o núcleo central da representação.

Esta evidência parece ser importante para justificar os resultados encontrados por estudos como o de Bromnick e Swinburn (2003) que verificaram que os adolescentes não consideravam a experiência do sexo sem preservativo como sendo algo reprovável, identificando, até, pontos positivos nessa experiência. Nas suas descrições, observaram que os adolescentes favoreciam os aspectos românticos da vivência sexual. Porém, estes dados podem apenas ser considerados como meramente indicativos, dado que a representação é específica para o grupo em que é analisada. Assim, apesar de não ser possível afirmar-se que a representação da amostra do estudo de Bromnick e Swinburn (2003) partilhe a mesma representação que os jovens adultos portugueses, ambas parecem perspectivar o sexo como uma experiência romantizada.

Camargo e Bousfield (2009) realizaram um estudo que tinha como objectivo verificar a associação entre as representações sociais das relações sexuais dos adolescentes brasileiros, que partilham com os portugueses uma origem histórica comum, para além da língua e outros aspectos culturais. Neste estudo particular, os

aspectos românticos do sexo eram colocados em enfoque no que concernia à justificação da não utilização do preservativo. Confiar e amar o parceiro surge no estudo destes autores como um enviesamento perceptivo do risco, que aumenta o risco perante as doenças sexualmente transmissíveis. Também neste estudo, a ideia central do amor e do prazer parecem estar subjacentes à não utilização do preservativo. Estes resultados parecem coadunar-se também com os dados observados na presente investigação.

Efectivamente, os estudos em Portugal sobre o uso do preservativo, revelam uma diminuição deste em detrimento da pílula, pela perda da sensação e prazer que lhe está associada (Ministério da Saúde, 2005). Apesar dos indivíduos reconhecerem o risco do VIH/SIDA, aumentado pelo não uso do preservativo, a percepção individual do risco diminui quando se consideram as experiências individuais (Amaro et al, 2004). Verifica-se, igualmente que a utilização do preservativo, diminui claramente perante a existência de um parceiro considerado estável (Muñoz-Silva et al., 2009).

Estes dados permitem especular que a representação social do sexo, baseada nas noções de amor e prazer poderão influenciar o comportamento individual, restringindo a utilização do preservativo.

Porém, a representação social do sexo não acarreta apenas, a noção de amor e prazer. Das 21 palavras evocadas por pelo menos 5 % da amostra, várias vigoram ainda na representação social. É observável que a natureza das palavras é semelhante, em significado, às palavras presentes no núcleo central. No entanto, a utilização das palavras brutas, em vez das palavras agrupadas em categorias, foi considerada mais adequada para evitar perdas de informação (Vèrges, 1992). O sistema periférico inclui

palavras muito pouco frequentes nas evocações da amostra total, mas é de notar que faz referência tanto ao preservativo como às doenças sexualmente transmissíveis.

Pode-se especular que, ao não serem considerados como parte integrante do núcleo central, estes conceitos foram integrados na representação social pelo conhecimento do risco associado ao sexo, mas não ao ponto de ameaçarem o conteúdo central, o prazer e o amor. Desta forma, é plausível compreender-se, porque apesar do conhecimento da existência de doenças sexualmente transmissíveis, o risco pessoal é percebido como sendo inferior ao real, facto presente tanto em amostras portuguesas (Amaro et al., 2004), como em amostras não portuguesas (Adefuye, Abiona, Balogun, & Luboko-Durrell, 2009). Deve-se, igualmente, considerar que a representação social integra informação no seu sistema periférico, sem no entanto modificar os valores e crenças centrais. Tal poderá permitir a co-existência de informação contrária, mas que poderá activar-se ou desactivar-se mediante determinadas condições (Flament, 1994, 2001; Wachelke & Camargo, 2007).

Estas associações observam-se, ainda através das relações de co-ocorrência entre as palavras pertencentes ao núcleo central, e as restantes palavras que integram a representação, incluindo as que estão definidas como sistema periférico.

A palavra amor co-ocorre com mais frequência com as palavras prazer, paixão, corpo, namorado, preservativo, sendo que por sua vez, a palavra paixão co-ocorre com loucura.

A perspectiva do amor estar associado a aspectos como paixão e loucura, bem como namorado e preservativo, parece contextualizar a ideia de que o amor é algo apenas partilhado com relações mais estáveis, apesar de continuarem a figurar os

aspectos do prazer, da paixão e da loucura. O enquadramento do preservativo neste cenário parece ser uma forma de protecção e segurança, associadas ao amor.

Os dados das investigações com amostras portuguesas e o uso do preservativo evidenciam que os indivíduos mais velhos e com parceiros fixos (namorados) são os que utilizam em menor proporção o preservativo (Muñoz-Silva et al., 2009; Reis, Ramiro, & Matos, 2009), sendo que o mesmo se passa em amostras internacionais (Bogart et al., 2005).

Desta forma, parece que as associações amor-namorado, e amor-preservativo, poderão indiciar mais uma forma de justificar a não utilização do preservativo do que constituir uma possibilidade do seu uso.

Este facto poderá estar a contextualizar heurísticas cognitivas que evidenciam que quem ama está protegido contra doenças sexualmente transmissíveis, o que está associado a uma diminuição da utilização do preservativo (Ayala, Rivas, & Bingham, 2005; Camargo & Bousfield, 2009).

Por sua vez, o prazer estabelece relações com todos os restantes vocábulos, mostrando uma perspectiva organizadora da representação social do sexo. A conceptualização do prazer revela noções de relacionamento, de diversão, de intimidade e cumplicidade, mas co-ocorre igualmente com as doenças sexualmente transmissíveis. Provavelmente, os indivíduos que se centram mais no atributo do prazer estarão mais conscientes dos riscos adoptados numa perspectiva da vivência da sexualidade. O estudo realizado por Gebhardt, Kuyper e Greunsven (2003) comparou a utilização do preservativo entre participantes com parceiro estável e participantes com parceiros casuais. Observaram que a utilização do preservativo era mais comum no segundo grupo, sendo que estes utilizavam mais o preservativo quanto mais favorável

fosse a atitude e quanto maior a auto-eficácia de uso e necessidade de intimidade nas relações. A associação entre o prazer e a intimidade pode, portanto, contextualizar a necessidade da mesma para que os parceiros comuniquem e consigam utilizar o preservativo.

No entanto, continua-se a observar que uma das maiores barreiras ao preservativo é a falta de prazer e a interferência com a excitação sexual (Ministério da Saúde, 2005; Castro-Vasquez & Kishi, 2007; Kaneko, 2007). Um estudo realizado com adolescentes de Maputo identificou que a interpretação pessoal de prazer dos participantes, juntamente com a falta de educação sexual e de informação sobre VIH, contribuíam para a não utilização do preservativo (Manuel, 2005). Portanto, a representação social do sexo, centrada no amor e no prazer, poderá enquadrar as questões cognitivas, afectivas e comportamentais presentes na explicação e predição da utilização do preservativo.

Não obstante, são necessários mais estudos que permitam antever o impacto da representação social na explicação da utilização do comportamento, como forma organizadora dos comportamentos individuais. Estes estudos futuros permitirão validar os avanços para a população portuguesa, onde as taxas de VIH continuam a aumentar entre os jovens adultos, acompanhado de uma diminuição da utilização do preservativo (Instituto Nacional de Saúde, 2009; Ministério da Saúde, 2005), e onde continuam a ser insuficientes as investigações que permitem compreender este comportamento. Numa perspectiva mais geral, a caracterização da representação social do sexo em outras culturas, e as respectivas comparações, poderiam contextualizar as diferenças encontradas ao nível do uso do preservativo, apesar de os países ocidentalizados dos Estados Unidos da América e Europa Ocidental e Central

partilharem os mesmos indicadores referentes à utilização do preservativo e infecção de VIH/SIDA (UNAIDS, 2008b).

8.4.2. Comparações entre grupos

O presente estudo tinha também como objectivo verificar se existiam diferenças significativas na representação social do sexo de diversos grupos. Esperava-se que o núcleo central da representação fosse idêntico em todos os grupos, verificando-se diferenças ao nível do sistema periférico, de acordo com a teoria do núcleo central (Abric, 1996a). Para a concretização deste objectivo, verificaram-se as representações sociais diferenciadamente entre homens e mulheres, entre indivíduos com e sem actividade sexual, entre indivíduos com baixo risco, médio risco e alto risco de contrair VIH por um uso inconsistente do preservativo, e ainda entre indivíduos com baixa intenção, média intenção e alta intenção de uso do preservativo.

Efectivamente, o núcleo central mantém-se idêntico em todas as análises prototípicas realizadas, com elevada consistência em todos os grupos. Como seria esperado, este núcleo parece obedecer a uma memória colectiva, e conter ideias normativas e consensuais para todos os indivíduos da amostra, não se diferenciando pelo grupo em que a análise foi conduzida (Abric, 1993; Guimelli, 1993). Desta forma, as diferenças encontradas poderão dever-se ao sistema periférico, que regula e adapta a representação social (Flament, 1994).

A comparação entre homens e mulheres sugere uma representação social bastante semelhante entre ambos os grupos. As diferenças encontradas referem-se a vocábulos específicos, que diferem tanto na frequência em que foram evocados como na ordem

média de evocação. Os aspectos da loucura, do bom e do preservativo parecem ser mais prementes para a mulher do que para o homem, enquanto estes valorizam mais a paixão. De uma forma em geral, o comportamento de uso do preservativo parece variar com o sexo e outras variáveis que lhe estão associadas. Observa-se essa tendência com o início precoce da vida sexual que parece estar associada aos homens e a um uso mais inconsistente do preservativo (Galvez-Buccollini et al., 2009). O tipo de parceiro também parece interferir na utilização do preservativo tanto em homens como em mulheres (Woolf & Maisto, 2008) ou uma menor utilização do preservativo parece estar associada aos homens pela responsabilização da mulher no que se refere ao papel da protecção sexual (Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005).

Neste caso, parece ainda estar patente o papel sexual da mulher e do homem, e o duplo padrão sexual que por vezes é observado e que derroga diferenças entre a permissividade sexual permitida socialmente aos homens e a castração de que as mulheres são alvo (Crawford & Popp, 2003). De acordo com Crawford e Popp (2003) este duplo padrão sexual depende da cultura e de outros factores, mas é considerado como sendo comum e transversal a diversas sociedades ocidentais. No entanto, mais recentemente, Marks e Fraley (2006) referem que este duplo padrão sexual poderá já não ser tão evidente, e a visão sexual do homem e da mulher poderá aproximar-se. Supõe-se que esta visão mais aproximada da vivência da sexualidade promove mudanças ao nível da representação social, e é passível questionar se as mulheres terão incluído na sua representação aspectos socialmente associados ao homem, como a loucura, e os homens aspectos associadas à mulher, como a paixão. Estudos em Portugal como os Saavedra e colaboradores (2007) partem do princípio que o duplo padrão sexual conduz a vivências diferentes da sexualidade.

Contudo, como se pode observar no estudo 1, os homens e mulheres desta amostra não diferem ao nível dos seus comportamentos sexuais. Poderá pressupor-se que, ao partilharem representações sociais semelhantes, também os seus comportamentos sexuais sejam semelhantes. Neste caso, não parece existir um duplo padrão sexual que condiciona os comportamentos individuais dos homens e das mulheres, como sustentado nos estudos supracitados.

Não obstante, os resultados de tal semelhança podem ficar a dever-se à amostra maioritária de estudantes universitários, ou ao tipo de metodologia de recolha de dados, aliás como já foi discutido no estudo 1.

No que concerne aos grupos de risco, de forma semelhante à comparação entre homens e mulheres, não se verificou uma associação significativa de cada representação ao grupo correspondente. De forma idêntica, foram encontradas pequenas associações e diferenças entre grupos, que carecem de análise.

O grupo de alto risco, caracterizado pela alta inconsistência de utilização do preservativo, está significativamente associado à diversão. De acordo com Widdice, Cornell, Liang e Halpern-Felsher (2006) um dos principais benefícios em não utilizar o preservativo é, precisamente, a diversão e prazer que lhe está associado. Por outra abordagem, os indivíduos que correm mais riscos são também indivíduos que procuram mais sensações (Gullette & Lyons, 2005). A procura de sensações é definida como um traço de personalidade por Zuckerman (1983) e que se refere à procura de novas experiências e sensações, e da vivência de riscos físicos e psicológicas pela vivência da experiência em si. Neste caso, os indivíduos que correm mais riscos, parecem valorizar mais a diversão, que provavelmente está orientada por uma tendência de personalidade para correr mais riscos pela diversão em si. Já os

indivíduos que correm menos riscos, por apresentarem uma utilização mais consistente do preservativo, parecem valorizar mais aspectos como a intimidade. O aspecto da intimidade entre indivíduos tem sido objecto de estudo na literatura. Damani e colaboradores (2009) observaram que a intimidade está positivamente correlacionada com a utilização do preservativo para os homens. Já anteriormente, Gebhardt, Kuyper e Greunsven (2003) tinham observado que o uso do preservativo estava também correlacionado com a necessidade de intimidade. Há que referir que a intimidade é uma parte da comunicação entre parceiros que também parece facilitar um aumento da utilização do preservativo. A capacidade de comunicar com o parceiro, parece estar associada à negociação do uso do preservativo, aumentando a sua utilização (Widman, Welsh, McNulty, & Little, 2006).

Os indivíduos que utilizam o preservativo de forma inconsistente, e que foram classificados como tendo um risco médio, parecem variar a sua utilização devido à satisfação e à valorização do sexo como sendo bom. As barreiras mais comuns relativas à utilização do preservativo prendem-se com a perda de sensação e prazer que lhe está associada e à concepção de prazer e satisfação sexual vigentes culturalmente (Kaneko, 2007; Manuel, 2005; Plummer et al., 2006). Possivelmente, de acordo com a situação ou com aspectos relacionais ou do parceiro, estes indivíduos poderão incorrer em maior inconsistência ou em maior consistência, dado por exemplo, que há uma diminuição de utilização do preservativo com parceiros estáveis (Bogart et al., 2005) ou quando não há um planeamento da relação sexual e esta é utilizada como forma de melhorar o humor (Gebhardt, Kuyper, & Dusseldorp, 2006).

No entanto, dada a homogeneidade entre as representações sociais em ambos os grupos, todas as diferenças necessitam de ser interpretadas de forma cautelosa, sendo

necessários mais estudos para aprofundar o impacto destas diferenças no comportamento anterior.

No que concerne a associações específicas entre as representações e os grupos, verificou-se existirem diferenças significativas ao nível da experiência sexual (com e sem vida sexual iniciada) e ao nível da intenção de uso do preservativo.

Relativamente à experiência sexual, a amostra foi separada em dois grupos, considerando-se no grupo com actividade sexual os elementos que já tinham tido relações sexuais, e no grupo sem actividade sexual os participantes que ainda não o tinha feito.

As representações encontradas estão associadas a cada grupo, e evidenciam uma valorização dos conceitos bom, namorado, relação e prazer no grupo que já teve relações sexuais, e uma valorização das infecções sexualmente transmissíveis no grupo que ainda não iniciou a sua vida sexual. Parece existir uma diferença clara entre o que ambos os grupos valorizam, que é decorrente da sua vivência pessoal. De facto, de acordo com Abric (1996a), o sistema periférico engloba aspectos da vivência individual, dando-lhe tónicas diversas de indivíduo para indivíduo. Observando ainda as diferenças qualitativas entre ambas as representações, surgem também a ideia da gravidez e do preservativo associado ao grupo que ainda não teve relações sexuais, algo que não é comum aos restantes elementos. Parece existir uma preocupação dos primeiros elementos referentes a gravidezes indesejadas e à possibilidade de infecções sexualmente transmissíveis, que poderão ser facilitadores de abstinência sexual como uma estratégia de protecção face a essas situações. Por outro lado, a existência de uma relação ou de um namoro está associada ao início da vida sexual, como observaram Borges, Latorre e Schor (2007) numa amostra de adolescentes e jovens

adultos brasileiros. Actualmente, discute-se o impacto de crenças religiosas e de juramentos de virgindade que parecem afectar e atrasar o início da vida sexual dos jovens adultos em amostras norte-americanas (Rostosky, Regnerus, & Wright, 2003). Não obstante, este aspecto teria que ser explorado para verificar se estes indivíduos partilham crenças individuais e religiosas que os protejam e tornem mais salientes as preocupações referentes ao início da sua vivência sexual.

O último grupo analisado concerne às diferenças nas representações sociais dos indivíduos com baixa, média e alta intenção de uso do preservativo. Observa-se que os indivíduos com alta intenção de uso valorizam mais o preservativo. Parece lógico considerar que os indivíduos que pretendem utilizar mais o preservativo, o utilizem mais. Porém, é igualmente de observar que a evocação das doenças sexualmente transmissíveis também só surge nesse grupo, apesar de não existir uma associação significativa ao grupo. Comparativamente, o grupo de médio risco apresenta igualmente a palavra preservativo, sem no entanto referir a possibilidade de uma doença sexualmente transmissível. Este facto parece estar de acordo com o estudo de Hoefnagels e colaboradores (2006), que refere que a intenção de utilização do preservativo está mais associada à possibilidade de uma gravidez do que à possibilidade de contrair uma infecção sexualmente transmissível. Não obstante, devemos observar que nesta amostra, há uma grande proporção de indivíduos que pretendem utilizar preservativo na próxima relação sexual. É de observar que integram igualmente a ideia de confiança e cumplicidade que nem sempre são descritos como sendo factores protectores e reveladores da intenção de uso do preservativo. De facto, de acordo com Camargo e Bousfield (2009) os adolescentes brasileiros evidenciam aspectos românticos e de confiança para justificar a diminuição do uso do

preservativo. De forma semelhante, Ayala, Rivas e Bingham (2005) evidenciam que a existência de percepções de incompatibilidade de entre o sexo seguro e a confiança, a intimidade e o amor, podem conduzir a um aumento do risco de infecção por VIH. A sedução e atracção parecem apenas fazer parte das evocações dos elementos que não pretendem utilizar preservativo, e que de forma semelhante aos indivíduos de alto risco (baixa utilização do preservativo), procuram mais aspectos da sensação e da experiência, sem revelarem qualquer preocupação referente ao preservativo, à possibilidade de uma gravidez indesejada ou à probabilidade de poderem ser infectados por VIH por via sexual. Incluem também a ideia exclusiva da satisfação e da entrega. Os indivíduos que estão mais predispostos a correr riscos tendem a evitar cognitivamente pensamentos que foquem o risco (Klein & Knauper, 2003), pelo que se pode supor que este poderá ser um dos motivos que conduz à eliminação das ideias do preservativo e das doenças sexualmente transmissíveis da representação social do sexo destes elementos.

Apesar das possíveis implicações dos resultados observados na prevenção da saúde sexual, é relevante referir que as diferenças encontradas são relativas. Os critérios utilizados para definir a representação social de cada grupo, apesar de constantes, constroem as palavras que são incluídas em cada representação. Algumas palavras não vigoram nas análises prototípicas, apenas por não cumprirem o critério mínimo de 5% da amostra. No entanto, estas continuaram a ser referidas por elementos dos diferentes grupos, o que permite observar a sua associação a cada grupo, podendo esta ser exclusiva ou não mediante a sua inclusão na representação social. Como tal, a utilização de outros critérios poderia conduzir a elaborações da representação social diferentes, podendo conduzir a resultados distintos.

Não obstante, parece ser relevante a observação das diferenças entre os indivíduos que já iniciaram a sua vida sexual e os que não iniciaram, e entre os diferentes níveis de intenção de uso do preservativo. Parece lógico, que as crenças e valores envolvidos nestas representações poderão estar a direccionar os comportamentos, pelo que os programas de prevenção do VIH deveriam vocacionar-se de acordo com a representação social do sexo que os grupos detêm.

Porém, são ainda necessários mais estudos para compreender como esta representação afecta aspectos individuais referentes ao uso do preservativo e como contextualiza a tomada de decisão realizada pelos indivíduos que nela estão envolvidos. Ainda não é possível estabelecer uma relação causal entre a representação social e os comportamentos sexuais, pelo que será necessário desenhar um estudo que permita compreender como a representação social poderá afectar a decisão entre usar ou não usar o preservativo.

Este estudo apresenta algumas limitações relacionadas com a amostra. O facto de ser maioritariamente constituída por estudantes universitários poderá ser responsável por determinadas características, como é um maior número de participantes com alta frequência de uso do preservativo (ainda que nem sempre consistente) e uma alta intenção de uso. A utilização de uma amostra mais diversificada, de vários estratos socioeconómicos e de meio não universitário poderia conduzir a resultados diferentes, pelo que este estudo apresenta uma limitação ao nível da validade externa.

A opção tomada para delimitar os grupos poderia ter sido realizada de forma a equilibrar o número de participantes em cada subgrupo, evitando as discrepâncias entre o número da amostra. Sugere-se que de futuro os cortes entre subgrupos sejam

realizados através da mediana das respostas, de maneira a obter grupos mais equilibrados.

Este estudo parece contribuir para a compreensão do sexo e das experiências sexuais dos participantes, e salienta a pouca importância que é dada às infecções sexualmente transmissíveis e ao preservativo, podendo ajudar a explicar o porquê da utilização inconsistente do preservativo.

9. ESTUDO 5— A INFLUÊNCIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO USO DO PRESERVATIVO

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde (2009) tem-se observado um aumento de casos de infecção por VIH entre os jovens adultos portugueses, situação igualmente verificada na Europa Central e Ocidental (Herida et al., 2007) e nos Estados Unidos da América (UNAIDS, 2008b). A Organização Mundial da Saúde (2009) considera que, como tal, a utilização do preservativo de forma consistente e adequada é uma das formas de protecção mais eficaz contra infecções por VIH e outros agentes infecciosos sexualmente transmissíveis.

Com base nesta evidência, vários estudos têm-se preocupado em conhecer, explicar e prever a utilização do preservativo, como é exemplo a teoria da acção planeada (Ajzen & Madden, 1986). Este modelo considera que a intenção está na base de qualquer comportamento volitivo, isto é, que o indivíduo pode decidir se pretende, ou não, realizá-lo. A intenção, por sua vez, é influenciada pela atitude específica para a acção bem como pelas normas subjectivas e o controlo comportamental percebido. No entanto, a decisão de utilizar preservativo depende não só de componentes cognitivas individuais, mas também de variáveis situacionais que o sujeito não controla tão eficazmente (De Visser & Smith, 2001), requer também a cooperação do parceiro para a sua utilização (Kashima, Gallois, & McCamish, 1993) e possivelmente, a racionalidade linear implicada nos modelos sócio-cognitivos poderá não ser adequada para compreender, de um modo satisfatório, este fenómeno (Joffe, 2002).

De acordo com estes pressupostos, alguns estudos preocuparam-se em abordar as representações das experiências sexuais. Bromnick e Swinburn (2003) observaram que

os seus participantes, convidados a escreverem entradas de diário sobre encontros sexuais desprotegidos, romantizavam a situação e descreviam-na como sendo positiva. Mais recentemente, Camargo e Bousfield (2009), ao estudarem a representação social da SIDA nos adolescentes brasileiros, verificaram que os aspectos românticos e relativos ao namoro são promotores da não utilização do preservativo.

O objectivo deste estudo é observar a influência da representação social do sexo na utilização do preservativo. Para a concretização do mesmo é necessário utilizar uma medida de utilização do uso do preservativo. Os questionários de auto-resposta são, efectivamente, o método mais rápido e cuja fiabilidade dos resultados é favorável à sua utilização nestes contextos (Gomes & Nunes, 2008). Contudo, também houve uma preocupação em compreender o processo de tomada de decisão de uso do preservativo, incluindo factores contextuais e relativos ao parceiro. Para operacionalizar este objectivo optou-se pela utilização da metodologia de *policy capturing*, ou captação de comportamentos, já que permite analisar o julgamento individual feito com base em estímulos multidimensionais, utilizando um modelo linear (Brehmer & Brehmer, 1988).

De acordo com Weiderman (1999), os indivíduos têm dificuldade em pensar sobre os factores que conduzem a uma dada decisão, baseando as suas respostas no que consideram ser os factores que proporcionam esse comportamento. No entanto, quando lhes é pedido para tomarem decisões, as variáveis que contribuem para a decisão podem ser diferentes das apontadas racionalmente pelo indivíduo como tendo peso nessa mesma decisão. Para evitar medir as crenças sobre o que influencia a decisão de utilizar preservativo, adoptou-se a metodologia de captação de

comportamentos para compreender em que situações, os participantes, teriam relações desprotegidas.

A técnica de captação de comportamentos consiste em apresentar aos participantes um número relativamente grande de cenários, compostos pela conjugação de vários estímulos (pistas), e em que lhes é pedido para realizarem um julgamento em resposta a cada um dos cenários. Os valores correspondentes a cada pista são introduzidos numa equação de regressão múltipla para prever o peso relativo de cada uma (coeficiente de regressão) no julgamento do indivíduo (Weiderman, 2002).

Para a construção das pistas dos cenários, foram consideradas as variáveis com mais peso na explicação da intenção e uso do preservativo, observadas no estudo 2.

A atitude face ao preservativo, a norma subjectiva, a existência de um parceiro estável, o consumo de álcool e o controlo comportamental percebido eram as variáveis com maior impacto quer na explicação da intenção, quer na explicação da utilização do preservativo. A norma subjectiva torna-se complexa de medir a nível do cenário, bem como o controlo comportamental percebido sobre o uso do preservativo, pelo que foram excluídos enquanto pistas indutoras.

Dado que o uso do preservativo é um comportamento volitivo, introduziu-se ainda uma pista relativa à possibilidade de discutir com o parceiro a utilização do preservativo.

A disponibilidade do preservativo foi também incluída como uma pista do cenário. De acordo com Finkelstein e Brannick (1997) esta medida permite aceder à importância do preservativo sem enfatizar a sua relação com o VIH/SIDA. Como os participantes não são questionados directamente sobre se utilizariam o preservativo,

os autores consideram que os indivíduos poderão ser mais sinceros e responder de acordo com a situação, em vez de responderem com o que acreditam ser correcto.

9.1. Objectivos

O objectivo geral deste estudo foi avaliar a influência da representação social do sexo na decisão de utilizar preservativo. Mais especificamente pretendeu-se:

- Conhecer quais as pistas que poderão ter maior importância na tomada de decisão de ter relações sexuais, consoante os contextos apresentados;
- Conhecer de que forma a representação social interage com as pistas consideradas para explicar a decisão de utilizar o preservativo;
- Analisar a influência da representação social no uso do preservativo;
- Analisar a influência da representação social nas variáveis que explicam o uso do preservativo.

9.2. Método

9.2.1. Participantes

Os participantes foram seleccionados, de forma não probabilística e acidental, da população de estudantes da Universidade do Algarve.

Foram obtidas 273 respostas, das quais apenas 162 cumpriam os critérios de inclusão, isto é, ter entre 18 e 25 anos e as respostas aos cenários apresentarem um nível de consistência interna superior a 0,500.

Do total de questionários considerados, 128 participantes são mulheres e 34 participantes são homens. A média de idades situa-se nos 21,62 anos ($DP = 2,271$). A maioria dos participantes é oriunda do Algarve (53,1%), seguindo-se o Centro (23,8%) e o Alentejo (14,8%). Os restantes elementos distribuem-se pelas outras regiões, porém com frequências inferiores a 3,7%.

Relativamente à história sexual e utilização do preservativo, 142 participantes revelaram já ter tido relações sexuais completas. Destes, 76,8% utilizaram preservativo na última relação sexual, sendo que a média de utilização do preservativo situa-se nos 4,32 ($DP = 2,314$), medida numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que quanto mais elevada a resposta maior a frequência de utilização.

A par do preservativo, 57,7% dos participantes utilizam outro método com funções contraceptivas, na sua maioria a pílula (93,8%). Todos os restantes métodos são, similarmente, contraceptivos hormonais, não orais, utilizados pelas mulheres.

No momento da resposta ao questionário, 105 participantes afirmaram ter um parceiro sexual, cuja relação dura em média 34,85 meses ($DP = 27,859$). A média de parceiros total dos participantes é de 2,97 ($DP = 3,080$), com uma média de parceiros nos últimos 6 meses de 1,01 ($DP = 0,506$).

9.2.2. Instrumento

Foi utilizado um questionário, de auto-resposta, para recolha de dados. A primeira parte questionava aspectos sócio-demográficos dos participantes, como a idade, o sexo e a região de origem (vide anexo B).

Em seguida eram realizadas questões relativas à história sexual do participante. Inicialmente era questionado se o participante já era sexualmente activo. Em caso de resposta negativa, o questionário avançava e considerava sem resposta todas as questões referentes à história sexual. Em caso afirmativo, eram realizadas várias questões referentes aos comportamentos sexuais do participante (vide anexo C).

As questões baseavam-se na utilização do preservativo na última relação sexual (dicotómica sim/não) e na frequência de utilização do preservativo [escala tipo *Likert*, 1 (nunca) e 7 (sempre)]. Era igualmente questionado se utilizavam outra forma contraceptiva, e em caso de resposta afirmativa, era pedido que especificassem qual. Realizavam-se questões referentes ao parceiro, inquirindo se tinham parceiro no momento de resposta ao questionário e há quanto tempo durava a relação, o número total de parceiros sexuais e o número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses.

Após esta fase do questionário, era questionada a posição pessoal do indivíduo face à representação social do sexo, sendo-lhes pedido para assinalarem o grau de importância pessoal de cada conceito associado à representação social.

Em seguida, os participantes deveriam responder a vários instrumentos que pretendiam medir a atitude face ao preservativo (vide anexo D), o consumo de álcool (vide anexo M), a auto-eficácia de uso e negociação do preservativo (vide anexo I), e ainda a tomada de decisão sobre o preservativo.

A atitude foi medida através de 9 diferenciadores semânticos, de 7 pontos cada, em que era medida a opinião do indivíduo quanto a vários aspectos do preservativo [exemplo: o preservativo para si é... 1 - muito excitante; 7 - nada excitante] (Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins, & Nunes, 2009; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes & Martins, 2007).

Foram utilizadas duas questões para medir o consumo de álcool, que questionavam em que medida os participantes consumiam bebidas alcoólicas numa situação social e para relaxar numa situação de tensão. As respostas eram fornecidas através de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 representava *nunca* e 7 representava *sempre*.

A auto-eficácia de uso e negociação do preservativo é baseada na escala de Basen-Engquist e colaboradores (1998) e questiona aos participantes diferentes situações em que se podem ver envolvidos. A auto-eficácia de uso utiliza três questões para medir, por exemplo em que medida acredita que seria capaz de dizer a alguém como se utiliza um preservativo, enquanto a auto-eficácia de negociação questionava “Imagine que se vê envolvido numa relação sexual com alguém que acabou de conhecer. Você sente que é importante utilizar preservativo. Em que medida acredita que era capaz de dizer que quer usar preservativo?”. Ambas as medidas eram respondidas através de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, semelhante à anterior (vide anexo I).

A tomada de decisão pretendia avaliar em que medida os participantes consideravam que partilhavam com o seu parceiro a decisão de utilizar preservativo. Foram utilizados três itens com uma escala tipo *Likert* de 7 pontos como forma de resposta às três questões (vide anexo N).

Os cenários pretendiam avaliar quais as pistas mais importantes para o julgamento de ter relações sexuais naqueles contextos. Cada pista seleccionada variava em dois valores, como se representa na tabela 28.

Tabela 28 – Pistas dos cenários e níveis de variação

Pista	Níveis de variação
Consumo de bebidas alcoólicas	0 – Sem consumo (“Acabou de chegar do cinema...”) 1 – Com consumo (“Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante...”)
Tipo de relação	0 – Recente (“Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias...”) 1 – Antiga (“Esta é uma relação antiga, que dura há uns meses...”)
Atitude	0 – Desfavorável (“O seu parceiro tem uma opinião desfavorável...”) 1 – Favorável (“O seu parceiro tem uma opinião favorável...”)
Tomada de decisão	0 – Individual e do parceiro (“Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele(a)...”) 1 – Em conjunto (“Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a)”...)
Disponibilidade do preservativo	0 – Não disponível (“Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia....”) 1 – Disponível (“Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa...”)

Foram construídos 32 cenários com o cruzamento factorial das 5 pistas com dois níveis de variação cada (vide anexo P):

[2:Consumo (sem consumo / com consumo) x 2:Tipo de relação (recente / longa) x 2:Atitude (desfavorável / favorável) x 2:Decisão (individual / conjunto) x 2:Disponibilidade do preservativo (sem /com)].

Foram incluídos mais 10 cenários, escolhidos de forma aleatória e idênticos a 10 dos anteriores, para conseguir uma medida de fiabilidade. Apenas foram incluídos os participantes cuja medida de fiabilidade fosse superior a 0,500, isto é, que tenham respondido de forma consistente a cenários idênticos.

Em cada cenário era pedido aos participantes que assinalassem, numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 representa nunca e 7 sempre, em que medida consideram que teriam relações sexuais, naquela situação.

Os 42 cenários foram aleatorizados, em duas organizações distintas. Não se observou efeito de ordem na resposta aos cenários [$F_{(1, 162)}=0,025$, $p=0,876$].

9.2.3. Procedimento

Após a autorização do Reitor e dos Directores das Escolas e Faculdades, da Universidade do Algarve, para aplicação do questionário, o mesmo foi submetido, via endereço electrónico institucional, para os estudantes universitários. O questionário informava o objecto de estudo e garantia a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos. Em momento algum foi pedido aos participantes que se identificassem. Para esclarecimento de dúvidas ou fornecimento de opiniões, foi fornecido o correio electrónico do investigador principal, através do qual poderiam colocar as suas questões.

9.3. Resultados

O presente estudo tem como objectivo observar o possível efeito da representação social, na decisão de ter relações sexuais, medida através de cenários multi-factoriais. O estudo de carácter experimental utiliza 5 factores (consumo de álcool, tipo de relação, atitude do parceiro face ao preservativo, tomada de decisão e disponibilidade do preservativo), de dois níveis cada (presente ou ausente), para desenhar os cenários.

Apenas foram consideradas as respostas dos participantes cuja fiabilidade de respostas aos cenários fosse superior a 0.500 (cf. Finkelstein & Brannick, 1997; 2000).

O efeito da representação social na decisão de ter relações sexuais foi avaliado através de uma análise factorial de medidas repetidas, em que a resposta aos cenários foi considerada como variável dependente, os factores presentes no cenário como as medidas intra-sujeitos e a representação social do sexo como uma medida entre-sujeitos.

Para as análises necessárias, a representação social, inicialmente com 21 itens, foi reduzida através de uma análise factorial, de componentes principais ($KMO=0,844$, $\chi^2=1299,740$, $gl=210$, $p=0,000$). Observa-se a existência de 5 factores com *eigenvalues* superior a 1 que explicam 64,455% da variância total da escala. A tabela 29 sistematiza as comunalidades de cada item aos 5 factores.

Tabela 29 – Análise factorial da Representação Social do Sexo

	Factores				
	1	2	3	4	5
União	0,851	-0,072	-0,030	0,029	0,115
Relação	0,841	-0,022	-0,001	0,009	0,213
Amor	0,800	-0,222	-0,107	-0,018	-0,014
Namorado	0,765	0,023	-0,010	-0,062	0,138
Paixão	0,733	0,105	0,022	0,077	0,118
Partilha	0,688	0,094	0,168	0,085	-0,081
Intimidade	0,672	0,171	0,419	-0,142	-0,059
Cumplicidade	0,652	0,111	0,414	0,037	0,003
Carinho	0,633	0,105	0,100	-0,032	-0,248
Bom	0,144	0,713	0,105	-0,026	0,076
Prazer	0,102	0,712	0,194	0,238	-0,052
Corpo	-0,017	0,690	0,083	-0,139	-0,155
Loucura	-0,094	0,675	0,039	0,060	-0,027
Orgasmo	-0,033	0,663	-0,280	0,169	0,169
Diversão	0,031	0,658	0,048	0,118	0,156
Homem	0,193	0,136	0,657	0,167	0,081
Desejo	0,087	0,514	0,578	0,024	-0,095
Mulher	0,168	0,368	-0,542	0,033	-0,414
Preservativo	-0,151	0,065	0,034	0,781	-0,100
DST	0,174	0,154	0,092	0,764	0,086
Cama	0,183	0,143	0,080	-0,022	0,829
Consistência interna (α)	0,901	0,782	0,358	0,392	_____
Valor próprio (variância %)	26,142	16,536	6,731	5,968	5,079

O item *desejo* satura nos factores 2 e 3. Considerando a baixa consistência interna (calculado através do *alpha* de *Cronbach*) do factor 3, optou-se pela inclusão do desejo no segundo factor. Observa-se uma melhoria da consistência interna do factor ($\alpha=0,795$)

Os itens, *preservativo* e *doença sexualmente transmissível*, constituem um factor único, apesar de uma baixa consistência interna do factor. Optou-se por esta solução

pelo conteúdo dos itens ser diferente do conteúdo dos primeiros factores. Os itens *homem*, *mulher* e *cama* foram retirados da solução final por não contribuírem positivamente para a consistência interna dos 3 factores considerados.

Forçando a análise factorial a 3 factores com 18 itens obtém-se uma variância total de 55,276%.

O primeiro factor, constituído por 9 itens parece aglomerar os itens referentes a aspectos da relação e romance, tendo-se designado de *romance*. O segundo factor, dado o conteúdo relacionado com aspectos do prazer do sexo, denominou-se por *sensações* (7 itens). O terceiro e último factor reúnem apenas dois itens de conteúdo muito específico relacionado com o risco associado à relação sexual. A denominação final é *risco*. A seguinte tabela sistematiza os principais aspectos descritivos das três variáveis.

Tabela 30 – Análise descritiva dos factores da representação social do sexo

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Normalidade
Romance	4,41	0,616	4,56	1,89	5,00	KS=2,152 $p=0,000$
Sensações	4,02	0,554	4,12	2,25	5,00	KS=1,063 $p=0,208$
Risco	4,41	0,664	4,50	2,50	5,00	KS=3,038 $p=0,000$

Legenda: KS – teste não paramétrico para a normalidade, *Kolmogorov-Smirnov*; DP – Desvio-padrão

A análise descritiva permite observar valores muito semelhantes, para as três variáveis. Apenas a variável *sensações* parece obedecer aos parâmetros de normalidade, de acordo com o teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Os participantes parecem fazer uma valorização positiva de todos os itens, com alguma dispersão de valores. As distribuições das variáveis *romance* e *sensações* apresentam *outliers*, o que enviesava os resultados. O mínimo observado não *outlier* do *romance* é de 2,6 enquanto da variável *sensações* é 2,4. Todas as distribuições são ligeiramente assimétricas positivas, com maior acentuação para as distribuições do *romance* e das *sensações*.

De forma a observar melhor a importância relativa de cada item da representação social foi pedido aos participantes que especificassem dos 21 itens quais os mais importantes. Através da moda é possível observar que os participantes referiram o *amor* (integrante da variável *romance*) como sendo o item mais importante. Em seguida, classificaram a *cumplicidade* (variável *romance*) como sendo o segundo e terceiro item mais importante. Uma análise geral a todas as repostas dos participantes permitem observar que o *amor* é a categoria mais seleccionada independentemente da posição (24,07%), seguido pela *cumplicidade* (16,87%) e pelo *carinho* (7,88%) (vide anexo A).

As repostas fornecidas aos itens dos três factores foram categorizadas para realizar a análise de medidas repetidas. As categorias foram criadas utilizando um método conservador, isto é, dividindo a amplitude das repostas dos participantes em duas partes idênticas, de forma a identificar os limites inferiores e superiores de cada categoria. Foram utilizados os limites não *outliers* para realizar a amplitude das repostas.

9.3.1. A influência da representação social do sexo na decisão de ter relações sexuais

A influência da representação social na decisão de ter relações sexuais, e a sua interação com os factores apresentados no cenário, foi verificada através da análise de variância de medidas repetidas.

Pela análise realizada pode-se observar a existência de um efeito significativo da valorização dos diferentes aspectos da representação social do sexo nas respostas fornecidas aos cenários.

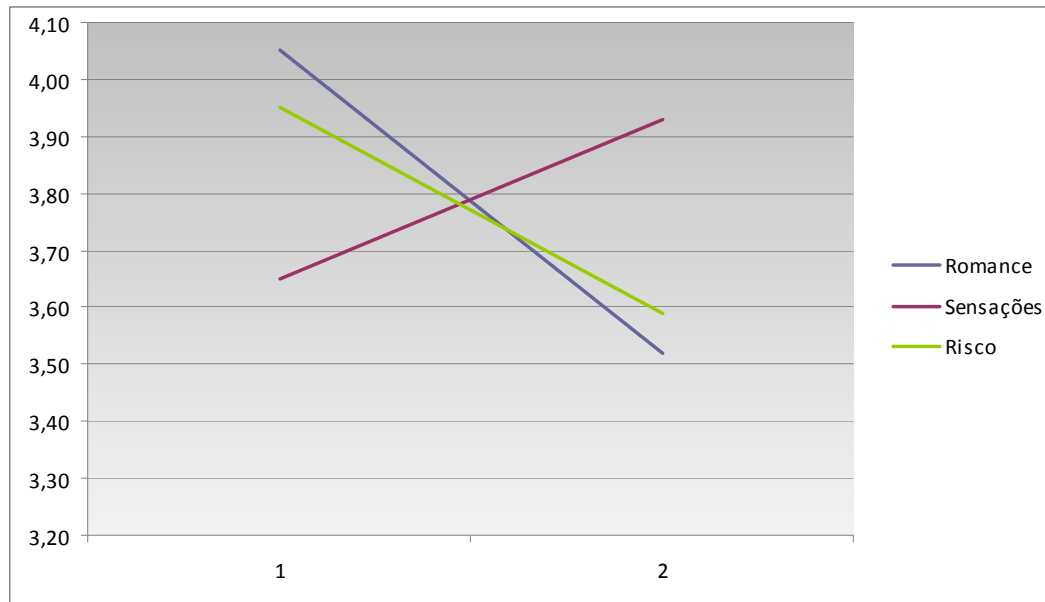


Figura 13 – Média das respostas aos cenários pela representação social do sexo

Legenda: 1 – grupo com valores inferiores à mediana; 2 – grupo com valores superiores à mediana

Os indivíduos que mais valorizam o *romance* parecem ter menor probabilidade de ter relações sexuais perante os 32 cenários, independentemente das pistas apresentadas [$F_{(1, 162)}=14,269$, $p=0,000$, $\eta_p^2=0,085$]. Os indivíduos que valorizam mais as

sensações apresentam médias mais elevadas de resposta [$F_{(1, 162)}=9,023, p=0,003, \eta_p^2=0,055$]. Os indivíduos que valorizam menos o *risco* parecem ter maior probabilidade de querer ter relações sexuais, independentemente das pistas apresentadas [$F_{(1, 162)}=6,704, p=0,011, \eta_p^2=0,042$].

Contudo, as diferenças entre as médias apenas são significativas para a variável Romance e Risco (tabela 31).

Tabela 31 – Comparações múltiplas (Tukey) entre as médias de resposta pela representação social

	Romance		Sensações		Risco	
	1	2	1	2	1	2
Média	4,05	3,52	3,65	3,93	3,95	3,59
<i>P</i>	0,001		0,067		0,019	

Legenda: (1) – grupo com menor valorização do aspecto; (2) – grupo com maior valorização do aspecto.

Os resultados permitem observar um efeito directo de todos os factores nas respostas fornecidas aos cenários, à excepção do factor consumo (tabela 32).

Tabela 32 – Efeito dos factores nas médias de resposta aos cenários

	1	2	p (post-hoc Tukey)	Efeito
Consumo	3,80	3,79	0,747	$F_{(1, 161)}=0,007, p=0,930, \eta_p^2 = 0,000$
Relação	3,41	4,17	0,000	$F_{(1, 161)}=91,327, p=0,000, \eta_p^2 = 0,362$
Atitude	3,46	4,12	0,000	$F_{(1, 161)}=118,117, p=0,000, \eta_p^2 = 0,423$
Decisão	3,51	4,07	0,000	$F_{(1, 161)}=117,526, p=0,000, \eta_p^2 = 0,422$
Preservativo	2,65	4,94	0,000	$F_{(1, 161)}=419,892, p=0,000, \eta_p^2 = 0,723$

Perante uma relação recente, uma atitude desfavorável do parceiro face ao preservativo, à não abertura para decidir o uso do preservativo com o parceiro, e a indisponibilidade do mesmo, parece existir uma menor probabilidade de os participantes terem relações sexuais.

Observa-se, igualmente a existência da interacção factores x representação social [$F_{(1, 162)}=2183,650, p=0,000, \eta_p^2=0,934$].

Para simplificar a leitura dos resultados, primeiro serão apresentadas apenas as interacções entre factores. Em seguida, apresentar-se-ão as interacções entre factores dos cenários e os factores da representação social do sexo.

Observa-se a existência de uma interacção significativa entre o factor consumo de álcool e o factor tomada de decisão.

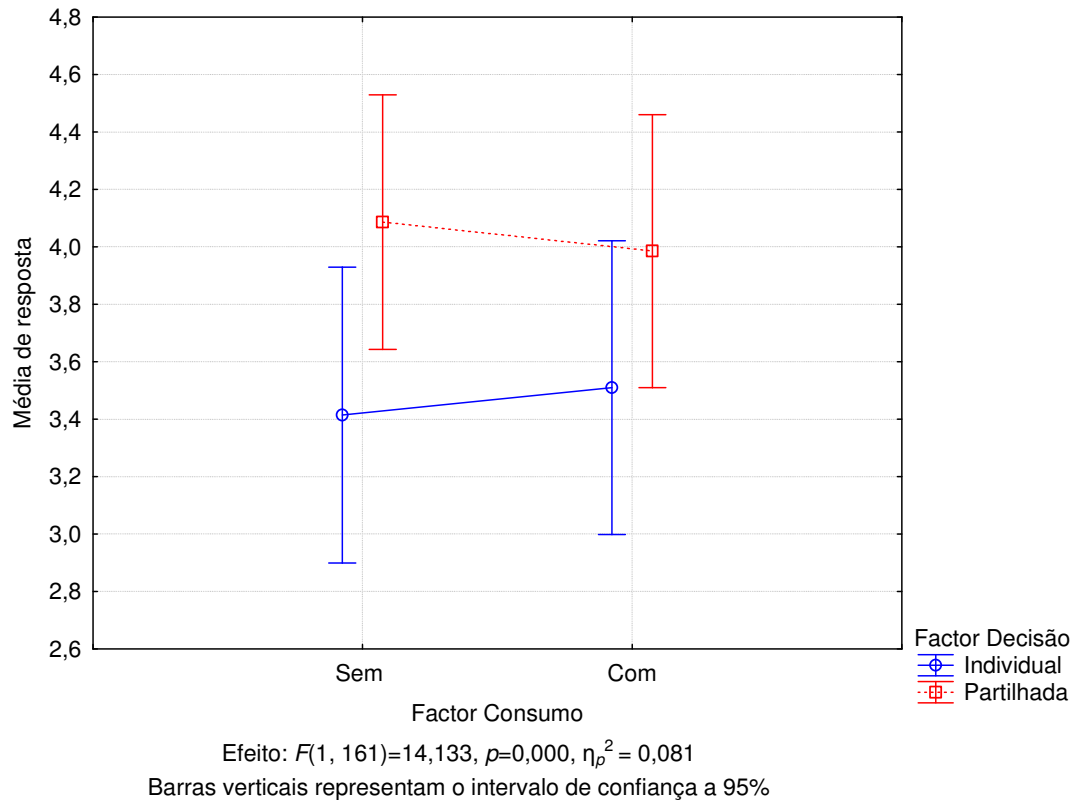


Figura 14 – Gráfico de médias do factor consumo pelo factor decisão

Pela observação da figura 14 verifica-se que a probabilidade de ter relações sexuais é maior perante a existência de consumo de bebidas alcoólicas e, simultaneamente, quando não existe possibilidade de discutir a utilização do preservativo com o parceiro.

Os resultados das comparações múltiplas, através do teste de *Tukey*, apresentam-se na tabela 33.

Tabela 33 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores consumo e decisão

			{1}	{2}	{3}	{4}
		Médias	3,47	4,13	3,55	4,02
	Consumo	Decisão	<i>p</i>			
{1}	Sem consumo	Sem decisão partilhada	0,000	0,080	0,000	
{2}	Sem consumo	Com decisão partilhada		0,000	0,019	
{3}	Com consumo	Sem decisão partilhada				0,000
{4}	Com consumo	Com decisão partilhada				

Pelas diferenças observadas entre as possíveis conjugações, verifica-se que o consumo de álcool não afecta a decisão, quando não há abertura para decidir com o parceiro. Para os participantes parece ser mais relevante a possibilidade de discussão do uso do preservativo para considerarem a possibilidade de terem relações sexuais, do que o consumo.

Contudo, quando podem decidir a utilização do preservativo, a presença de consumo de álcool aumenta significativamente a possibilidade de terem relações sexuais.

Observa-se, também, a existência de uma interacção entre o factor atitude e o factor decisão.

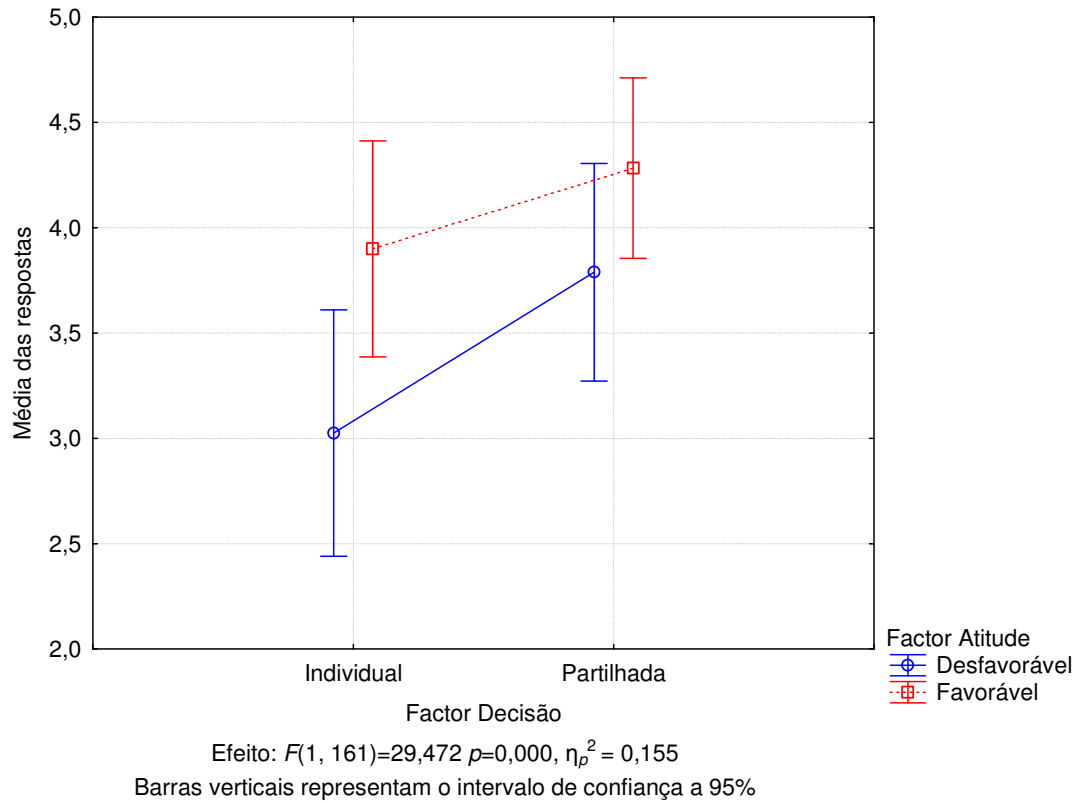


Figura 15 – Gráfico de médias do factor decisão pelo factor atitude

Parece existir uma tendência de uma maior probabilidade de ter relações sexuais quando a atitude do parceiro é favorável à utilização do preservativo e quando há possibilidade de discutir o uso do mesmo.

Tabela 34 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores atitude e decisão

		{1}	{2}	{3}	{4}	
		Médias	3,08	3,84	3,94	4,41
	Atitude	Decisão	<i>p</i>			
{1}	Atitude desfavorável	Sem decisão partilhada	0,000	0,000	0,000	
{2}	Atitude desfavorável	Com decisão partilhada		0,210	0,000	
{3}	Atitude favorável	Sem decisão partilhada			0,000	
{4}	Atitude favorável	Com decisão partilhada				

De acordo com as comparações múltiplas é possível observar que a atitude e a possibilidade de decisão do uso do preservativo parecem ter impactos semelhantes na escolha de ter relações sexuais, sendo apenas necessário que uma destas variáveis seja favorável ao preservativo, para que este seja utilizado. Este dado é evidente quando se observa e comparam as médias da conjugação 2 e 3. Perante uma atitude favorável, ou uma decisão partilhada, as médias de resposta são semelhantes.

O efeito cumulativo de ambas as variáveis tanto aumenta significativamente a possibilidade de ter relações sexuais, perante uma atitude favorável e decisão partilhada, como diminui significativamente, quando se observa o oposto.

A atitude também interage significativamente com o preservativo.

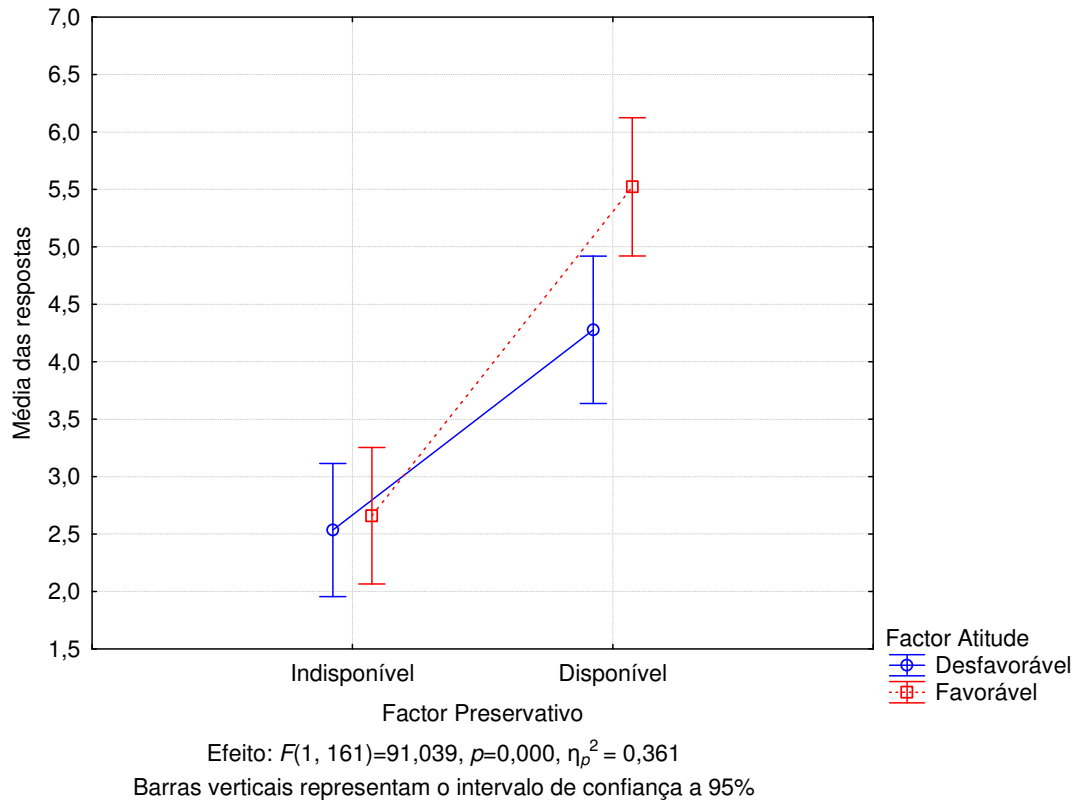


Figura 16 – Gráfico de médias do factor preservativo pelo factor atitude

Este gráfico permite observar que a disponibilidade do preservativo no cenário é a variável que mais afecta a resposta dos participantes à possibilidade de terem relações sexuais. As comparações múltiplas corroboram essa observação, através da semelhança estatística das médias entre a atitude desfavorável/não existência de preservativo ($M=2,59$) e a atitude favorável/não existência de preservativo ($M=2,71$).

O preservativo é responsável por aumentar a possibilidade de terem relações sexuais, que por sua vez, aumenta significativamente quando a atitude do parceiro face ao mesmo é favorável.

Relativamente ao factor preservativo, observa-se a existência de interacção com o factor decisão.

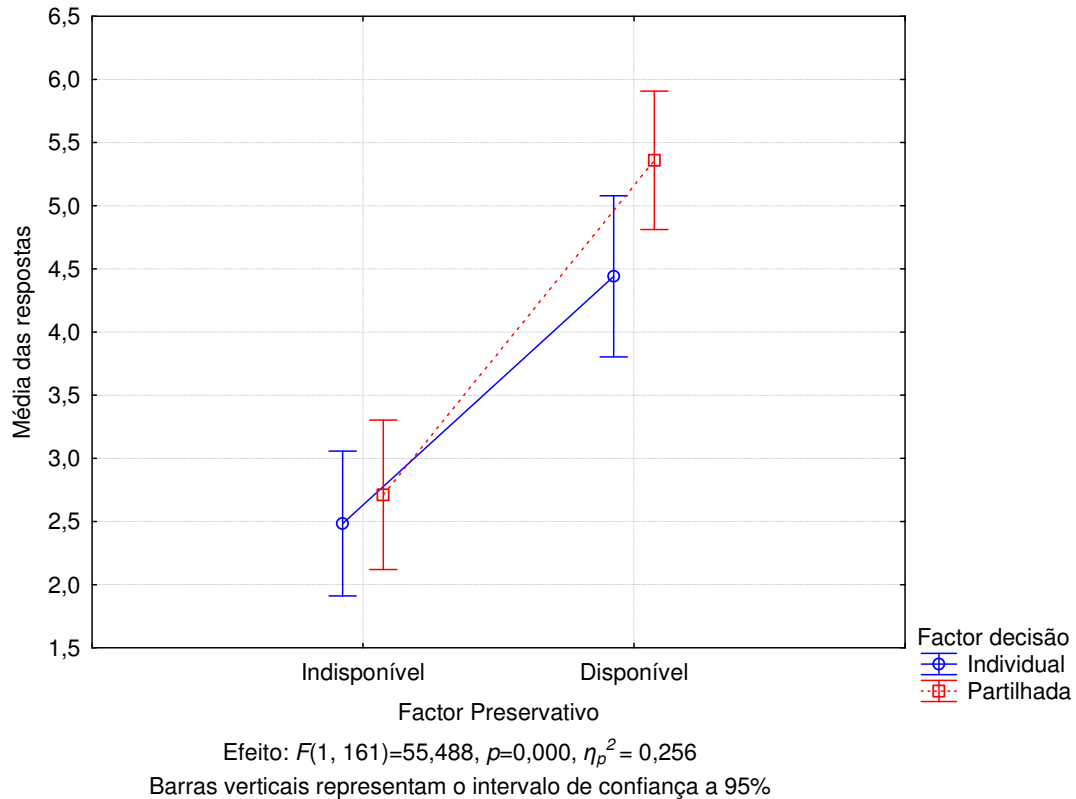


Figura 17 – Gráfico de médias do factor preservativo pelo factor decisão

Os resultados mostram que perante a não disponibilidade do preservativo e a não abertura do parceiro para discutir a sua utilização existe uma menor probabilidade dos indivíduos terem relações sexuais. As comparações múltiplas sugerem diferenças significativas entre todas as conjugações possíveis ($M_{(1,1)}=2,53, M_{(1,2)}=4,50, M_{(2,1)}=2,77, M_{(2,2)}=5,39, p \leq 0,001$). Portanto, perante a indisponibilidade ou disponibilidade do preservativo, o factor decisão aumenta ou diminui significativamente a probabilidade de ter relações sexuais, consoante esta seja partilhada ou individual.

A seguinte figura representa a interação dos factores atitude, decisão e relação.

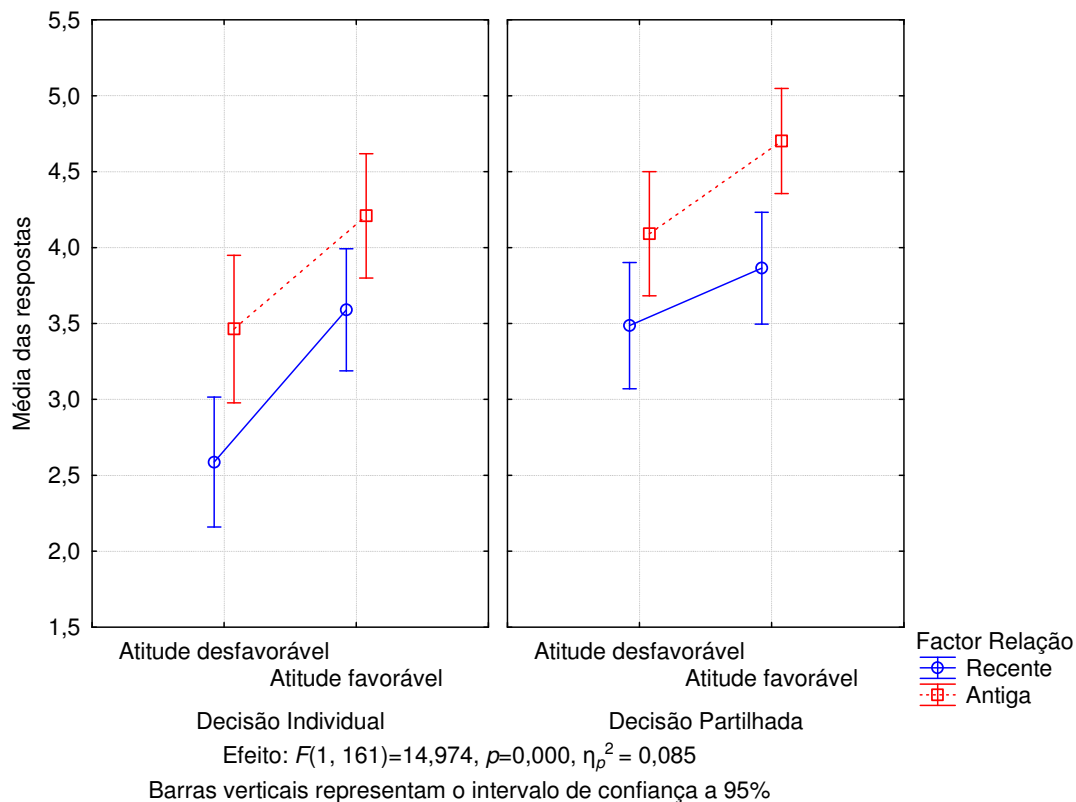


Figura 18 – Gráficos de médias, pelos factores decisão, atitude e relação

Os gráficos permitem observar que perante uma decisão individual (em que não há abertura por parte do parceiro para discutir o uso do preservativo), uma atitude desfavorável e uma relação recente, há uma menor probabilidade de o indivíduo não ter relações sexuais. O factor da antiguidade da relação parece predispor para um aumento da probabilidade de ter relações sexuais, independentemente da situação. Da mesma forma, uma atitude favorável aumenta a probabilidade da relação sexual.

A tabela 35 sistematiza as comparações múltiplas realizadas entre todas as conjugações possíveis.

Tabela 35 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores relação, atitude e decisão

				{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}	
				Médias	2,63	3,52	3,62	3,89	3,54	4,17	4,26	4,73
	Relação	Atitude	Decisão	p								
{1}	Recente	Desfav.	Indiv.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{2}	Recente	Desfav.	Part.			0,671	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{3}	Recente	Fav.	Indiv.				0,000	0,878	0,000	0,000	0,000	0,000
{4}	Recente	Fav.	Part.					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{5}	Antiga	Desfav.	Indiv.						0,000	0,000	0,000	0,000
{6}	Antiga	Desfav.	Part.							0,801	0,000	0,000
{7}	Antiga	Fav.	Indiv.									0,000
{8}	Antiga	Fav.	Part.									0,000

Legenda: Desfav. – Desfavorável; Fav. – Favorável; Indiv. – Individual; Part. – Partilhada

As comparações múltiplas permitem observar que perante uma relação recente, e ou uma decisão partilhada ou uma atitude favorável, a média das respostas aos cenários não apresenta diferenças significativas. Perante uma relação antiga, uma atitude desfavorável e uma decisão individual do parceiro as respostas parecem ser estatisticamente semelhantes a uma relação recente, com atitude favorável e decisão individual do parceiro. De forma semelhante ao primeiro caso, uma relação antiga e existindo um dos aspectos (atitude ou decisão) favorável ao uso do preservativo, as respostas mantêm-se estatisticamente semelhantes.

A atitude interage, também, com a decisão e o consumo de álcool (Figura 19).

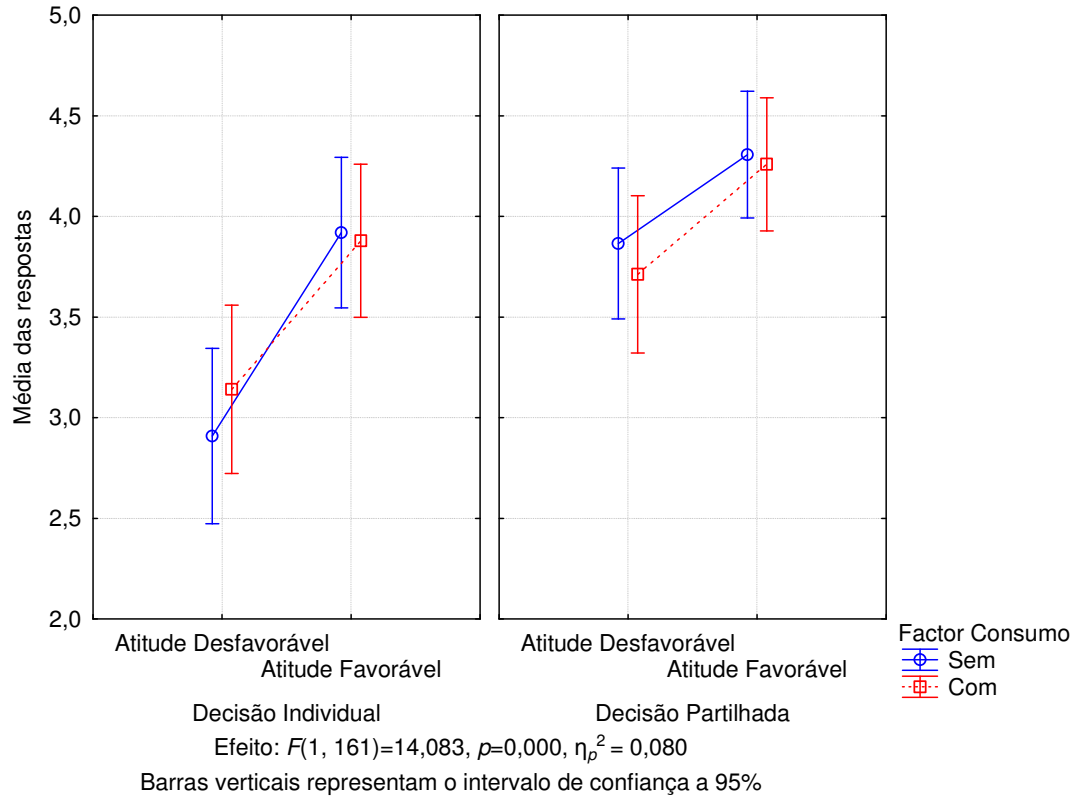


Figura 19 – Gráfico de médias dos factores consumo, atitude e decisão

Os resultados mostram que perante uma decisão individual, uma atitude desfavorável e sem consumo de bebidas alcoólicas há uma menor probabilidade de existirem relações sexuais. Independentemente da conjugação da atitude e do consumo, a decisão partilhada parece aumentar a probabilidade de ter relações sexuais. A presença de álcool parece não influenciar a probabilidade de ter relações sexuais. As diferenças significativas entre médias estão representadas na seguinte tabela de comparações múltiplas (tabela 36).

Tabela 36 – Comparações múltiplas entre as médias dos factores consumo, atitude e decisão

				{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}	
				Médias	2,98	3,92	3,96	4,34	3,19	3,76	3,92	4,28
	Consumo	Atitude	Decisão	<i>p</i>								
{1}	Sem	Desfav.	Indiv.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{2}	Sem	Desfav.	Part.			0,994	0,000	0,000	0,024	1,000	0,000	0,000
{3}	Sem	Fav.	Indiv.				0,000	0,000	0,001	0,988	0,000	0,000
{4}	Sem	Fav.	Part.					0,000	0,000	0,000	0,933	0,000
{5}	Com	Desfav.	Indiv.						0,000	0,000	0,000	0,000
{6}	Com	Desfav.	Part.							0,033	0,000	0,000
{7}	Com	Fav.	Indiv.								0,000	0,000
{8}	Com	Fav.	Part.									0,000

Legenda: Desfav. – Desfavorável; Fav. – Favorável; Indiv. – Individual; Part. – Partilhada

Observa-se que todos os valores apresentam diferenças entre si, à excepção das conjugações 2 e 3, em que a favorabilidade ao uso do preservativo de qualquer um dos factores parece aumentar a probabilidade de ter relações sexuais, de forma semelhante. O consumo parece não afectar a média de resposta quando a atitude é favorável, e a decisão individual. Da mesma forma, não afecta a média de resposta quando a atitude favorável surge conjuntamente com a decisão partilhada. Perante a conjugação 2 e 7 também parecem não existir diferenças ao nível de resposta. Estes resultados sugerem que o consumo apenas afecta as respostas em situações muito específicas, tendo maior peso a atitude e o tipo de decisão.

Em seguida apresentam-se os resultados referentes à interacção do factor preservativo com os factores consumo e relação.

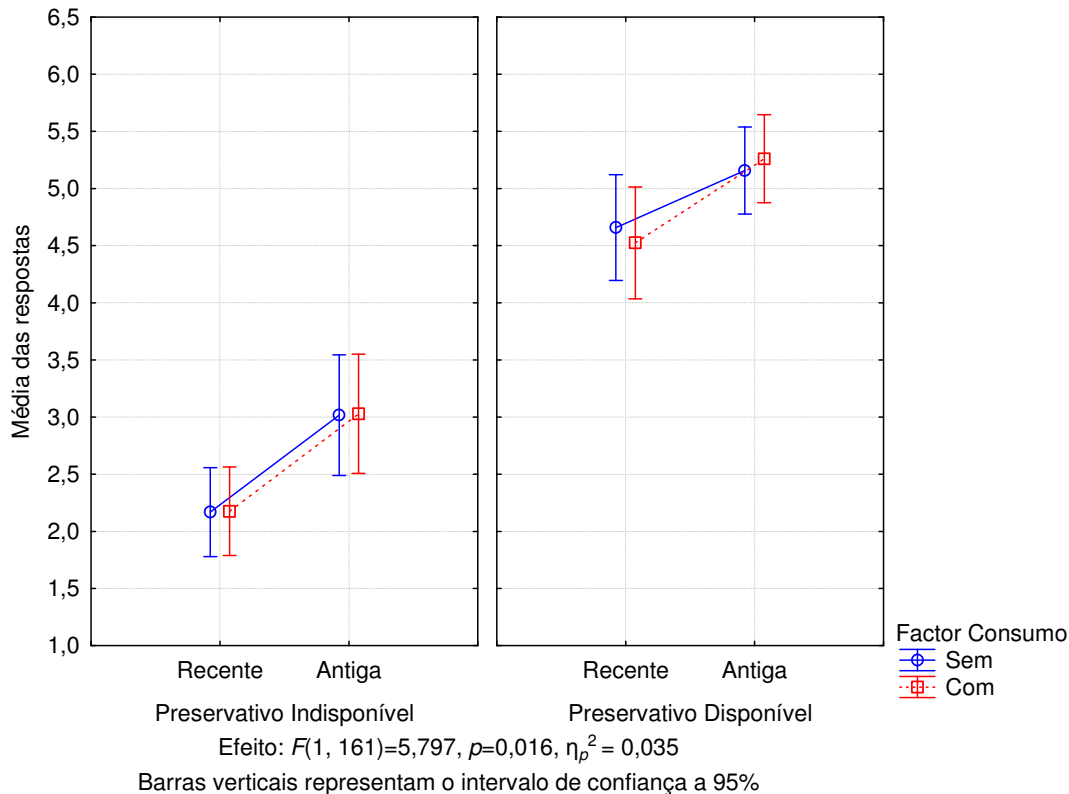


Figura 20 – Gráfico de médias dos factores preservativo, relação e consumo

De acordo com a informação expressa nos gráficos, a variável com maior efeito nesta conjugação é a presença do preservativo que aumenta consideravelmente as médias de respostas aos cenários.

Perante a indisponibilidade do preservativo, e uma relação recente, o factor consumo parece ter pouco impacto nas respostas dos cenários. A relação antiga parece aumentar a probabilidade de ter relações sexuais.

Nos cenários em que o preservativo está disponível, a relação antiga parece ser igualmente promotora de médias mais elevadas, tanto com como sem a presença de álcool. Contudo, o consumo do álcool parece fazer aumentar a probabilidade de ter relações sexuais.

Tabela 37 - Comparações múltiplas entre as médias dos factores consumo, relação e preservativo

				{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
			Médias	2,20	4,70	3,08	5,22	2,21	4,55	3,10	5,29
	Consumo	Relação	Preservativo	<i>p</i>							
{1}	Sem	Recente	Indisponível	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{2}	Sem	Recente	Disponível		0,000	0,000	0,000	0,017	0,000	0,000	
{3}	Sem	Antiga	Indisponível			0,000	0,000	0,000	0,999	0,000	
{4}	Sem	Antiga	Disponível				0,000	0,000	0,000	0,687	
{5}	Com	Recente	Indisponível					0,000	0,000	0,000	
{6}	Com	Recente	Disponível						0,000	0,000	
{7}	Com	Antiga	Indisponível								0,000
{8}	Com	Antiga	Disponível								

Como se pode observar através das comparações múltiplas, a conjugação 1 não difere significativamente da conjugação 5, pelo que o consumo não afecta a resposta quando a relação é recente e o preservativo não está disponível. A mesma situação verifica-se na conjugação 3 com a 7. O facto de existir ou não consumo não afecta a resposta, que neste caso parece apenas ser condicionada pelo facto da relação ser antiga e o preservativo não se encontrar disponível. De forma idêntica verifica-se entre a conjugação 4 e 8. Como tal, perante relações mais antigas e na presença do preservativo, maior a probabilidade dos participantes responderem que teriam relações sexuais.

Para finalizar as interacções entre factores, apresenta-se o resultado da conjugação da atitude, decisão e preservativo.

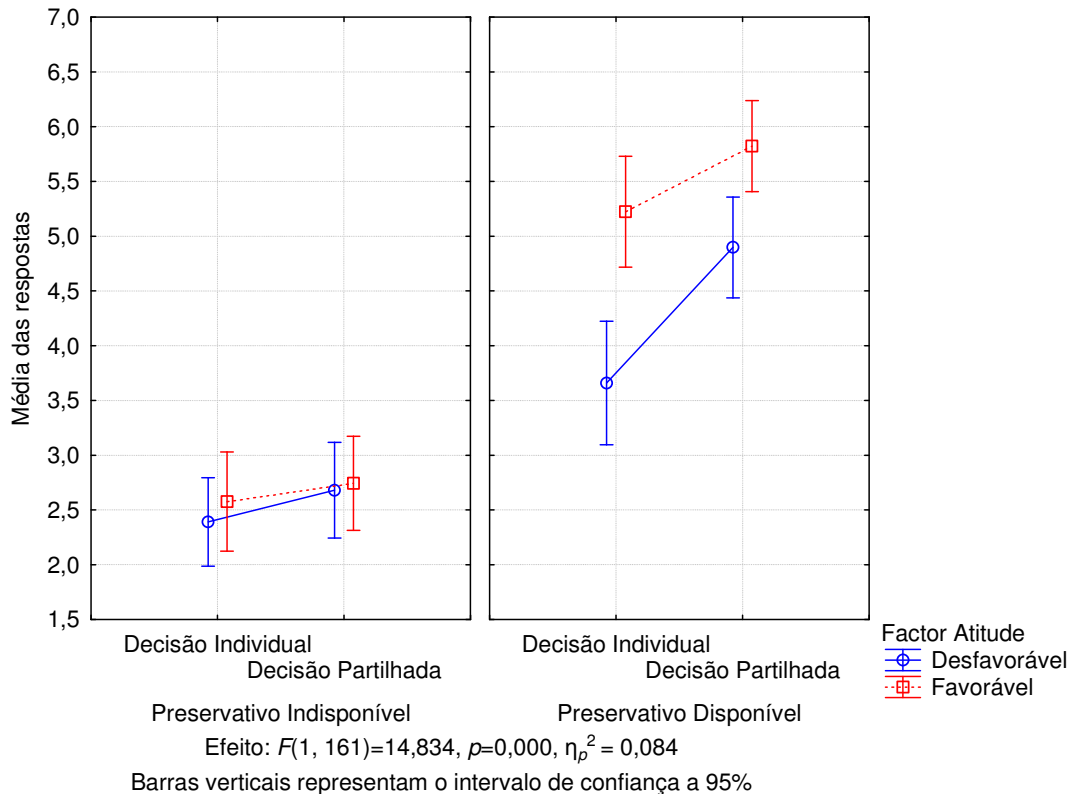


Figura 21 – Gráfico de médias dos factores preservativo, decisão e atitude

De forma semelhante aos outros resultados em que o factor preservativo está presente, as médias de resposta são superiores quando este está disponível.

Perante a não disponibilidade do preservativo, a decisão e a atitude parecem ter pouco impacto na resposta dos participantes. Não obstante, na presença de decisões partilhadas, as médias de resposta parecem ser mais elevadas, assim como perante uma atitude favorável ao uso do preservativo.

Na possibilidade de utilização do preservativo e uma decisão individual, uma atitude favorável parece influenciar significativamente a resposta dos participantes. Perante uma decisão partilhada, também se verifica um aumento da média, porém não tão elevado como na perspectiva anterior.

Os resultados das comparações múltiplas sistematizam a significância das diferenças entre grupos de factores.

Tabela 38 – Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores preservativo, decisão e atitude

				{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
Médias				2,44	3,73	2,73	4,95	2,61	5,26	2,80	5,82
Atitude	Decisão	Preservativo									
{1}	Desfav.	Indiv.	Indisp.	0,000	0,002	0,000	0,294	0,000	0,000	0,000	0,000
{2}	Desfav.	Indiv.	Disp.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{3}	Desfav.	Part.	Indisp.			0,000	0,685	0,000	0,982	0,000	0,000
{4}	Desfav.	Part.	Disp.					0,000	0,000	0,000	0,000
{5}	Fav.	Indiv.	Indisp.						0,000	0,142	0,000
{6}	Fav.	Indiv.	Disp.							0,000	0,000
{7}	Fav.	Part.	Indisp.								0,000
{8}	Fav.	Part.	Disp.								

Como verificado anteriormente, perante a indisponibilidade do preservativo, a variação dos restantes factores parece não afectar significativamente as respostas dos participantes. De resto, os resultados observados nos gráficos podem ser considerados significativos.

A última interacção significativa entre factores conjuga o consumo, a atitude, a decisão e o preservativo como afectando as respostas aos cenários [$F_{(1, 161)}=4,958$, $p=0,027$, $\eta_p^2=0,030$].

Tabela 39 – Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores consumo, atitude, decisão e preservativo

					{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}	{9}	{10}	{11}	{12}	{13}	{14}	{15}	{16}	
	Consumo	Atitude	Decisão	Preservativo	2,35	3,60	2,77	5,07	2,59	5,32	2,84	5,84	2,53	3,85	2,70	4,83	2,63	5,20	2,76	5,81	
					<i>p</i>																
{1}	Sem	Desf.	Ind.	Indisp.	0,000	0,000	0,000	0,101	0,000	0,000	0,000	0,512	0,000	0,000	0,000	0,018	0,000	0,000	0,000	0,000	
{2}	Sem	Desf.	Ind.	Disp.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,062	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
{3}	Sem	Desf.	Part.	Indisp.			0,000	0,575	0,000	1,000	0,000	0,127	0,000	1,000	0,000	0,908	0,000	1,000	0,000	0,000	
{4}	Sem	Desf.	Part.	Disp.				0,000	0,062	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,070	0,000	0,947	0,000	0,000	
{5}	Sem	Fav.	Ind.	Indisp.					0,000	0,054	0,000	1,000	0,000	0,984	0,000	1,000	0,000	0,638	0,000	0,000	
{6}	Sem	Fav.	Ind.	Disp.						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,957	0,000	0,000	
{7}	Sem	Fav.	Part.	Indisp.							0,000	0,004	0,000	0,873	0,000	0,235	0,000	0,999	0,000	0,000	
{8}	Sem	Fav.	Part.	Disp.								0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	
{9}	Com	Desf.	Ind.	Indisp.									0,000	0,669	0,000	0,996	0,000	0,157	0,000	0,000	
{10}	Com	Desf.	Ind.	Disp.										0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
{11}	Com	Desf.	Part.	Indisp.											0,000	1,000	0,000	1,000	0,000	0,000	
{12}	Com	Desf.	Part.	Disp.												0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
{13}	Com	Fav.	Ind.	Indisp.													0,000	0,936	0,000	0,000	
{14}	Com	Fav.	Ind.	Disp.														0,000	0,000	0,000	
{15}	Com	Fav.	Part.	Indisp.																0,000	
{16}	Com	Fav.	Part.	Disp.																	0,000

A média mais elevada surge pela conjugação da ausência de álcool, de uma atitude favorável, uma decisão partilhada e perante a disponibilidade do preservativo. O consumo não afecta esta conjugação, já que não se observam diferenças significativas entre as médias dos cenários homólogos, com e sem consumo de álcool.

A indisponibilidade do preservativo parece reduzir o impacto das restantes variáveis dado que se observa não existirem diferenças entre as médias destas conjugações. As situações em que o preservativo não está disponível apresentam uma média de resposta significativamente inferior quando comparado com as conjugações onde este está disponível.

As médias mais elevadas correspondem na totalidade aos cenários onde o preservativo está disponível.

A comparação dos cenários homólogos permite-nos observar que a decisão do parceiro, independentemente das pistas apresentadas faz variar as respostas de forma significativa e contribui para as médias observadas. Contudo, a atitude do parceiro face ao preservativo parece afectar mais a resposta quando o preservativo está disponível.

Observa-se portanto uma tendência dos participantes decidirem com base na disponibilidade do preservativo, que varia conjuntamente com a atitude quando está disponível, e com a forma como a decisão pode ser tomada. A presença do consumo de álcool parece ser acessório, não havendo variação em cenários homólogos.

Em seguida serão apresentadas as interações entre os factores dos cenários e os factores da representação social do sexo. De forma a sistematizar a apresentação dos resultados, primeiro serão apresentadas as interações com o factor *romance*, em

seguida as interações com o factor *risco*, as interações com o factor *sensações*, e para finalizar as conjugações entre dois ou mais factores das representações sociais.

O factor *romance* estabelece um efeito sobre as respostas aos cenários quando conjugado com os factores relação e preservativo.

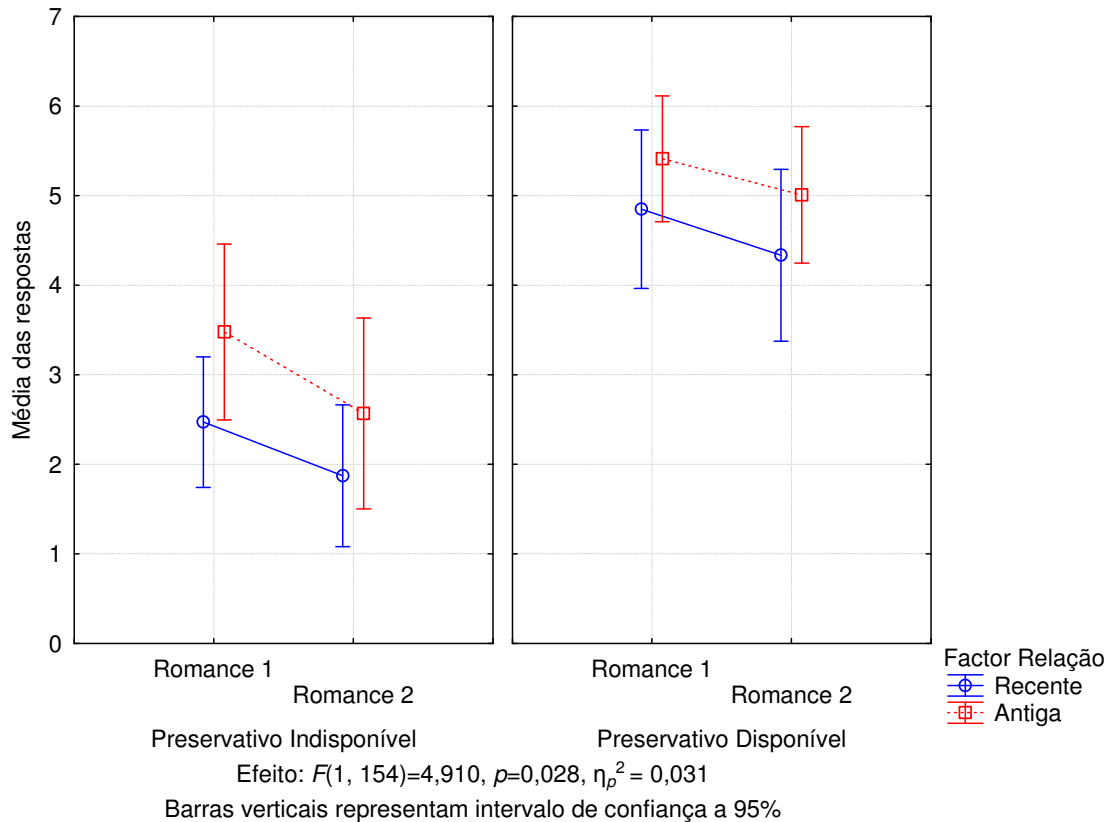


Figura 22 – Gráfico de médias dos factores preservativo, relação e romance

Legenda: Romance 1 – grupo com valores abaixo da mediana; Romance 2 – grupo com valores acima da mediana

Como se pode observar pelo gráfico, a presença do preservativo no cenário aumenta a possibilidade de terem relações sexuais. Pode verificar-se, também, que a

média tende a ser mais elevada perante relações antigas. O factor *romance* parece afectar mais em situações em que a relação é antiga e o preservativo está indisponível.

Através das comparações múltiplas podemos observar que o *romance* influencia precisamente a resposta aos cenários em que a relação é antiga e o preservativo não está disponível ($M_{(romance1)}=3,46$, $M_{(romance2)}=2,69$, $p=0,016$). Neste caso particular, quem valoriza mais o *romance* parece ter menor probabilidade de não ter relações sexuais perante a ausência do preservativo, mesmo tratando-se de uma relação antiga.

O factor *risco* surge conjugado com a relação, como se observa no gráfico seguinte.

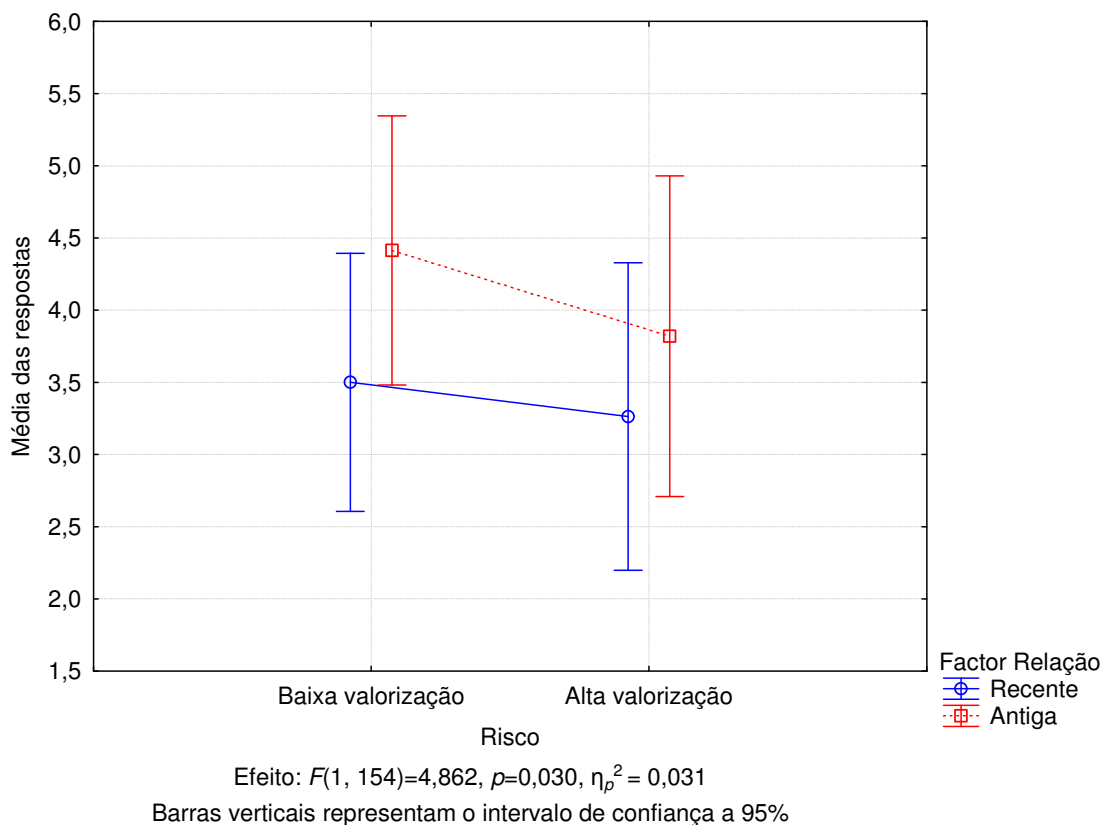


Figura 23 – Gráfico de médias entre o factor relação e o risco

Os resultados sugerem que quando há uma baixa valorização do *risco* e a relação é antiga, a probabilidade de ter relações sexuais aumenta significativamente ($M_{(\text{Baixo; Recente})}=3,47$, $M_{(\text{Baixo; Antiga})}=4,40$, $p=0,000$). Quando a valorização do *risco* é elevada a relação é antiga também aumenta a probabilidade de ter relações sexuais ($M_{(\text{Elevado; Recente})}=3,30$, $M_{(\text{Elevado; Antiga})}=3,86$, $p=0,000$). Contudo quando a relação é recente, não se observam diferenças significativas entre as médias de resposta, sendo indiferente qual o grupo de valorização do *risco* em que os participantes se encontram ($p>0,050$). Da mesma forma, não se observam diferenças significativas entre as médias das respostas dos indivíduos que com baixa valorização aos cenários com uma relação recente das respostas dos indivíduos com alta valorização e respondem aos cenários com relação antiga ($p>0,050$).

O seguinte gráfico representa a relação do factor atitude pela valorização do factor *risco*, da representação social do sexo.

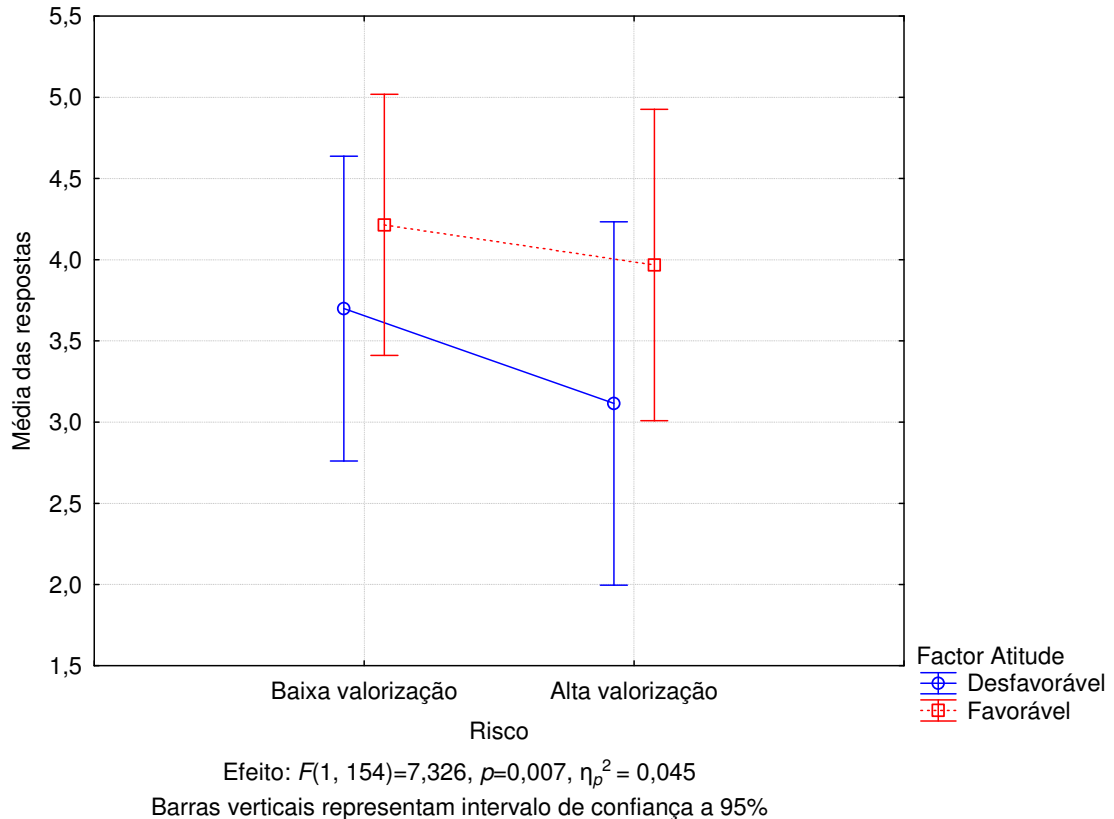


Figura 24 – Gráfico de médias entre o factor atitude e o risco

Os resultados permitem observar que o factor da atitude afecta as respostas aos cenários, dado que quando a valorização do *risco* é baixa perante uma atitude favorável verifica-se um aumento significativo da médias das respostas aos cenários ($M_{(Baixa;Desfavorável)}=3,70, M_{(Baixa;Favorável)}=4,20, p=0,000$). A mesma tendência é observável perante uma alta valorização do *risco* ($M_{(Alta;Desfavorável)}=3,15, M_{(Alta;Favorável)}=4,02, p=0,000$). Em sentido inverso, quando a atitude é desfavorável, uma alta valorização do *risco* diminui a probabilidade dos participantes terem relações sexuais ($M_{(Baixa;Desfavorável)}=3,70, M_{(Alta;Desfavorável)}=3,15, p=0,005$). Contudo, perante uma atitude favorável face ao preservativo por parte do parceiro, o efeito do *risco* perde a sua significância ($p>0,050$).

Observa-se igualmente que a interacção entre ter uma baixa valorização do *risco* perante uma atitude favorável ($M=4,20$) aumenta significativamente a média de resposta quando comparada a uma alta valorização do risco e uma atitude desfavorável ($M=3,15$, $p=0,000$). Contudo, o inverso (Baixa/Desfavorável vs. Alta/Favorável) não se verifica ($p>0,050$).

Observa-se ainda a interacção entre a atitude, o preservativo e a valorização do risco.

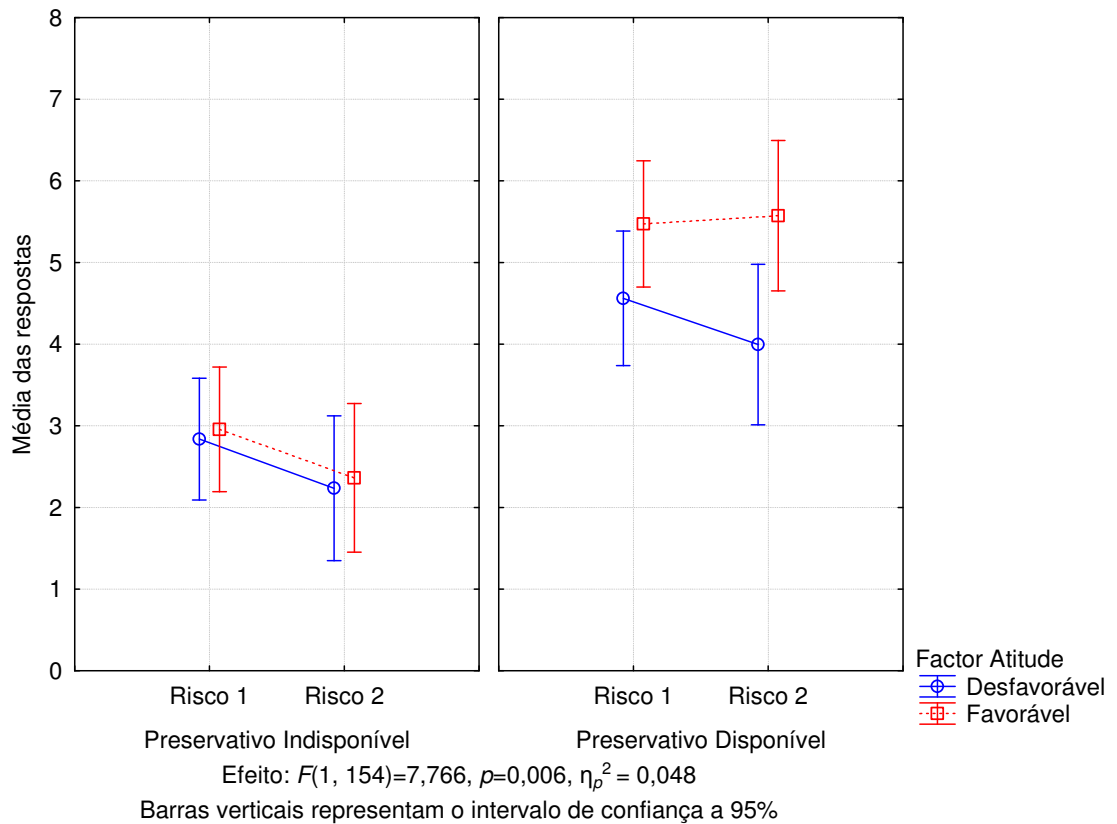


Figura 25 – Gráfico de médias entre os factores atitude, preservativo, e o risco

Legenda: Risco 1 – grupo com valores abaixo da mediana; Risco 2 – grupo com valores acima da mediana

Observa-se um comportamento semelhante ao nível das respostas quando o preservativo não está disponível. Uma atitude favorável com menor valorização do *risco* parece estar associado a médias de resposta mais elevadas, enquanto uma atitude desfavorável e uma maior valorização do *risco* parece estar relacionado com uma menor probabilidade de ter relações sexuais.

Contudo, o comportamento das variáveis perante a disponibilidade do preservativo parece extremar-se. Perante uma maior valorização do *risco* e uma atitude mais favorável face ao preservativo, sugere a existência de um aumento significativo na probabilidade de ter relações sexuais.

Tabela 40 - Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores atitude, preservativo, e risco

			{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
Médias			2,83	4,56	2,93	5,46	2,26	4,04	2,40	5,65
Risco	Atitude	Preservativo	<i>p</i>							
{1}	Baixo	Desf. Indisp.	0,000	0,981	0,000	0,202	0,000	0,566	0,000	0,000
{2}	Baixo	Desf. Disp.	0,000	0,000	0,000	0,340	0,000	0,000	0,000	0,000
{3}	Baixo	Fav. Indisp.	0,000	0,070	0,000	0,291	0,000	0,000	0,000	0,000
{4}	Baixo	Fav. Disp.	0,000	0,000	0,000	0,993	0,000	0,000	0,000	0,000
{5}	Elevado	Desf. Indisp.	0,000	0,943	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{6}	Elevado	Desf. Disp.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{7}	Elevado	Fav. Indisp.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
{8}	Elevado	Fav. Disp.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Como é possível verificar através das comparações múltiplas, o principal efeito nas respostas dos participantes deve-se à disponibilidade do preservativo, que promove as médias de resposta mais elevadas. Nas situações em que o preservativo está disponível observa-se, ainda, que a atitude favorável ou desfavorável, independentemente do *risco*, modifica significativamente as respostas aos cenários.

As restantes variações devem-se à interacção do *risco* com a atitude. O *risco* contribuir para a diferenciação das médias de resposta em conjunto com a atitude, sem apresentar um efeito directamente observável.

O factor *sensações* da representação social estabelece interacções com o factor relação, com os factores consumo e relação simultaneamente, e com os factores decisão e preservativo.

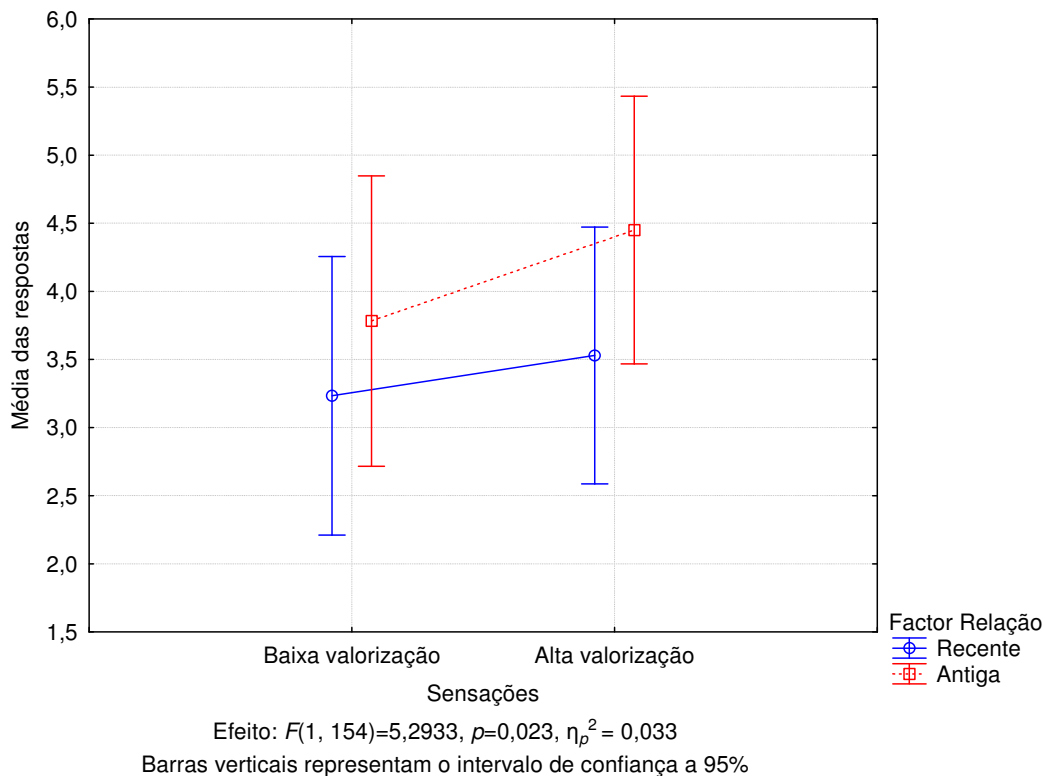


Figura 26 – Gráfico de médias entre o factor relação e a variável sensações

Quanto mais antiga a relação, perante uma baixa valorização do aspecto das *sensações*, maior a probabilidade de ter relações sexuais ($M_{(Baixa;Recente)}=3,36$, $M_{(Baixa;Antiga)}=3,94$, $p=0,000$). O mesmo se verifica quando a valorização é elevada ($M_{(Alta;Recente)}=3,37$, $M_{(Alta;Antiga)}=4,40$, $p=0,000$). Contudo, é de notar que as diferenças de médias encontradas ao nível da relação recente, entre uma valorização baixa e elevada, não são significativas ($p>0,050$). No entanto, de uma forma em geral, a interação dos dois factores é capaz de influenciar a resposta fornecida aos cenários. Perante a valorização elevada obtemos valores mais elevados de resposta, em ambos os tipos de relação, sendo as diferenças encontradas significativas ($p\leq 0,001$).

O consumo também apresenta um efeito conjuntamente com as variáveis já anteriormente representadas.

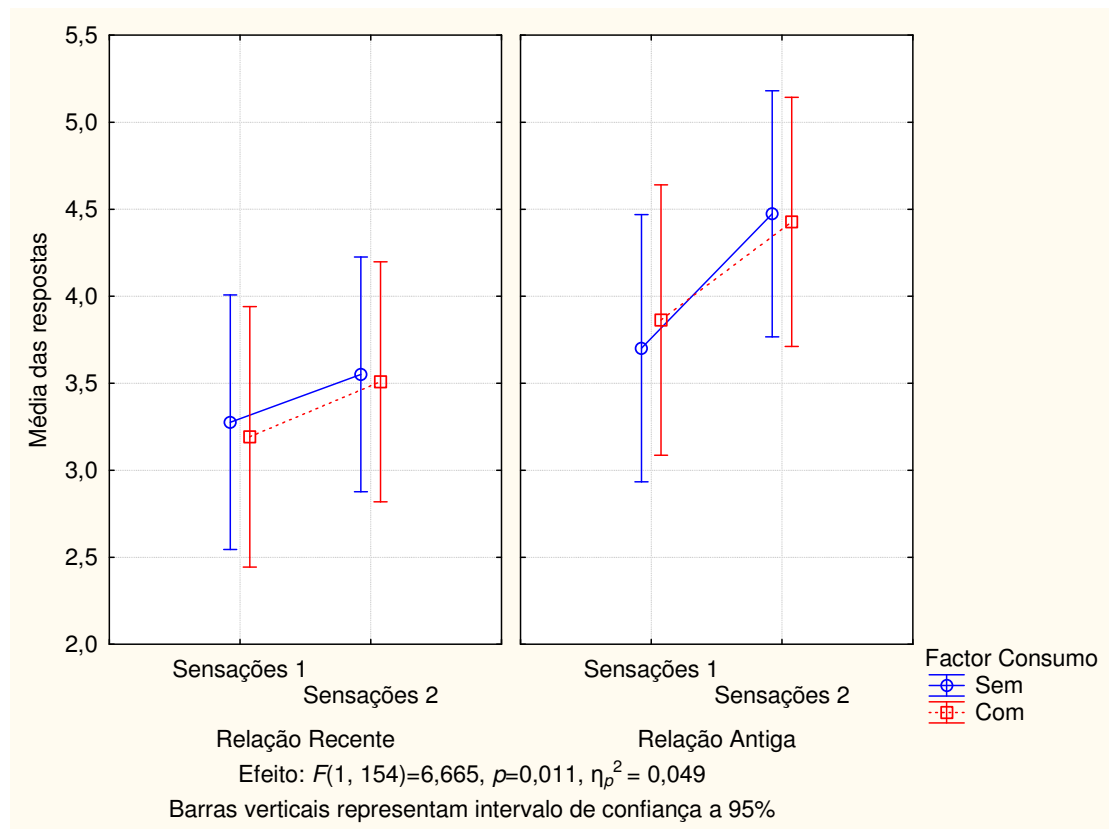


Figura 27 – Gráfico de médias entre os factores relação, consumo e a variável sensações

Legenda: Sensações 1 – grupo com valores abaixo da mediana; Sensações 2 – grupo com valores acima da mediana

A observação dos gráficos permite verificar que na situação de relação recente, os cenários sem consumo de álcool conduziram a médias de resposta mais elevadas, tendência semelhante para os dois grupos de valorização da variável *sensações*.

No gráfico relativo à relação antiga, o grupo de indivíduos que menos valoriza a variável *sensações* apresenta médias mais elevadas perante a existência de consumo de álcool nos cenários, enquanto grupo que mais valoriza as *sensações* apresenta médias mais elevadas de resposta quando não existe consumo nos cenários.

As comparações múltiplas permitem verificar se as diferenças entre médias são significativas.

Tabela 41 - Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores consumo, relação, e sensações

				{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
Médias				3,40	3,87	3,31	4,02	3,49	4,42	3,44	4,38
Sensações	Consumo	Relação	<i>p</i>								
{1}	Baixa	Sem	Recente	0,000	0,538	0,000	1,000	0,000	1,000	0,000	0,000
{2}	Baixa	Sem	Antiga		0,000	0,037	0,670	0,201	0,507	0,294	
{3}	Baixa	Com	Recente			0,000	0,992	0,000	0,999	0,000	
{4}	Baixa	Com	Antiga				0,246	0,604	0,146	0,729	
{5}	Elevada	Sem	Recente					0,000	0,950	0,000	
{6}	Elevada	Sem	Antiga						0,000	0,986	
{7}	Elevada	Com	Recente							0,000	
{8}	Elevada	Com	Antiga								

As comparações múltiplas permitem observar que o principal efeito sobre as respostas deriva do factor relação. Todas as médias, quando comparadas a partir da relação ser recente ou antiga, apresentam diferenças significativas ($p \leq 0,050$).

O grupo de pertença relativamente à valorização da variável *sensações* não apresenta diferenças significativas nas médias de resposta.

O mesmo se verifica com o consumo, à excepção da diferença entre as médias da conjugação 2 (baixa valorização/sem consumo/relação antiga) com a conjugação 4 (baixa valorização/com consumo/relação antiga). Neste caso particular o consumo

parece aumentar a probabilidade de terem relações sexuais, enquanto a sua ausência diminui a média da resposta, como aliás se tinha observado através do gráfico.

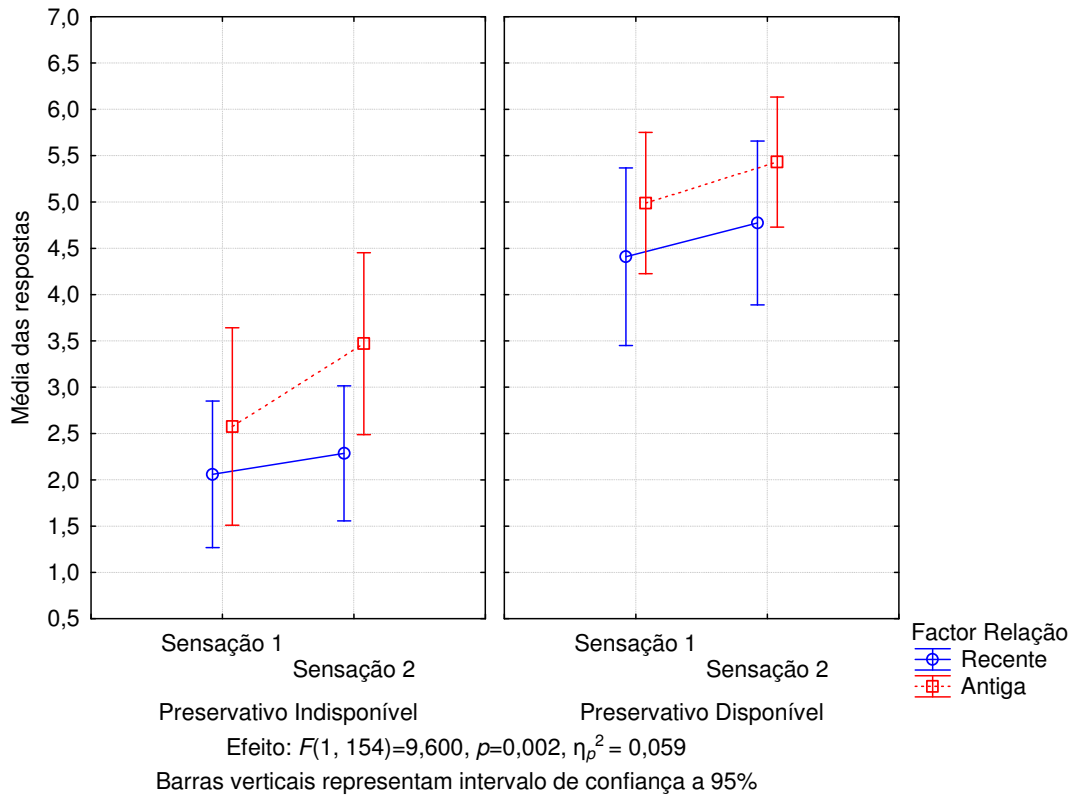


Figura 28 – Gráfico de médias entre os factores relação, preservativo e a variável sensações

Relativamente à influência dos factores relação, preservativo e variável *sensações* nas respostas dos participantes, pode-se observar a partir do gráfico um efeito claro do factor preservativo. Perante a possibilidade de utilizar o preservativo a média das respostas do participante é mais elevada, independentemente da relação ou da valorização das *sensações*.

Contudo, verifica-se que a média dos participantes que valorizam mais as sensações é mais elevada em qualquer uma das possíveis situações referentes ao preservativo, destacando-se quando a relação é antiga.

Tabela 42 - Comparações múltiplas entre as médias de resposta dos factores relação, preservativo, e sensações

			{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}
Médias			2,18	4,54	2,78	5,11	2,23	4,71	3,39	5,40
Sensações	Relação	Preservativo	<i>p</i>							
{1}	Baixa	Recente	Indisponível	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000
{2}	Baixa	Recente	Disponível		0,000	0,000	0,000	0,995	0,000	0,003
{3}	Baixa	Antiga	Indisponível			0,000	0,209	0,000	0,123	0,000
{4}	Baixa	Antiga	Disponível				0,000	0,652	0,000	0,900
{5}	Elevada	Recente	Indisponível					0,000	0,000	0,000
{6}	Elevada	Recente	Disponível						0,000	0,000
{7}	Elevada	Antiga	Indisponível							0,000
{8}	Elevada	Antiga	Disponível							

No que concerne à significância dos efeitos, observa-se através da tabela de comparações múltiplas, que todas as diferenças com base no preservativo são significativas, assim como as diferenças com base na relação. As médias de resposta mais elevadas correspondem à presença do preservativo e ao facto da relação ser antiga. No entanto, é de notar que a valorização da variável sensações varia de forma idêntica ao longo dos factores dos cenários, sem que as diferenças nas médias sejam significativas.

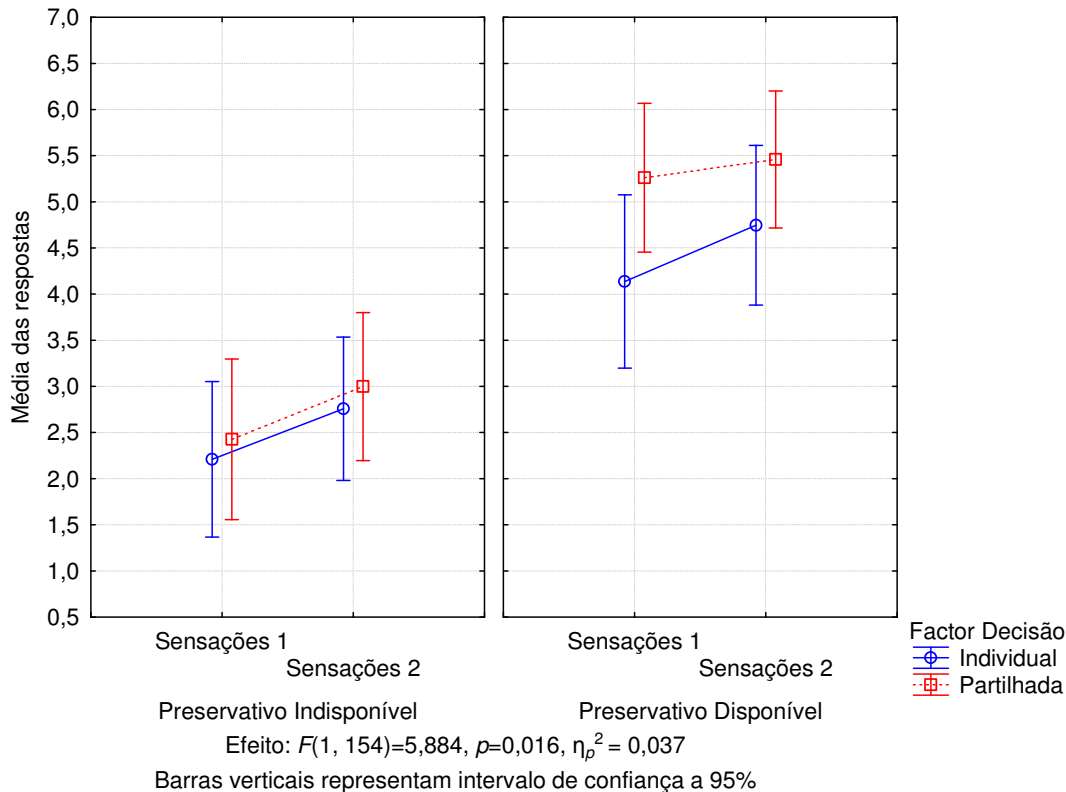


Figura 29 – Gráfico de médias entre os factores decisão, preservativo e a variável sensações

O gráfico ilustra o factor preservativo como sendo o que tem mais impacto nas médias de resposta aos cenários. Como já foi observado anteriormente a presença do preservativo aumenta a probabilidade dos participantes afirmarem que teriam relações sexuais. No entanto, pode-se verificar que o factor de decisão também afecta a resposta dos participantes. Uma situação em que haja abertura para discutir a utilização do preservativo parece ser favorecedora da relação sexual. A valorização da variável *sensações* parece também afectar as médias de resposta, dado que os indivíduos que valorizam mais as *sensações* têm médias de resposta mais elevadas.

As comparações múltiplas permitem observar que tanto os factores decisão e preservativo afectam significativamente a média de resposta dos participantes

($p \leq 0.001$), à semelhança do caso anterior. No entanto, observa-se igualmente que a variação da variável *sensações* não apresenta nenhum efeito directo sobre as respostas, sendo semelhante em qualquer das situações.

As variáveis *sensações* e *risco* apresentam ainda interacção com os factores atitude e decisão e com os factores relação e preservativo. Dada a dificuldade de representação gráfica de quatro variáveis em simultâneo, os dados foram apresentados apenas em tabela (tabelas 43 e 44).

Tabela 43 – Comparações múltiplas entre os factores atitude, decisão e as variáveis sensações e risco

				{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}	{9}	{10}	{11}	{12}	{13}	{14}	{15}	{16}	
				Médias	3,20	4,10	4,00	4,30	2,41	3,25	3,30	3,90	3,46	4,04	4,00	4,51	3,03	3,73	4,25	4,41
	Sensações	Risco	Atitude	Decisão	<i>p</i>															
{1}	Baixa	Baixa	Desf.	Indiv.		0,000	0,000	0,000	0,532	1,000	1,000	0,748	1,000	0,234	0,324	0,001	1,000	0,923	0,038	0,005
{2}	Baixa	Baixa	Desf.	Part..			0,999	0,539	0,000	0,414	0,532	1,000	0,734	1,000	1,000	0,989	0,029	0,998	1,000	1,000
{3}	Baixa	Baixa	Fav.	Indiv.				0,032	0,000	0,640	0,752	1,000	0,912	1,000	1,000	0,930	0,082	1,000	1,000	0,993
{4}	Baixa	Baixa	Fav.	Part.					0,000	0,097	0,149	0,998	0,242	1,000	1,000	1,000	0,002	0,875	1,000	1,000
{5}	Baixa	Elevada	Desf.	Indiv.						0,000	0,000	0,000	0,131	0,000	0,000	0,000	0,921	0,011	0,000	0,000
{6}	Baixa	Elevada	Desf.	Part.							1,000	0,000	1,000	0,598	0,696	0,019	1,000	0,991	0,211	0,061
{7}	Baixa	Elevada	Fav.	Indiv.								0,000	1,000	0,710	0,797	0,032	1,000	0,997	0,295	0,096
{8}	Baixa	Elevada	Fav.	Part.									0,997	1,000	1,000	0,916	0,437	1,000	1,000	0,986
{9}	Elevada	Baixa	Desf.	Indiv.										0,000	0,000	0,000	0,991	1,000	0,456	0,159
{10}	Elevada	Baixa	Desf.	Part.											1,000	0,000	0,080	1,000	1,000	0,999
{11}	Elevada	Baixa	Fav.	Indiv.												0,000	0,120	1,000	1,000	0,996
{12}	Elevada	Baixa	Fav.	Part.													0,000	0,468	1,000	1,000
{13}	Elevada	Elevada	Desf.	Indiv.														0,000	0,000	0,000

{14}	Elevada	Elevada	Desf.	Part.	0,000	0,000
{15}	Elevada	Elevada	Fav.	Indiv.		0,965
{16}	Elevada	Elevada	Fav.	Part.		

Os resultados das comparações múltiplas permitem verificar que as principais variações de resultados devem-se aos factores atitude e decisão. As médias de resposta mais elevada referem-se à atitude favorável e decisão partilhada, em conjunto, independentemente da valorização das variáveis *sensações* e *risco*.

Os efeitos directos das variáveis referentes à representação social não são observáveis. No entanto, devido à conjugação de 4 factores, as múltiplas possibilidades de cruzamento permitem observar diferenças significativas ao nível da variação conjunta.

A valorização conjunta das *sensações*, do *risco*, da atitude favorável e da decisão partilhada apresenta uma média estatisticamente superior à conjugação homóloga. Os participantes que valorizam mais o *risco* apresentam médias mais altas quando a atitude é favorável e a decisão partilhada, e observam-se médias mais baixas perante uma atitude desfavorável e/ou a decisão é individual.

De uma forma em geral, os resultados mostram que quando a atitude é desfavorável e/ou a decisão é individual, sem hipótese de discussão, a valorização das *sensações* e do *risco* fazem variar as médias de resposta. No entanto, parece ser necessário que apenas uma das condições seja favorável ao uso do preservativo para que a probabilidade de ter relações sexuais aumente. Pertencer ao grupo que mais valoriza quer as *sensações* quer o *risco* parece ser redundante, dado que as médias aumentam com a conjugação da atitude favorável e da decisão conjunta.

Tabela 44 – Comparações múltiplas entre os factores relação, preservativo e as variáveis sensações e risco

					{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}	{9}	{10}	{11}	{12}	{13}	{14}	{15}	{16}
				Médias	2,39	4,79	3,12	5,30	1,80	4,10	2,19	4,77	2,34	4,43	3,74	5,51	2,11	5,00	3,03	5,28
Sensações	Risco	Relação	Preservativo		<i>p</i>															
{1}	Baixa	Baixa	Recente	Indisp.		0,000	0,000	0,000	0,928	0,000	1,000	0,000	1,000	0,000	0,001	0,000	1,000	0,000	0,775	0,000
{2}	Baixa	Baixa	Recente	Disp.			0,000	0,001	0,000	0,800	0,000	1,000	0,000	0,999	0,040	0,523	0,000	1,000	0,000	0,965
{3}	Baixa	Baixa	Antiga	Indisp.				0,000	0,008	0,197	0,266	0,000	0,380	0,001	0,787	0,000	0,066	0,000	1,000	0,000
{4}	Baixa	Baixa	Antiga	Disp.					0,000	0,031	0,000	0,973	0,000	0,220	0,000	1,000	0,000	1,000	0,000	1,000
{5}	Baixa	Elevada	Recente	Indisp.						0,000	0,453	0,000	0,978	0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,040	0,000
{6}	Baixa	Elevada	Recente	Disp.							0,000	0,001	0,000	1,000	1,000	0,005	0,000	0,422	0,138	0,063
{7}	Baixa	Elevada	Antiga	Indisp.								0,000	1,000	0,000	0,001	0,000	1,000	0,000	0,550	0,000
{8}	Baixa	Elevada	Antiga	Disp.									0,000	1,000	0,181	0,737	0,000	1,000	0,000	0,988
{9}	Elevada	Baixa	Recente	Indisp.										0,000	0,000	0,000	1,000	0,000	0,719	0,000
{10}	Elevada	Baixa	Recente	Disp.											0,000	0,000	0,000	0,917	0,001	0,352
{11}	Elevada	Baixa	Antiga	Indisp.												0,000	0,000	0,007	0,657	0,000
{12}	Elevada	Baixa	Antiga	Disp.													0,000	0,967	0,000	1,000
{13}	Elevada	Elevada	Recente	Indisp.														0,000	0,000	0,000

{14}	Elevada	Elevada	Recente	Disp.	0,000	0,748
{15}	Elevada	Elevada	Antiga	Indisp.	0,000	
{16}	Elevada	Elevada	Antiga	Disp.		

Relativamente a esta última conjugação entre factores e variáveis, a presença do preservativo tem um efeito directo sobre a média das respostas dos participantes. As médias mais elevadas correspondem directamente à possibilidade de utilizar o preservativo. A relação ser antiga influencia directamente a resposta, aumentando a probabilidade de ter relações sexuais. As variáveis *sensações* e *risco* não apresentam um efeito directo nas respostas, verificando-se apenas efeitos espúrios através da conjugação com os factores anteriormente referidos.

A observação do conjunto *sensações* e *risco* mostra que as médias de resposta são mais elevadas quando os participantes valorizam o *risco*, a atitude para uso do preservativo é favorável e este está presente no cenário. As médias descem quando a valorização do *risco* é elevada, porém o preservativo não está disponível no cenário.

A valorização das *sensações* parece aumentar a probabilidade de ter relações sexuais em conjunto com uma relação recente, bem como a disponibilidade do preservativo.

Contudo, estas interpretações devem ser cuidadosas, dado que o preservativo e a atitude fazem os resultados variar independentemente do grupo de valorização do *risco* ou *sensações* a que o participante pertence.

9.3.2. A influência da representação social no comportamento de uso do preservativo

De forma complementar ao objectivo anterior, analisou-se o impacto da representação social do sexo no uso do preservativo. Foi intenção deste estudo compreender de que forma os três factores da representação social podem explicar o

uso do preservativo, em conjunto com as variáveis sócio-cognitivas (atitude face ao preservativo, auto-eficácia de uso e negociação do preservativo, controlo externo sobre acontecimentos sexuais, e consumo de álcool) e com as variáveis da história sexual do participante (utilização de outros métodos contraceptivos, uso do preservativo na última relação sexual, número de parceiros, se tem parceiro actualmente, e estabilidade da relação). Para integrar este modelo foram escolhidas variáveis que fossem equivalentes às pistas consideradas nos cenários.

Foi conduzida uma análise de regressão linear múltipla *stepwise* para seleccionar as variáveis que explicam o uso do preservativo.

Das variáveis sócio-demográficas foram consideradas na análise a utilização do preservativo na última relação sexual, a existência de outro método contraceptivo, a existência de um parceiro sexual, o tempo da relação actual (no caso de existir um parceiro), o número de parceiros sexuais dos últimos 6 meses, e o número total de parceiros sexuais.

Um modelo capaz de explicar cerca de 51,1% ($R^2_{\text{ajustado}}=50,1\%$, $F=35,748$, $p<0,001$) integra a utilização do uso do preservativo na última relação sexual ($\beta=0,599$, $p<0,001$), a utilização de outro método contraceptivo ($\beta=0,586$, $p=0,000$) e o tempo da relação ($\beta=-0,186$, $p=0,010$).

Relativamente às variáveis sócio-cognitivas consideradas no estudo, emergiu um modelo que explica 27,1% ($R^2_{\text{ajustado}}=25,4\%$, $F=15,492$, $p<0,001$) da variação da variável dependente, uso do preservativo. O modelo incluía a atitude face ao preservativo ($\beta=0,358$, $p<0,001$), o controlo externo sobre acontecimentos sexuais ($\beta=0,252$, $p=0,001$) e a auto-eficácia para o uso do preservativo ($\beta=0,216$, $p=0,006$).

No que concerne aos factores da representação social, apenas o *risco* explica 23,2% da variação do uso do preservativo ($R^2_{ajustado}=22,6\%$, $F=42,179$, $p<0,001$), com um coeficiente de 0,481 ($p<0,001$).

A seguinte tabela 45 apresenta os resultados da regressão linear múltipla hierárquica, conduzida com as variáveis apuradas através da regressão *Stepwise*.

As variáveis entraram em 3 blocos diferentes, com método *Enter*, que força a entrada de todas as variáveis no modelo. Primeiro foram consideradas sócio-demográficas, seguindo-se as variáveis sócio-cognitivas e no último bloco as variáveis da representação social.

Tabela 45 – Regressão linear múltipla stepwise do uso do preservativo

Modelo	β	<i>t</i>	<i>p</i>	$R^2/R^2_{ajustado}$	<i>F</i>	<i>p</i>
1 Constante		-4,797	0,000			
Us01	0,611	7,69	0,000	0,479 / 0,462	28,802	0,000
Outro	0,559	6,984	0,000			
Tempo	-0,185	-2,441	0,017			
2 Constante		-6,752	0,000			
Us01	0,514	6,63	0,000	0,587 / 0,560	21,573	0,000
Outro	0,470	6,229	0,000			
Tempo	-0,140	-1,986	0,050			
Atitude	0,308	4,471	0,000			
Controlo	0,091	1,263	0,210			
AE Uso	0,110	1,543	0,126			
3 Constante		-8,635	0,000			
Us01	0,447	6,195	0,000	0,661 / 0,635	25,105	0,000
Outro	0,379	5,278	0,000			
Tempo	-0,088	-1,344	0,182			
Atitude	0,229	3,498	0,001			
Controlo	0,156	2,331	0,022			
AE Uso	0,142	2,169	0,033			
Risco	0,307	4,438	0,000			

Legenda: AE Uso – Auto-eficácia de uso do preservativo; Us01 – utilização do preservativo na última relação sexual (não/sim); Outro – utilização de outro método contraceptivo (não/sim); Tempo – tempo de duração da relação (em meses).

Como se observa na tabela, a inclusão das variáveis aumenta a capacidade de explicação da variação do uso do preservativo. O f^2 de Cohen ($f^2 = \frac{R_{AB}^2 - R_A^2}{1 - R_{AB}^2}$) permite observar um tamanho de efeito grande entre os primeiros dois modelos ($f^2=0,223$) bem como entre o segundo e o terceiro modelo ($f^2=0,205$). O terceiro modelo é o que explica em maior percentagem (63,5%) o uso do preservativo e inclui o maior número de variáveis com um peso significativo.

A tabela permite observar que a variável duração da relação, que tem um peso significativo no primeiro modelo, perde o seu impacto com a introdução das variáveis sócio-cognitivas. O controlo, que apresenta um coeficiente de correlação significativo com o uso do preservativo ($r=0,268$, $p=0,002$), não apresenta uma ponderação significativa no segundo modelo. A correlação existente entre o controlo e a utilização do preservativo na última relação sexual pressupõe a possível existência de um efeito mediacional puro entre as variáveis envolvidas (Abbad & Torres, 2002). Através do teste mediacional desenvolvido por Preacher e Hayes (2004) para o SPSS, observa-se que a variável controlo perde a sua capacidade de explicar o uso do preservativo através da mediação da utilização do preservativo na última relação sexual ($Z=3,116$, $p\leq 0,002$).

No entanto, observa-se que no terceiro modelo a variável volta a adquirir a sua capacidade de explicação pela introdução da variável risco, que diminui a capacidade explicativa da utilização do preservativo na última relação sexual.

Observa-se ainda a existência de correlações entre as variáveis consideradas no modelo: quanto mais favorável a atitude face ao preservativo, maior a auto-eficácia de uso ($r=0,157$, $p\leq 0,046$), apesar de se constatar que é uma correlação pouco linear de fraca intensidade; quanto mais favorável a atitude face ao preservativo, maior é a

valorização dos aspectos do *risco* da representação social do sexo ($r=0,319$, $p\leq 0,000$); observa-se igualmente, que a utilização do preservativo na última relação sexual e a utilização de outro contraceptivo estão negativamente correlacionados ($r=-0,268$, $p\leq 0,001$), pelo que a utilização de preservativo na última relação está relacionada com a não utilização de outro método contraceptivo. Desta forma, o terceiro modelo foi testado através de uma análise confirmatória conduzida através do software AMOS 7, para o SPSS.

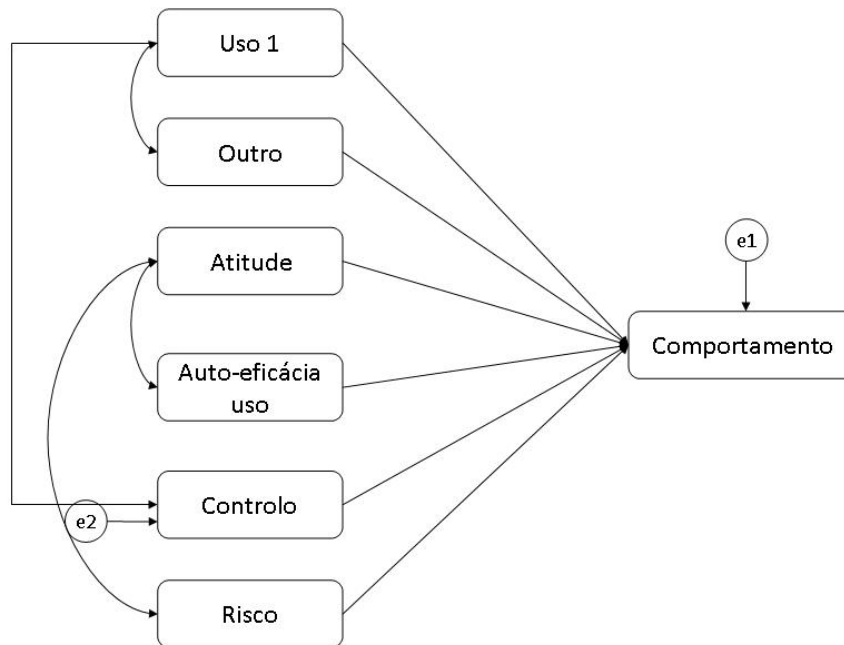


Figura 30 – Modelo do uso do preservativo

Os resultados evidenciam um bom ajustamento do modelo ($\chi^2=17,956$, $gl=11$, $p=0,083$, $\chi^2/gl=1,632$; CFI (comparative fit index)=0,957; GFI (global fit index)=0,967; RMSEA=0,067;

SRMR=0,0670). O modelo considerado é capaz de explicar 51,1% da variabilidade da variável dependente.

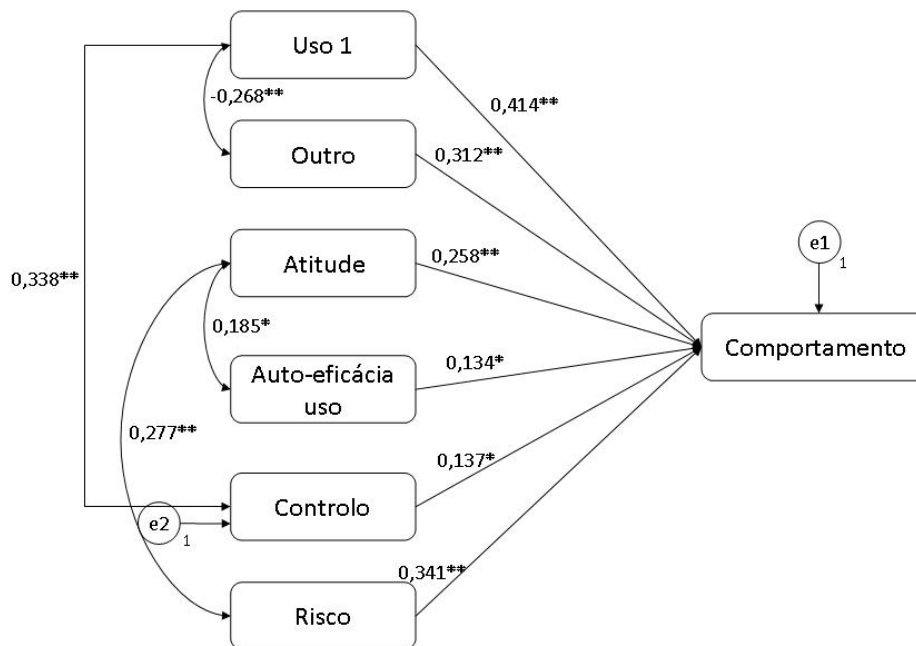


Figura 31 – Modelo do uso do preservativo com correlações significativas

Legenda: * $p < 0.050$; ** $p < 0.010$

Os resultados relativos ao modelo permitem verificar que perante a utilização do preservativo na última relação sexual, a utilização de outro método contraceptivo, uma atitude favorável, elevada auto-eficácia para o uso do preservativo, percepção de falta de controlo sobre os acontecimentos sexuais e alta valorização do *risco*, há maior probabilidade de os participantes utilizarem o preservativo de forma mais consistente. O maior preditor do modelo é a utilização do preservativo na última relação sexual,

pois ao efeito directo, deve acrescentar-se o efeito mediacional que tem sobre a variável controlo. É de notar que o segundo preditor é a valorização do aspecto risco da representação social.

9.3.3. A influência da representação social nas variáveis sócio-cognitivas

Procurou-se ainda verificar se a representação social tem influência nas variáveis sócio-cognitivas consideradas no estudo. Para realizar a análise utilizou-se a regressão linear múltipla, com método *stepwise*. Os resultados permitem observar um efeito dos factores da representação social na atitude, no consumo de bebidas alcoólicas, na auto-eficácia de negociação e na variável controlo.

A variação da atitude face ao preservativo é explicada em cerca de 16,9% pelo conjunto do *risco*, *sensações* e *romance* ($R^2_{\text{ajustado}}=15,3\%$, $F=10,729$, $p<0,001$). Neste caso particular, quanto mais os indivíduos valorizam o *risco* ($\beta=0,356$, $p=0,000$), quanto menos valorizam as *sensações* ($\beta=-0,255$, $p=0,003$) e quanto mais valorizam o *romance* ($\beta=0,162$, $p=0,028$), mais favorável será a atitude face ao preservativo.

O consumo é apenas explicado pela variável *romance* ($R^2=15,4\%$, $R^2_{\text{ajustado}}=15,3\%$, $F=29,174$, $p<0,001$). Quanto mais os participantes valorizam o aspecto do *romance*, menor será a probabilidade de ingerirem bebidas alcoólicas em contexto social e de descontração ($\beta=-0,393$, $p=0,000$).

No que concerne à auto-eficácia para negociar o uso do preservativo, a sua variação é prevista numa pequena percentagem pela variável *romance* ($R^2=5,0\%$, $R^2_{\text{ajustado}}=4,4\%$, $F=8,452$, $p=0,004$). Quanto mais elevada a valorização do *romance* maior a probabilidade de os indivíduos terem uma auto-eficácia para negociar a

utilização do preservativo ($\beta=0,224$, $p=0,004$). De forma semelhante o controlo é previsto em 3.0% pelo *romance* ($R^2_{\text{ajustado}}=2,4\%$, $F=4,598$, $p=0,034$). Quanto mais elevada a valorização do romance, menor a probabilidade do participante acreditar ter menos controlo sobre os acontecimentos sexuais da sua vida ($\beta=-0,174$, $p=0,034$).

9.3.4. A relação entre a representação social e as variáveis sócio-demográficas e história sexual

A variável *romance* encontra-se correlacionada com o sexo, o ter ou não parceiro, e o número de parceiros sexuais do indivíduo. Desta forma, as mulheres parecem valorizar mais os aspectos do *romance* do que os homens ($r=0,279$, $p=0,000$), bem como os indivíduos que têm parceiro ($r=0,304$, $p=0,000$), e os participantes que apresentam um menor número total de parceiros sexuais ($r=-0,401$, $p=0,000$).

O *risco* está correlacionado com o facto de já se ter tido, ou não, relações sexuais. Neste caso, os participantes que ainda não tiveram relações sexuais valorizam mais o *risco* ($r=-0,178$, $p=0,023$). Não se observaram mais correlações entre as variáveis consideradas na análise.

9.4. Discussão

Os resultados do estudo permitem verificar que a decisão de ter relações sexuais é moldada pelas pistas identificadas nos cenários. À semelhança do estudo desenvolvido por Finkelstein e Brannick (1997) a disponibilidade do preservativo parece ser a pista mais relevante para os indivíduos tomarem a decisão de ter relações sexuais,

enquanto o consumo de álcool, individualmente, não afecta as respostas fornecidas. Este resultado é interessante se se observarem as médias de utilização do preservativo dos jovens adultos portugueses, que revelam uma utilização inconsistente ou não frequente (INS, 2009). Ao considerar-se a utilização do uso do preservativo nesta amostra verificamos que a média é semelhante a outros estudos efectuados com amostras portuguesas e amostras universitárias (Amaro, Frazão, Pereira, & Teles, 2004; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes, & Martins, 2007; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins, & Nunes, 2009). Contudo, é relevante notar que a indisponibilidade do preservativo faz decrescer a média da resposta, mas não extingue a possibilidade de existirem relações sexuais.

A pista referente ao consumo de álcool parece não influenciar as respostas dos participantes aos cenários. É de notar que os participantes não responderam aos cenários após o consumo de álcool, apenas foi sugerida a sua presença. As respostas dos participantes não variam de acordo com o consumo. Consoante foi observado nos resultados do estudo 1, o consumo de álcool era um dos preditores da utilização do preservativo. Porém, alguns estudos evidenciam que o consumo de álcool não apresenta nenhum efeito no uso do preservativo, inclusive até independentemente de o parceiro ser casual ou fixo (Velez-Blasini, 2008). Já Stoner, George, Peters e Norris (2007) exploraram as respostas dos participantes em três estados distintos de alcoolemia (sem consumo, baixo e elevado) e observaram que os participantes com maior nível de álcool no sangue tinham uma maior probabilidade de iniciar contactos sexuais de risco, em parte por atenuarem o medo ou a ansiedade através do consumo. Como já se referiu, neste caso particular, os participantes estavam a responder com base na sua experiência e não com base na existência de álcool no seu organismo.

Observando os baixos níveis de consumo de álcool na amostra provavelmente para estes indivíduos o consumo não é algo comum e não é utilizado para contextos sexuais. No entanto seria interessante verificar de que forma as respostas aos cenários se alterariam perante o efeito do estado de intoxicação por álcool.

Verifica-se que perante a indisponibilidade do preservativo, a possibilidade de uma decisão partilhada, uma relação antiga e uma atitude favorável do parceiro face ao preservativo aumenta a probabilidade de existirem relações sexuais. O participante ao sentir algum controlo sobre a decisão e ao perceber que o parceiro tem uma atitude favorável ao uso do preservativo, poderá ter relações sexuais mesmo sem que o preservativo esteja presente, isto é, desprotegidas. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto da média da atitude face ao preservativo observada na amostra ser favorável ao uso do mesmo, a decisão de utilização do preservativo maioritariamente partilhada, a auto-eficácia de uso elevada, bem como o consumo de álcool ser relativamente baixo e a maior parte dos participantes ter uma relação estável. Estas características estão geralmente associadas a amostras que apresentam uma maior utilização do preservativo. Uma atitude favorável e auto-eficácia de uso elevada são preditores do uso do preservativo (Bogart et al., 2005; Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2008) assim como o consumo de álcool só parecem aumentar o risco perante parceiros casuais, não o fazendo com parceiros fixos ou estáveis (Kiene, Barta, Tennen, & Armeli, 2009).

A representação social do sexo parece influenciar a decisão ter relações sexuais bem como o uso do preservativo, reportado pelos participantes. A valorização do romance parece diminuir, de uma forma geral, a probabilidade de os participantes terem relações sexuais. No entanto, deve ser observado a interacção entre os factores

do cenário e o romance para compreender melhor a relação entre a variável e as respostas fornecidas.

Os indivíduos que valorizam menos o romance, perante a não existência do preservativo e perante uma relação antiga terão uma maior probabilidade de ter relações sexuais, do que aqueles que estão perante uma relação recente.

O aspecto do romance reúne itens relacionados com a relação, o amor e a intimidade entre casal. Camargo e Bousfield (2009) num estudo sobre a representação social da SIDA e comportamentos de risco com jovens brasileiros observaram que os aspectos da intimidade e da relação aparecem associados a uma menor utilização do preservativo. Gerbhardt, Kuyper e Greunsvan (2003) observaram que perante situações em que o uso do preservativo é consistente, a auto-eficácia de uso elevada, e a presença de um parceiro casual, os participantes apresentam uma maior necessidade de intimidade e de expressar amor através do sexo, do que os participantes que apresentam um parceiro estável e utilização consistentemente o preservativo.

A valorização do risco parece também influenciar a probabilidade de ter relações sexuais. Os indivíduos que mais valorizam o risco parecem ter menor probabilidade de ter relações sexuais perante relações antigas e perante um parceiro com uma atitude desfavorável face ao preservativo. Confrontados com a disponibilidade do preservativo, há uma maior probabilidade de terem relações sexuais perante a atitude favorável do parceiro. O risco é, também, a variável da representação social que explica directamente o uso do preservativo. Quanto maior a valorização do risco, maior a consistência de utilização do preservativo.

O risco reúne aspectos relacionados com o preservativo e as doenças sexualmente transmissíveis, aspectos que poderão estar relacionados com a percepção do risco que o indivíduo tem de si próprio. Esta amostra apresenta uma média elevada, apesar de os itens do risco não fazerem parte da selecção dos indivíduos como os aspectos mais importantes da representação social. De facto os aspectos considerados mais importantes faziam parte da variável romance. Desta forma, as respostas dos participantes fazem crer que apesar de valorizarem o aspecto do risco, este não será o aspecto mais central da representação social para os próprios.

Os estudos sugerem que geralmente os participantes reconhecem a existência de risco, porém classificam o seu próprio risco como sendo mais baixo do que realmente será (Kabiru & Orpinas, 2009). As mulheres parecem avaliar melhor o seu próprio risco e vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis do que os homens (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009). A amostra deste estudo é maioritariamente feminina o que poderá explicar o porquê de médias tão elevadas nos aspectos do risco. O mesmo estudo observa que a percepção de risco é superior em relações casuais, e que uma maior percepção de risco está igualmente associada a uma maior utilização do preservativo (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009).

Finkelstein e Brannick (2000) observaram que a atitude do parceiro também guia a decisão de utilizar o preservativo, pelo que os participantes tinham uma menor probabilidade de ter relações sexuais perante uma atitude desfavorável do parceiro. O mesmo se observa neste estudo.

Relativamente às sensações, quanto maior a sua valorização, maior a média de resposta perante uma relação antiga, mesmo perante a indisponibilidade do preservativo. Também se observa que mesmo perante uma decisão individual, desde

que o preservativo esteja presente no cenário, a valorização das sensações aumenta a probabilidade de terem relações sexuais.

As sensações apresentam uma média elevada, mas é o factor da representação social que é menos valorizado pela amostra. Deste factor fazem parte a noção de prazer, de bom, de orgasmo, entre outros aspectos que remetem para as sensações e prazer que decorrem da experiência sexual. Geralmente a utilização do preservativo está negativamente correlacionada com os aspectos do prazer, em parte devido à suposta perda de sensação (Manuel, 2005; Kaneko, 2007). No entanto, no presente estudo perante a disponibilidade do preservativo persistem médias mais elevadas de resposta do que perante a não existência do mesmo. Parece existir uma consciência por parte dos participantes de que sexo seguro não tem necessariamente que ser sexo desagradável, não havendo um distanciamento entre os aspectos do prazer e da saúde.

Foram conduzidas análises de regressões lineares hierárquicas e uma análise confirmatória para compreender de que forma a representação social em conjunto com as variáveis sócio-cognitivas, sócio-demográficas e da história sexual podem explicar a utilização do preservativo.

Os resultados sugerem um modelo que explica cerca de 51% da variabilidade da variável dependente nesta amostra de estudantes universitários. A representação social, através do factor risco, explica cerca de 11,6% do uso do preservativo. A atitude e a auto-eficácia influenciam igualmente a utilização do preservativo, o que é consistente com a literatura, apesar de apresentarem valores inferiores aos comumente verificados (Bogart et al., 2005; Elifson, Klien, & Sterk, 2008; Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2005).

O controlo externo sobre os acontecimentos sexuais da vida do participante apresenta um efeito mediado pela utilização do preservativo na última relação sexual. Quanto maior a utilização do preservativo na última relação sexual, que é o melhor preditor do uso do preservativo, mais elevada a percepção de não controlar os acontecimentos sexuais da sua vida. Este resultado sugere que os participantes por acreditarem não ter controlo sobre os acontecimentos da sua vida sexual procuram encontrar um meio de controlar alguma variável, como sendo a utilização do preservativo. No entanto, estudos como o de Burns e Dilon (2005) não observaram qualquer efeito do *locus* de controlo como preditor do uso do preservativo. Neste estudo observou-se a o efeito do controlo a partir de uma mediação através da utilização do preservativo na última relação sexual, o que poderá explicar, em parte, porque nem sempre se observa uma relação directa no uso do preservativo. Para Rotter (1990), o *locus* de controlo deve ser entendido como a medida em que as pessoas entendem os resultados como sendo controláveis e como função das suas acções e do seu esforço. No entanto, acreditar que no campo da sexualidade não há um total controlo dos aspectos da sua vida sexual, em parte pela dependência de uma segundo elemento, parece ser mais protector do que uma visão internalizada, em que tudo depende do indivíduo. Dado que a medida utilizada se preocupa apenas com o controlo externo poderá apresentar resultados mais relevantes nesta área específica.

É ainda relevante verificar que algumas das variáveis consideradas no modelo podem ser explicadas pela representação social do sexo. A atitude face ao preservativo parece ser explicada por uma alta valorização do risco, uma menor valorização das sensações e uma maior valorização do romance. O consumo do álcool, a auto-eficácia para o uso o preservativo e o controlo externo são previstos apenas pela variável

romance, em percentagens de explicação distintas. Nestes casos, uma elevada valorização do romance está relacionada com um menor consumo de bebidas alcoólicas, com uma maior auto-eficácia para negociar o uso do preservativo e com uma crença de menor externalidade, logo maior controlo, sobre os acontecimentos sexuais da sua vida.

Para compreender este fenómeno deve-se ter em atenção que prever comportamentos a partir de uma representação social não é um fenómeno directo (Wachelke & Camargo, 2007). Apesar de as representações poderem ser consideradas disposições comportamentais adquiridas e partilhadas por um mesmo universo de indivíduos, para a teoria das representações sociais o comportamento é uma acção reflectida (Wagner, 2003) pelo que não podemos excluir da sua compreensão aspectos como as intenções, que por sua vez são explicadas pelas atitudes e percepções de controlo sobre o comportamento (Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 2001).

Como tal, parece fazer sentido que a própria representação social tenha dois níveis de influência ao nível do comportamento, podendo em caso de comportamentos representacionais exercer uma influência directa sobre o comportamento (Vala, 1996), mas também a um nível menos directo, exercendo uma influência na determinação das normas, atitudes e percepções dos indivíduos. Abric (2003) hipotetiza que as atitudes dependem das representações sociais, tal se observa neste estudo, mas que estas últimas dependem pouco das primeiras.

O uso do preservativo, sendo um aspecto relevante para a manutenção da saúde sexual individual e social, ocorre no contexto específico do sexo, pelo que se supõe que este seria afectado pela representação social do sexo. Efectivamente observa-se que a decisão de ter relações sexuais é mediamente afectada pela representação,

podendo neste caso depender mais de aspectos ambientais do que directamente da representação em si. Neste caso particular Vala (2004) define-os como comportamentos situacionais, em que a representação perde capacidade preditora.

Porém, a representação social, mais do que condicionar o comportamento, pode ajudar a compreendê-lo, observando-se uma noção de representação-acção com consequências para a realidade social (Wachelke & Camargo, 2007). Neste estudo, em particular, pode-se observar que a representação contextualiza mais o comportamento do que o explica. A valorização dos aspectos do romance parece ser a que tem maior impacto nas variáveis que influenciam o uso do preservativo, simultaneamente sendo o aspecto mais valorizado pelos participantes. Portanto, o facto de a valorização do risco ter maiores implicações na decisão de usar preservativo ou na sua utilização reportada, parece ser menos relevante na representação e no complexo representação-acção do que os aspectos do risco.

Ainda não se consegue compreender claramente a relação entre comportamento e representação social. Contudo, parece ser importante que estudos futuros impliquem a representação social do sexo na tomada de decisão de ter relações sexuais, bem como na explicação do uso do preservativo, já que parece acrescentar informação relevante na contextualização do comportamento de uso, bem como na explicação dos preditores do preservativo.

Esta metodologia parece ser útil para compreender como os factores se conjugam para determinar como a decisão de utilizar o preservativo é tomada. Contudo, o que parece ser mais importante é o impacto da presença do preservativo. O factor mais preponderante na decisão de utilizar o preservativo é sua presença, o que poderá

sugerir que é necessário tornar os preservativos mais disponíveis para aumentar a sua utilização.

Não obstante, as características desta amostra, que acedeu responder a este questionário são, por si só, promotoras da utilização do preservativo, o que poderá estar a condicionar o tipo de resposta. Por outro lado, não foram realizadas análises à parte da amostra recolhida que mostrou um comportamento não fiável ao nível da resposta aos cenários, e onde poderão encontrar-se indivíduos com características distintas dos que cumpriram os critérios de elegibilidade. Seria necessário desenvolver estudos semelhantes com uma amostra mais diversificada, já que a possível conjugação das pistas dos cenários e das características dos indivíduos poderá levantar questões a serem trabalhadas futuramente.

Este estudo parece contribuir mais para a compreensão da formação da atitude face ao preservativo, permitindo compreender melhor o impacto das variáveis sócio-cognitivas no uso do preservativo. De forma semelhante, o impacto dos aspectos do risco da representação social parecem contribuir para a compreensão do uso do preservativo.

A medida da representação social aqui utilizada não representa uma escala validada, nem uniformizada, e o agrupar da sua orientação foi realizada de acordo com as necessidades estruturais do estudo em questão. Futuramente considera-se essencial que seja mantida a estrutura da representação social intacta, e procurar metodologias que permitam observar claramente a interacção representação-comportamento, alargando a compreensão do comportamento de uso do preservativo.

10. DISCUSSÃO GERAL

Esta investigação partiu da preocupação com o aumento das taxas de infecções sexualmente transmissíveis, nomeadamente o VIH, nas camadas de jovens adultos portugueses. Apesar de se observar um grande número de estudos da área da Psicologia da Saúde e disciplinas afins que procuram entender quais os motivos que conduzem a uma utilização consistente do preservativo, esta temática tem-se revelado complexa e de difícil consenso. A consciência de que implica uma escolha, que envolve pelo menos dois indivíduos, que ocorre num contexto emocional e de forte activação fisiológica, conduziu à necessidade de procurar abordagens menos focadas num só indivíduo para compreender o fenómeno.

Com base nestes pressupostos, o principal objectivo do estudo era compreender como a representação social do sexo pode influenciar os comportamentos sexuais de risco dos jovens adultos portugueses, quer ao nível da utilização reportada, quer ao nível da influência na decisão de utilizar o preservativo.

Para cumprir o objectivo geral foram realizados 5 estudos que procuraram compreender qual o impacto dos modelos para a saúde e variáveis sócio-cognitivas na previsão da intenção e uso do preservativo, descrever o comportamento de uso do preservativo dos jovens adultos portugueses, definir a representação social do sexo, e verificar o impacto da mesma no uso do preservativo e na decisão de o utilizar.

10.1. Utilização do preservativo nos jovens adultos portugueses

A utilização do preservativo tem sido descrita na literatura como sendo inconsistente, apesar de se observarem diferenças, que podem ser justificadas com base nos constrangimentos culturais, sociais e individuais das amostras estudadas. Em Portugal, os estudos evidenciam uma elevada inconsistência, em parte originada pela utilização de outros métodos contraceptivos como a pílula, o que revela que os motivos associados à utilização do preservativo estão mais direccionados para evitar uma gravidez do que para a protecção da saúde pessoal (Reis & Matos, 2007; Reis, Ramiro, & Matos, 2007; Muñoz-Silva, et al., 2009).

As diferentes amostras recolhidas para satisfazer os objectivos dos estudos propostos apresentam valores muito semelhantes no que concerne à frequência de utilização do preservativo e da intenção de uso. De uma forma em geral, os participantes utilizam o preservativo, havendo no entanto episódios de ausência, ou indivíduos cujo comportamento é inconsistente ou de não utilização total.

A dificuldade em recolher uma amostra significativa de indivíduos que não façam parte do meio universitário poderá ter enviesado os resultados obtidos. Bailey e colaboradores (2008) defendem que os estudantes universitários apresentam comportamentos mais consistentes ao nível da utilização do preservativo do que os jovens não universitários. De forma semelhante, houve dificuldade em recolher amostra em jovens adultos, com idades entre os 18 e os 25 anos, que tenham abandonado o percurso escolar à saída do ensino secundário ou até anteriormente. Os indivíduos mais desfavorecidos tendem a estar expostos a mais riscos de saúde, têm

menos acesso a informação e apresentam uma maior probabilidade de não utilizarem o preservativo (Bull & Shlay, 2005; Marshall et al., 2009; Paiva et al., 2008).

Para interpretar de forma adequada os dados referentes à utilização do preservativo, dever-se-á ainda considerar o aspecto da resposta voluntária, o que conduz a uma amostragem de conveniência e não probabilística, e que levanta problemas de validade externa aos estudos. Para Catania, Gibson, Chitwood e Coates (1990) os indivíduos que acedem participar poderão ser portadores de características específicas que não são representativas da população que se pretende abranger, o que enviesará os resultados do estudo. Contudo, Duine e colaboradores (1997) caracterizam o grupo que acede responder aos questionários relativos a comportamentos sexuais como tendo maiores níveis de educação, atitudes menos conservadoras, uma maior propensão para o consumo de tabaco e álcool, mais parceiros sexuais e mais comportamentos sexuais de risco. Neste caso particular observa-se que os participantes apresentam um baixo consumo de álcool, comportamentos algo inconsistentes, porém com uma taxa elevada de utilização do preservativo de uma forma em geral, e ainda uma maior intenção de utilização do mesmo futuramente. Como tal, as amostras recolhidas poderão ainda acrescentar alguma informação que possa ser generalizada ao meio dos jovens adultos em geral, com alguns constrangimentos para amostras mais desfavorecidas. Não obstante, de ora em diante a expressão jovens adultos poderá considerar-se equivalente a estudantes universitários.

Relativamente ao uso do preservativo, os participantes parecem obedecer a padrões de utilização distintos. O grupo que reúne o maior número de participantes revela comportamentos de baixo risco, com um menor número de parceiros sexuais,

não têm um parceiro estável, apresentam uma taxa elevada de utilização do preservativo, e uma alta intenção de utilização futura. São igualmente os elementos mais jovens que se situam neste grupo. Apesar de a utilização do preservativo ser mais comum em relações casuais (Alemu, Mariam, Belay, & Davey, 2007; Brooks, Lee, Stover, & Barkley, 2009), neste caso os participantes parecem utilizar o preservativo de forma algo consistente. Contudo, estes indivíduos são os mais jovens da amostra, o que poderá predispor-los a utilizarem mais o preservativo, já que consistentemente se observa uma diminuição de utilização do preservativo com o aumento da idade (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrel, 2009). É de sublinhar que, apesar de uma alta frequência de utilização, estes indivíduos ainda estão aquém do uso total e consistente, estando em risco de contrair infecções como o VIH por contacto sexual.

Os restantes dois grupos observados apresentam um maior risco associado aos seus comportamentos sexuais. Destes, um grupo mais restrito apresenta comportamentos de maiores riscos para a sua saúde: maior número de parceiros sexuais e refere, nas diversas medidas do uso do preservativo, que nunca o utiliza. É ainda de notar, que este grupo se destaca dos restantes por ter uma média de idade superior, não existindo qualquer outra diferença para os restantes grupos. Sublinhe-se que são os indivíduos mais velhos que poderão ter uma maior propensão para estarem em risco sexual pela não utilização do preservativo, o que já foi observado noutras amostras portuguesas (Reis & Ramiro, 2008). Apesar de apresentarem, na sua maioria um parceiro estável, apresentam o maior número de parceiros nos últimos 6 meses. Mercer e colaboradores (2009) observaram que o preservativo é mais utilizado em relações casuais, havendo uma diminuição da sua utilização em relações estáveis. Contudo, os autores referem que há uma redução significativa do uso do preservativo,

por volta dos 21 dias de relação. Possivelmente, a avaliação do parceiro enquanto estável promove a não utilização do preservativo, mesmo que haja mudança de parceiro várias vezes, em menos de um ano. A existência deste grupo reforça a necessidade de intervenção ao nível dos estudantes do ensino superior, que para alguns autores estão descritos como tendo um maior número de parceiros do que os jovens adultos não universitários (Scott-Sheldon, Carey, & Carey, 2008), e como tal, estando em maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis.

É igualmente de sublinhar a similitude encontrada entre os comportamentos dos homens e das mulheres. A literatura tende a apontar para a existência de diferenças entre homens e mulheres (*eg.* Shearer, Hosterman, Gillen, & Lefkowitz, 2005). Contudo o presente estudo apresenta resultados muito semelhantes entre ambos os sexos, quer ao nível do comportamento quer ao nível da história sexual. Crawford e Popp (2003) consideraram ser transversal às sociedades ocidentalizadas o duplo padrão sexual. O padrão supõe que aos homens é atribuída uma maior permissividade sexual enquanto as mulheres são alvo de castração. Saavedra e colaboradores (2007) consideram inclusive que a vivência deste duplo padrão sexual poderá ser responsável pelos comportamentos distintos observados entre homens e mulheres. Contudo, a observação de comportamentos idênticos numa amostra tão extensa, poderá indicar que este duplo padrão poderá não estar a condicionar o comportamento dos jovens adultos portugueses, resultado semelhante ao estudo conduzido por Marks e Fraley (2006). Ao assumir-se que os comportamentos obedecem às disposições pessoais e sociais, deve-se ainda considerar que homens e mulheres não diferem a esse nível.

10.2. O impacto dos modelos sócio-cognitivos para explicar o uso do preservativo

Tendo em atenção que a maioria dos estudos utilizam os modelos para saúde, para explicar e prever o uso do preservativo, pareceu ser essencial averiguar como é que os modelos mais estudados (Teoria da Acção Reflectida e a Teoria da Acção Planeada) se adaptavam à utilização do preservativo nos jovens adultos.

De forma resumida, os modelos foram capazes de prever o uso do preservativo através da intenção, e a intenção foi prevista pela atitude, norma subjectiva e controlo comportamental percebido, como esperado pelos pressupostos das teorias (Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 2001).

Porém, a inclusão de mais variáveis no modelo, para aumentar a sua capacidade preditiva permite justificar algumas das críticas feitas aos modelos.

De Visser e Smith (2001) referiram no seu estudo que as características do encontro sexual poderão representar um aspecto importante com forte peso na decisão de utilizar o preservativo. Efectivamente, a causalidade da relação apresenta um efeito na intenção de uso do preservativo, que por sua vez prevê o uso do mesmo.

Outro aspecto situacional, como o consumo de álcool também afectou significativamente o uso do preservativo, em parte pela crença de que o álcool potencia a desinibição sexual (LaBrie et al., 2005), aumentando a capacidade preditiva do modelo.

O controlo comportamental percebido não contribui de forma clara para os modelos, aliás como já se tinha observado anteriormente quer em meta-análises

(Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001) quer em estudos empíricos (Molla, Astrom, & Brehane, 2009).

Apesar de contribuir claramente para a compreensão do uso do preservativo, pode-se considerar que existe um hiato por explicar entre a forma como a intenção conduz ao comportamento, dado que esta relação não é directa (Armitage & Conner, 2000).

No estudo conduzido nesta investigação, em particular, podem ser endereçadas algumas críticas estruturais, como a transversalidade do estudo e a técnica de amostragem utilizada. O facto de se procurar prever o comportamento já ocorrido com base nas intenções poderá fomentar uma maior linearidade entre ambas as variáveis, aliás como é observável através da correlação encontrada, muito superior à de outros estudos (cf. Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Sheeran & Orbell, 1998). Uma forma de contornar esta situação será conduzir um estudo longitudinal, com medições da intenção previamente ao registo do comportamento. A amostra deveria ser mais representativa da população que se pretende estudar, contudo, observa-se alguma semelhança de resultados com o estudo de descrição do comportamento de uso do preservativo dos jovens adultos portugueses, o que poderá permitir considerar que o estudo apresenta alguma validade para estudantes universitários. A utilização de escalas não aferidas à população portuguesa poderá ainda enviesar os resultados do estudo, apesar de se terem procurado escalas com qualidade observada em estudos nacionais e internacionais.

Apesar destas limitações, este tipo de abordagem continua a revelar alguma fragilidade apesar do sucesso da sua aplicação a vários campos dos comportamentos para a saúde. Como observam Kienne, Tennen e Armeli (2008) deve-se considerar que

existe uma variabilidade diária nos constructos que prevêm a utilização do preservativo, que operam uma mudança na intenção, e conseqüentemente no comportamento. Por exemplo, Finkelstein e Brannick (2000) observaram que perante a interação entre as atitudes do indivíduo e do seu parceiro podem originar-se comportamentos de utilização distintos, mesmo que contrários às crenças iniciais do indivíduo. Joffe (2002) critica fortemente o aspecto da análise individual do comportamento de uso do preservativo através dos modelos para a saúde, lembrando que é um comportamento relacional o que densifica a sua compreensão. Como tal, pareceu ser essencial procurar um espaço de explicação do hiato da intenção ao comportamento, da variabilidade individual e diária, e ainda da mútua influência entre parceiros para explicar a utilização do preservativo: as representações sociais.

10.3. A representação social do sexo

Para Wagner (1995) avaliar uma representação social significa compreender o discurso social que lhe deu origem e permite a sua perpetuação, e ao mesmo tempo, observar a forma como esse discurso foi apropriado pelo indivíduo, que o adapta às suas vivências como linhas orientadoras para o seu comportamento. Assim, é necessário avaliar as suas componentes cognitivas e sociais (Abric, 1993) para se poder observar tanto o conteúdo como a estrutura da representação social.

A representação social do sexo faz referência a um conteúdo marcadamente funcional, orientada para o aspecto reprodutor, anatómico, afectivo e erótico. Contudo, é de observar que há uma visão negativa e pejorativa do sexo, quando este

surge ligado a crimes de cariz sexual. A sua estrutura não reúne os aspectos criminais, o que parece indicar que estes são mais contextuais e não são apropriados individualmente, pela maioria da população.

Não há uma preocupação expressa do discurso social para incluir aspectos das infecções sexualmente transmissíveis, formas de protecção ou aspectos da saúde sexual, o que poderá não estar a ser adequadamente introduzido na estrutura da representação social. Efectivamente, observa-se que elementos como preservativo ou doenças sexualmente transmissíveis apenas fazem parte do sistema periférico da representação social e são partilhadas por um conjunto pequeno de indivíduos, numa amostra vasta de mais de mil participantes.

Da análise prototípica realizada com as evocações dos jovens adultos portugueses, observa-se uma estrutura central consensual com o que é perpetuado no discurso social das revistas e jornais portugueses, que enfocam nos aspectos do amor e do prazer. Os restantes elementos considerados, apesar de terem sido abordados como vocábulos individuais, apresentam fortes semelhanças de conteúdo, e remetem para a ideia de uma relação de intimidade e desejo, com estabilidade, que origina prazer, entre um homem e uma mulher.

Apesar de o amor surgir como o vocábulo mais evocado pelos participantes e com uma ordem média de evocação mais elevada, é o prazer que apresenta mais relações de co-ocorrência com os restantes elementos evocados, o que permite verificar que este é um aspecto mais central, na concepção do sexo, do que o amor.

Alguns estudos têm permitido verificar que os *media* podem ter um papel importante na prevenção de comportamentos de risco veiculando, por exemplo, campanhas direccionadas para a utilização do preservativo (Bessinger, Katende, &

Gupta, 2004), transmitindo crenças e normas realistas sobre os comportamentos sexuais (Taylor, 2005), em particular fazendo recurso à televisão (Katz, 2006). Dado que as representações sociais são colectivamente elaboradas com o objectivo de agir ou comunicar (Moscovici, 1963), se o discurso social não é portador de ideias relativas à protecção sexual, esta não fará parte das linhas orientadoras de acção para o indivíduo.

De facto, uma visão romantizada, de intimidade, confiança no namoro, e direccionada para o prazer está na base dos motivos referidos pelos jovens brasileiros para justificarem a não utilização do preservativo (Camargo & Bousfield, 2009), bem como é útil para reestruturar cognitivamente a possibilidade de ter tido sexo desprotegido considerando a experiência como algo agradável (Bromnick & Swinburn, 2003).

Apesar de ainda não se poder considerar existir um modelo consensual que explique como as representações sociais afectam o comportamento humano (Wachelke & Camargo, 2007), pode-se discutir o papel que esta representação social poderá ter na utilização do preservativo.

10.4. A influência da representação social do sexo na utilização do preservativo dos jovens adultos

Os resultados obtidos sugerem que a representação social do sexo inclui um núcleo central altamente consensual entre os elementos de um mesmo grupo, o que está de acordo com a teoria formulada por Abric (1993) e explorada por Guimelli (1993). As principais variações observadas verificam-se ao nível do sistema periférico que

apresenta algumas diferenças entre indivíduos com características distintas, o que se coaduna com as funções desse sistema, de regular e adaptar a representação social a diferentes vivências de forma a proteger os elementos centrais (Flament, 1994).

As diferenças ao nível da representação social do sexo entre homens e mulheres não são significativas, o que é suportado por um comportamento praticamente idêntico entre ambos os sexos, como já foi referido anteriormente. Ao considerar-se que existe uma relação indissociável entre a representação social e o comportamento (Wagner, 1994), pode-se especular que essa semelhança de representações poderá estar na origem de comportamentos idênticos.

Esta observação poderá ser válida no seu sentido inverso, como se observa nas diferenças entre o grupo que é sexualmente activo e o grupo que ainda não iniciou a sua actividade sexual. Ao ter em consideração que o sistema periférico é responsável por absorver aspectos da vivência dos indivíduos (Abriç, 1993), compreendem-se as diferenças qualitativas entre os elementos utilizados por ambos os grupos. O grupo com actividade sexual apresenta várias semelhanças com a representação social da amostra geral, em parte pela grande quantidade de indivíduos que se integram nesse grupo. Contudo, o grupo que ainda não iniciou a sua actividade sexual apresenta vocábulos específicos, como acto, gravidez, e preservativo. Sugere-se que estes indivíduos utilizam a estratégia de abstinência como forma de protecção face a infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas. Alguns estudos têm procurado compreender quais as crenças subjacentes à abstinência sexual (cf. Rostoky, Regnerus, & Wright, 2010). Contudo é provável que a vida sexual ainda não tenha sido iniciada pela inexistência de um namoro ou relação até à data (Borges et al., 2007). Não obstante, este aspecto é essencial para verificar que a representação social se

modela de acordo com os constrangimentos e vivências pessoais, integrando outros elementos e tornando-os mais salientes perante a necessidade de justificar os próprios comportamentos.

Quanto ao comportamento de uso do preservativo, não foram encontradas diferenças entre os elementos de grupos com níveis de risco distintos. Porém, os resultados evidenciam diferenças entre os elementos de grupos de intenção diferenciada.

Efectivamente, a consideração que o comportamento deve ser entendido como uma acção reflectida (Wachelke & Camargo, 2007) permite discutir o papel da representação social como forma de explicar o comportamento ou, num nível anterior, as variáveis que o antecedem como a intenção comportamental, as atitudes, entre outras.

Os resultados parecem suportar a esta última hipótese, já que as principais diferenças ao nível da representação social se devem mais às diferenças no nível de intenção do que às diferenças no nível de risco (medido através do comportamento de uso do preservativo).

Os indivíduos com uma alta intenção do preservativo integram mais elementos relativos ao risco, como doenças sexualmente transmissíveis e preservativo, que desaparecem na representação dos indivíduos com baixa intenção. No grupo com média intenção apenas surge a ideia do preservativo. Pode-se sugerir que nesta divisão encontram-se indivíduos com crenças, traços e motivos distintos para a utilização do preservativo. Os indivíduos com baixa intenção parecem ser os que privilegiam mais o prazer e as sensações, apresentando provavelmente um maior risco de infecções sexualmente transmissíveis (Gullette & Lyons, 2005), podendo ser portadores de uma

menor auto-eficácia para uso do preservativo (Farmer & Meston, 2006) e de um maior desfasamento entre o risco real e a percepção do seu risco individual (Kabiru & Orpinas, 2009).

Os restantes grupos parecem ter uma maior preocupação com as infecções sexualmente transmissíveis, contudo o preservativo apenas está associado aos indivíduos com alta intenção. Estes resultados vão ao encontro dos estudos desenvolvidos pelos modelos de acção para a saúde, em que os indivíduos com maior intenção de uso do preservativo tendem a ter atitudes mais favoráveis à sua utilização, e apresentam uma maior probabilidade de uso do mesmo (Albarracín, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001). O estudo de Sanchez-García e Batista-Foguet (2008) que refere que a capacidade preditora da atitude aumenta quando as suas componentes, cognitiva e afectiva, se conjugam de forma congruente, parece ir ao encontro dos resultados obtidos. Ao considerar-se, como refere Abric (2003), que a representação social poderá ter um efeito directo e explicativo sobre as atitudes, quando a representação social do sexo apresenta elementos referentes ao preservativo, esta poderá ser ilustrativa de crenças e afectos positivos face ao mesmo, o que se traduz numa intenção mais favorável ao uso do preservativo.

Esta possibilidade foi explorada no último estudo. Os resultados permitiram observar que representação social do sexo é capaz de explicar cerca de 17% da variação da atitude face ao preservativo, o que poderá corroborar a ligação entre a representação social, a atitude e o comportamento.

É ainda de observar que os elementos associados ao risco são os únicos a explicar o uso do preservativo, apresentando neste caso particular um aspecto de comportamento representacional (Vala, 2004). Não obstante é de notar que apenas

uma parte dos indivíduos detêm ambos os elementos que foram congregados no aspecto do risco, pelo que a maior parte dos indivíduos poderá estar sujeita a constrangimentos sociais na utilização do preservativo ou, de forma mais directa, não pretender utilizá-lo.

Dado que os indivíduos não são capazes de discernir de forma adequada sobre as causas que conduzem a determinado efeito (Jones & Nisbett, 1972 cit. in Vala, 2004), utilizou-se uma metodologia de captação de comportamentos (*policy capture*) para tentar compreender de que forma os participantes decidem utilizar o preservativo nas suas relações sexuais. De maneira a não tornar a perspectiva do preservativo demasiado saliente, foram criados possíveis cenários, situações imaginárias, sobre as quais os participantes deveriam decidir se teriam relações sexuais. Foi considerada uma escala de medida tipo *Likert* para as respostas aos cenários, que reuniam várias pistas referentes à possibilidade de a decisão ser realizada com base nas características do parceiro (atitude face ao preservativo, possibilidade de discussão do uso do preservativo), da relação (tipo de relacionamento), e em constrangimentos contextuais (consumo de álcool, disponibilidade do preservativo). Era objectivo do estudo verificar se a representação social influenciava a decisão de ter relações sexuais, de acordo com as pistas fornecidas.

Com base nos resultados obtidos pode-se afirmar que o impacto da representação social sexo na decisão de ter relações sexuais parece ser mediana. A pista da disponibilidade do preservativo tem um papel central nas respostas dos participantes, condicionando a possibilidade de ter relações sexuais à presença do mesmo.

Este resultado é algo inesperado dado que os jovens adultos relataram uma utilização inconsistente do preservativo, com uma média semelhante ao observado

noutros estudos e relatórios nacionais de saúde pública (eg. Ministério da Saúde, 2005; Muñoz-Silva et al., 2009). Porém, é relevante recordar que a ausência do preservativo não extingue a possibilidade de os participantes terem relações sexuais, apenas a diminui. Este facto torna pertinente observar quais os factores que estão associados a uma maior probabilidade de ter relações sexuais quando o preservativo não está presente.

O aspecto do romance, que congrega aspectos relacionados com o amor, a intimidade e o relacionamento, aumenta a probabilidade de os indivíduos terem relações sexuais desprotegidas perante uma relação antiga. De acordo com estudos anteriores, as relações mais estáveis poderão conduzir a uma diminuição da utilização do preservativo (eg. Brooks, Lee, Stover, & Barkley, 2009), o que poderá justificar o porquê da possibilidade de sexo desprotegido. No entanto, é ainda de observar que Mercer e colaboradores (2009) verificaram ser apenas necessários 21 dias para que a taxa de utilização caia até valores idênticos ao de relações estáveis, parecendo existir uma janela de intervalo temporal muito pequena que diferencia o que é uma relação fixa e casual. O romance parece potenciar a possibilidade de existirem relações sexuais, seja esta recente ou antiga, em parte pela valorização do conteúdo que lhe está associado.

A noção de intimidade parece conduzir a uma percepção de risco menor do que a real, diminuindo a utilização do preservativo, como se pode observar no estudo de Camargo e Bousfield (2009). Sugere-se que a valorização deste tipo de elementos da representação social do sexo poderá estar associada a heurísticas cognitivas, como é exemplo, *quem ama está protegido*, o que poderá aumentar o risco dos indivíduos (Thorburn, Harvey, & Ryan, 2005), através de um aumento da confiança no parceiro o

que reduz a utilização consistente do preservativo (eg. Umphrey & Sherblom, 2009). Contudo, pode ainda levantar-se a questão se a valorização do romance não deveria diminuir a probabilidade de utilização do preservativo em vez de a aumentar. Para Gebhardt, Kuyper e Greunsven (2003) os indivíduos que utilizam mais o preservativo, apresentavam uma maior necessidade de intimidade, pois através desta conseguem negociar a utilização do mesmo com o parceiro. A própria capacidade de negociação apresenta relações positivas com a utilização de práticas de sexo seguro (Bertens, Wolfers, Borne, & Schaalma, 2008; Schroeder, Johnson, & Wiebe, 2009).

Portanto, parecem ser necessários mais estudos para compreender se o aspecto do romance, parte integrante da representação social do sexo, aumenta a probabilidade de ter relações sexuais desprotegidas devido a um aumento da intimidade, ou pela inexistência da mesma.

De forma semelhante, a dimensão das sensações da representação social parece afectar as respostas aos cenários perante a tipologia da relação, o tipo de decisão e a disponibilidade do preservativo. Perante a ausência de protecção e uma relação antiga, a valorização das sensações (que reúne ideias como o prazer, o desejo, entre outros aspectos) parece aumentar a possibilidade de relações sexuais desprotegidas. Possivelmente, os indivíduos que valorizam mais prazer e as sensações decorrentes da actividade sexual poderão ser os que apontam como principais barreiras ao uso do preservativo a perda de sensação que este alegadamente provoca (Adebiui & Azuzu, 2009; Plummer, et al., 2006). Esta situação poderá ser mais facilitada nas relações antigas, pelos motivos anteriormente descritos e em situações em que o parceiro não abre campo para a negociação do uso do preservativo. De facto, Bogart e colaboradores (2005) verificaram que a relutância do parceiro em utilizar preservativo

diminui a sua utilização. Mais ainda, Edwards e Barber (2010) observaram ser apenas necessária a expectativa de que o parceiro não pretende utilizar o preservativo para que essa diminuição ocorra. Como tal, nas situações que o parceiro não pretenda utilizar o preservativo, ou em que a expectativa não o promova, os indivíduos que valorizam mais as sensações poderão incorrer num maior risco pessoal de saúde.

No que concerne à dimensão do risco da representação social, que reúnem as doenças sexualmente transmissíveis e o preservativo, diminuem a possibilidade de existirem relações sexuais perante relações antigas e uma atitude desfavorável do parceiro face ao preservativo. A valorização deste aspecto é claramente protectora, dado que uma maior percepção de risco tem sido observada como estando relacionada com uma maior utilização do preservativo (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009), tal como se observa neste estudo em que estes elementos da representação social são os únicos capazes de explicar parte da variação do uso do preservativo. Contudo deve-se considerar que apesar de os participantes valorizarem a existência do risco, de uma forma em geral a avaliação do risco pessoal é inferior à real (Kabiru & Orpinas, 2009), e estes elementos são periféricos na representação geral do sexo observada nos estudos desenvolvidos.

Esta análise parece ser promissora ao indicar quais os aspectos que devem ser trabalhados futuramente para aumentar a possibilidade de utilização do preservativo. No entanto, pelos resultados obtidos, continua-se a observar que a decisão de utilizar o preservativo é muito complexa e depende de uma interacção de múltiplos factores, e em parte devem considerar-se algumas limitações aos estudos de maneira a uma compreensão mais global dos resultados encontrados.

10.5. Limitações e sugestões futuras de investigação

Já foram tecidas algumas considerações relativas a limitações dos estudos ao longo da discussão. Porém, deve ainda ser analisada a metodologia utilizada para reunir o *corpus* para a avaliação do discurso social, a representatividade da amostra utilizada nos diversos estudos e algumas decisões relativas às variáveis analisadas.

A dificuldade em aceder a registos audiovisuais e realizar a análise do seu conteúdo, limitou o estudo do discurso social da representação social aos jornais e revistas com maior expressão no mercado português. No entanto, e como referem Piotrow, Kinkaid, Rimon e Rinehart (1997) a utilização de vários meios de comunicação disponíveis aumenta a possibilidade de mudança de comportamento, e neste estudo particular foram negligenciados dois veículos que reúnem grande parte desta informação: a televisão e a internet.

Sugere-se que futuramente haja um esforço para observar diversos meios de comunicação, e não apenas a informação textual adquirida através dos jornais e revistas, para caracterizar o discurso social sobre o sexo, e aumentar o conhecimento sobre a representação social do sexo em geral.

O número de jornais e revistas utilizado poderá ser criticado, tendo em consideração a massa crítica de publicações existentes. Contudo, dever-se-á considerar que grande parte dos jornais e revistas dirigem-se a públicos muito específicos, devendo optar-se por jornais e revistas de carácter geral. Como possível estudo futuro, poderia integrar-se todas as publicações generalistas e observar um intervalo de tempo superior a 3 meses para reunir mais informação. Seria igualmente interessante observar se as mudanças observadas na representação social ao longo das décadas

apresenta uma relação com a mudança dos comportamentos sexuais do portugueses, o que seria útil para corroborar o impacto da representação social sexo no uso do preservativo.

A amostra utilizada no estudo das evocações atingiu um valor elevado, contudo não se pode considerar representativa da população de jovens adultos, em parte pela forte representação dos estudantes universitários e por ser constituída, na sua maioria, por mulheres.

Enquanto os jovens universitários são considerados como apresentado menos comportamentos de risco (Bailey et al., 2008), uma amostra maioritariamente feminina também poderá apresentar características específicas, capazes de enviesar os resultados do estudo. Por exemplo, as mulheres tendem a avaliar melhor os seus níveis de risco (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Plamgreen, 2009) sendo, por vezes, descritos comportamentos de utilização do preservativo distintos dos homens (Galvez-Buccollini et al., 2009). Apesar das proporções de homens e mulheres nas amostras universitárias parecem ser desequilibradas para o lado dos homens (eg. Muñoz-Silva et al., 2009), parece ser essencial conseguir amostras representativas de ambos os sexos para ser possível validar a ausência de diferenças comportamentais encontradas nos estudos realizados.

Estudos posteriores deveriam focar-se em amostras pertencentes a outro estatuto socioeconómico, dado que em estratos sociais desfavorecidos, tendem a existir maiores riscos para a saúde individual e social (Marshall et al., 2009).

O último estudo realizado apresenta igualmente a limitação da amostra e da metodologia utilizada, que conduziu à perda de informação relativa a participantes cuja consistência interna fosse baixa. Deveriam aplicar-se as mesmas limitações

relativas à amostra que, quer em número quer em tendência de género, não permite uma generalização dos dados à população de jovens adultos.

Estudos futuros poderiam utilizar metodologias como o grupo focal de forma a enriquecer a compreensão dos fenómenos observados, explorando o papel da representação social do sexo na explicação do comportamento de uso do preservativo.

11. CONCLUSÕES GERAIS

“O sexo sem amor é uma experiência vazia. Mas como experiência vazia é uma das melhores” (Woody Allen)

Quando, nos anos 80, Luc Montagnier e Joseph Gallo isolaram o vírus do VIH e o correlacionaram com o aparecimento de uma doença, até então desconhecida e altamente letal – a SIDA –, deram origem a uma linha de investigação que se tem preocupado em estudar o impacto da infecção por VIH nas vertentes física, emocional e social dos indivíduos afectados por este flagelo.

Desde então, a forma como os indivíduos viviam as variadas expressões da sua sexualidade foi radicalmente alterada, perante a massificação de informação sobre a doença que se estima ter dizimado mais de 30 milhões de vidas, em cerca de 30 anos de conhecimento (UNAIDS, 2008a).

A Psicologia da Saúde emerge a par desta mudança, transformando o enfoque dicotómico do físico versus o mental, ampliando o seu espaço de acção para a prevenção, orientando-se para a investigação e aplicação sobre os aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção do estado de saúde (Pais Ribeiro, 2005). Dado que o VIH/SIDA se apresenta como uma doença crónica e potencialmente letal, com elevados custos pessoais e sociais, dá-se a necessidade de conhecer os métodos que evitem a sua propagação e de estudar os processos associados aos comportamentos sexuais protectores que permitam realizar a manutenção do estado de saúde do indivíduo.

Até ao momento, a SIDA permanece uma doença incurável, o que continuamente reforça a necessidade de se compreender os comportamentos associados à protecção, num mundo que continua a registar o aumento de casos de infecções por VIH devido a relações sexuais desprotegidas, com enfoque nas camadas mais jovens dos países denominados desenvolvidos (UNAIDS, 2008b).

Neste cenário, que a OMS (2009) classifica como o maior desafio para a saúde pública global, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis através da utilização, de forma consistente e adequada, do preservativo é uma das principais medidas classificadas no documento lançado em 2007 por este organismo.

Os estudos realizados em Portugal (eg. Reis & Matos, 2008) permitem observar um comportamento inconsistente na utilização do preservativo, nos jovens adultos portugueses, que dão preferência a outros métodos contraceptivos, como a pílula, que é crida como não diminuindo o prazer nem interferindo no decorrer das relações sexuais. Este comportamento parece ser bastante transversal nos jovens adultos, não apenas portugueses, mas oriundos de outros países desenvolvidos, em que o VIH ainda atinge menos de 1% da população total (eg. Collins et al., 2005).

Verificando-se a inconsistência ao nível do uso do preservativo, a investigação tem-se preocupado em compreender quais os processos comportamentais e cognitivos associados à sua utilização. A análise deste fenómeno é essencial para entender o que promove comportamentos de risco e para contribuir para o desenho e aplicação de intervenções capazes de promover, com sucesso, a utilização do preservativo de forma constante.

Os estudos desta linha de investigação têm aplicado os modelos utilizados em vários domínios da saúde à utilização do preservativo, com uma taxa de sucesso

relativa, o que tem levantado várias questões sobre a validade desta abordagem. Actualmente reconhecesse-se que o uso do preservativo é um comportamento altamente volitivo, que é um processo de tomada de decisão complexo em que estão envolvidos dois indivíduos, e que se desenvolve numa situação ou contexto em que factores emocionais e relacionais podem ter mais peso na decisão do que os factores cognitivos que são apresentados pela maioria dos modelos.

A consciência deste facto tem conduzido os investigadores a procurarem novas formas de abordagem à problemática do uso do preservativo, que permitam contribuir para a explicação do fenómeno. Joffe (2002) comenta que a teoria das representações sociais poderá oferecer um campo vasto de contributos para a temática, dado que os indivíduos são mais do que meros processadores de informação. A autora considera que os indivíduos processam significados e estados emocionais associados à experiência sexual, que poderão conduzir à não utilização do preservativo.

Estudos de carácter exploratório, como o de Bromnick e Swinburn (2003) partem deste pressuposto, permitindo observar que o significado atribuído a uma experiência sexual desprotegida é positivo, altamente romantizado, e que há pouco processamento de conteúdos de saúde. Quando tal é feito, o significado atribuído é de desvalorização do aspecto do risco em prol do conteúdo emocional da experiência.

Utilizando estas investigações como ponto de partida, pareceu ser relevante estudar a representação social do sexo e, conseqüentemente, o seu impacto no uso do preservativo pelos jovens adultos portugueses.

A representação social foi estudada com base nas recomendações de Wagner (1995), utilizando-se o espaço explicativo que surge pela medição do discurso social

sobre o sexo (recolhido através das publicações Portuguesas) e das evocações individuais dos jovens adultos portugueses.

Do ponto de vista do conteúdo, a representação social do sexo oriunda quer do discurso social, quer das evocações dos jovens adultos, permitiu observar conteúdos romantizados e de prazer, relacionados com a vivência da relação em casal.

Os aspectos do risco sexual apresentam pouca relevância, existindo uma maior preocupação com o cariz reprodutivo (anticoncepcionais) e com o erotismo, do que com a possibilidade de os jovens serem infectados com doenças sexualmente transmissíveis de forte impacto físico e psicológico.

O sexo parece, então, ser maioritariamente entendido como uma fonte de prazer para o Homem, que parece estar associado ao amor e à vivência de casal. Há uma preocupação relacionada com os orgasmos, com a vivência de uma sexualidade plena, havendo, também, uma descaracterização da protecção em face do potencial prazer máximo que se pode atingir.

Vários aspectos culturais parecem estar incluídos no conteúdo encontrado. Como Foucault (1976) refere nos seus livros da História da Sexualidade, ao contrário da hipótese repressiva, em que a sexualidade é percebida como algo a ser evitado e é constantemente reprimida, parecem existir uma série de discursos erotizados e vocacionados para o prazer, reproduzidos quer nas publicações quer nos discursos individuais. De facto, a moral judaico-cristã que tem orientado os valores morais da sociedade portuguesa, apresenta uma visão castradora do sexo e dos papéis sexuais detidos pelo homem e pela mulher, e tem “legislado” a forma mais adequada de viver a sexualidade. Apesar de não ter sido enfoque deste trabalho um estudo antropológico sobre a vivência do sexo na sociedade portuguesa, poderá supor-se, que emancipação

sexual da mulher, através da pílula, delimitou uma nova perspectiva sobre as relações sexuais, favorecendo os aspectos da sexualidade pelo prazer e não pelos aspectos reprodutivos. Em voga desde a década de 60, os jovens adultos de hoje são já um reflexo cultural de uma sexualidade que pode ser vivida sem a preocupação reprodutiva, e que como tal, o enfoque altera-se para os conteúdos de amor e prazer encontrados nas suas evocações. Contudo, parecem continuar a reproduzir a ideia da vivência em casal, ou em relacionamento, da sexualidade, em parte coadunante com a tradição moral em que se encontram.

Do ponto de vista da validação do conceito, pode considerar-se que a representação social tem múltiplas correspondências com os critérios sociogenéticos descritos por Wagner (1998). Contém um núcleo central com alto consenso entre os participantes, aspecto central para a definição de representação social (Flament, 1996). É relevante para os elementos do grupo em questão e permite diferenciar grupos distintos, dado que se observam diferenças entre grupos com vivências opostas. Permite verificar uma relativa consistência e congruência de relação entre a representação e o comportamento dos indivíduos, pois verifica-se uma influência no comportamento de uso do preservativo dos jovens adultos. Apesar de não ser evidente, ao longo dos estudos desenvolvidos, que a representação social delimite a realidade grupal, nem todos os critérios têm necessariamente que estar presentes para que a representação social seja definida enquanto tal.

Quanto a influenciar o comportamento de uso do preservativo, a representação social parece afectar o comportamento em duas dimensões distintas. Ao encontro da teoria definida por Abric (2003), a representação social do sexo influencia a atitude face ao preservativo que, por sua vez, foi observado como tendo forte impacto no uso do

mesmo. Por outro lado, a representação social parece também orientar-se num contínuo indissociável de representação-acção (Wagner, 1994) ao influenciar directamente o comportamento de uso do preservativo.

O objectivo deste estudo não era determinar um modelo explicativo da relação entre representação e comportamento, contudo observa-se que a representação social poderá adoptar uma influência distinta consoante as circunstâncias, tal como Vala (2004) refere.

A influência da representação social no comportamento parece estar dependente de um aspecto circunstancial, como é a disponibilidade do preservativo. Foi observado que a presença do preservativo no momento do acto sexual é preponderante para aumentar a sua probabilidade de utilização, independentemente de disposições pessoais ou do parceiro, bem como de outros constrangimentos contextuais existentes. Neste caso, a representação social parece ser acessória, como qualquer outra variável, merecendo destaque que talvez seja necessário tornar o preservativo mais disponível para que seja utilizado.

No entanto, perante a indisponibilidade do preservativo, a representação social parece adoptar um papel mais preponderante na determinação do comportamento, podendo concluir-se que tem um impacto mediano na decisão de ter relações sexuais, mesmo que desprotegidas.

Pode ainda concluir-se que os participantes que valorizam mais os aspectos do romance e das sensações físicas ligadas ao sexo terão uma maior probabilidade de incorrer em situações de sexo desprotegido. Convém referir que estas duas variáveis congregavam em si os elementos pertencentes ao núcleo central das representações sociais, o que permite extrapolar que haverá uma tendência geral em praticar sexo

sem preservativo, pelo amor ao parceiro e pelo prazer que tal acarreta. A partir destas noções é possível compreender as barreiras, as atitudes e as crenças face ao preservativo, que alimentam, igualmente comportamentos desprotegidos.

Em suma, pode afirmar-se que este trabalho contribuiu para a compreensão dos níveis inconsistentes da utilização do preservativo, na medida em que permitiu verificar que o preservativo é periférico no contexto do sexo e que há uma relação entre a representação social do sexo e a sua utilização.

A representação social parece ser, em parte, responsável pelo padrão de uso do preservativo exibido pelos participantes. As diferenças observadas entre os grupos com diferentes níveis de intenção de uso, permitem verificar que a representação social é uma variável a ser considerada na predição do uso do preservativo. Mais ainda se observa, que os indivíduos que não tiveram relações sexuais demonstram uma maior preocupação com os aspectos de risco sexual e possibilidade de gravidezes indesejadas. É, portanto, necessário considerar o papel da transformação da representação social como um dos objectivos dos programas de educação sexual e reprodutiva. Possivelmente, a introdução de elementos de protecção no núcleo central da representação poderá aumentar disposição para a utilização do preservativo. A forma despreocupada com que os jovens adultos percebem o sexo poderá estar na origem na não preocupação com “ter o preservativo à mão”, que por sua vez condiciona fortemente a sua utilização.

A representação social do sexo é, ainda, uma variável que deverá ser tida em conta para explicar os resultados dos modelos sócio-cognitivos, dado que parece estar na origem de crenças e afectos face ao preservativo.

A teoria da representação social neste estudo parece ir ao encontro da visão de Joffe (2002) em que a autora afirma o valor da mesma para compreender os fenómenos associados à sexualidade, sendo este trabalho um estímulo à prossecução do conhecimento sobre a relação entre a representação social do sexo e os comportamentos sexuais de risco.

A concepção do sexo na sociedade portuguesa não parece ser uma experiência vazia sem amor... Mas é consensual que, quando este não existe, continuará a ser uma das melhores...

BIBLIOGRAFIA

- Abbad, G. & Torres, C.V. (2002). Regressão Múltipla Stepwise e Hierárquica em Psicologia Organizacional: Aplicações, Problemas e Soluções. *Estudos de Psicologia*, 7, 19-29.
- Abbey, A., Parkhill, M. R., Buck, P. O., & Saenz, C. (2007). Condom use with a casual partner: What distinguishes college students' use when intoxicated? *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 76-83. doi: 10.1037/0893-164x.21.1.76
- Abraham, C., Sheeran, P., Abrams, D., & Spears, R. (1996). Health beliefs and teenage condom use: a prospective study. *Psychology and Health*, 11 , 641-655. doi:10.1080/08870449608404994
- Abric, J. C. (1984). A theoretical and experimental approach to the study of social representations in a situation of interaction. In R. M. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations* (pp.169-183). Cambridge: Cambridge University Press
- Abric, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentation sociales*. Cousset: DelVal.
- Abric, J. C. (1993). Central system and peripheral system: the functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers in Social Representations*, 2(2), 75-78.
- Abric, J. C. (1996a). Nature and function of the core system of social representations. *International Journal of Psychology*, 31(3-4), 1443-1443.
- Abric, J. C. (1996b). Specific processes of social representations. *Papers in Social Representations*, 5 (1), 77-80.

- Adebiyi, A. O., & Asuzu, M. C. (2009). Condom use amongst out of school youths in a local government area in Nigeria. *African Health Sciences, 9*(2), 92-97.
- Adedimeji, A. A., Heard, N. J., Odutolu, O., & Omololu, F. O. (2008). Social factors, social support and condom use behavior among young urban slum inhabitants in southwest Nigeria. *East Afr J Public Health, 5*(3), 215-222.
- Adefuye, A. S., Abiona, T. C., Balogun, J. A., & Lukobo-Durrell, M. (2009). HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: implications for planning interventions. *Bmc Public Health, 9*. doi: 10.1186/1471-2458-9-281
- Agha, S., Hutchinson, P., & Kusanthan, T. (2006). The effects of religious affiliation on sexual initiation and condom use in Zambia. *Journal of Adolescent Health, 38*(5), 550-555. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.04.012
- Ajzen, I. & Madden. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral-control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127*(1), 142-161. doi: 10.1037//0033-2909.127.1.142
- Alemu, H., Mariam, D. H., Belay, K. A., & Davey, G. (2007). Factors predisposing out-of-school youths to HIV/AIDS-related risky sexual behaviour in northwest Ethiopia. *Journal of Health Population and Nutrition, 25*(3), 344-350.
- Altfeld, M. & Walker, B. (2007). Acute HIV-1 Infection. In C. Hoffman, J. Rockstoh, & B.

- S. Kamps (2007). *VIH Medicine 2007*. Paris: FlyingPublisher. Online
<http://hivmedicine.com/hivmedicine2007.pdf>
- Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M.E., & Teles, L. C. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 56-60. doi:10.1258/095646204322637281
- Armitage, C. & Conner, M. (2000). Social cognitions models and health behaviour: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173-189.
doi:10.1080/08870440008400299
- Armitage, C. & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 71-499.
doi:10.1348/014466601164939
- Aspy ,C.B., Vesely, S.K., Oman, R.F., Rodine, S., Marshall, L., & McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 30, 49-466. doi:10.1016/j.adolescence.2006.04.007
- Augoustinos, M., & Walker, I. (1995). *Social Cognition*. Londres: SAGE Publications.
- Ayala, G., Rivas, D., & Bingham, T. (2005). Prevention Heuristics and Other Factors that Facilitate Heightened HIV Risk for Latino Men Who Have Sex with Men in Los Angeles County. *National HIV Prevention Conference*, (pp. 12-15). Georgia.
- Bagozzi, R.P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quartely*, 55, 178-204. doi:10.2307/2786945
- Bailey, J. A., Fleming, C. B., Henson, J. N., Catalano, R. F., & Haggerty, K. P. (2008). Sexual risk behavior 6 months post-high school: Associations with college attendance, living with a parent, and prior risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 573-579. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.11.138

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavior change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bankole, A., Singh, S., Hussain, R., & Oestreich, G. (2009). Condom Use for Preventing STI/HIV and Unintended Pregnancy Among Young Men in Sub-Saharan Africa. *American Journal of Mens Health, 3*(1), 60-78. doi: 10.1177/1557988308322394
- Barnett, T. & Parkhurst, J. (2005). HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change. *The Lancet Infectious Diseases, 5*, 590-593. doi:10.1016/S1473-3099(05)70219-X
- Bartlett, J.G. (2002). *The Johns Hopkins Hospital 2002 Guide to Medical Care of Patients with HIV Infection*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkis.
- Baskin-Sommers, A. & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 38*, 609-611.
- Bauermeister, J. A., Zimmerman, M., Xue, Y. G., Gee, G. C., & Caldwell, C. H. (2009). Working, Sex Partner Age Differences, and Sexual Behavior among African American Youth. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 802-813. doi: 10.1007/s10508-008-9376-3
- Beadnell, B., Baker, S. A., Gillmore, M. R., Morrison, D. M., Huang, B., & Stielstra, S. (2008). The theory of reasoned action and the role of external factors on heterosexual men's monogamy and condom use. *Journal of Applied Social Psychology, 38*, 97-134.
- Bennett, P. & Bozionelos, G. (2000). The theory of planned behaviour as predictor of condom use: a narrative review. *Psychology, Health & Medicine, 5* (3), 307-326. doi:10.1080/713690195
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1979). Models of attitudes-behavior relations.

Psychological Review, 86 , 452–464. doi:10.1037/0033-295X.86.5.452

Bertens, M., Wolfers, M. E. G., van den Borne, B., & Schaalma, H. P. (2008). Negotiating safe sex among women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean descent in the Netherlands. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 20(10), 1211-1216. doi: 10.1080/09540120802009070

Bertoldo, R.B. & Barbará, A. (2006). Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. *Psico-USF*, 11 (2), 229-237.

Bertoni, N., Bastos, F. I., de Mello, M. B., Makuch, M. Y., de Sousa, M. H., Osis, M. J., et al. (2009). Alcohol and illicit drug use and its influence on the sexual behavior of teenagers from Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1350-1360.

Bertrand, J. T., & Anhang, R. (2006). The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 938, 205-241; discussion 317-241.

Bessinger, R., Katende, C., & Gupta, N. (2004). Multi-media campaign exposure effects on knowledge and use of condoms for STI and HIV/AIDS prevention in Uganda. *Evaluation and Program Planning*, 27, 397-407.
doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.07.003

Bogart, L. M., Kral, A. H., Scott, A., Anderson, R., Flynn, N., Gilbert, M. L., et al. (2005). Condom attitudes and behaviors among injection drug users participating in California syringe exchange programs. *Aids and Behavior*, 9(4), 423-432. doi: 10.1007/s10461-005-9014-1

Boileau, C., Zunzunegui, M. V., & Rashed, S. (2009). Gender differences in unsafe sexual behavior among young people in urban Mali. *Aids Care-Psychological*

and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv, 21(8), 1014-1024. doi:

10.1080/09540120802626162

- Borges, A. L., Latorre, M. R., Schor, N. (2007). Factores associados ao início da vida sexual de adolescents matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23 (7), 1583-1594.
- Borrego, P., Barroso, H., & Taveira, N. (2008). Mecanismo molecular de entrada do VIH nas células e sua inibição farmacológica. in AIDSPortugal/SIDANet (2008). *XIII Congresso Virtual HIV/AIDS - Novas perspectivas sobre a infecção VIH/SIDA e doenças relacionadas*. Santarém: Imprinove.
- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Social Science & Medicine*, 52, 1057-1069. doi:10.1016/S0277-9536(00)00213-6
- Bozicevic, I., Stulhofer, A., Ajdukovic, D., & Kufrin, K. (2006). Patterns of sexual behaviour and reported symptoms of STI/RTIs among young people in Croatia - Implications for interventions' planning. *Collegium Antropologicum*, 30, 63-70.
- Brady, S. S., Dolcini, M. M., Harper, G. W., & Pollack, L. M. (2009). Supportive Friendships Moderate the Association Between Stressful Life Events and Sexual Risk Taking Among African American Adolescents. *Health Psychology*, 28(2), 238-248. doi: 10.1037/a0013240
- Brady, S. S., Tschann, J. M., Ellen, J. M., & Flores, E. (2009). Infidelity, Trust, and Condom Use Among Latino Youth in Dating Relationships. *Sexually Transmitted Diseases*, 36(4), 227-231. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181901cba.
- Breakwell, G. M. & Millward, L. J. (1997) Sexual self-concept and sexual risk-taking,

- Journal of Adolescence*, 20, 29–41. doi:10.1006/jado.1996.0062
- Brehmer, A. & Brehmer, B. (1988). What we have learned about human judgment from thirty years of policy capturing? In B. Brehmer & C. B. Joyce (Eds.), *Human Judgment. The SJT view* (pp. 75-114). NY. Elsevier.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Schwartz, J. A., & Bergus, G. R. (2007). The influence of irrelevant anchors on the judgments and choices of doctors and patients. *Medical Decision Making*, 27(2), 203-211. doi: 10.1177/0272989x06298595
- Broccoli, T. L., & Sanchez, D. T. (2009). Implicit Hopelessness and Condom Use Frequency: Exploring Nonconscious Predictors of Sexual Risk Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(2), 430-448. doi: 10.1111/j.1559-1816.2008.00445.x
- Bromnick, R. & Swinburn, P. (2003). Young people's representations of a sexual experience. *Journal of Adolescence*, 26, 375-379.
- Brooks, R. A., Lee, S. J., Stover, G. N., & Barkley, T. W. (2009). Condom Attitudes, Perceived Vulnerability, and Sexual Risk Behaviors of Young Latino Male Urban Street Gang Members: Implications for HIV Prevention. *Aids Education and Prevention*, 21(5), 80-87.
- Brown, A., Yung, A., Cosgrave, E., Killackey, E., Buckby, J., Stanford, C., et al. (2006). Depressed mood as a risk factor for unprotected sex in young people. *Australas Psychiatry*, 14(3), 310-312.
- Brown, J. (2002). Mass Media influences in sexuality. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 42-45. doi:10.1080/00224490209552118
- Brown, J. L., & Venable, P. A. (2007). Alcohol use, partner type, and risky sexual behavior among college students: Findings from an event-level study. *Addictive*

Behaviors, 32, 2940-2952. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.06.011

Bryan, A., Kagee, A., & Broaddus, M. R. (2006). Condom use among South African adolescents: developing and testing theoretical models of intentions and behavior. *Aids Behavior*, 20, 387-397. doi:10.1007/s10461-006-9087-5

Bryan, A., Rocheleau, C. A., Robbins, R. N., & Hutchison, K. E. (2005). Condom use among high-risk adolescents: Testing the influence of alcohol use on the relationship of cognitive correlates of behavior. *Health Psychology*, 24(2), 133-142. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.133

Bull, S. & Shlay, J. (2005). Promoting "Dual Protection" From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach. *Health Promotion Practice*, 6 (1), 72-80. doi:10.1177/1524839903259308

Burns, M.J. & Dilon, F.R. (2005). AIDS Health Locus of Control, Self-Efficacy for Safer Sexual Practices, and Future Time Orientation as Predictors of Condom Use in African American College Students. *Journal of Black Psychology*, 31 (2), 172-188. doi:10.1177/0095798404268288

Burris, J. L., Smith, G. T., & Carlson, C. R. (2009). Relations Among Religiousness, Spirituality, and Sexual Practices. *Journal of Sex Research*, 46(4), 282-289. doi: 10.1080/00224490802684582

Butler, T., Miller, K., Holtgrave, P., Forehand, R., & Long, N. (2006). Stages of sexual readiness and six-month stage progression among African American pre-teens. *The Journal of Sex Research*, 43 (4) , 378-386. doi:10.1080/00224490609552337

Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14 (28), 125-137. doi:10.1590/S0103-863X2004000200003

Cabral, R., Cotton, D., Semaan, A., & Gielen, A. (2004). Application of a transtheoretical

model for HIV prevention in a facility-based and community-level behavioral intervention research study. *Health Promotion Practice*, 5 (2) , 199-207.

doi:10.1177/1524839903258765

Calazans, G., Araujo, T. W., Venturi, G., & Junior, I. F. (2005). Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. *Aids*, 19, S42-S50.

doi:10.1097/01.aids.0000191490.59112.c5

Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2009). Social Representations, Risk Behaviors and AIDS. *Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 565-575.

Camargo, B.V., Barbará, A., & Bertoldo, R.B. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 277-284.

doi:10.1590/S1413-73722007000200008

Carvalho, M.C.R., Júnio, H.A., & Raffin, F.N. (2006). Representações sociais do medicamento genérico por consumidores residentes em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22 (3), 653-661. doi:10.1590/S1516-

93322006000400012

Castro-Vazquez, G., & Kishi, I. (2007). Silence, condoms, and masculinity - Heterosexual Japanese males negotiating contraception. *Men and Masculinities*, 10, 153-177.

doi: 10.1177/1097184x04264633

Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D., & Coates, T. J. (1990). Methodological Problems in AIDS Behavioral Research: Influences on Measurement Error and Participation Biases in Studies of Sexual Behavior. *Psychological Bulletin*, 108, 339-362. doi:10.1037//0033-2909.108.3.339

Celentano, D. D., Sirirojn, B., Sutcliffe, C. G., Quan, V. M., Thomson, N., Keawvichit, R., et al. (2008). Sexually transmitted infections and sexual and substance use

- correlates among young adults in Chiang Mai, Thailand. *Sexually Transmitted Diseases*, 35(4), 400-405. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815fd412.
- Centers for Disease Control (1983). Current Trends Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) Update. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 33, 309-11.
- Centers for Disease Control (1983). Epidemiologic notes and reports immunodeficiency among female sexual partners of males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 31 (52), 697-698.
- Centers for Disease Control (1993). 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 41(RR-17).
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2008). Youth risk behavior surveillance: Surveillance Summaries, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 57, SS-4.
- Certain, H. E., Harahan, B. J., Saewyc, E. M., & Fleming, M. F. (2009). Condom Use in Heavy Drinking College Students: The Importance of Always Using Condoms. *Journal of American College Health*, 58 (3), 187-193.
doi:10.1080/07448480903295284
- Chesney, M. A., Morin, M., & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605. doi:10.1016/S0277-9536(99)00468-2
- Cho, Y. H., & Span, S. A. (2010). The effect of alcohol on sexual risk-taking among young men and women. *Addictive Behaviors*, 35(8), 779-785. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.007.
- Clawson, C. L., & Reese-Weber, M. (2003). The amount and timing of parent-adolescent sexual communication as predictor of late adolescent risk-taking

behavior. *The Journal of Sex Research*, 40 (3), 256-265.

doi:10.1080/00224490309552190

Collins, R.L., Ellickson, P.L., Orlando, M., & Klein, D.J. (2005). Isolating the Nexus of Substance Use, Violence and Sexual Risk for HIV Infection Among Young Adults in the United States. *AIDS and Behavior*, 9 (1), 73-87. doi:10.1007/s10461-005-1683-2

Conner, B.T., Stein, J.A., & Longshore, D. (2005). Are cognitive AIDS risk-reduction models equally applicable among high- and low-risk seekers?. *Personality and Individual Differences*, 38, 379–393. doi:10.1016/j.paid.2004.04.016

Corneille, M. A., Zyzniewski, L. E., & Belgrave, F. Z. (2008). Age and HIV risk and protective behaviors among African American women. *Journal of Black Psychology*, 34(2), 217-233. doi: 10.1177/0095798408314139.

Crawford, M. & Popp, D.(2003) Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *Journal of Sex Research*, 40 (1), 13-26. doi: 10.1080/00224490309552163.

Cromack, L. M. F., Bursztyn, I., & Tura, L. F. R. (2009). The look of teenagers about health: a study on social representation. *Ciencia & Saude Coletiva*, 14(2), 627-634.

Cromack, L.M.F., Bursztyn, I., & Tura, L.F.R. (2009). O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representaçõe sociais. *Ciência & Saúde Colectiva*, 14(2), 627-634.

Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Salazar, L. F., Head, S., Rose, E., et al. (2008). Sexual agency versus relational factors: a study of condom use antecedents among high-risk young African American women. *Sexual Health*,

5(1), 41-47. doi: 10.1071/sh07046

Crosby, R., Diclemente, R. J., Yarber, W. L., Snow, G., & Troutman, A. (2008). An event-specific analysis of condom breakage among African American men at risk of HIV acquisition. *Sexually Transmitted Diseases, 35*(2), 174-177. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181585bf5

Crosby, R., Milhausen, R., Sanders, S.A., Graham, C.A., & Yarber, W.L. (2008). Two heads are better than one: the association between condom decision-making and condom use errors and problems. *Sexually Transmitted Infections, 84*, 198-201. doi:10.1136/sti.2007.027755

Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M. et al.(2008). Sexual agency versus relational factors: a study of condom use antecedents among high-risk young African American women. *Sexual Health, 5*, 41-47. doi:10.1071/SH07046

Damani, R., Ross, M. W., Aral, S. D., Berman, S., Lawrence, J., & Williams, M. L. (2009). Emotional intimacy predicts condom use: findings in a group at high sexually transmitted disease risk. *International Journal of STD & AIDS, 20* (11), 761-764.

De Visser, R. O. & Smith, A. M. A. (2001). Inconsistent users of condoms: a challenge to traditional models of health behaviour. *Psychology, Health & Medicine, 6*(1), 41-46.

Denison, J. A., O'Rilley, K. R., Schmid, G. P., Kennedy, C. E., & Sweat, M. D. (2008). HIV voluntary counseling and testing and behavior risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990-2005. *AIDS Behavior, 12*, 363-373. doi: 10.1007/s10461-007-9349-x

Diário de Notícias (2009). Internamentos por sida custam 22 milhões de euros ao Estado. *Diário de Notícias, edição online*

http://dn.sapo.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1203817&seccao=Sul

DiClemente, R., Salazar, L., Crosby, R., & Rosenthal, S. (2005). Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective - a commentary. *Public Health, 119*, 825-836.

doi:10.1016/j.puhe.2004.10.015

Dinkelman, T., Lam, D., & Leibbrandt, M. (2007). Household and community income, economic shocks and risky sexual behavior of young adults: evidence from the Cape Area Panel Study 2002 and 2005. *Aids, 21*, S49-S56.

doi:10.1097/01.aids.0000300535.05226.a9

Dinkelman, T., Lam, D., & Leibbrandt, M. (2008). Linking poverty and income shocks to risky sexual behaviour: Evidence from a panel study of young adults in Cape Town. *South African Journal of Economics, 76*, S52-S74. doi:10.1111/j.1813-

6982.2008.00170.x

Dunne, M. P., Martin, N. G., Bayley, J. N., Heat, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., & Stahan, S. A. (1997). Participation Bias in a Sexuality Survey: Psychological and Behavioural Characteristics of Responders and Nonresponders. *International Journal of Epidemiology, 26* (4), 844-854. doi:10.1093/ije/26.4.844

Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives.

Revue de Métaphysique et Morale, 6, 273-302.

Eagly, A. H. & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando, FL, US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers

East, L., Jackson, D., O'Brien, L., & Peters, K. (2007). Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: literature review. *Journal of*

- Advanced Nursing*, 59(2), 103-110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04337.x
- Edwards, G. L., & Barber, B. L. (2010). Women May Underestimate Their Partners' Desires to Use Condoms: Possible Implications for Behaviour. *Journal of Sex Research*, 47(1), 59-65. doi: 10.1080/00224490902867863
- Elifson, K. W., Klein, H., & Sterk, C. E. (2008). CONDOM USE SELF-EFFICACY AMONG YOUNG ADULT ECSTASY USERS. *Journal of Drug Issues*, 38(4), 981-1001.
- Elkington, K. S., Bauermeister, J. A., & Zimmerman, M. A. (2010). Psychological Distress, Substance Use, and HIV/STI Risk Behaviors Among Youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 514-527. doi: 10.1007/s10964-010-9524-7
- Ellickson, P. L., Collins, R. L., Bogart, L. M., Klein, D. J., & Taylor, S. L. (2005). Scope of HIV risk and co-occurring psychosocial health problems among young adults: violence, victimization, and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 36(5), 401-409. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.06.008
- Espinosa-Hernandez, G., & Lefkowitz, E. S. (2009). Sexual Behaviors and Attitudes and Ethnic Identity During College. *Journal of Sex Research*, 46(5), 471-482. doi: 10.1080/00224490902829616
- Ethier, K.A., Kershaw, T.S., Lewis, J.B., Milan, S., Niccolai, L.M., & Ickovics, J.R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Inter-relationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health*, 38, 268–274. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.12.010
- Eysenk, H. J. (1976). *Sex and Personality*. London: Open Books.
- Farmer, M.A. & Meston, C.M. (2006). Predictors of Condom Use Self-Efficacy in an Ethnically Diverse University Sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (3), 313–326. doi:10.1007/s10508-006-9027-5

- Farnham, P.G., Gorsky, R. D., Holtgrave, D. R., Jones, W. K., & Guinan, M. E. (1996).
Counseling and testing for HIV prevention: costs, effects and cost-effectiveness
of more rapid screening tests. *Public Health Reports*, *111*, 44-53.
- Finkelstein, M. A., & Brannick, M. T. (1997). Making decisions about sexual intercourse:
Capturing college students' policies. *Basic and Applied Social Psychology*, *19*(1),
101-120. doi:10.1207/s15324834basp1901_8
- Finkelstein, M. A., & Brannick, M. T. (2000). Making decisions about condoms: Whose
attitude is it anyway? *Social Behavior and Personality*, *28*(6), 539-553.
doi:10.2224/sbp.2000.28.6.539
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: na
introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, W., Byrne, D., White, L., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a
dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, *25* (1) , 123-151.
doi:10.1080/00224498809551448
- Flament, C. (1984). From the bias of structural balance to the representations of the
group. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations*. Cambridge:
Cambridge University Press.
- Flament, C. (1994). Consensus, salience and necessity in social representations –
technical note. *Papers on Social Representations*, *3*(2), 1-105.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In D. Jodelet (Ed.),
As Representações Sociais (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., & Levy, R. (2002). Patient
adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract
reports. *Patient Education and Counseling*, *46*, 93-108. doi:10.1016/S0738-

3991(01)00219-1

Fontanel, B. & Wolffromm, D. (2010). *Breve história do preservativo*. Lisboa: Texto Editores.

Foster, G. & Williamson, J. (2000). A review of current literature of the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa. *AIDS, 14 (3)*, S275-S284.

Galvez-Buccollini, J. A., Delea, S., Herrera, P. M., Gilman, R. H., & Paz-Soldan, V. (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. *Bmc Public Health, 9*. doi: 10.1186/1471-2458-9-23

Galvez-Buccollini, J. A., Paz-Soldan, V., Herrera, P., Delea, S., Gilman, R. H., & Anthony, J. C. (2008). Links between sex-related expectations about alcohol, heavy episodic drinking and sexual risk among young men in a shantytown in Lima, Peru. *International Family Planning Perspectives, 34(1)*, 15-20.

Garrido, J. M. F., Fernandez, M. L., & Pedrola, J. L. B. (2008). Sexual behavior in a Spanish sample aged 14 to 24 years old. *Gaceta Sanitaria, 22(6)*, 511-519.

Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Dusseldorp, E. (2006). Condom Use at First Intercourse with a New Partner in Female Adolescents and Young Adults: The Role of Cognitive Planning and Motives for Having Sex. *Archives of Sexual Behavior, 35 (2)*, 217-233. doi:10.1007/s10508-005-9003-5

Gebhardt, W.A., Kuyper, L., & Greunsven, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health, 33*, 154-164. doi:10.1016/S1054-139X(03)00137-X

Gilley, B. J. (2006). 'Snag bags': Adapting condoms to community values in Native American communities. *Culture Health & Sexuality, 8(6)*, 559-570. doi: 10.1080/13691050600891917

- Godin, G., Gagnon, H., Lambert, L., & Conner, M. (2005). Determinants of condom use among a random sample of single heterosexual adults. *British Journal of Health Psychology, 10*, 85-100. doi:10.1348/135910704X14258
- Golden, M. (2002). HIV partner notification: a neglected prevention intervention. *Sexually Transmitted Diseases, 29* (8), 472-475. doi:10.1097/00007435-200208000-00007
- Golden, M. R., Hogben, M., Potterat, J. J., & Handsfield, H. H. (2004). Hiv partner notification in the United States: a national survey of program coverage and outcomes. *Sexually Transmitted Diseases, 31* (12), 709-712. doi:10.1097/01.olq.0000145847.65523.43
- Gollwotzer, P. M. (1993). Goal achievement: the role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (vol. 4, pp 141-185). UK: Wiley.
- Gomes, A. & Nunes, C. (2008). Sexualidade e metodologia: uma análise retrospectiva para uma recolha de dados eficiente. *PSICO, 39* (2), 246-254.
- Gomes, A., Oliveira, D., & Sá, C. (2008). Social representations of the brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil, according to the structural approach. *Rev Latino-am Enfermagem, 16* (1), 122-129. doi:10.1590/S0104-11692008000100019
- Goodwin, R., Kwiatkowska, A., Realo, A., Kozlova, A., Luu, L.A.N., & Nizharadze, G. (2004). Social representations of HIV/AIDS in five Central European and Eastern European countries: a multidimensional analysis. *AIDS Care, 16* (6), 669-680. doi:10.1080/09540120412331269521
- Greene, K., Hale, J. L., & Rubin, D. L. (1997). A test of the theory of reasoned action in

the context of condom use and AIDS. *Communication Reports*, 10 (1), 21-33.

doi: 10.1080/08934219709367656

Guimelli, C. (1993). Concerning the structure of social representations. *Papers on Social Representation*, 2 (2), 85-92.

Gullette, D., & Lyons, M. (2006). Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 17 (5) , 23-31. doi:10.1016/j.jana.2006.07.001

Haaker, M. (2004). HIV/AIDS: The Impact on the Social Fabric and the Economy. In M. Haaker (Ed.). *The Macroeconomics of HIV/AIDS*. International Monetary Fund.

Hadley, W., Brown, L. K., Lescano, C. M., Kell, H., Spalding, K., et al. (2009). Parent-Adolescent sexual communication: associations of condom use with condom discussions. *AIDS Behav*, 13, 997-1004. doi: 10.1007/s10461-008-9468-z

Halpern-Felsher, B., Kropp, R., Boyer, C., Tschann, J., & Ellen, J. (2004). Adolescents self-efficacy to communicate about sex: Its role in condom attitudes, commitment and use. *Adolescence*, 39 (155) , 443-456.

Haque, M. R., & Soonthornhdhada, A. (2009). Risk Perception and Condom-use among Thai Youths: Findings from Kanchanaburi Demographic Surveillance System Site in Thailand. *Journal of Health Population and Nutrition*, 27(6), 772-783.

Harrison, A., O'Sullivan, L. F., Hoffman, S., Dolezal, C., & Morrell, R. (2006). Gender role and relationship norms among young adults in South Africa: Measuring the context of masculinity and HIV risk. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(4), 709-722. doi: 10.1007/s11524-006-9077-y

Harvey, S.M., Beckman, L.J., Gerend, M.A., Bird, S.T., Posner, S., Huszitz, H.C., & Galavotti, C. (2006). A conceptual model of women's condom use intentions:

Integrating intrapersonal and relationship factors. *AIDS Care*, 18(7), 698-709.

doi:10.1080/13548500500294435

Heeren, G. A., Jemmott, J. B., Mandeya, A., & Tyles, J. C. (2009). Sub-Saharan African university students' beliefs about condoms, condom-use intention, and subsequent condom use: a prospective study. *AIDS Behav*, 13, 268-276.

doi:10.1007/s10461-008-9415-z

Hendriksen, E. S., Pettifor, A., Lee, S. J., Coates, T. J., & Rees, H. V. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: The Reproductive Health and HIV Research Unit National Youth Survey. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1241-1248. doi: 10.2105/ajph.2006.086009

Hennessy, M., Fishbein, M., Curtis, B., & Barrett, D. W. (2007). Evaluating the risk and attractiveness of romantic partners when confronted with contradictory cues. *Aids and Behavior*, 11(3), 479-490. doi: 10.1007/s10461-006-9156-9

Herida, M., Alix, J., Devaux, I., Likatavicius, G., Desenclos, J. C., Matic, S., Ammon, A., & Nardone, A. (2007) HIV/AIDS in Europe: epidemiological situation in 2006 and a new framework for surveillance. *Euro Surveill*, 12 (47), pii=3312.

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3312>

Higgins, D. L., Galavotti, C., O'Rilley, K. R., Schnell, D. J., Moore, M., Rugg, D. L., & Johson, R. (1991). Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. *Journal of American Medical Association*, 266 (17), 2419-2429. doi:10.1001/jama.266.17.2419

Hirsch, J. S. (2008). Catholics using contraceptives: Religion, family planning, and interpretive agency in rural Mexico. *Studies in Family Planning*, 39(2), 93-104.

doi:10.1111/j.1728-4465.2008.00156.x

- Hoefnagels, C., Hospers, H.J., Hosman, C., Schouten, L., & Schaalma, H. (2006). One Measure, Two Motives. Prediction of Condom Use and Interaction Between Two Prevention Goals Among Heterosexual Young Adults: Preventing Pregnancy and/or Sexually Transmitted Diseases. *Prevention Science*, 7, 369-376. doi:10.1007/s11121-006-0048-z
- Holstad, M. K. M., Pace, J. C., De, A. K., & Ura, D. R. (2006). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 17 (2), 4-15. doi: 10.1016/j.jana.2006.01.002
- Hutchinson, M.K., Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., Braverman, P., & Fong, G.T. (2003). The Role of Mother–Daughter Sexual Risk Communication in Reducing Sexual Risk Behaviors Among Urban Adolescent Females: A Prospective Study. *Journal of Adolescent Health*, 33, 98–107. doi:10.1016/S1054-139X(03)00183-6
- Ingledeu, D. K., & Ferguson, E. (2007). Personality and riskier sexual behaviour: Motivational mediators. *Psychology & Health*, 22(3), 291-315. doi: 10.1080/14768320600941004
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde 2006/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- Instituto Nacional de Saúde [INS] (2009). *Infecção VIH/SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008*. Lisboa: Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2004). *Estudo sobre opiniões, atitudes e comportamentos relacionados com a SIDA*. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV

- risk.reduction interventions for african American adolescents – a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 279 (19), 1529-1536.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. (Ed. Electrónica, 2007). Centre National des Lettres Paris : Les Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp.101-124). Rio de Janeiro: UERJ.
- Joffe, H. (1995). Social representation of AIDS: towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4 (1), 1-12.
- Joffe, H. (2002). Social representations and health psychology. *Social Science Information*, 4 (4), 559-580.
- Juarez, F. & Martín, T. C. (2006). Safe Sex Versus Safe Love? Relationship Context and Condom Use among Male Adolescents in the Favelas of Recife, Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (1), 25-35. doi:10.1007/s10508-006-8992-z
- Junique, C., Barbry, W., Scano, S., Zeliger, R., & Vèrges, P. (2002). *Ensemble de programmes permettant l'analysus de similitude de questionnaires et de donnes numeriques – SIMI2000 (Manuel)*. France: Aix en Provence Université
- Kabiru, C. W., & Orpinas, P. (2009). Correlates of Condom Use Among Male High School Students in Nairobi, Kenya. *Journal of School Health*, 79(9), 425-432. doi:10.1111/j.1746-1561.2009.00430.x
- Kalichman, S. C., Carey, M. P., & Johson, B. T. (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: a meta-analytic review of the behavioral outcome literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 18 (1), 6-15. doi:10.1007/BF02903934
- Kamps, B. S. & Hoffman, C. (2007). Introduction. In C. Hoffman, J. Rockstoh, & B. S.

- Kamps (2007). *VIH Medicine 2007*. Paris: FlyingPublisher. Online
<http://hivmedicine.com/hivmedicine2007.pdf>
- Kaneko, N. (2007). Association between condom use and perceived barriers to and self-efficacy of safe sex among young women in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 9(4), 284-289. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00338.x
- Karlyn, A. S. (2005). Intimacy revealed: Sexual experimentation and the construction of risk among young people in Mozambique. *Culture Health & Sexuality*, 7(3), 279-292. doi: 10.1080/13691050412331334362
- Kashima, Y., Gallois, C., & McCamish, M. (1993). The theory of reasoned action and cooperative behaviour: it takes two to use a condom. *British Journal of Social Psychology*, 32 (3), 227-239.
- Katz, I. (2006). Explaining the increase in condom use among South African young females. *Journal of Health Communication*, 11(8), 737-753. doi: 10.1080/10810730600934674
- Keegan, A., Lambert, S., & Petrak, J (2005). Sex and Relationships for HIV-Positive Women Since HAART: A Qualitative Study. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 19 (10), 645-654. doi:10.1089/apc.2005.19.645
- Kennedy, B. L., & Roberts, S. T. (2009). Truths and myths that influence the sexual decision-making process among young multiethnic college women. *Arch Psychiatr Nurs*, 23(5), 366-375. doi:10.1016/j.apnu.2008.10.007
- Khan, M. R., Kaufman, J. S., Pence, B. W., Gaynes, B. N., Adimora, A. A., Weir, S. S., et al. (2009). Depression, Sexually Transmitted Infection, and Sexual Risk Behavior Among Young Adults in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(7), 644-652.

- Kiene, S. A., Barta, W. D., Tennen, H., & Armeli, S. (2009). Alcohol, Helping Young Adults to Have Unprotected Sex with Casual Partners: Findings from a Daily Diary Study of Alcohol Use and Sexual Behavior. *Journal of Adolescent Health, 44*(1), 73-80. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.05.008
- Kiene, S. M., Armeli, S., & Tennen, H. (2008). Today I'll use a condom, but who knows about tomorrow: A daily process study of variability in predictors of condom use. *Health Psychology, 27*(4), 463-472. doi: 10.1037/0278-6133.27.4.463
- Kim, S., Rosa, M., Trepka, M. J., & Kelley, M. (2007). Condom Use among Unmarried Students in a Hispanic-Serving University. *AIDS Education and Prevention, 19* (5), 448-461. doi:10.1521/aeap.2007.19.5.448
- Klein, R. & Knauper, B. (2003). The role of cognitive avoidance of STIs for discussing safer sex practices and for condom use consistency. *The Canadian Journal of Humam Sexuality, 13* (3-4), 137-149.
- Kraft, P., Sutton, S., & Reynolds, H. M. (1999). The Transtheoretical Model of Behavior Change: are the stages qualitatively different? *Psychology and Health, 14* (3), 433-450. doi: 10.1080/08870449908407339
- Kuyper, L., Hogg, R., Montaner, J., Shechter, M., & Wood, E. (2004). The cost of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions. *Journal of Urban Health, 81*(4), 655-660. doi:10.1093/jurban/jth148
- LaBrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of Alcohol, Expectancies, and Partner Type on Condom Use in College Males: Event-Level Analyses. *The Journal of Sex Research, 42* (3), 259–266. doi:10.1080/00224490509552280

- Lam, A.G., Mak, A., Lindsay, P.D., & Russel, S.T. (2004). What Really Works? An Exploratory Study of Condom Negotiation Strategies. *AIDS Education and Prevention, 16* (2), 160-171. doi: 10.1521/aeap.16.2.160.29396
- Langille, D. B., Hughes, J. R., Delaney, M. E., & Rigby, J. A. (2007). Older male sexual partner as a marker for sexual risk-taking in adolescent females in Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique, 98*(2), 86-90.
- Lazzarini, L., Lazafame, M., Trvenzoli, M., Vento, S., & Concia, E. (). Adherence to HAART in HIV. *The Lancet, 353*, 841.
- Lee, J., & Hahm, H. C. (2010). Acculturation and Sexual Risk Behaviors Among Latina Adolescents Transitioning to Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(4), 414-427. doi: 10.1007/s10964-009-9495-8
- Lee, S., Detels, R., Rotheram-Borus, M. J., & Duan, N. (2007). The Effect of Social Support on Mental and Behavioral Outcomes among Adolescents with Parents with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health, 97* (10), 1820-1826. doi:10.2105/AJPH.2005.084871
- Lefkowitz, E.S., Gillen, M.M., Shearer, C.L., & Boone, T.L. (2004). Religiosity, Sexual Behaviors, and Sexual Attitudes during Emerging Adulthood. *The Journal of Sex Research, 41* (2), 150-159. doi:10.1080/00224490409552223
- Lehrer, J. A., Shrier, L. A., Gortmaker, S., & Buka, S. (2006). Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics, 118*(1), 189-200. doi: 10.1542/peds.2005-1320
- Leigh, B. C. (2002). Alcohol and condom use - A meta-analysis of event-level studies. *Sexually Transmitted Diseases, 29*(8), 476-482. doi:10.1097/00007435-

200208000-00008

- Leigh, B. C., Ames, S. L., & Stacy, A. W. (2008). Alcohol, drugs, and condom use among drug offenders: An event-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 93*(1-2), 38-42. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.08.012
- Leigh, B. C., Vanslyke, J. G., Hoppe, M. J., Rainey, D. T., Morrison, D. M., & Gillmore, M. R. (2008). Drinking and condom use: Results from an event-based daily diary. *Aids and Behavior, 12*, 104-112. doi: 10.1007/s10461-007-9216-9
- Lewis, M. A., Lee, C. M., Patrick, M. E., & Fossos, N. (2007). Gender-specific normative misperceptions of risky sexual behavior and alcohol-related risky sexual behavior. *Sex Roles, 57*, 81-90. doi: 10.1007/s11199-007-9218-0
- Lewis, M.A., Neighbors, C., & Malheim, J. E. (2006). Indulgence or restraint? Gender differences in the relationship between controlled orientation and the erotophilia-risky sex link. *Personality and Individual Differences, 40*, 985-995. doi:10.1016/j.paid.2005.09.015
- Liddell, C., Giles, M., & Rae, G. (2008). The culture of condoms: Culturally grounded variables and their association with attitudes to condoms. *Psychosomatic Medicine, 70*(4), 496-504. doi: 10.1097/PSY.0b013e31816fdf0e
- Lollis, C. M., Johson, E. H., & Antoni, M. H. (1997). The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Education and Prevention, 9* (6), 551-563.
- Ma, Q. Q., Ono-Kihara, M., Cong, L. M., Pan, X. H., Xu, G. Z., Zamani, S., et al. (2009). Behavioral and psychosocial predictors of condom use among university students in Eastern China. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv, 21*(2), 249-259. doi: 10.1080/09540120801982921

- MacDonald, T.K. & Martineau, A. M. (2002). Self-Esteem, Mood, and Intentions to Use Condoms: When Does Low Self-Esteem Lead to Risky Health Behaviors?. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*, 299–306.
doi:10.1006/jesp.2001.1505
- Machado Caetano, J. A.(2003). Imunologia da Infecção do VIH. *in AidsPortugal/SidaNet (2003). III Congresso Virtual HIV/AIDS - O VIH no Mundo Lusófono*. Santarém: Metatexto.
- Macke, B. A. & Maher, J. E. (1999). Partner notification in the United States – an evidence-based review. *American Journal of Prevention Medicine, 17 (3)*, 230-242. doi:10.1016/S0749-3797(99)00076-8
- Macnair-Semands, R., Cody, W. K., & Simono, R. B. (1997). Sexual behaviour change associated with a college HIV course. *AIDS Care, 9 (6)* .727-738. doi: 10.1080/713613222
- Magalhães, M. G., Carrilho, M. J., & Leite, S. (2001). *Inquérito à fecundidade e família*. Lisboa: INE.
- Mantell, J. E., Harrison, A., Hoffman, S., Smit, J. A., Stein, Z. A., & Exner, T. M. (2006). The Mpondombili project: Preventing HIV/AIDS and unintended pregnancy among rural South African school-going adolescents. *Reproductive Health Matters, 14(28)*, 113-122. doi:10.1016/S0968-8080(06)28269-7
- Manuel, S. (2005). Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. *Culture Health & Sexuality, 7(3)*, 293-302. doi: 10.1080/13691050412331321302
- Marks, M. J. & Fraley, R. C. (2005). The sexual double standart: facto r fiction? *Sex Roles, 52 (3/4)*, 175-186. doi: 10.1007/s11199-005-1293-5

- Maroco, J. (2007) *Análise Estatística com a utilização do SPSS* (3ª Ed). Lisboa: Silabo.
- Marshall, B. D. L., Kerr, T., Shoveller, J. A., Montaner, J. S. G., & Wood, E. (2009). Structural factors associated with an increased risk of HIV and sexually transmitted infection transmission among street-involved youth. *Bmc Public Health*, 9. doi: 10.1186/1471-2458-9-7
- Martin, T. C. (2005). Contraceptive use patterns among Spanish single youth. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(4), 219-228. doi: 10.1080/13625180500282379
- Martins, A. T., Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sánchez-García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, 39 (1), 7-13.
- Mazzaferro, K.E., Murray, P.J., Ness, R. B., Bass, D.C., Tyus, N., & Cook, R. L. (2006). Depression, Stress, and Social Support as Predictors of High-Risk Sexual Behaviors and STIs in Young Women. *Journal of Adolescent Health*, 39, 601–603. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.02.004
- McCree, D. H., Wingood, G. M., DiClemente, R., Davies, S., & Harrington, K. F. (2003). Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 33, 2–8. doi:10.1016/S1054-139X(02)00460-3
- Mehrotra, P., Noar, S. M., Zimmerman, R. S., & Palmgreen, P. (2009). Demographic and Personality Factors as Predictors of HIV/STD Partner-Specific Risk Perceptions: Implications for Interventions. *Aids Education and Prevention*, 21(1), 39-54. doi:10.1521/aeap.2009.21.1.39
- Mehta, S., Moore, R., & Graham, N. M. H. (1997). Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11, 1667-1670. doi:10.1097/00002030-199714000-

00002

Mercer, C. H., Copas, A. J., Sonnenberg, P., Johnson, A. M., McManus, S., Erens, B., et al. (2009). Who has sex with whom? Characteristics of heterosexual partnerships reported in a national probability survey and implications for STI risk. *International Journal of Epidemiology*, *38*(1), 206-214. doi: 10.1093/ije/dyn216

Ministério da Saúde (2005). *HIV/AIDS Epidemic Status at-a-glance: Portugal National Report 2005*. Lisboa: Coordenação Nacional para a infecção de VIH/SIDA – Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2009). *Infecção VIH/SIDA – A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde

Molla, M., Åstrøm, A. Nordrehaug and Brehane, Y.(2007). Applicability of the theory of planned behavior to intended and self-reported condom use in a rural Ethiopian population. *AIDS Care*,*19* (3),425-431. doi: 10.1080/09540120600722692

Morin, M. & Vèrges, P. (1992). Enquête sur une représentation en voie d'émancipation: le sida pour les jeunes. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, *15*, 46-75.

Morrison, D. M., Baker, S. A., & Gillmore, M. (1998). Condom use among high-risk heterosexual teens: A longitudinal analysis using the theory of reasoned action. *Psychology & Health*, *13* (2), 207-222. doi: 10.1080/08870449808406747

Moscovici, M. (1961). *La Psychanalyse, son image et son publique*. Paris: PUF.

Moscovici, M. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (Ed.), *Social Cognition*. London: Academic Press.

- Moscovici, M. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology, 18*, 211-250. doi:10.1002/ejsp.2420180303
- Moscovici, S. (1963). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology, 14*, 231-260. doi:10.1146/annurev.ps.14.020163.001311
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Martins, A., & Nunes, C. (2009). Gender Differences in HIV-Related Sexual Behavior among College Students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology, 12* (2), 485-495.
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C., & Martins, A. (2007) AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Public Health, 121* (9), 673-681. doi:10.1016/j.puhe.2007.01.010
- Neto, A. B., Araújo, A. C., Doher, M. P., & Haddad, M. A. (2009). Revisão sobre a eficácia do preservativo em relação à protecção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação. *Diagnóstico & Tratamento, 14* (3), 1235-125.
- Nisbett, R. E. & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychological Review, 84*, 231-259. doi:10.1037//0033-295X.84.3.231
- Njau, B., Mtweve, S., Barongo, L., Manongi, R., Chugulu, J., Msuya, M., et al. (2007). The influence of peers and other significant persons on sexuality and condom-use among young adults in northern Tanzania. *Ajar-African Journal of Aids Research, 6*(1), 33-40.
- Noar, S. M. & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Educ. Res., 20* (3), 275-290. doi: 10.1093/her/cyg113
- Noar, S. M., Zimmerman, R. S., Palmgreen, P., Lustria, M., & Horosewski, M. L. (2006).

- Integrating personality and psychosocial theoretical approaches to understanding safer sexual behavior: Implications for message design. *Health Communication, 19*(2), 165-174. doi:10.1207/s15327027hc1902_8
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, J. & Meliço-Silvestre, A. (2003). História natural da infecção VIH, in AidsPortugal/SidaNet (2003). *III Congresso Virtual HIV/AIDS - O VIH no Mundo Lusófono*. Santarém: Metatexto.
- Oliveira, M. L., Mendes, C.M., Tardin, R.T., Cunha, M.D., & Arruda, A. (2003). Social representation of Hansens's disease thirty years after the term leprosy was replaced in Brazil. *História, Ciências, Saúde, 10* (1), 41-48. doi:10.1590/S0104-59702003000400003
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2007). *Global Strategy For The Prevention And Control Of Sexually Transmitted Infections: 2006–2015*. WHO Press.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2009). *Priority Interventions HIV/AIDS: prevention, treatment and care in the health sector*. World Health Organization, HIV/AIDS Department
http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf
- O'Sullivan, L. F., Udell, W., & Patel, V. L. (2006). Young urban adults' heterosexual risk encounters and perceived risk and safety: A structured diary study. *Journal of Sex Research, 43*(4), 343-351. doi:10.1080/00224490609552333
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., Dias, R., & Grp Estudos Populacao, S. (2008). Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. *Revista De Saude Publica, 42*(1), 45-53. doi:10.1590/S0034-89102008000800007
- Palekar, R., Pettifor, A., Behets, F., & MacPhail, C. (2008). Association Between

- Knowing Someone Who Died of AIDS and Behavior Change Among South African Youth. *Aids and Behavior*, 12(6), 903-912. doi: 10.1007/s10461-007-9325-5
- Parker, R. & Camargo Jr., K. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1), 89-102. doi:10.1590/S0102-311X2000000700008
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M. & Hart, G. (2007). Explaining Associations between Adolescent Substance Use and Condom Use. *Journal of Adolescent Health*, 40, 180.e1–180.e18. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.09.012
- Patel, V. L., Gutnik, L. A., Yoskowitz, N. A., O'Sullivan, L. F., & Kaufman, D. R. (2006). Patterns of reasoning and decision making about condom use by urban college students. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 18(8), 918-930. doi: 10.1080/09540120500333509
- Patel, V. L., Yoskowitz, N. A., & Kaufman, D. R. (2007). Comprehension of sexual situations and its relationship to risky decisions by young adults. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 19(7), 916-922. doi: 10.1080/09540120701203303
- Patel, V. L., Yoskowitz, N. A., Kaufman, D. R., & Shortliffe, E. H. (2008). Discerning Patterns of Human Immunodeficiency Virus Risk in Healthy Young Adults. *The Journal of American Medicine*, 121, 758-764. doi:10.1016/j.amjmed.2008.04.022
- Pinkerton, S. D. & Abramson, P. R. (1997). Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Soc. Sci. Med.*, 44 (9), 1303-1312.
- Piot, P., Bartos, M., Ghys, P. D., Walker, N., & Schwartländer B. (2001) The global

- impact of HIV/AIDS. *Nature*, 410, 968-973. doi:10.1038/35073639
- Piotrow, P., Kinkaid, D. L., Rimon, J. G., & Rinehart, W. (1997). *Health communication: Lessons learned from family planning and reproductive health*. Westport, CT: Praeger.
- Plummer, M. L., Wight, D., Wamoyi, J., Mshana, G., Hayes, R. J., & Ross, D. A. (2006). Farming with your hoe in a sack: Condom attitudes, access, and use in rural Tanzania. *Studies in Family Planning*, 37(1), 29-40. doi:10.1111/j.1728-4465.2006.00081.x
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives*, 32(4), 192-200. doi:10.1363/3219206
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. doi:10.1037//0003-066X.47.9.1102
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Application to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528. doi:10.1037//0022-006X.56.4.520
- Randolph, M. E., Torres, H., Gore-Felton, C., Lloyd, B., & McGarvey, E. L. (2009). Alcohol Use and Sexual Risk Behavior among College Students: Understanding Gender and Ethnic Differences. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(2), 80-84. doi: 10.1080/00952990802585422
- Reich, W. A., & Rubin, R. M. (2007). Prototypical images in condom scripts among

- AIDS-bereaved adolescents. *Aids Education and Prevention*, 19(1), 82-94.
doi:10.1521/aeap.2007.19.1.82
- Reis, M. & Matos, M. G. (2007a). Conhecimentos e Atitudes face ao uso de Métodos Contraceptivos e à Prevenção das ISTs em Jovens. *Revista Lusófona de Ciências e tecnologias da Saúde*, 4 (1), 23-35.
- Reis, M. & Matos, M. G. (2007b). Contracepção – Conhecimentos e Atitudes em Jovens Universitários. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 8 (2), 209-220.
- Reis, M. & Matos, M. G. (2008). Contracepção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 71-79.
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. G. (2009). Contracepção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens portugueses. *Revista Lusófona de Ciências e tecnologias da Saúde*, 6 (2), 206-214.
- Remien, R.H., Exner, T., Kertzner, R.M., Ehrhardt, A.A., Rotheram-Borus, M.J., Johnson, M.O., et al. (2006). Depressive symptomatology among HIV-positive women in the era of HAART: A stress and coping model. *American Journal of Community Psychology*, 38, 275 – 285. doi:10.1007/s10464-006-9083-y
- Ribeiro, M.L. & Jutras, F. (2006). Representações sociais de professores sobre afetividade. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 39-45. doi:10.1590/S0103-166X2006000100005
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91 , 93-114.
doi:10.1080/00223980.1975.9915803
- Rosenstock, I. M. (1966). *Why people use health services*. *Millbank Memorial Fund Quartely*, 44, 94-124.

- Rostosky, S.C., Regnerus, M.D., & Wright, M.L.C. (2003). Coital debut: the role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *The Journal of Sex Research, 40* (4), 358-367.
- Rotter, J. B. (1990). Internal versus External Control of Reinforcement. *American Psychologist, 45*(4), 489-493. doi:10.1037//0003-066X.45.4.489
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais. In A. S. Moreira & D. C. Oliveira (Eds.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp.39-46). Goiânia: AB.
- Rubio, J. M., & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.
- Saavedra, L., Magalhães, S., Soares, D., Ferreira, S., & Leitão, F. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portuguesas e portugueses: um programa de educação sexual. In IV Congresso Astur-Galaico de Sociologia, 23 a 24 de Março de 2007, Coruña
- Salt, H., Boyle, M., & Ives, J. (1990). HIV prevention: Current health promoting behaviour models for understanding psychosocial determinants of condom use. *AIDS Care, 2* (1), 69-75. doi: 10.1080/09540129008257715
- Sanchez-Garcia, M., & Batista-Foguet, J. M. (2008). Congruency of the cognitive and affective components of the attitude as a moderator on intention of condom use predictors. *Social Indicators Research, 87*(1), 139-155. doi: 10.1007/s11205-007-9163-x
- Santelli, J., Ott, M. A., Lyon, M., Rogers, J., Summers, D., & Schleifer, R. (2006). Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health, 38*, 72-81.

doi:10.1016/j.jadohealth.2005.10.006

- Scano, S., Junique, C., & Vèrges, P. (2002). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations – EVOC 2000 (Manuel)*. France: Aix en Provence Université
- Schroder, K. E. E., Johnson, C. J., & Wiebe, J.S. (2009). An event-level analysis of condom use as a function of mood, alcohol use, and safer sex negotiations. *Archives of Sexual Behaviour, 38*, 283-289. doi: 10.1007/s10508-007-9278-9
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 259-288). New York: Cambridge University Press.
- Scott-Sheldon, L. A. J., Carey, K. B., & Carey, M. P. (2008). Health behavior and college students: Does Greek affiliation matter? *Journal of Behavioral Medicine, 31*(1), 61-70. doi: 10.1007/s10865-007-9136-1
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18* (2), 188-195. doi:10.1590/S0102-79722005000200006
- Shearer, C.L., Hosterman, S.J., Gillen, M.M., & Lefkowitz, E.S. (2005). Are traditional gender roles associated with risky sexual behavior and condom-related beliefs? *Sex Roles, 52* (5-6), 311-324. doi:10.1007/s11199-005-2675-4
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use? Metaanalysis and examination of six moderator variables. *British journal of Social Psychology, 37* (2), 231-250.

- Silva, I. A. S. & Cruz, E. A. (2008). The work of the intensive care nurse: a study on the social representations structure. *Ver Esc Enferm USP*, 42 (3), 546-553.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S. C., Jooste, S., Cherry, C., Mfecane, S., & Cain, D. (2005). Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *Aids and Behavior*, 9(1), 53-61. doi: 10.1007/s10461-005-1681-4
- Sohn, A., & Chun, S. S. (2007). Gender Differences in Sexual Behavior and Condom-related Behaviours and Attitudes among Korean Youths. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 19(2), 45-52. doi:10.1177/10105395070190020801
- Steiner, M. J., & Cates Jr., W. (2006). Condoms and sexually-transmitted infections. *New England Journal of Medicine*, 354 (25), 2642-2643.
doi:10.1056/NEJMp068111
- Stoner, S. A., George, W. H., Peters, L. M., & Norris, J. (2007). Liquid courage: Alcohol fosters risky sexual decision-making in individuals with sexual fears. *Aids and Behavior*, 11(2), 227-237. doi: 10.1007/s10461-006-9137-z
- Stoner, S. A., Norris, J., William, H. G., Morrison, D. M., Zawacki, T., Daoes, K. C., & Hessler, D. M. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33, 1167-1176. doi:10.1016/j.addbeh.2008.04.017
- Strachman, A., & Impett, E. A. (2009). Attachment Orientations and Daily Condom Use in Dating Relationships. *The Journal of Sex Research*, 46(4), 319-329. doi: 10.1080/00224490802691801
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K., & Ajdukovic, D. (2009). An Assessment of HIV/STI Vulnerability and Related Sexual Risk-Taking in a Nationally Representative Sample of Young Croatian Adults. *Archives of Sexual*

- Behavior*, 38(2), 209-225. doi: 10.1007/s10508-007-9234-8
- Sunmola A. M., Olley, B., & Oso, G. E. (2007). Predictors of condom use among sexually active persons involved in compulsory national service in Ibadan, Nigéria. *Health Education Research*, 22 (4), 459-472. doi: 10.193/her/cy1100
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology & Health*, 15 (2), 163-171. doi: 10.1080/08870440008400298
- Sutton, S., McVey, D., & Glanz, A. (1999). A comparative test of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior in the prediction of condom use intentions in a national sample of English young people. *Health Psychology*, 18 (1), 72-81. doi:10.1037//0278-6133.18.1.72
- Taylor, L. (2005). Effects of visual and verbal sexual television content and perceived realism on attitudes and beliefs. *The Journal of Sex Research*, 42 (2) , 130-137. doi:10.1080/00224490509552266
- Tho, L. H., Singhasivanon, P., Kaewkungwal, J., Kaljee, L. M., & Charoenkul, C. (2007). Sexual behaviors of alcohol drinkers and non-drinkers among adolescents and young adults in Nha Trang, Vietnam. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 38(1), 152-160.
- Thorburn, S., Harvey, S. M., & Ryan, E. A. (2005). HIV prevention heuristics and condom use among African-Americans at risk for HIV. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, 17(3), 335-344. doi: 10.1080/09540120412331299762
- Treviño, L.E. & López, J.A. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias, y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza y Investigación en Psicología*, 10 (2), 396-380.

Tura, L.F.R., Madeira, M.C., Silva, A.O., Gaze, R., & Carvalho, D.M. (2008).

Representações sociais de hepatites e profissionais de saúde: contribuições para um (re)pensar da formação. *Cienc Cuid Saúde*, 7(2), 207-215.

doi:10.4025/cienccuidsaude.v7i2.5003

Umphrey, L. & Sherblom, J. (2007). Relational commitment and threats to relationship

maintenance goals: Influences on condom use. *Journal of American College*

Health, 56(1), 61-67. doi:10.3200/JACH.56.1.61-68

UNAIDS (2008a). *World Wide HIV/AIDS Statistics*. UNAIDS Publications. Online

<http://www.avert.org/worldstats.htm>

UNAIDS (2008b). *Report on the Global AIDS Epidemic 2008*. UNAIDS Publications.

Vala, J. (2004). Representações sociais e psicologia social do conhecimento do

quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (6ªEd.). Lisboa:

Função Calouste Gulbenkian.

Valdisserri, R. (2002). HIV/AIDS Stigma: An Impediment to Public Health (Editorial).

American Journal of Public Health, 93 (3), 341-342.

Valsiner, J. (2003). Beyond social representations: a theory of enablement. *Papers on*

Social Representations, 12, 7.1-7.16.

Van der Velde, F. W. & Van der Pligt, J. (1991). AIDS-related health behavior: coping,

protection motivation, and previous behavior. *Journal of Behavioral Medicine*,

14 (5), 429-451.

Velez-Blasini, C. J. (2008). Evidence against alcohol as a proximal cause of sexual risk

taking among college students. *Journal of Sex Research*, 45(2), 118-128. doi:

10.1080/00224490801987408

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Reeding, C. A. (1998).

- Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Veloz, M. C., Schulze, C. M., & Camargo, B. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 479-501.
doi:10.1590/S0102-79721999000200015
- Vergès, P. (1992). L'Evocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45 (405), 203-209.
- Vergès, P., Tyszka, T., & Vergès, P. (1994). Noyau central, saillance et propriétés structurales. *Papers on Social Representations*, 3 (1), 3-12.
- Wachelke, J. F. R. & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (3), 379-390.
- Wachelke, J. F. R. (2009). Social Representations Centrality Index from Evocations (INCEV): An Example of Application on the Study of the Social Representation on Aging. *Psicologia-Reflexao E Critica*, 22(1), 102-110. doi:10.1590/S0102-79722009000100014
- Wagner, W. (1995). Description, explanation and method in social representation research. *Papers in Social Representations*, 4, 156-176.
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I., & Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 95-125. doi:10.1111/1467-839X.00028
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Johnson, B. T., & Bickham, N. L. (1999). Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. *American Journal of Public Health*, 89 (9), 1397-

1405. doi:10.2105/AJPH.89.9.1397

Weinstein, N. D. (2007). Misleading Tests of Health Behavior Theories. *Annals of Behavioral Medicine, 33* (1), 1-10. doi:10.1207/s15324796abm3301_1

Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17* (3), 290-299. doi:10.1037//0278-6133.17.3.290

Widdice, L. E., Cornell, J. L., Liang, W., & Halpern-Felsher, B. L. (2006). Having sex and condom use: Potential risks and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 588-595. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.03.016

Widman, L., Welsh, D. P., McNulty, J. K., & Little, K. C. (2006). Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescent Health, 39*(6), 893-899. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.06.003

Wiederman, M. W. (1999) Policy capturing methodology in sexuality research. *The Journal of Sex Research, 36* (1), 91-95. doi:10.1080/00224499909551972

Wiederman, M. W. (2002). Policy capturing. In M. W. Wiederman & Whitley Jr., B. E. (Eds.), *Handbook for conducting research on human sexuality*. London: Lawrence Erlbaum Associated Publishers.

Wilson, D., Zenda, A., McMaster, J., & Lavelle, S. (1992). Factors predicting Zimbabwean students' intentions to use condoms. *Psychology and Health, 7* (2), 99-114. doi: 10.1080/08870449208520013

Wolf, S. E. & Maisto, S. A. (2008). Gender differences in condom use behavior? The role of power and partner-type. *Sex Roles, 58*, 68-701. doi: 10.1007/s11199-007-9381-3

- Zimmerman, R. S., Palmgreen, P. M., Noar, S. M., & Lustria, M. L. A. (2007). Effects of a televised two-city safer sex mass media campaign targeting high-sensation-seeking and impulsive-decision-making young adults. *Health Education & Behavior, 34*, 810-826. doi: 10.1177/1090198107299700
- Zuckerman M. (1983). A biological theory of sensation seeking. In M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation: Seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 37-76). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Zukoski, A. P., Harvey, S. M., & Meredith, B. (2009). Condom use: exploring verbal and non-verbal communication strategies among Latino and African American men and women. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV, 21(8)*, 1042-1049. doi: 10.1080/09540120802612808

ANEXOS

ANEXO A	TABELA DE FREQUÊNCIAS E RESPOSTAS MÚLTIPLAS
ANEXO B	QUESTÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS
ANEXO C	QUESTÕES DA HISTÓRIA SEXUAL
ANEXO D	ESCALA DE ATITUDES FACE AO PRESERVATIVO DE DIFERENCIADORES SEMÂNTICOS (MUÑOZ-SILVA ET AL., 2007) ESCALA DA ATITUDE FACE AO PRESERVATIVO (BROWN, 1984)
ANEXO E	ITENS NORMA SUBJECTIVA ITENS DA INTENÇÃO DE USO DO PRESERVATIVO MEDIDAS DE USO DO PRESERVATIVO
ANEXO F	SATISFAÇÃO SEXUAL (SNELL, 1998)
ANEXO G	AUTO-ESTIMA SEXUAL (SNELL, 1998)
ANEXO H	CONTROLO EXTERNO SOBRE ACONTECIMENTOS DA SEXUALIDADE (SNELL, 1998)
ANEXO I	AUTO-EFICÁCIA DE COMPRA E USO DO PRESERVATIVO (BASEN-ENGQUIST ET AL, 1998) AUTO-EFICÁCIA PARA NEGOCIAÇÃO DO USO DO PRESERVATIVO (BASEN-ENGQUIST ET AL, 1998)
ANEXO J	MEDIDAS DE COMUNICAÇÃO COM OS PAIS
ANEXO L	HEURÍSTICAS RELATIVAS AO VIH
ANEXO M	MEDIDA DE CONSUMO DE ÁLCOOL
ANEXO N	MEDIDA DE TOMADA DE DECISÃO DO USO DO PRESERVATIVO
ANEXO O	TAREFA DE EVOCAÇÃO LIVRE
ANEXO P	CENÁRIOS

ANEXO A – TABELAS DE FREQUÊNCIA E RESPOSTA MÚLTIPLA

Tabela 46 – Frequência do elemento mais importante

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Amor	93	57,4	57,4
Bom	1	0,6	58,0
Carinho	2	1,2	59,3
Corpo	1	0,6	59,9
Cumplicidade	18	11,1	71,0
Desejo	9	5,6	76,5
Diversão	1	0,6	77,2
Doenças Sexualmente Transmissíveis	3	1,9	79,0
Homem	1	0,6	79,6
Intimidade	2	1,2	80,9
Mulher	1	0,6	81,5
Namorado(a)	8	4,9	86,4
Orgasmo	2	1,2	87,7
Paixão	7	4,3	92,0
Prazer	5	3,1	95,1
Preservativo	5	3,1	98,1
Relação	2	1,2	99,4
União	1	0,6	100,0
Total	162	100,0	

Tabela 47 – Frequência do segundo elemento mais importante

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Amor	18	11,1	11,1
Cama	1	0,6	11,7
Carinho	18	11,1	22,8
Cumplicidade	44	27,2	50,0
Desejo	12	7,4	57,4
Diversão	2	1,2	58,6
Doenças Sexualmente Transmissíveis	5	3,1	61,7
Intimidade	9	5,6	67,3
Loucura	1	0,6	67,9
Mulher	1	0,6	68,5
Namorado(a)	7	4,3	72,8
Orgasmo	7	4,3	77,2
Paixão	7	4,3	81,5
Partilha	6	3,7	85,2
Prazer	6	3,7	88,9
Preservativo	7	4,3	93,2
Relação	3	1,9	95,1
União	8	4,9	100,0
Total	162	100,0	

Tabela 48 – Frequência do terceiro elemento mais importante

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Amor	6	3,7	3,7
Bom	2	1,2	4,9
Carinho	18	11,1	16,0
Corpo	1	0,6	16,7
Cumplicidade	20	12,3	29,0
Desejo	12	7,4	36,4
Diversão	3	1,9	38,3
Doenças Sexualmente Transmissíveis	5	3,1	41,4
Intimidade	11	6,8	48,1
Loucura	3	1,9	50,0
Mulher	1	0,6	50,6
Namorado(a)	5	3,1	53,7
Orgasmo	5	3,1	56,8
Paixão	13	8,0	64,8
Partilha	10	6,2	71,0
Prazer	17	10,5	81,5
Preservativo	9	5,6	87,0
Relação	8	4,9	92,0
União	13	8,0	100,0
Total	162	100,0	

Tabela 49 – Moda das importâncias

	1º mais importante	2º mais importante	3º mais importante
Moda	Amor	Cumplicidade	Cumplicidade

Tabela 50 – Tabela de frequência de respostas múltiplas

		Responses		Frequência relativa de casos
		N	Frequência relativa	
Importância	Amor	117	24,1%	72,2%
	Bom	3	0,6%	1,9%
	Cama	1	0,2%	0,6%
	Carinho	38	7,8%	23,5%
	Corpo	2	0,4%	1,2%
	Cumplicidade	82	16,9%	50,6%
	Desejo	33	6,8%	20,4%
	Diversão	6	1,2%	3,7%
	Doenças Sexualmente Transmissíveis	13	2,7%	8,0%
	Homem	1	0,2%	0,6%
	Intimidade	22	4,5%	13,6%
	Loucura	4	0,8%	2,5%
	Mulher	3	0,6%	1,9%
	Namorado(a)	20	4,1%	12,3%
	Orgasmo	14	2,9%	8,6%
	Paixão	27	5,6%	16,7%
	Partilha	16	3,3%	9,9%
	Prazer	28	5,8%	17,3%
	Preservativo	21	4,3%	13,0%
	Relação	13	2,7%	8,0%
União	22	4,5%	13,6%	
Total		486	100,0%	300,0%

ANEXO B – QUESTÕES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

Idade: _____

Homem Mulher

Região, do país, de origem

Algarve Alentejo Centro
Beiras Minho Trás-os-Montes Douro
Ilhas

Trabalha? (assinale com um x a sua resposta)

Sim Não

Com quem vive a maior parte do tempo? (assinale com um x a sua resposta, e apenas uma opção)

Com ambos os Pais
Só com o Pai
Só com a Mãe
Parceiro/a
Residência de estudantes
Divide apartamento
Sozinho

Estado Civil *(assinale com um x a opção que lhe corresponde)*

Solteiro/a

Casado/a ou União de facto

Divorciado/a ou viúvo/a

Qual a sua religião?: _____

Em que medida se considera religioso?

1 2 3 4 5 6 7
Nada Muito

Qual a sua orientação política? *(assinale com um x a sua resposta):*

Extrema direita

Centro Direita

Centro Esquerda

Extrema Esquerda

Não tem / Não se aplica

Qual a habilitação escolar do pai? _____

Qual a profissão do pai? _____

Qual a habilitação escolar da mãe? _____

Qual a profissão da mãe? _____

ANEXO C – QUESTÕES DA HISTÓRIA SEXUAL

Já teve relações sexuais completas*?

Sim

Não

*Entende-se por relações sexuais completas as que envolvem penetração seja esta vaginal ou anal.

Quais? (Assinale com um x as que já praticou)

Vaginais

Anais

Orais

Utiliza outro método contraceptivo? (contextualizada com pergunta sobre o uso do preservativo)

Sim

Não

Se sim, qual? _____

Tem parceiro, actualmente?

Sim

Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Considera-o um parceiro estável?

Sim

Não

Quantos foram os parceiros sexuais que já teve ao longo da sua vida sexual (considere para esta contabilização sexo vaginal, oral, anal, em relações esporádicas ou permanentes)? _____

Quantos foram os seus parceiros nos últimos 6 meses? _____

Quantos parceiros sexuais teve no último mês? _____

Com que idade teve a primeira relação sexual completa?: _____

E que idade tinha o/a seu/sua parceiro/a?: _____

ANEXO D – ESCALAS DE ATITUDE FACE AO PRESERVATIVO

ESCALA DE ATITUDES FACE AO PRESERVATIVO DE DIFERENCIADORES SEMÂNTICOS

Usar preservativo nas minhas relações sexuais, mesmo que use outro método contraceptivo, é (ou seria) algo... (assinale com um x a posição que melhor expresse a sua posição face aos

adjectivos descritos)

Muito excitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nada excitante
Inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro
Agradável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desagradável
Aborrecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divertido
Inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Útil
Muito romântico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nada romântico
Tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intraquilo
Incómodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cómodo
Prudente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imprudente

ESCALA DE ATITUDES FACE AO PRESERVATIVO DE BROWN (1984)

Classifique a sua opinião face às seguintes afirmações sobre o preservativo, tendo em conta a escala 1 – discordo totalmente; 7 – concordo totalmente.

Na minha opinião os preservativos dão muito trabalho;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos não são fiáveis;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos são desconfortáveis de utilizar;	1	2	3	4	5	6	7
O facto de usar preservativo ser um método limpo, por exemplo não ficarem manchas na cama, torna-o atractivo;	1	2	3	4	5	6	7
Eu vejo o uso do preservativo como mais um preliminar excitante se o parceiro o ajudar a colocar;	1	2	3	4	5	6	7
Eu gostaria de experimentar um preservativo, mesmo que nunca tenha utilizado nenhum;	1	2	3	4	5	6	7
Não há razão para uma pessoa se sentir se sentir embaraçada por pedir o uso do preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
As pessoas que utilizam preservativo mostram preocupação e carinho pelos seus parceiros;	1	2	3	4	5	6	7
Eu já tentei utilizar preservativos;	1	2	3	4	5	6	7
Eu penso que a utilização correcta de preservativos pode aumentar o prazer sexual;	1	2	3	4	5	6	7
Muitas pessoas fazem do uso do preservativo uma parte erótica dos preliminares;	1	2	3	4	5	6	7
Depois de todas as coisas consideradas, os preservativos parecem-me mais seguros do que outras formas de contracepção, excepto a abstinência;	1	2	3	4	5	6	7
Eu simplesmente, não gosto da ideia de usar preservativos;	1	2	3	4	5	6	7

Eu penso que os preservativos parecem ridículos;	1	2	3	4	5	6	7
Não vejo razão para me sentir envergonhado por usar preservativos;	1	2	3	4	5	6	7
Colocar um preservativo num pénis em erecção pode ser um aumento na excitação;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos são desconfortáveis;	1	2	3	4	5	6	7
Usar um preservativo torna o sexo menos prazenteiro;	1	2	3	4	5	6	7
Eu tentaria não utilizar preservativos, se tal for possível;	1	2	3	4	5	6	7
Eu sentir-me-ia confortável ao sugerir ao meu parceiro o uso do preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos arruínam o acto sexual;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos são desconfortáveis para os dois parceiros;	1	2	3	4	5	6	7
De forma em geral, considera-se que os homens que usam preservativos são parvos;	1	2	3	4	5	6	7
Não me é apelativa a ideia de usar preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
A utilização do preservativo é uma quebra nos preliminares;	1	2	3	4	5	6	7
O que fazer com o preservativo depois de o utilizar é um problema real;	1	2	3	4	5	6	7
A ideia de usar um preservativo é repugnante;	1	2	3	4	5	6	7
Ter que parar para colocar um preservativo tira o romance ao sexo;	1	2	3	4	5	6	7
Muitas pessoas não gostam que o parceiro use preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Eu não considero que o uso do preservativo interfira com o prazer do sexo;	1	2	3	4	5	6	7
Não há maneira de usar um preservativo de forma agradável;	1	2	3	4	5	6	7

Usar um preservativo requer retirar tempo aos preliminares, o que interrompe o prazer sexual;	1	2	3	4	5	6	7
Eu acho que os preservativos são um excelente meio contraceptivo;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos parecem não ser de confiança;	1	2	3	4	5	6	7
Não há razão para alguém se sentir envergonhado por sugerir o uso do preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Para muitas pessoas, um homem que utilize preservativos é mais sexy do que aqueles que deixam a protecção para a mulher;	1	2	3	4	5	6	7
O preservativo é uma forma de contracepção altamente satisfatória;	1	2	3	4	5	6	7
Eu não teria objecção alguma se o meu parceiro me sugerisse o uso do preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa hábil pode fazer com que a colocação do preservativo seja uma experiência altamente erótica.	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO E – NORMA SUBJECTIVA, INTENÇÃO E MEDIDAS DE USO DO
PRESERVATIVO**

Comportamento de uso do preservativo – situações de não utilização nos últimos

6 meses

Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, nos últimos 6 meses: _____ (caso nunca tenha usado ou usado sempre, refira isso na sua resposta).

Comportamento de uso do preservativo – situações de não utilização no último

mês

Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, no último mês: _____ (caso nunca tenha usado ou usado sempre, refira isso na sua resposta).

ANEXO F – SATISFAÇÃO SEXUAL

Classifique a sua opinião face às seguintes afirmações, tendo em conta a escala 1 – discordo totalmente; 7 – concordo totalmente (Snell, 1998).

Eu estou satisfeito com a forma que as minhas 1 2 3 4 5 6 7
necessidades sexuais estão, actualmente, a ser
satisfeitas.

Eu estou satisfeita com o estatuto da minha 1 2 3 4 5 6 7
satisfação sexual.

Os aspectos sexuais da minha vida são, 1 2 3 4 5 6 7
pessoalmente, gratificantes para mim.

Os aspectos sexuais da minha vida são 1 2 3 4 5 6 7
satisfatórios, quando comparados com a maioria
das pessoas.

Estou satisfeito com os aspectos sexuais da 1 2 3 4 5 6 7
minha vida.

ANEXO G – AUTO-ESTIMA SEXUAL

Classifique a sua opinião face às seguintes afirmações, tendo em conta a escala 1 –
discordo totalmente; 7 – concordo totalmente (Snell, 1998).

Eu tenho um sentido de orgulho-próprio derivado 1 2 3 4 5 6 7
da forma como eu lido com os meus desejos e
necessidades.

Eu sinto orgulho na forma como eu lido e dirijo 1 2 3 4 5 6 7
com os meus desejos e necessidades sexuais.

Estou satisfeito com a forma como lido com as 1 2 3 4 5 6 7
minhas tendências e comportamentos sexuais.

Tenho sentimentos positivos acerca da forma como 1 2 3 4 5 6 7
eu abordo os meus desejos e necessidades sexuais.

Eu sinto-me bem acerca da forma como expresso 1 2 3 4 5 6 7
os meus próprios desejos e necessidades sexuais.

ANEXO H – CONTROLO EXTERNO SOBRE ACONTECIMENTOS SEXUAIS

Classifique a sua opinião face às seguintes afirmações, tendo em conta a escala 1 – discordo totalmente; 7 – concordo totalmente (Snell, 1998).

Os aspectos sexuais da vida de uma pessoa são, largamente, determinados por situações de sorte. Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

Muitas das coisas que afectam os aspectos da sexualidade, na minha vida, acontecem por acidente. Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

A sorte exerce uma importante influência nos aspectos sexuais da minha vida. Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

Os aspectos sexuais da minha vida, são, em larga medida, um assunto de (boa ou má) sorte. Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

Os aspectos sexuais da minha vida são um assunto do destino. Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

ANEXO I – AUTO-EFICÁCIA PARA COMPRA E USO DO PRESERVATIVO E AUTO-EFICÁCIA PARA NEGOCIAÇÃO DO PRESERVATIVO

AUTO-EFICÁCIA DE USO E COMPRA DO PRESERVATIVO

Classifique a sua opinião face às seguintes afirmações, tendo em conta a escala 1 – discordo totalmente; 7 – concordo totalmente (Basen-Engquist et al, 1998).

Em que medida acredita ter a certeza de que é 1 2 3 4 5 6 7
capaz de utilizar um preservativo correctamente,
ou explicar a outra pessoa, como utilizar um?

Você precisa de um preservativo. Em que 1 2 3 4 5 6 7
medida consegue ir a uma loja, com bastantes
clientes, e comprar um?

Se decidir ter relações sexuais, em que medida 1 2 3 4 5 6 7
tem a certeza de ter um preservativo consigo?

AUTO-EFICÁCIA PARA A NEGOCIAÇÃO DO PRESERVATIVO

Imagine que você e o/a seu/sua parceiro/a têm tido relações sexuais e não têm utilizado preservativo. Você considera melhor começar a utilizá-los. Em que medida acredita que era capaz de dizer, abertamente, ao seu/sua parceiro/a que queria utilizar preservativo?

Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

Imagine que se vê envolvido numa relação sexual com alguém que acabou de conhecer. Você sente que é importante utilizar preservativo. Em que medida acredita que era capaz de dizer que quer usar preservativo.

Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

Imagine que você e o/a seu/sua parceiro/a usam a pílula para evitar uma gravidez indesejada. Você quer usar preservativos para evitar possíveis doenças ou infecções sexualmente transmissíveis. Em que medida acredita ser capaz de convencer o/a seu/sua parceiro/a a usar um preservativo?

Nunca 2 3 4 5 6 Sempre

ANEXO J – COMUNICAÇÃO COM OS PAIS

Em que medida classifica a comunicação com os seus pais, sobre temas sexuais?

1

2

3

Inexistente

Insatisfatória

Satisfatória

Se existente, em que idade começou a falar com os seus pais sobre temas sexuais?

ANEXO L – HEURÍSTICAS RELATIVAS AO VIH

Classifique a sua opinião face às seguintes afirmações, tendo em conta a escala 1 –
discordo totalmente; 7 – concordo totalmente.

Quando amamos e confiamos em alguém não 1 2 3 4 5 6 7
temos que nos preocupar com o VIH.

Somos capazes de perceber se alguém tem VIH 1 2 3 4 5 6 7
apenas pelo seu aspecto físico.

Apenas as pessoas que são homossexuais ou 1 2 3 4 5 6 7
que são consumidores de drogas devem
preocupar-se com o VIH.

ANEXO M – CONSUMO DE ÁLCOOL

Em que medida considera que consome álcool nas seguintes condições, utilizando a escala 1 – nunca; 7 – sempre.

Diariamente. 1 2 3 4 5 6 7

Socialmente. 1 2 3 4 5 6 7

Para relaxar antes de um encontro sexual. 1 2 3 4 5 6 7

ANEXO N – TOMADA DE DECISÃO DE USO DO PRESERVATIVO

Em que medida considera que partilha com o seu parceiro a decisão de utilizar preservativo? Nada 2 3 4 5 6 Totalmente

Em que medida considera que a decisão de usar preservativo é exclusivamente sua? Nada 2 3 4 5 6 Totalmente

Em que medida procura partilhar com o seu parceiro a decisão de utilizar preservativo? Nada 2 3 4 5 6 Totalmente

ANEXO O – TAREFA DE EVOCAÇÃO LIVRE

Instruções:

Em seguida ser-lhe-á apresentada uma palavra. Ao lê-la, deverá escrever todas as palavras ou expressões que a palavra lhe sugere. Para tal deve utilizar os espaços que lhe são fornecidos. Poderá não utilizar a totalidade de espaços que foram reservados para o efeito.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas pretendemos a sua resposta sincera.

Sexo

1 _____ 2 _____ 3 _____

4 _____ 5 _____ 6 _____

7 _____ 8 _____ 9 _____

10 _____ 11 _____ 12 _____

13 _____ 14 _____ 15 _____

ANEXO P – CENÁRIOS

INFORMAÇÃO INICIAL

Obrigado por ter aceitado participar neste estudo sobre sexualidade humana. Em seguida, ser-lhe-ão apresentados diversos cenários possíveis. Após ler atentamente cada cenário, deverá responder de forma sincera à questão que lhe for colocada, utilizando as teclas indicadas para tal.

Poderá sentir-se impelido a responder a resposta que lhe parece “correcta”. No entanto, deverá tentar evitar esta situação e dar a resposta mais sincera possível e de acordo com a sua perspectiva. Lembre-se que não há respostas correctas ou incorrectas, apenas a sua opinião pessoal é importante.

CENÁRIOS

CENÁRIO 1

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 2

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 3

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 4

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 5

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 6

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 7

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 8

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 9

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 10

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem

margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 11

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 12

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 13

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 14

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 15

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem

de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 16

Acabou de chegar do cinema e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 17

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 18

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 19

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 20

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 21

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 22

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 23

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 24

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação recente, que dura há poucos dias, mas já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 25

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 26

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 27

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 28

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião desfavorável sobre o preservativo. Sente que tem

margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 29

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 30

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que não tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão da qual está excluído (a).

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.

CENÁRIO 31

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está vazia e sabe que não tem mais nenhuns em casa.

CENÁRIO 32

Acabou de chegar de uma festa onde bebeu bastante e está em casa, a sós com o seu parceiro. As coisas tornam-se muito físicas entre os dois e é claro que ambos querem ter relações sexuais.

Esta é uma relação antiga, que já dura há uns meses, e já conseguiu perceber que o seu parceiro tem uma opinião favorável sobre o preservativo. Sente que tem margem de manobra para discutir a utilização do preservativo com ele (a), sendo uma decisão tomada em conjunto.

Pega na caixa dos preservativos e apercebe-se que está cheia.