

Universidade do Algarve

**Conhecimento, atitude e prevalência do Preservativo
Feminino nos jovens adultos portugueses**

Cláudia Sofia Bento Pernas

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:

Prof.^a Doutora Alexandra Gomes

2014

Universidade do Algarve

**Conhecimento, atitude e prevalência do Preservativo
Feminino nos jovens adultos portugueses**

Cláudia Sofia Bento Pernas

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:

Prof.^a Doutora Alexandra Gomes

2014

Conhecimento, atitude e prevalência do Preservativo Feminino nos jovens adultos portugueses

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

(Cláudia Sofia Bento Pernas)

Copyright by

Cláudia Sofia Bento Pernas

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho de exemplares impressos produzidos em papel ou em forma digital, ou por outro meio conhecido ou venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Todos os trabalhos que se encontram presentes nesta dissertação foram referenciados de acordo com o Manual de Publicação da APA – 6ª. Edição (2012)

Epígrafe

“A mente que se abre a uma nova ideia
jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma etapa importante da minha vida. É chegada a altura de agradecer a todos aqueles que direta ou in diretamente me ajudaram e acreditaram em mim.

Primeiramente quero agradecer aos meus pais, porque sem eles nada disto teria sido possível. Obrigada por serem os meus alicerces, por acreditarem em mim e pela oportunidade que me deram de seguir o meu sonho. A vocês, que deram inteiros neste papel de pais e que renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, pudesse realizar os meus sonhos. A vocês, pais por natureza, por opção e amor, não basta dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo o que fizeram por mim. Mas o que acontece agora, é que quando procuramos arduamente uma forma verbal de exprimir uma emoção, e uma emoção jamais será traduzida por palavras.

Quero agradecer ao Gonçalo, por todo o amor, por todo o carinho, por toda a paciência, por todo o apoio incondicional, por seres meu amigo, meu companheiro e meu namorado, o meu grande obrigado.

Quero agradecer a minha orientadora a Alexandra Gomes, por todo o apoio, pelo profissionalismo e pelo esforço na concretização desta dissertação, pela ajuda mesmo com adversidades.

Quero agradecer aos meus amigos, especialmente à Catarina, ao Carlos por todo o apoio, pelos momentos de diversos, de risos e lágrimas, pelos conselhos, a vocês obrigada por tudo.

Agradeço também à Anabela Fontes, ao André Santos, ao Válder Martins e ao Hélder Duarte, pelos jantares, pelas idas ao café e por todos os momentos de descontração e divertimento.

Quero agradecer ao meu Padrinho Orlando Beicinho, por todas as ajudas, por todos os momentos de divertimento e por todos os conselhos.

Quero agradecer aos meus colegas, aqueles que positivamente e mesmo negativamente influenciaram o meu percurso académico, mas que no fundo fizeram parte do meu crescimento enquanto pessoa, e especialmente a ti Vanessa Duarte, pela amiga que te Tornaste, por teres acreditado em mim, pelos horas de estudo, pelos conselhos e por tudo o que fizeste por mim, um enorme obrigada.

Quero agradecer a ti avô, por tudo o que me ensinaste, pelo carinho, e pelo gosto do campo que em mim criaste considero-me muito rica com essa sabedoria.

Quero agradecer ao amigo Manuel Pereira pela ajuda, e por todos os conselhos, um grande obrigado.

Quero agradecer ainda a todos os participantes da minha dissertação, obrigada pelo tempo que dispensaram e pelas ajudas.

E por fim, um agradecimento também, à Tuna Académica da Universidade do Algarve porque sem ela a universidade não seria a mesma, sem as serenatas ao luar que tanto fazem sonhar as raparigas universitárias e pelo espírito académico que transmitem em todas as atuações.

Resumo

O aumento das infeções sexualmente transmissíveis, o aumento do número de casos com SIDA, e a gravidez indesejada nos jovens adultos são consideradas questões de urgência social e epidemiológica uma vez que têm um impacto negativo da saúde pública.

Com este estudo pretendeu-se caracterizar o conhecimento e prevalência do preservativo feminino em Portugal, numa amostra de 511 jovens de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos. Para o efeito recorremos a um questionário com questões ao nível sociodemográfico, ao nível da história sexual e contraceptiva, e ainda se utilizou a Escala Multidimensional de Atitudes em relação à utilização do preservativo; a Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino e o questionário de Conhecimento do Preservativo Feminino.

Os resultados obtidos sugerem que os participantes possuem alguns conhecimentos ao nível da contraceção e da proteção sexual e mais especificamente conhecem o preservativo feminino. A maioria dos participantes indicam que nunca usaram o preservativo feminino, mas que também não apresentam curiosidade em experimentar, apenas alguns tencionam experimentar.

Refere-se assim a importância de informar e de capacitar ao nível das competências em educação sexual e dos comportamentos preventivos por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os comportamentos preventivos não dependem dos conhecimentos, mas da motivação e das competências na área da Sexualidade. Relativamente ao Preservativo Feminino, é importante informar e capacitar ao nível da proteção sexual, demonstrando a sua relevância na saúde sexual.

Palavras-chave: Promoção da saúde sexual; Comportamentos Sexuais; Conhecimento do Preservativo Feminino; Proteção Sexual; Educação Sexual

Abstract

The growth of sexual transmitted infections, cases of AIDS and young pregnancies not desired are considered issues of social and epidemiological emergency since they have a negative impact on population health.

With this study it is intended to characterize the prevalence and knowledge of the female condom in Portugal, in a sample of 511 young people from both genders with ages between 17 and 25 years old.

For this purpose we resort to a questionnaire about the socio-demographic level, the level of sexual and contraceptive history, and was also used the Multidimensional Scale of Attitudes towards condom use; Scale of Attitudes to the Female Condom and the questionnaire Knowledge of Female Condom.

The results suggest that participants have some knowledge in terms of contraception, sexual protection and more specifically knowledge about the female condom. Most participants indicated that they never used the Female Condom, and most of them do not have curiosity to try it, only a few show curiosity.

Thus refers to the importance of informing and empowering the level of skills in sexual education and preventive behaviors of health professionals, since preventive behaviors do not depend on knowledge, but the motivation and skills in field of Sexuality.

Regarding the female condom it is also important to inform and empowering the knowledge of sexual protection by demonstrating its importance on the sexual health.

Keywords: Promotion of sexual health; Sexual behaviors; Knowledge of Female Condom; Sexual Protection; Sex Education.

Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos

APF – Associação de Planeamento Familiar

DGS – Direção Geral de Saúde

CNLCS- Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PF – Preservativo Feminino

SIDA – Síndrome Imunodeficiência Adquirida

SPSS – Statistical Package of the Social Sciences

UALG- Universidade do Algarve

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

Índice Geral

| | | |
|-----------|---|----|
| 1. | Introdução | 1 |
| 2. | Enquadramento Teórico | 7 |
| 2.1. | A problemática de saúde sexual nos jovens adultos..... | 7 |
| 2.2. | Preservativo Feminino..... | 13 |
| 2.3. | A utilização do Preservativo Feminino nos jovens adultos..... | 15 |
| 3. | Estudo empírico | 19 |
| 3.1. | Objetivo..... | 19 |
| 3.2. | Metodologia | 19 |
| 3.2.1. | Amostra..... | 19 |
| 3.2.2. | Instrumentos..... | 20 |
| 3.2.3. | Procedimentos..... | 20 |
| 4. | Resultados | 22 |
| 4.1. | Caraterização Sociodemográfica..... | 22 |
| 4.2. | Caracterização da história sexual | 22 |
| 4.3. | Caracterização da história contracetiva e conhecimento do PF | 23 |
| 4.4. | Caracterização dos hábitos de proteção sexual | 24 |
| 4.5. | Caracterização das medidas | 26 |
| 4.5.1. | Escala Multidimensional de Atitudes em relação à Utilização do Preservativo (EMARUP). | 26 |
| 4.5.2. | Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino (EAPF)..... | 27 |
| 4.5.3. | Validade divergente e convergente | 31 |
| 4.5.4. | Caracterização da atitude face ao preservativo feminino | 33 |
| 4.5.5. | Questionário de conhecimento do preservativo feminino | 34 |
| 4.5.6. | Relação entre conhecimento e atitude face ao preservativo feminino..... | 35 |
| 5. | Discussão | 37 |
| 6. | Conclusão | 43 |

| | |
|--|-----------|
| 7. Referências Bibliográficas | 44 |
|--|-----------|

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Conhecimento de cada método contraceptivo por parte dos participantes..... | 25 |
| Tabela 2 - Análise fatorial exploratória da Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino. | 28 |
| Tabela 3 - Correlações dos fatores à escala de atitude face ao PF | 31 |
| Tabela 4 - Correlações entre as escalas CAS, EMARUP e EAPF | 32 |
| Tabela 5 – Valores médios das respostas dos participantes | 33 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Distribuição anual das IVG's por faixas etárias | 8 |
| Figura 2 - Evolução das DST's de 2000 a 2010 | 12 |
| Figura 3 - Número de Preservativos Masculinos e Femininos distribuídos entre 2006 e 2011 (Portugal) | 18 |
| Figura 4 - Número de Parceiros dos Participantes até a atualidade | 23 |
| Figura 5 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Atitudes Face ao P. F. | 29 |
| Figura 6 - Conhecimento dos participantes acerca do Preservativo Feminino | 35 |

1. Introdução

A passagem da adolescência à idade adulta é marcada por uma série de processos psicossociais. Para além desses processos, a maior parte dos jovens adultos passam um período de indecisão, passando da adolescência a uma maturidade aparente designada de pós-adolescência.

Este é um período associado às experiências, onde se evita a tomada de decisões importantes (Béjin, 1983). Segundo Giami, Berthier e Grosselin (1987) os jovens que se estão a tornar adultos não estão preocupados com a manutenção duma relação estável nem com o processo de procriação havendo no entanto um aumento das relações reconhecidas como próprias e estabelecidas com alguma autonomia. Esta autonomia e intensificação das relações vividas, pode conduzir a relações sexuais casuais ou até mesmo estáveis, em que há progressivamente um abandono do uso de proteção contra infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas.

Em Portugal, o número de gravidezes involuntárias em jovens está diminuir, mas ainda assim continua a ser uma preocupação, sendo que continuam a nascer 12 bebês/dia, o que se traduz em cerca de 4 mil grávidas jovens por ano. Segundo a ONU, estes valores colocam Portugal na dianteira da Europa, com um dos valores mais altos de gravidez na adolescência, ocupando a 8ª posição.

Não só a gravidez indesejada é uma consequência de uma sexualidade desprotegida, como também se tem observado um aumento das infeções sexualmente transmissíveis entre os jovens adultos. Na Europa Ocidental estima-se que existam 17 milhões de novos casos por ano de infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente por VIH/SIDA, sífilis, gonorreia, cancro mole, linfogranuloma inguinal, herpes genital, uretrite inespecífica, tricomoníase, candidíase, pediculose púbica, escabiose, verrugas genitais ou venéreas, hepatite B, condiloma subcutâneo e vaginose bacteriana. De todas estas infeções, a mais mediatizada é o VIH/SIDA, sendo que é considerada uma epidemia mundial.

Na Europa Ocidental tem-se assistido a uma tendência de crescimento do número de infetados, especialmente entre os jovens adultos por contacto heterossexual desprotegido (UNAIDS,2008).

O Vírus da Imunodeficiência humana (VIH) é transmitido através dos fluidos do organismo de indivíduo para indivíduo. Os meios de transmissão deste vírus, considerados pela Organização Mundial de Saúde como os principais meios de propagação desta infeção, são o contacto sexual desprotegido (independente da orientação sexual), o consumo de drogas injetáveis (utilização da mesma seringa), a prostituição (no caso de ser uma relação sexual desprotegida), a transfusão de sangue, e ainda pela ligação entre a grávida e o seu feto.

O avanço das infeções na Europa Ocidental, onde se enquadra Portugal, classificam o contato heterossexual desprotegido como sendo o meio que mais contribui para o aparecimento de nos casos de VIH (UNAIDS,2008).

As infeções Sexualmente Transmissíveis são mais comuns entre os jovens com idades compreendidas entre 15 e os 24 anos, sendo que de todas as referidas anteriormente, as mais prevalentes são as infeções bacterianas como a clamídia (APF, 2010), Segundo as estatísticas globais, as IST's têm maior probabilidade de afetar a parte da população mais carente das grandes cidades, embora no entanto estas continuem a ser um risco para todos os que são sexualmente ativos, independentemente das suas condições socioeconómicas, género ou idade (INS, 2010).

De acordo com o relatório anual do Instituto Nacional de Saúde, os jovens adultos são o grupo que apresenta uma maior probabilidade de infeção por VIH, nomeadamente os jovens a faixa etária entre os 18 e os 25 anos de idade. A idade média dos jovens para iniciar as relações sexuais situa-se nos 16 anos (Reis, Ramiro, & Matos, 2009), e posteriormente na grande maioria aos 18 anos já se encontram sexualmente ativos.

As infeções sexualmente transmissíveis e as gravidezes indesejadas têm implicações nestes jovens adultos nomeadamente ao nível mental, social e económico. No caso de uma IST, um indivíduo passa por um série de situações nomeadamente a exclusão, sendo essa uma consequência do preconceito a ela associado Ao nível mental, para além dos sentimentos de culpa, vergonha, de negação ou rejeição, um portador de IST atravessa situações de mau estar com o próprio, baixa autoestima, e o medo da rejeição

por parte do parceiro/parceiros. Ainda assim é uma fase de adaptabilidade em que o jovem terá de ganhar conhecimento de como lidar com o seu problema arranjando algumas estratégias de *coping* para ultrapassar essa barreira. Ao nível económico, é importante referir que a maioria das ISTs têm um tratamento que deverá ser feito, mesmo que seja uma infeção crónica atenuará os sintomas da mesma e evitará o piorar da situação.

Numa gravidez indesejada os jovens passam também por uma série de situações, incluído de medo de contar ao parceiro, choque da revelação e de dúvida se deverá levar cabo essa gravidez, e todo esse processo requererá maturidade por parte dos jovens e requererá principalmente um ajuste a esta nova realidade. Ao nível social, estes jovens sofrem uma exclusão por parte dos outros e de um preconceito. O grupo de pares de alguma forma acaba por excluí-los por esta sua nova condição e por não estarem nessa fase da vida. Ao nível económico, é natural que uma gravidez carrete despesas, com exames médicos, com o nascimento e com todo o necessário para o bem-estar do bebé, como também no caso de decidir uma interrupção voluntária da gravidez acarreta a despesa de a realizar com condições adequadas.

A contraceção e a profilaxia das ISTs são duas vertentes importantes da Saúde Sexual e Reprodutiva (Vicente, 2001). Segundo Nodin (2002), existem vários tipos de métodos que poderão ser utilizados e classificou-os da seguinte forma: hormonais (pílula, implantes, injeções, anel vaginal), de barreira (preservativo masculino, diafragma), químicos (espermicidas), cirúrgicos (laqueação, vasectomia), temporários (dispositivo intrauterino) e naturais (método da temperatura, do calendário, do muco, e do coito interrompido). Contudo, o único método que se encontra cientificamente reconhecido como capaz de proteger das IST's e também as gravidezes indesejadas, é o preservativo (Fortenberry, Tu, Harezlak, Katz & Orr, 2002; Vicente, 2001). Assim, o preservativo é considerado o método que usado de forma consistente é mais eficaz na prevenção das IST's (Vicente,2001).

A Organização Mundial de Saúde considera o principal método de proteção sexual contra infeções sexualmente transmissíveis (IST), o preservativo masculino. O PM quando é usado de forma adequada e

consistente, detém 95% de eficácia na proteção e como obstáculo as IST's, e mais especificamente o VIH (Pinkerton & Abramson, 1997).

O preservativo é a proteção sexual mais frequente entre os jovens adultos, ainda assim essa utilização tende a reduzir com o avançar da idade (Reis & Matos, 2008). Com os anos, tem existido um decréscimo da utilização de preservativos em cerca de 2 milhares de unidades segundo a última análise do Ministério da Saúde (2005), considerado um sinal de risco para todos os indivíduos.

Autores como Adebisi & Azuzu (2009) verificaram que os resultados do seu estudo apontavam para o facto que ocorrência da perda de prazer e de sensibilidade aquando a utilização do preservativo e a dificuldade em negociar o uso do preservativo entre parceiros (Manuel, 2005), são as razões que têm servido de fundamento para a não utilização do preservativo, e posterior causa de contrair uma IST. A negociação do uso do preservativo tem trazido uma discussão, acerca de crenças, e sobre algumas normas pertencentes à conceção de sexualidade de cada individuo, ainda sobre a forma de como cada um organiza as experiências, as interações sexuais e as relações de género e o maior domínio da mulher na sexualidade.

Segundo estudos realizados no domínio da utilização dos métodos contraceptivos, ainda existem muitas situações em que a falta de conhecimento dos métodos contraceptivos levam a determinadas consequências (Masters, Johnson & Kolodny, 1995; Nodin, 2001; Roque, 2001). Ainda assim, verificou-se que no geral os jovens não utilizam qualquer método contraceptivo e utilizam de forma irregular a contraceção, expondo-se uma situação de gravidez indesejada (Lindsay, Smith & Rosenthal, 1997; Meredith, 1986; Nodin, 2001; Roque, 2001) para além do risco óbvio de contrair uma IST.

O Preservativo Feminino que surge como alternativa, e como uma barreira para a transmissão de ISTs, e para combater o aumento das gravidezes indesejadas. Este começou a ser fabricado na década de 80, embora apenas em 1993 tenha sido comercializado. Os principais países consumidores deste preservativo são os países da África, América Latina e Ásia.

O preservativo feminino é um saco transparente de poliuretano, macio e fino para uso vaginal, e que à semelhança do masculino pode ser utilizado tanto como anticoncepcional como para prevenção de

ISTs. A sua falha é de 15% a 25% por 100 mulheres que utilizem por ano. Este é um método limitado e que não está disponível em todos os centros de saúde mas que está incluído como método de proteção no planeamento familiar e aprovado também pela Direção Geral de Saúde.

Este preservativo é considerado uma conquista de liberdade de escolha para as mulheres, uma vez que não a tinham, pois anteriormente ao surgimento do mesmo as mulheres dependiam em grande parte da escolha do homem para se protegerem. Este torna-se tão seguro quanto o masculino, quando se trata da proteção de uma IST, sendo até mais seguro se for usado corretamente, uma vez que é mais resistente e que não tem risco de verter fluídos.

O preservativo feminino surgiu também como forma de mais controlo e liberdade de contraceção e proteção mulher, que antigamente estava dependente da escolha de proteção por parte do parceiro.

É esperado que este estudo permita compreender as atitudes e o conhecimento do jovens adultos acerca do preservativo feminino e de certa forma contribuir para o desenvolvimento da área da psicologia da saúde.

O presente estudo pretende descrever e caraterizar o conhecimento, atitudes e a prevalência de utilização do preservativo feminino nos jovens adultos portugueses, já que este método se mostra como uma alternativa segura e eficaz ao preservativo masculino, especialmente na ótica das mulheres.

Realizou-se um estudo descritivo de modo a caracterizar o conhecimento do preservativo com uma amostra de jovens adultos e ainda caraterizar a população segundo a idade, orientação sexual, parceiros e estabilidade da relação atual, para entender e contextualizar a problemática em Portugal.

Verificou-se também quais os fatores que influenciavam tanto o conhecimento do preservativo feminino como a sua possível utilização, pretendendo integrar todos os pontos relevantes numa discussão objetiva com os estudos que melhor se enquadram nesta investigação. Por último, apresenta-se as conclusões gerais que pretendem sistematizar os contributos deste estudo à área tanto do preservativo feminino como da infeção por VIH. Foram feitas análises descritivas e análises fatoriais, para que este estudo fosse mais fiável.

Finalmente, e de forma particular espera-se que os resultados deste estudo venham a contribuir para um melhor conhecimento e para um maior uso do preservativo feminino, como uma alternativa de proteção individual que dá mais segurança e independência às mulheres que agora têm opção de se auto proteger, contra infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas.

2. Enquadramento Teórico

2.1. A problemática de saúde sexual nos jovens adultos

A saída da adolescência e a entrada para a universidade e/ou mundo laboral, acarreta uma série de desafios no desenvolvimento psicossocial dos indivíduos. As relações pessoais complexificam-se, sendo comum registar-se a primeira experiência sexual, um aumento do número de parceiros sexuais, e a diminuição da utilização do método de barreira como o preservativo masculino, em detrimento dos métodos contraceptivos hormonais (e.g. Reis & Matos, 2008; Reis, Ramiro & Matos, 2009; Gomes & Nunes, 2011).

As estatísticas em Portugal mostram que estas mudanças no comportamento sexual têm implicações na saúde sexual e reprodutiva dos jovens adultos. Por exemplo, 21,63% das interrupções voluntárias da gravidez são realizadas em jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos (INE; 2010). De forma semelhante, as infeções sexualmente transmissíveis, têm aumentado a sua incidência, especialmente a Clamídia e a Gonorreia, entre as idades que abrangem os jovens adultos Portugueses (Granja, 2009). Uma das infeções mais temidas, o VIH/SIDA, tem igualmente observado um aumento de casos de novas infeções em Portugal, com incidência para o grupo dos heterossexuais com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos de idade (INS, 2012). Estes dados são consistentes com o aumento das infeções por VIH/SIDA no resto da Europa Ocidental, cujo perfil epidemiológico é semelhante ao registado em Portugal, em que a UNAIDS (2008) refere ser o contacto heterossexual desprotegido como o meio que mais contribui para esse aumento.

Quer uma gravidez indesejada, quer uma infeção sexualmente transmissível acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais para os indivíduos.

A gravidez indesejada nas jovens adultas, do ponto de vista físico considera-se já haver maturidade suficiente para levar ao término de uma gravidez sem problemas. Há no entanto determinados entraves colocados aos jovens adultos nomeadamente de carácter económico (a falta de recursos para ter um filho), familiar (sem estrutura, e com relações casuais, etc.), e pessoal (sendo um entrave à sua evolução

profissional e à realização de projetos distintos). A jovem tem de realizar de forma brusca os ajustes exigidos por esse novo estado e os exigidos pela sua etapa de desenvolvimento. E, obviamente que quanto mais precoce for a idade da gravidez maior será a sobrecarga de conflitos a serem geridos (Gomes, 2002).

No entanto é importante referir que existem casos em que esta realidade não se verifica, uma vez que os jovens podem considerar já ter recursos suficientes para ter uma gravidez nessa altura. Ainda assim, como se pode verificar através da figura 1, os jovens adultos são o grupo que mais recorre às intervenções voluntárias da gravidez, precisamente pela falha ou não utilização correta dos métodos de proteção sexual, o que os coloca em risco de contrair uma IST.

No entanto não só a possibilidade de contrair uma IST se torna um risco para um não utilizador de uma proteção sexual, também a Interrupção Voluntária da Gravidez é um risco, nomeadamente em termos psicológicos, uma vez que está uma solução considerada por muitos jovens para evitar a transferência de doenças para o feto, como pela ideia de não ter competências para levar a gravidez avante.

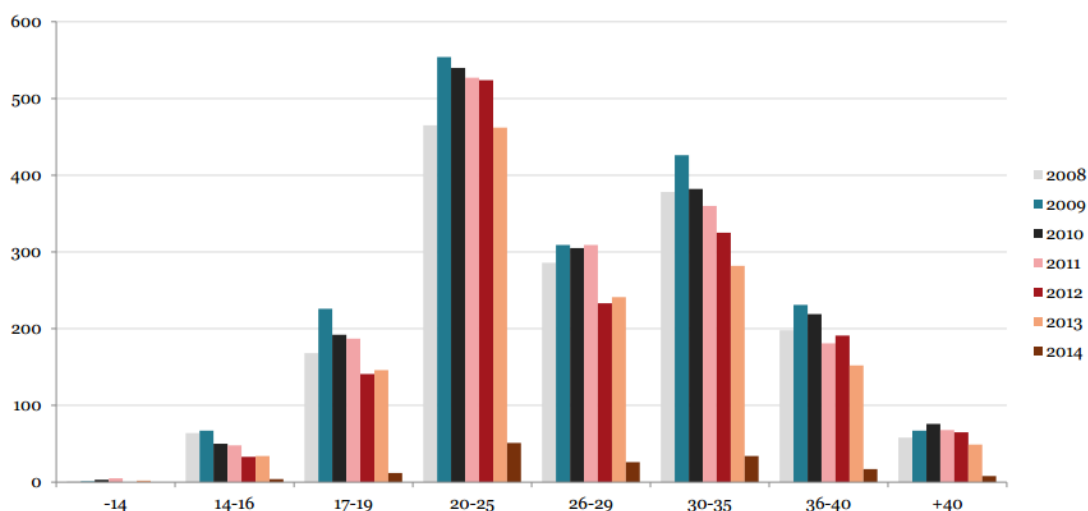


Figura 1 - Distribuição anual das IVG's por faixas etárias

Fonte: Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida

A infeção pelo VIH/SIDA é uma doença que tem um elevado impacto psicossocial relacionado com o carácter epidémico, transmissível, incurável e letal da doença. A associação à homossexualidade

e a inexistência de uma cura, promoveu a criação um duplo estigma: a doença que pode ser transmitida a outros e a doença associada a pessoas e grupos marginalizados mesmo antes da epidemia. Assim, sendo estabeleceram-se uma série de atitudes discriminatórias por parte da sociedade, que relaciona muitas vezes esta doença a determinados comportamentos desviantes (Nabais, 1998).

Sousa (1999), refere que a complexidade e a multiplicidade de problemas que envolvem os indivíduos com esta doença, o terror sentido com esta nova condição, afeta tantos os portadores da doença como os que com eles vivem e os seus cuidadores.

A SIDA está associada a um estigma social que desperta sentimentos de vergonha, culpa, gerando também sentimentos de grande sofrimento que são agravados pela incerteza e insegurança sentidas relativamente ao futuro.

Um dos fatores de grande importância quando se pretende compreender a dinâmica da disseminação da doença, é o facto do contágio se efetuar em situações de interação social (DiClemente e Peterson, 1994; Poppen e Raisen, 1997). A este fator acresce o facto de a sexualidade ser, para muitos indivíduos um tema de difícil abordagem para com o parceiro sexual, independente deste ser habitual ou ocasional. Tanto nesta, como em outras situações, a influência social pode atuar de uma forma nociva para o indivíduo, no sentido em que este pode ser induzido a ter comportamentos prejudiciais para a sua saúde.

Segundo Nabais (1998), o seropositivo se depara com uma série de sentimentos. De certa forma é “refém” de um vírus que e ainda é discriminado e que contribuindo para o seu isolamento e conseqüente declínio prematuro.

Para além da pessoa infetada, também a família e os amigos e a restante comunidade é afetada, pelo facto de se tratar de uma doença incurável que está associada a grupos estigmatizados como toxicodependentes, como homossexuais ou trabalhadores do sexo, o que faz com que existam reações negativas e medos associadas a diversos contextos. A SIDA/VIH é uma doença que cuja forma de infeção

requer interação social, gerando mecanismos de estigmatização e discriminação muito fortes (Teles e Amaro, 2006).

O estigma não atinge apenas os indivíduos afetados mas também os parceiros, filhos, e os prestadores de cuidados, porque para além de suportarem os efeitos físicos da doença, os efeitos psicológicos e as consequências económicas deparam-se ainda com o afastamento dos outros com medo da transmissão da infeção. No caso, da rejeição ser feita por parte dos familiares, resultante do estigma, leva a que não tratem dos seus doentes, podendo a que estes se tornem num sem-abrigo. O estigma e discriminação tem fomentado transmissão da infeção e impedem que os sujeitos infetados falem da sua doença, com os parceiros sexuais e com a família.

Contudo, o VIH não é a infeção sexualmente transmissível mais prevalente em Portugal, nomeadamente entre os jovens adultos. A par desta infeção sexualmente transmissível, existem outras que põem em causa a saúde individual e pública. A infeção clamídia é considerada a IST mais prevalente nesta faixa etária. Esta é uma infeção transmitida através do contato sexual, vaginal, oral ou anal, e afeta ambos os sexos embora exista um risco mais elevado de possibilidade de o contrair no sexo feminino. A clamídia é uma infeção assintomática, o que faz com que seja uma doença de fácil transmissão entre nos jovens adultos, ainda assim a falta de tratamento poderá trazer possíveis complicações ao nível do sistema reprodutivo feminino e causar mesmo a infertilidade. Embora não seja uma das piores IST, comparativamente com as outras ou mesmo com o VIH/SIDA, esta também acarreta implicações a vida do individuo portador, para além dos sintomas físicos, os sintomas psicológicos que incluem o retraimento social, o isolamento causado pelos sentimentos de culpa, de vergonha e a baixa autoestima.

2.2.A contraceção e profilaxia das Infeções Sexualmente Transmissíveis

A proteção contra infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas pode ser alcançada através da utilização singular ou combinada de vários métodos, nomeadamente: hormonais

(pílula, implantes, injeções, anel vaginal), de barreira (preservativo masculino, diafragma), químicos (espermicidas), cirúrgicos (laqueação, vasectomia), temporários (dispositivo intrauterino) e naturais (método da temperatura, do calendário, do muco, e do coito interrompido) (Nodin, 2002). Contudo, o único método que se encontra cientificamente reconhecido como capaz de proteger das ISTs é o preservativo, um método de barreira que oferece igualmente proteção contra as gravidezes indesejadas (Fortenberry, Tu, Harezlak, Katz & Orr, 2002; Vicente, 2001). A Organização Mundial de Saúde (2008) classifica a utilização correta e consistente do preservativo masculino como uma das principais medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente o VIH/SIDA, a par de outras medidas de controlo da epidemia global. A eficácia deste método é de cerca de 95% no que toca à proteção de ISTs (Pinkerton & Abramson, 1997) e entre 95-90% de eficácia na prevenção contracetiva (APF, 2014).

As infeções sexualmente transmissíveis têm aumentado todos os anos e cada vez mais se torna necessário a prevenção e a divulgação do preservativo. Como podemos verificar através da Figura 2, a clamídia continua a ser a IST mais comum na Europa. Durante a última época houve aumento acentuado do número de pessoas diagnosticadas passando de 60.000 infetados em 2000 a 160.000 em 2010. Esta é uma infeção que abrange homens e mulheres afetando maioritariamente os jovens adultos entre os 15 e os 24 anos de idade.

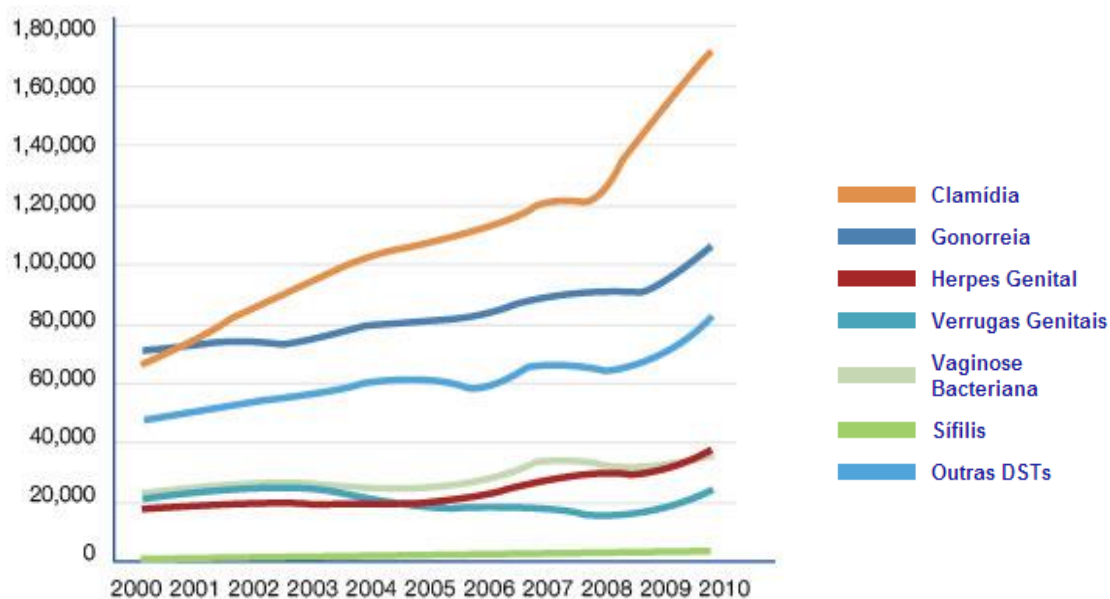


Figura 2 - Evolução das DST's de 2000 a 2010

Apesar do preservativo masculino ser um método barato e com facilidade de acesso à maioria da população jovem, a sua utilização tende a decair com idade dos jovens adultos sendo mais comum em relações não estáveis do que consideradas estáveis pelos jovens adultos (Gomes & Nunes, 2011). Os motivos para a preferência por outros métodos, especificamente os hormonais (Ramiro, Reis & Matos, 2009) são tão variados como o compromisso do prazer pela utilização do preservativo (Adebisi & Azuzu, 2009), a utilização de outro método contraceptivo ou a contraceção ser responsabilidade do parceiro (Alves & Lopes, 2008), percepção enviesada do risco pessoal (Adefuye, Abiona, Balogun, & Lukobo-Durrell, 2009; Kabiru & Orpinas, 2009), dificuldade em negociar/abordar a temática da contraceção, especialmente para as mulheres (Crosby, Milhausen, Sanders, Graham, & Yarber, 2008), sendo mais comum existirem situações de sexo desprotegido em relações em que se verifica um maior desequilíbrio entre parceiros, com a mulher associada a um papel de maior permissividade (Reich & Rubin, 2007) bem como há maior probabilidade de os homens retirarem o preservativo durante a relação coital (Crosby, et al., 2008). A própria representação social do sexo parece ter uma relação com o comportamento de uso do preservativo, sendo que esta suporta uma visão romantizada das relações sexuais, desvalorizando o

papel da proteção em detrimento do amor e do prazer aspeto altamente influenciado pelo início das relações sexuais (Gomes & Nunes, 2014; Gomes & Nunes, 2015).

2.2. Preservativo Feminino

O preservativo feminino é um método de barreira intravaginal, que tal como o nome indica, foi desenvolvido para ser utilizado por mulheres. É mais recente e é menos conhecido e por esse mesmo facto menos utilizado. O uso deste tipo de preservativo é direcionado para a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, inclusive pelo VIH, durante qualquer que seja a relação sexual.

Este método de proteção é mais resistente que o método de proteção masculino uma vez que é composto por poliuretano, sendo este mais resistente que o latex e menos propício a que se rompa, segundo a OMS, a percentagem de falha do preservativo é de 21%. (OMS, 2009).

O preservativo feminino tal como o outro preservativo traz instruções de uso e também vem lubrificado, quando bem colocado não incomoda nem provoca dor, deixando que a relação sexual aconteça sem interrupções, e com prazer.

Relativamente às suas vantagens, o preservativo feminino, para além de ser mais resistente, quando colocado corretamente oferece uma grande segurança, e uma maior autonomia a mulher, uma vez que esta garante a sua própria proteção independente do parceiro. Algumas mulheres revelam ainda que o anel externo do preservativo estimula o clitóris fazendo com que estas tenham mais prazer durante a relação sexual. Por outro lado, os homens consideram que o preservativo feminino é melhor que o masculino, pelo facto de não apertar e por permitir a permanência do pénis, na vagina, mesmo após a ejaculação (UNAIDS, 2009). Assim, este poderá ser mais utilizado, caso os possíveis utilizadores tenham um maior acesso a este tipo de informações, tal como às vantagens, assim como se deverá reafirmar a importância da proteção e não só da contraceção.

No entanto é importante referir que este também apresenta desvantagens, nomeadamente a colocação do mesmo, que poderá ser difícil nas primeiras vezes, o barulho que pode incomodar o casal,

uma vez que se regista ruído durante a penetração. Por fim, o seu elevado custo já que custa o triplo do preço do preservativo masculino e é mais difícil de adquirir.

Em relação a ações preventivas referentes aos comportamentos sexuais, a educação sexual constitui uma prioridade para a educação para a saúde, uma vez que a mesma efetua a prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens e onde se promovem as atitudes e comportamentos saudáveis determinados pelo conhecimento da temática.

A Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA e a Comissão e Igualdade de Género em 2009, apostou numa campanha de promoção ao preservativo feminino pretendendo que as mulheres tomassem uma atitude diferente face ao preservativo feminino. Outro dos objetivos desta campanha era aumentar a procura do preservativo feminino, e assim deste modo fazer com que os privados, farmácias e distribuidoras o colocassem a preços acessíveis no mercado português. Os Profissionais de saúde também demonstram resistência ao preservativo feminino, além de afirmarem que não estão preparados para atuar na divulgação do mesmo. Sobre o PF, existe pouca ou nenhuma informação e a maior parte dos centros de saúde não tem brochuras, nem amostras para os utentes. A maioria das mulheres, em consultas de planeamento familiar, não recebe informações sobre a existência de dois métodos de proteção sexual, não sabendo assim da existência nem da forma como deverá ser utilizado. Existindo assim uma carência na orientação, esclarecimento de dúvidas, e acompanhamento sistematizado do uso dos métodos preventivos de proteção sexual, e uma sobrecarga de serviço dos profissionais de saúde e pouco investimento na formação dos mesmos.

O preservativo feminino é um método eficaz de contraceção e que se pode tornar atrativo para as mulheres que querem um método não sistemático e que não tenham efeitos colaterais com os que estão associados aos métodos hormonais, nomeadamente nos contraceptivos orais.

Os EUA estão a desempenhar um papel importante na aquisição, na distribuição e nos programas de distribuição dos preservativos femininos uma vez que são os maiores compradores para distribuição internacional.

Através dos programas de planeamento familiar verificou-se que a existência de mais opções de métodos contraceptivos resultou numa redução do número de gravidezes indesejadas. E quando se experimentou verificar com a existência do preservativo feminino, os resultados mostraram que com a nova opção de proteção sexual existiam menos casos de relações sexuais desprotegidas (ONUSIDA, 1998).

A utilização do preservativo feminino requer o consenso de ambos os parceiros, mas fundamentalmente dá mais controlo de proteção à mulher. Este pode ser inserido várias horas antes da relação sexual, prevenindo já de situações onde consumo de álcool e/ou drogas, possa despoletar reações que reduzam a possibilidade de utilizar o preservativo feminino.

2.3. A utilização do Preservativo Feminino nos jovens adultos

Os jovens adultos são ainda um grupo da população que, por diversas razões não procuram informação junto dos profissionais de saúde, instituições de saúde ficando assim expostos ao risco. Entre os jovens parece haver mais dúvidas e preocupações sobre qual a melhor forma de proteção sexual a usar, nomeadamente na existência de uma possível infeção (Reis e Matos, 2008).

As maiores dúvidas estão relacionadas com o preservativo feminino, pois a maioria não sabe que este não deve ser usado com o masculino e que pode ser colocado até 8 horas antes da relação sexual (Reis e Matos, 2007).

No Brasil existem elevadas taxas de adesão, de continuidade e de aceitabilidade quanto ao preservativo feminino. Não existe restrições para o uso do PF, mas embora seja aceite e as mulheres o experimentem, é necessário que tenham algum domínio sobre a forma correta como usa-lo.

Alguns estudos são otimistas em relação à aceitação do preservativo feminino por parte das mulheres, desde que lhe sejam dadas indicações, destaca-se assim o estudo de Kalckmann (2006), estudo esse onde se verificou os motivos sobre a utilização ou não do PF, verificou-se que os homens referem

preocupação com o conforto, dificuldades de ereção, ejaculação precoce ou impotência, embora muitos se tenham mostrado interessados em conhecer o método.

As mulheres da Costa Rica, Indonésia, México, Senegal, Tanzânia e Zimbabué referem estar satisfeitas com o uso do PF, reconhecendo-o como uma oportunidade de “domínio” permitindo-lhes mostrar-se mais confiantes e seguras durante a relação sexual (CCP, 2005).

Em Philadelphia (EUA), as mulheres referem gostar do preservativo feminino, uma vez que lhes permite uma sensação mais natural que o masculino e poder de iniciativa na prática de sexo seguro (CCP, 2005).

Na África do Sul foi realizado também um estudo para verificar a aceitabilidade do PF, sendo que essa variava consoante determinados fatores que influenciavam a correta utilização e a motivação para uso. Havia participado 678 mulheres e das quais 209 já haviam experimentado o preservativo feminino, sendo que a maior parte tencionava utilizar aquele método de proteção novamente e ainda recomendaria aos amigos (Beksinska, Rees, McIntyre, et al., 2001)

Já nos países hispânicos num estudo com 146 participantes homens e mulheres, verificou-se que não existe intenção de utilizar o preservativo feminino por parte dos homens o que é influenciado pelas suas crenças e pelas atitudes. Neste estudo observou-se ainda que um maior conhecimento das infeções sexualmente transmissíveis e da SIDA estava correlacionado com uma menor intenção do uso do PF (Bogart, Cecil, & Pinkerson, 2000)

Nos países ocidentais o preservativo feminino é pouco conhecido e ainda não muito usado (El-Bassel, Krishnam Schilling, Witte e Gilbert, 1998; Haignere, Ouro, Maskovsky, Ambrosini e Rogers, 2000; Harrison, Bachman, Freeman e Inciardi, 2001; Macaluso, Demand, Artz e Hook, 2000) e alguns estudos têm-se centrado na promoção e na utilização do mesmo (Zimmers, Privette, Rosemary e Ferd, 1999).

Segundo o estudo de Haignere et al. (2000), estudo esse realizado com jovens de alto risco com uma amostra de 65 jovens, verificou-se que a maior parte dos participantes já tinha ouvido falar do

preservativo feminino e que poucos já tinham experimentado, referindo preferir o preservativo masculino embora demonstrando intenção de usar no futuro o PF. Como obstáculos à utilização do mesmo, foi referido o desconforto na colocação do mesmo.

Em São Francisco (EUA), realizou-se outro estudo quando ao novo método dando controlo às mulheres. Participaram 510 jovens mulheres sexualmente ativas sendo que participaram também 160 parceiros. Verificou-se que a maior parte dos participantes que escolheriam o PF como método de proteção tinham idades inferiores a 18 anos e que as mulheres que não estava com o parceiro e que tinham tido múltiplos parceiros nos últimos 6 meses tinham menos tendência a escolher o PF (Minnis, Padian, 2001).

Num estudo com 879 jovens universitárias, realizado na Nigéria pode verificar-se que a maior parte conhecia o PF e que a maioria tinha conhecimento dele através dos meios de comunicação e técnicos de saúde. Dos participantes poucos tinha experimentado o PF, e dos que o tinham usado foi com intenção de se precaver contra as infeções sexualmente transmissíveis e uma gravidez indesejada. Este estudo demonstrou resultados promissores dando resultados de uma boa visibilidade perante o PF embora a sua utilização seja baixa (Okunlola, Morhason & Owonikoko, et al., 2006)

No Ruanda, foram desenvolvidos esforços para aumentar a consciencialização da população acerca do PF, mas pouco se sabe acerca do mesmo, nomeadamente entre os estudantes universitários. Para aumentar o acesso e o conhecimento, o Governo de Ruanda planeia fornecer informações sobre ambos os preservativos (RRNACC, 2012). Com o fortalecimento destas iniciativas para a promoção do PF, o consumo aumento de 2008 de 5 500 para 214 000 em 2010 (RRNACC, 2012).

Em Portugal como se pode verificar pela figura 3 que o número de preservativos femininos distribuídos tem aumentado de ano para ano, nomeadamente nos anos de 2006 a 2011, devido ao facto do aumento do acesso gratuito ao mesmo, e consequentemente descidas nos preços e nas vendas. Embora este já fosse vendido nas farmácias não tinha tido adesão por parte das mulheres, uma vez que este era dispendioso e considerado de difícil colocação. No entanto o nível de informação divulgado nos centros de saúde, eventos sociais e até nos festivais de verão tem influenciado um aumento da distribuição e da procura do PF (CNIVS,2010).

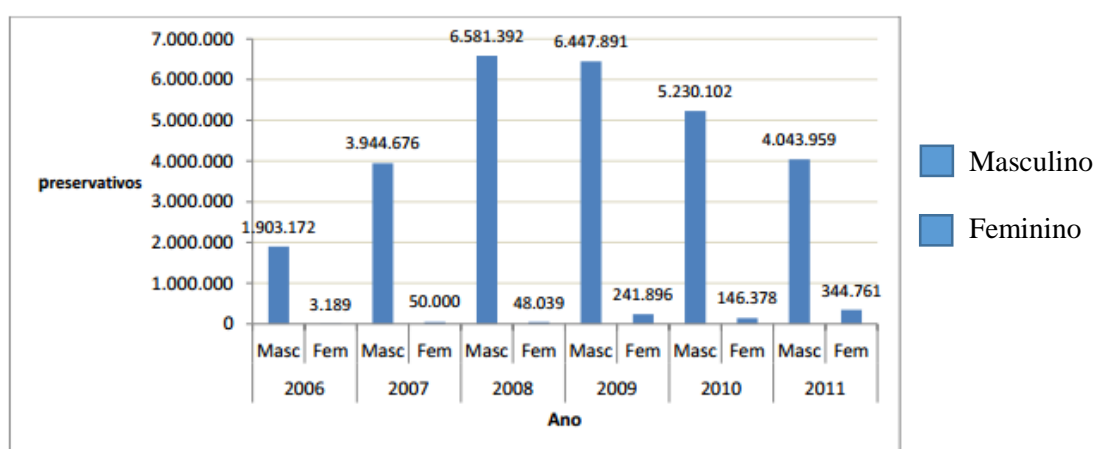


Figura 3 - Número de Preservativos Masculinos e Femininos distribuídos entre 2006 e 2011 (Portugal)

Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida

É de referir que em Portugal não se verificaram estudos que se preocupassem especificamente com a utilização do preservativo feminino. Devido a este facto para a realização deste estudo teve-se em conta maioritariamente estudo internacionais que pudesse ter resultados semelhantes ou que pudessem ser comparativos deste.

3. Estudo empírico

3.1. Objetivo

O objetivo principal deste estudo era caracterizar o conhecimento e prevalência do preservativo feminino em Portugal, numa amostra de jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos e de ambos sexos. Uma vez que os jovens são particularmente vulneráveis às infeções sexualmente transmissíveis é pertinente caracterizar quais os métodos de proteção sexual que estes utilizam, e em particular qual o conhecimento que detêm sobre o preservativo feminino. Será ainda relevante caracterizar a atitude em relação à sua utilização, a fiabilidade e a eficácia que estes lhe reconhecem. É esperado que estudo contribua para o aumento do conhecimento ao nível da proteção sexual entre os jovens adultos, bem como perceber se o preservativo feminino é, na realidade, uma alternativa positiva ao preservativo masculino.

3.2. Metodologia

3.2.1. Amostra

Optou-se por desenvolver um estudo descritivo com uma amostra da população de jovens adultos, uma vez que se encontram no período de transição da adolescência e o início da sua vida adulta e por outro lado são um grupo especialmente vulnerável às infeções sexualmente transmissíveis. Para conseguir reunir grupos representativos da população de jovens adultos (homens, mulheres, com conhecimento e sem conhecimento do preservativo feminino, com e sem contacto, etc.) foi utilizado o método de amostragem por conveniência.

3.2.2. Instrumentos

O instrumento utilizado era composto por um questionário de dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade); questões sobre a história sexual do participante (idade da primeira relação sexual, orientação sexual, tipo de relação amorosa que tem, tipo de relação sexual que já tiveram, número de parceiros sexuais que já teve); questões sobre os métodos de proteção sexual (quais os métodos de contraceção que conhece e quais os que utiliza) questões sobre o preservativo feminino (se conhece o preservativo feminino, e de onde recebeu a informação sobre o preservativo feminino) e ainda questões que permitissem avaliar a eficácia e fiabilidade percebida do preservativo feminino (recomendaria caso já tenha usado, se a relação sexual foi menos prazerosa com o preservativo feminino). Foram ainda aplicados as seguintes escalas:

- 1) Questionário de atitudes face ao preservativo feminino, tendo por base a *Female condom attitudes scale* (Neilands & Choi, 2002), ainda não adaptada à população portuguesa. Este questionário tinha como objetivo medir a atitude, favorável ou desfavorável, face ao preservativo feminino.
- 2) Escala Multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo (EMARUP) foi desenvolvida por Helweg-Larsen e Colina (1994) e adaptada e validada para a população portuguesa por Neto (2004). Esta escala tem como objetivo medir a atitude face ao preservativo masculino e métodos de barreira em geral.
- 3) Escala de atitudes face aos contraceptivos ou *Contraceptive Attitude Scale* (CAS) desenvolvida por Kyes (1987), traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, (2005) e adaptada por Reis (2006) à população portuguesa. Dado que o preservativo feminino é também um método contraceptivo, foi ainda medido através desta escala, a atitude dos participantes face aos contraceptivos em geral.

3.2.3. Procedimentos

A recolha de dados foi realizada no formato digital e/ou presencial, de forma a cumprir os objetivos referentes à constituição da amostra. No formato digital, os potenciais participantes foram

abordados via *email* institucional, sendo-lhes explicado o objetivo do estudo e sendo-lhes pedida a sua participação voluntária, garantindo o anonimato e a confidencialidade da informação fornecida. No formato presencial, os mesmos pressupostos éticos foram tidos em conta.

A análise de dados incidiu em aspetos descritivos e correlacionais, de forma a caracterizar o conhecimento, atitude e prevalência da utilização do preservativo feminino na população portuguesa de jovens adultos.

Os dados deste estudo foram analisados no IBM SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 22. Na interpretação dos dados, para obtenção dos resultados procurou-se analisar detalhadamente cada variável, nomeadamente os parâmetros específicos de cada escala de avaliação.

Tendo em conta os objetivos desta investigação calculou-se os valores indicadores de fidedignidade (consistência interna), e de validade (análise fatorial exploratória).

4. Resultados

4.1. Caracterização Sociodemográfica

A população alvo deste estudo foi constituída por jovens adultos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 17 e aos 25 anos de idade ($N=511$; média de idade de 21.37 anos). Da amostra total, 113 dos participantes eram do sexo masculino e 398 dos participantes eram do sexo feminino, o que representam 21,4% e 77,9% respetivamente. A quase totalidade dos participantes classificou-se como sendo solteiro (98%). Os restantes 2% referiram ser casados ou estar em união de facto.

Quanto à escolaridade dos participantes, 230 referem ter uma licenciatura ou ter frequência de cursos de 1º ciclo, 221 apresentam como escolaridade o Ensino Secundário, 58 mestrados e 2 doutorandos.

4.2. Caracterização da história sexual

Foram colocadas várias questões que permitiram averiguar qual o historial sexual dos participantes, especificamente no que toca à experiência sexual, orientação sexual e outros aspetos relevantes ao objetivo do estudo.

Do total dos participantes inquiridos neste estudo, 81% reportaram já ter tido relações sexuais completas, isto é, que envolvem penetração vaginal ou anal. Destes, a média da idade da primeira experiência sexual situa-se nos 17.35 anos ($DP = 2.340$), com uma mediana de 17.00 anos. Não se observaram diferenças significativas entre as médias de idade da primeira relação sexual entre os homens e mulheres desta amostra ($t_{(409)}=1.570$, $p > 0.050$). Estes participantes referiram ter uma média de 3,38 parceiros sexuais ($DP = 7.040$), com uma mediana de 2 e um máximo de 120. A dispersão dos dados, encontrada na análise, levou-nos a considerar ser necessário realizar uma análise de *outliers* (fig. X)

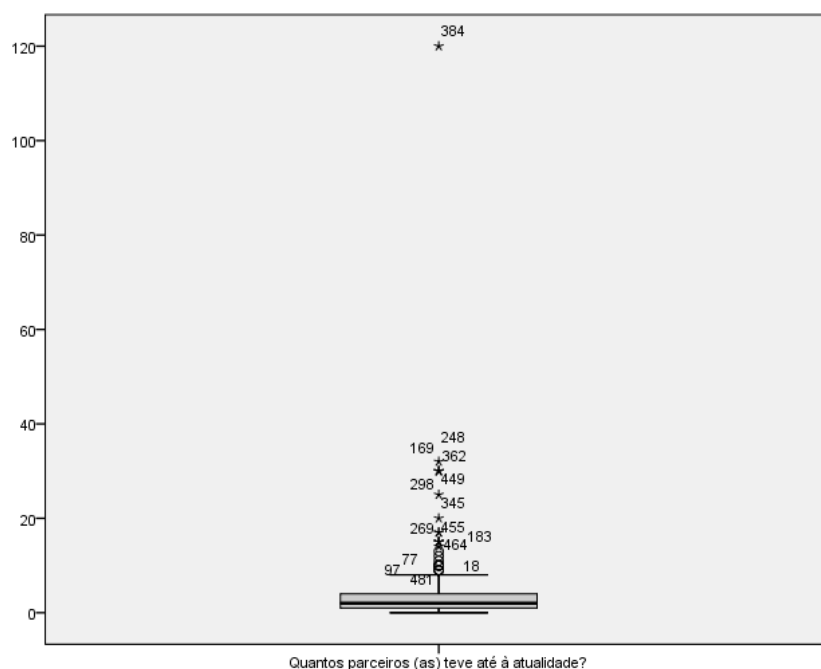


Figura 4 - Número de Parceiros dos Participantes até a atualidade

Os resultados sugerem que os valores acima de 9 parceiros sexuais são considerados *outliers*. Ao trabalhar com esta variável, teve-se em conta os valores discrepantes apresentados pelos sujeitos de forma a não enviesar os resultados.

Dos participantes que responderam à questão “Neste momento considera estar numa relação estável e monogâmica” (n=413), 74.6% responderam que sim.

Relativamente à questão sobre a orientação sexual 92.2% autocaracteriza-se como heterossexual 4.3% como homossexual e 3.5% dos como bissexual, representando assim os restantes 2.8%.

4.3. Caracterização da história contracetiva e conhecimento do PF

Os participantes deste estudo foram inquiridos acerca da utilização do preservativo feminino, e dos 511 participantes, apenas 15 responderam que já tinha utilizado e 494 responderam que não tinham ainda experimentado, e 2 participantes não responderam.

Para avaliar a satisfação dos participantes em relação ao Preservativo Feminino, foram inquiridos acerca do prazer sentido com o Preservativo Feminino, em que 5 dos participantes refiram que a relação

sexual foi menos prazerosa com a utilização do Preservativo Feminino enquanto os restantes 10 referiam o contrário.

De modo a saber se os participantes consideravam o Preservativo Feminino mais seguro que o Preservativo Masculino, inquiriu-se os participantes acerca do mesmo, e 5 dos participantes consideravam-no mais seguro, enquanto 10 dos participantes não o consideravam mais seguro que o masculino.

Questionados os participantes acerca do facto se recomendariam o Preservativo Feminino a outros, 10 dos participantes referiram que recomendariam o Preservativo Feminino, enquanto os restantes 5 não recomendariam a outros.

Os participantes foram questionados também quanto à curiosidade em experimentar o Preservativo Feminino, e 135 dos participantes referiram estar curiosos em experimentar o Preservativo Feminino, enquanto 353 mencionaram não ter curiosidade em experimentar, os restantes 23 não responderam.

4.4. Caracterização dos hábitos de proteção sexual

Os participantes foram questionados sobre os métodos de proteção sexual e/ou contraceptivos conheciam, através de uma lista em que deveriam assinalar quais os que lhes eram conhecidos. Foram igualmente questionados, sobre os mesmos métodos, porém relativamente à sua utilização. A tabela seguinte (tabela 1) pretende ilustrar a percentagem de respostas que se referem ao conhecimento e utilização de cada método. As percentagens apresentadas são representativas do número de vezes que o método foi selecionado (total de casos).

Tabela 1 – Conhecimento de cada método contraceptivo por parte dos participantes

| Método | Conhecimento | Utilização |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Preservativo masculino | 88.5% | 84.0% |
| Contraceção hormonal injetável | 44.6% | 0.2% |
| Anel vaginal | 69.7% | 1.7% |
| Preservativo feminino | 83.8% | 1.7% |
| Implante | 52.3% | 2.0% |
| Diafragma | 80.8% | 0.2% |
| Contraceção hormonal oral (pílula) | 96.3% | 70.0% |

Os resultados mostram que a maioria dos sujeitos está familiarizada com todos os métodos apresentados, sendo o seu conhecimento mais expressivo no campo do preservativo masculino, do preservativo feminino e da contraceção hormonal oral (assinalados mais de 80% pelo total da amostra). Já a questão da utilização mostra que o método mais utilizado é o preservativo masculino, seguido de imediato pela pílula. Todos os outros métodos têm taxas de utilização negligenciáveis na dimensão da amostra em estudo.

Novamente questionados sobre o preservativo feminino de forma específica, 86.3% referem conhecer o método, mas apenas 2.9% reportam a sua utilização. Destes utilizadores, 53.3% referem que a iniciativa de utilização partiu de ambos os intervenientes, em vez de ser uma opção do próprio; 66.7% referem que a relação sexual não foi menos prazerosa devido à utilização do preservativo feminino, sendo que a mesma percentagem considera-o tão seguro como o preservativo masculino. Apenas 33.3% dos participantes que já utilizaram o preservativo feminino não o recomendariam a outras pessoas como método de proteção sexual. Dos elementos que nunca utilizaram o preservativo feminino, apenas 26.4% refere ter curiosidade em experimentar o método.

4.5. Caracterização das medidas

4.5.1. Escala Multidimensional de Atitudes em relação à Utilização do Preservativo (EMARUP).

A Escala Multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo – versão de Helweg e Collins (1994) - foi aferida para a população portuguesa por Félix Neto (2004). É composta por 26 itens e 5 subescalas que pretende avaliar a atitude face à utilização do preservativo. A primeira subescala refere-se à perceção de Fiabilidade e Eficácia; a segunda Prazer; a terceira Estima de Identidade; a quarta Embaraço sobre a negociação e uso; e por fim a quinta Embaraço em comprar.

Primeiramente, foi feita uma análise de fiabilidade a esta escala utilizando todos os itens, tendo-se obtido um valor de alfa de Cronbach de $\alpha=0,811$.

A mesma análise foi conduzida por subsescalas. Verificou-se que na subescala Fiabilidade e Eficácia o valor encontrado está abaixo do considerado aceitável para uma boa fiabilidade interna ($\alpha=0,573$). Pela exclusão do item 1 observou-se que o *alpha* melhoraria consideravelmente ($\alpha=0,802$). As análises subsequentes tiveram em conta esta exclusão. Na subescala Prazer verificou-se um valor de *alpha* considerado como fiável ($\alpha=0,742$). Na subescala Estima de Identidade obteve-se valor considerável, sendo que a variância também não melhorava com a exclusão de nenhum dos itens ($\alpha=0,798$). Na subescala Embaraço sobre a negociação e uso apresentou um valor de 0,832. Por último, a subescala Embaraço em comprar representando um valor baixo e pouco suficiente para explicar a consistência e fiabilidade da escala ($\alpha=0,457$). No entanto, foi verificado através da análise da variância dos itens que com a exclusão do item 12 o valor de alfa melhora consideravelmente para um valor muito mais aceitável ($\alpha=0,908$).

4.5.2. Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino (EAPF)

Em virtude de a Escala de Atitudes face ao Preservativo – versão curta (Neilands & Choi, 2002) não estar aferida para a população Portuguesa, optou-se por realizar uma análise fatorial exploratória e de fiabilidade interna, para garantir a validade da mesma.

Foram utilizados 511 participantes para a análise, em virtude de itens em falta em 143 dos elementos da amostra. O teste de KMO (0.804) e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2=1786.410$; $gl=105$; $p < 0.000$) permitiram verificar que a análise fatorial exploratória estava adequada aos dados obtidos. A extração inicial mostrou que o item O (ou 15) apresentava valores de comunalidades inferiores ao limite aceitável para fazer parte da análise (0.221). Os restantes itens apresentavam comunalidades entre os 0.388 e os 0.798, tendo sido incluídos na análise.

A análise fatorial exploratória mostrou a existência de 4 fatores com valores próprios acima de 1.000, que explicam 54.138% da variância total da escala. A tabela 2 procura ilustrar a organização dos itens por fatores.

Tabela 2 - Análise fatorial exploratória da Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino

| Itens | Fatores | | | | |
|---|-----------------------------------|--------|--------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| H. Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher. | 0,871 | | | | |
| I. Os preservativos femininos dificultam o orgasmo do homem. | 0,855 | | | | |
| F. O sexo não é tão bom quando se usa um preservativo feminino. | 0,674 | | | | |
| M. Os preservativos femininos retiram a diversão ao sexo. | 0,563 | | 0,401 | | |
| K. Os preservativos femininos oferecem uma proteção melhor contra as doenças sexualmente transmissíveis do que os preservativos masculinos. | | 0,756 | | | |
| C. Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos. | | 0,754 | | | |
| N. Os preservativos femininos são mais resistentes do que os preservativos masculinos. | | 0,670 | | | |
| A. Os preservativos femininos são melhores do que os preservativos masculinos. | | 0,656 | | | |
| B. Os preservativos femininos são estranhos. | | | 0,746 | | |
| J. Os preservativos femininos são inconvenientes. | | | 0,712 | | |
| G. É embaraçoso colocar um preservativo feminino à frente de um homem. | | | 0,587 | | |
| E. Os preservativos femininos colocam a mulher no controlo. | | | | 0,738 | |
| L. Se uma mulher quiser usar um preservativo feminino, o seu parceiro pode julgar que ela mantém relações sexuais com outra pessoa. | | | | 0,648 | |
| D. É embaraçoso comprar preservativos femininos. | | | 0,335 | 0,516 | |
| | Variância total explicada | 26,35% | 11,09% | 9,49% | 7,21% |
| | Fiabilidade do fator (α) | 0,781 | 0,713 | 0,697 | 0,670 |

Na tabela 2 foram apresentadas apenas o valor de saturação dos itens nos fatores acima de 0.300. Verifica-se que o item M satura no fator 1 e no fator 3. Após a análise de fiabilidade observou-se que o

fator 1 ganha com a extração do M ($\alpha=0.799$) e a sua inclusão no fator 3 é igualmente benéfica ($\alpha=0.736$), aumentando a sua fiabilidade interna. Desta forma, optou-se por incluir o item M no fator 3.

Para verificar se a estrutura fatorial encontrada era robusta, realizou-se uma análise fatorial confirmatória, com recurso ao *software* AMOS, versão 20. O diagrama foi desenhado com base na estrutura encontrada anteriormente. De acordo com os autores da escala, as suas dimensões encontram-se correlacionadas, pelo que essas correlações foram tidas em conta no desenho da estrutura a ser testada.

A figura 5 pretende ilustrar o diagrama considerado.

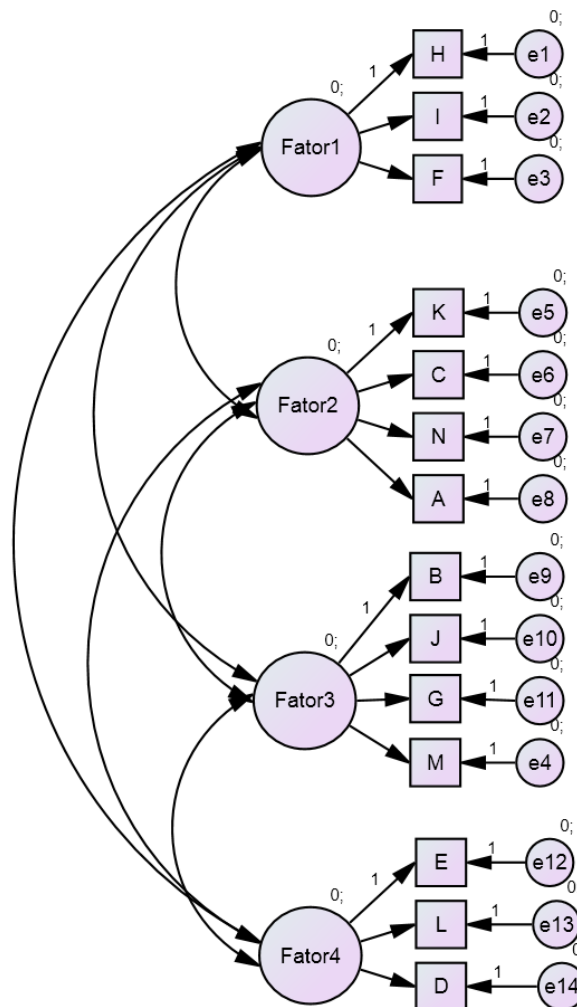


Figura 5 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Atitudes Face ao P. F.

Para testar o ajustamento da estrutura foram utilizados vários índices estatísticos. De acordo com Barret (2007) o ajustamento geral pode ser encontrado através da estatística do qui-quadrado. Hoelter (1983) refere que esta medida deve ser calculada pela discrepância entre o qui-quadrado e os graus de liberdade, devendo considerar-se como valores aceitáveis, os modelos que obtêm uma discrepância entre 2 e 5. Foram ainda considerados o índice comparativo de ajustamento (sigla CFI) e o índice de bom ajustamento (ou GFI) que devem apresentar valores próximos de 1.00 para indiciar um bom ajustamento do modelo. No que concerne às medidas de erro, foram considerados o SRMR (raiz quadrada residual estandardizada) e o RMSEA (raiz quadrada do erro de aproximação). Ambas devem apresentar valores inferiores a 0.05 para se considerar que o ajustamento é razoável.

O modelo testado obteve um qui-quadrado de 189.743, com 71 graus de liberdade, o que se traduz numa discrepância de 2.672. O CFI e o GFI obtiveram 0.928 e 0.907 respetivamente, tendo-se obtido 0.057 no RMSEA e 0.052 no SRMR. Estes valores indicam um bom ajustamento da estrutura fatorial encontrada na análise exploratória, tendo-se optado por utilizar as dimensões encontradas no estudo em causa. Para calcular as dimensões, foi apurada a média de resposta de cada participante, de acordo com os itens que a compõem.

O primeiro fator convencionou-se denominar-se de “Aspetos relacionados com o Prazer”, dado o teor dos itens por ele contidos. O segundo fator engloba itens relativos à eficácia preventiva do PF, tendo-se optado por denominar o fator como “Profilaxia do Preservativo Feminino”. O terceiro fator faz referência a “Inconvenientes do Preservativo Feminino” e finalmente o quarto fator “Perceções sobre o Preservativo Feminino” dado que engloba aspetos como o embaraço da compra ou julgamento associados à sua utilização. Foram então calculadas os fatores da escala, de forma a cumprir a estrutura encontrada. Os itens foram invertidos no sentido de pontuarem positivamente, sendo que valores mais elevados no fator prazer indica maior percepção de prazer no sexo com a utilização do PF; maiores pontuações na profilaxia indica maior crença na eficácia e proteção do PF face a IST e gravidezes indesejadas; maiores pontuações na dimensão das inconveniências, significa uma menor percepção de inconvenientes na utilização do

preservativo; e finalmente uma maior pontuação no fator das percepções, representa uma percepção mais positiva do PF.

As correlações entre os fatores foram calculadas.

Tabela 3 - Correlações dos fatores à escala de atitude face ao PF

| | Prazer | Profilaxia | Inconvenientes | Percepções |
|----------------|--------|------------|----------------|------------|
| Prazer | 1.00 | 0.407** | 0.760** | 0.467** |
| Profilaxia | | 1.00 | -0.069 | 0.218 |
| Inconvenientes | | | 1.00 | 0.266** |
| Percepções | | | | 1.00 |

*Valores de significância inferiores a 0.050

**Valores de significância inferiores a 0.010

Observa-se que os participantes que consideram que o sexo é igualmente prazeroso com o preservativo feminino, consideram igualmente que tem elevada profilaxia, mas também menos inconvenientes e uma melhor percepção do preservativo feminino. Observa-se ainda uma correlação de média intensidade entre a dimensão dos Inconvenientes do PF e as Percepções. Neste caso os participantes que classificam o PF como não sendo inconveniente detêm uma percepção mais positiva do mesmo.

4.5.3. Validade divergente e convergente

Considerando que a Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino não está aferida para a população portuguesa, utilizaram-se duas medidas para ver a capacidade de discriminação da escala face a medidas semelhantes. A Contraceptive Attitude Scale (CAS; Kyes, 1987), já aferida para a população portuguesa (Reis, 2006) pretende medir o grau de aceitação de métodos contraceptivos, em geral, pela amostra recolhida. Será de esperar que os participantes com uma atitude mais favorável à utilização de métodos contraceptivos, tenham igualmente uma atitude mais favorável face ao preservativo feminino.

Por outro lado, utilizou-se igualmente a Escala Multidimensional de Atitude em relação à Utilização do Preservativo (Helweg-Larsen & Collins, 1994; validada por Neto, 2004), sendo esperado que os participantes que têm uma atitude mais positiva face ao preservativo masculino identifiquem mais inconvenientes e menor profilaxia na utilização do preservativo feminino.

Para verificar a validade da medida em estudo, foram conduzidas correlações entre as dimensões de todos os instrumentos.

Tabela 4 - Correlações entre as escalas CAS, EMARUP e EAPF

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 7 | -0.421** | -0.462** | -0.566** | -0.384* | - | - |
| 8 | - | - | - | -0.270* | -0.484** | - |
| 9 | -0.292** | -0.221** | -0.455** | -0.339** | -0.273** | -0.281** |
| 10 | - | - | - | - | -0.235** | -0.467** |

*Valores de significância inferiores a 0.050

**Valores de significância inferiores a 0.010

Legenda: 1 – CAS (score total); 2 – Fiabilidade e Eficácia da EMARUP; 3 – Prazer da EMARUP; 4 – Estigma e Identidade da EMARUP; 5 – Embaraço na Negociação de Uso do Preservativo da EMARUP; 6 – Embaraço para a Compra da EMARUP; 7 - Aspectos relacionados com o Prazer; 8 – Profilaxia do Preservativo Feminino; 9 – Inconvenientes do Preservativo Feminino; 10 – Perceções sobre o Preservativo Feminino

Ao contrário do esperado, uma atitude mais favorável face aos contraceptivos é contraposta por uma atitude mais negativa face ao preservativo feminino, na dimensão da prazer e dos inconvenientes da sua utilização.

Relativamente à EMARUP, uma maior percepção de fiabilidade e eficácia e de prazer no uso do preservativo masculino está correlacionada com uma menor percepção do prazer e maior percepção de inconvenientes na utilização do PF. Igualmente, uma menor percepção do estigma associado ao uso do preservativo masculino, parece correlacionar-se negativamente com a percepção do prazer, profilaxia e inconveniente de uso do PF. De forma semelhante, os elementos com maior capacidade de negociação do uso do preservativo masculino, vêm uma menor profilaxia, mais inconvenientes e têm uma percepção mais negativa do uso do PF. Os indivíduos com mais à vontade para comprar PM vêm igualmente mais inconvenientes e mais aspetos negativos no uso do PF.

4.5.4. Caracterização da atitude face ao preservativo feminino

Para calcular as médias de resposta para cada fator da Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino, foram excluídas as respostas “Não sei”, cujo valor na escala original é de 0. Este aspeto permitiu que o valor 0 não deslocasse o valor da média de forma enviesada, sendo apenas considerado para o efeito as expressões de opinião dos participantes em 4 níveis. A tabela seguinte pretende ilustrar as médias de resposta dos participantes em geral.

| | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão | |
|----------------|--------|--------|-------|---------------|---|
| Prazer | 1,00 | 3,33 | 1,90 | 0,802 | Tabela 5 – Valores médios respostas dos participantes |
| Profilaxia | 1,00 | 3,25 | 1,73 | 0,590 | |
| Inconvenientes | 1,00 | 4,00 | 2,02 | 0,684 | |
| Percepções | 1,00 | 3,33 | 1,43 | 0,488 | |

Os resultados mostram que as médias de resposta são abaixo do ponto médio, sendo que a visão global sobre o preservativo feminino transmite uma atitude ligeiramente negativa. O aspecto mais bem valorizado parece ser os Inconvenientes, sugerindo que os participantes vêem algumas vantagens na utilização do preservativo feminino.

Foram ainda comparadas as respostas entre os participantes que com e sem experiência sexual, entre homens e mulheres, com e sem experiência no uso do preservativo e ainda com e sem curiosidade em experimentar o preservativo feminino.

Verifica-se a existência de algumas diferenças significativas entre as médias de resposta dos referidos grupos. Homens e mulheres parecem diferenciar-se ao nível dos inconvenientes no uso do preservativo feminino. Os homens apresentam uma média de resposta significativamente inferior às mulheres ($H=1.71$; $M=2.08$; $t_{(135)}=-2.440$, $p=0.016$). No que concerne à experiência sexual, os participantes que já tiveram relações sexuais completas classificam de forma mais elevada a profilaxia do PF ($Sim=2.06$) do que os participantes que ainda não tiveram essa experiência ($Não=1.80$; $t_{(86)}=-2.616$, $p=0.010$). Já ter experimentado o preservativo feminino não parece afetar as respostas dos participantes, contudo, o número reduzido de indivíduos neste campo, poderá estar na origem da inexistência de diferenças significativas ao nível das respostas fornecidas. Por fim, os participantes com curiosidade em experimentar o preservativo feminino apresenta uma média de resposta superior ao nível da percepção de inconveniência, vendo portanto menos inconvenientes na utilização deste método do que os indivíduos que se dizem indiferentes ao método ($Sim=2.21$; $Não=1.76$; $t_{(121)}=3.684$, $p<0.001$).

4.5.5. Questionário de conhecimento do preservativo feminino

Relativamente ao preservativo feminino foi aplicado um questionário de conhecimento acerca do mesmo, foi feita um somatório dos acertos e erros, numa escala de 0 a 10, em que zero é classificado como com nenhum conhecimento e dez com total conhecimento no assunto. Os valores do conhecimento

dos participantes variam entre 1 e 9 ($M=5.3659$; $DP=1.45020$). Como se pode ver através da Figura 6, existe um *outlier*, mas que não será excluído porque embora seja um valor muito elevado comparativamente com os outros, como envolve o conhecimento de cada participante, será considerado como um participante com um alto nível de conhecimento. Podemos assim verificar através da mediana ($Med=5,000$) que a amostra se encontra dividida e que metade dos participantes tem pouco e que a restante metade tem mais conhecimento.

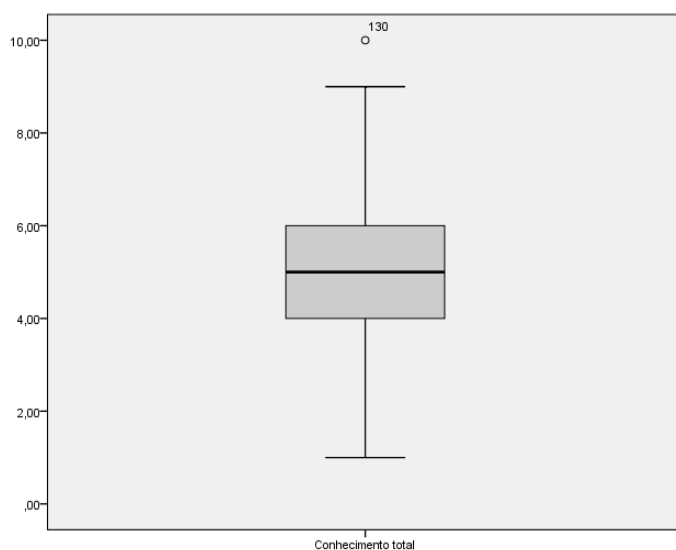


Figura 6 - Conhecimento dos participantes acerca do Preservativo Feminino

4.5.6. Relação entre conhecimento e atitude face ao preservativo feminino

Foi ainda observada a relação entre o conhecimento que os participantes detêm sobre o preservativo feminino e a atitude face ao mesmo. Os resultados obtidos através das correlações de *Pearson*, mostra que os indivíduos com maior nível de conhecimento sobre o preservativo feminino são também os que classificam positivamente a profilaxia do método ($r=0.319$, $p=0.002$). Contudo, o maior nível de conhecimento conduz igualmente a uma visão mais negativa dos inconvenientes resultantes da utilização do preservativo feminino ($r=-0.229$, $p=0.007$). Não se verificaram mais correlações de cariz

significativo que expressem uma associação entre o conhecimento e a atitude face ao preservativo feminino.

5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar o conhecimento, atitude e prevalência de utilização do preservativo feminino em Portugal, numa amostra de jovens adultos de ambos os sexos. Uma vez que os jovens são um grupo de risco relativamente vulneráveis às infeções sexualmente transmissíveis, torna-se importante caracterizar quais os métodos de proteção sexual que estes utilizam, e em particular qual o conhecimento que detêm sobre o preservativo feminino. Caracterizou-se também a atitude em relação à sua utilização, a fiabilidade e a eficácia que estes lhe reconhecem.

Relativamente aos participantes do estudo, foram realizadas questões no que diz respeito à experiência sexual, orientação sexual e outros aspetos relevantes ao estudo. Nos resultados referentes à experiência sexual verificou-se que a maioria dos participantes já haviam tido relações sexuais completas, e que a idade média do início da primeira relação sexual situa-se nos 17.35 anos. Estes resultados confirmam as tendências mostradas noutros estudos (Magalhães, Carrilho & Leite, 2001). Estes referiram ainda ter uma média de 3.38 parceiros sexuais. A maioria dos participantes mencionaram que têm uma relação monogâmica, sendo que a maioria relativamente à orientação sexual se autocaracterizou como heterossexual. Comparando ainda com o estudo de Gomes e Nunes (2011) em que os participantes referiram em média ter 3.36 parceiros sexuais e a idade média da primeira relação sexual situa-se nos 17.51 anos, o que confirma os nossos resultados obtidos. Observou-se ainda que os resultados obtidos confirmam as expectativas uma vez que o preservativo masculino e a pílula são os métodos mais utilizados estando assim de acordo com o estudo de Magalhães, Carrilho e Leite (2001). No estudo de Alves e Lopes (2007), os resultados anteriores confirmam-se também, uma vez que os jovens adultos confirmavam também que os métodos contraceptivos usados também era o contraceptivo oral (pílula) e o preservativo e na maioria verificava-se a intenção de usar os métodos juntos. A grande maioria apoiava a ideia de que a responsabilidade da utilização de um método de proteção sexual deveria partir tanto do homem como da mulher. Observou-se ainda, no estudo de Matos e Reis (2008) que os resultados os participantes tanto

rapazes como raparigas elegem o preservativo como o método contraceptivo que usam, seguido do contraceptivo hormonal oral (pílula).

De acordo com a Escala de atitudes face ao preservativo feminino observou-se que os participantes consideram que a relação sexual é igualmente prazerosa com o preservativo feminino, e consideram que tem igualmente uma elevada profilaxia, embora também considerem existir menos inconvenientes e exista uma melhor perceção do preservativo feminino. Assim, segundo esta escala foi possível aperceber-nos que de estes classificam o PF como não sendo inconveniente estes têm uma perceção mais positiva do mesmo.

Pelo facto da escala anterior não estar aferida para a população portuguesa, utilizaram-se duas medidas para ver a capacidade de discriminação da escala face a medidas semelhantes. Com a *Contraceptive Attitude Scale* (CAS) foi possível observar que ao contrário do que era esperado, existe uma atitude mais favorável face aos contraceptivos contraposta com uma atitude mais negativa face do preservativo feminino, nomeadamente nas dimensões prazer e inconvenientes da sua utilização.

No entanto, utilizou-se ainda a Escala Multidimensional de Atitude em relação à Utilização do Preservativo de modo a verificar se os participantes tinham uma atitude mais positiva ao preservativo masculino, identificando assim mais inconvenientes e menor profilaxia na utilização do preservativo feminino. Este mesmo facto foi confirmado uma vez que os participantes classificaram o preservativo masculino como tendo uma maior perceção de fiabilidade e eficácia e de prazer, contraposto ao feminino que está classificado como uma menor perceção de prazer, e de inconvenientes associados à sua utilização. Foi possível verificar existe um menor perceção do prazer na utilização do preservativo feminino está correlacionado negativamente com a perceção de prazer, profilaxia e inconvenientes do uso do PF. Ainda assim, e de forma similar observou-se que os elementos de maior capacidade de negociação do uso do preservativo masculino, apresentam uma menor profilaxia, mais inconvenientes e tem uma atitude e perceção mais negativa do PF.

Na linha destes resultados, que apontam para um melhor percepção do preservativo masculino do que do preservativo feminino, ainda assim existem estudos em que os participantes dão alguma visibilidade ao preservativo feminino. Foram feitos estudos como o de Kalckmann, Farias e Carvalheiro (2009), que indicam que existe pouco conhecimento acerca do preservativo feminino mas que ainda assim, as mulheres estão dispostas a conhecer novas alternativas que evitem uma gravidez indesejada e que no fundo não tenham efeitos secundários para o seu organismo, uma vez que o Brasil não apresenta um leque variado de métodos contraceptivos. Os resultados apresentados vão de encontro aos obtidos neste estudo uma vez que os jovens inquiridos na sua maioria responderam que conhecem o PF, sendo que maioria não tenciona experimentar e não tem curiosidade. Embora os resultados não sejam favoráveis à intenção de uso PF, os resultados quanto ao facto de recomendarem o PF a outros, foram positivos, uma vez que os participantes que haviam experimentado na maioria revelaram intenção de recomendar o mesmo.

Estes autores referem ainda que ter acesso ao preservativo feminino em conjunto com o masculino, aumenta significativamente a proporção de relações sexuais desprotegidas. Segundo Witte et al., (1999) num estudo realizado em Nova Iorque, disponibilizaram as participantes de 3 grupos: o primeiro recebeu preservativos masculinos; o segundo unicamente preservativos femininos e o último grupo os dois métodos de proteção sexual. Segundo resultados do mesmo, houve uma redução das relações sexuais desprotegidas no grupo ao qual foi dado os dois métodos de proteção sexual e no grupo em que foi apenas dado o PF. O mesmo foi observado por Musaba et al. (1998) num estudo desenvolvido na Zâmbia com 99 casais portadores de IST's.

No estudo de Shaw e Chatterjee (2014) os resultados sugerem que os jovens universitários aceitam mais facilmente o preservativo como artefacto social que permite a igualdade de género em relações heterossexuais, comparativamente a outros grupos da população. Além disso, as mulheres apontaram que não havia nada que eles não gostasse no PF. Ainda um número de mulheres apresentou alguma

preocupação sobre a aceitação do parceiro, e a preocupação de como os parceiros podem responder àquelas questões.

Segundo Choi et al. (1999), também se verificou que o tamanho e a aparência de torna um obstáculo para a utilização do PF. Em comparação com o estudo de Choi (1999), segundo os resultados a profilaxia é um dos obstáculos à atitude positiva e posterior utilização do PF, podendo assim confirmar-se os resultados.

No estudo de Valens e Joseph (2013), os resultados sugerem que a consciência dos participantes em relação ao PF é positiva e que a maioria dos inquiridos tinha uma atitude favorável em relação à eficácia do PF na prevenção a infeções sexualmente transmissíveis e às gravidezes indesejadas. Em oposição, a este estudo os nossos resultados determinaram que os participantes que apresentavam mais conhecimento acerca do PF revelavam uma atitude mais positiva relativamente a profilaxia do método. No entanto, o nível de conhecimento revelado por alguns participantes também os associa a uma visão mais negativa do PF, não se podendo assim correlacionar o conhecimento à utilização do mesmo, desta forma não se poderá afirmar comparações com o estudo anterior.

Em estudos semelhantes a esse, nomeadamente na Itália e no Zimbabué foram feitas pesquisas e que os resultados revelaram que o PF é considerado extremamente eficaz na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejável (Spizzichino, Pedone, Gattari et al., 2007). Em modo de comparação com os resultados do estudo anterior, verificou-se que os participantes apresentaram uma menor pontuação na profilaxia, o que nos indica que o consideram pouco eficaz comparativamente com o preservativo masculino, contrariando assim os resultados do estudo anterior.

Num estudo feito na Nigéria, os resultados revelaram que entre as mulheres licenciadas mais de 80% tinham conhecimento do preservativo feminino e consideravam-no um método contraceptivo e de proteção moderno (Okunlola, Morhason, Owonikoko & Adekunle, 2006). Este é um estudo que de certa forma se articula com o nosso estudo, uma vez que comprova que as atividades informativas realizadas nos centros de saúde, nomeadamente o conhecimento influencia a utilização das diversas alternativas de

proteção sexual, independentemente das mesmas estarem disponíveis nos sistemas de saúde (Moura e Silva, 2004).

A prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada e a distribuição de preservativos femininos deverão ser acompanhadas por programas educativos realizados por profissionais de saúde. Assim sendo que deverá haver também uma sensibilização e formação dos profissionais de saúde uma vez que é necessário que estes estejam preparados e informados de modo a passar a informação adequada e como uma alternativa. Sugere-se assim, que em estudos futuros se possa conduzir no sentido de identificar e desenvolver estratégias tanto de incentivo aos profissionais de saúde como de promoção ao PF, em que indivíduos do sexo masculino incluídos na escolha e na adesão a este método de proteção sexual.

No decurso deste estudo deparamo-nos com algumas limitações que se prendem com a dimensão e com as características da amostra. Primeiro, o facto de a amostra não ser representativa da população inviabiliza a sua generalização. Em segundo lugar há uma proporção desequilibrada entre homens e mulheres e a interpretação dos resultados deve ter esse aspeto em conta. Os estudos mostram que as mulheres têm uma diferente forma de avaliar nos níveis de risco, em geral sendo mais sensíveis à avaliação do risco do que os homens (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Plamgreen, 2009) e demonstrar comportamentos distintos para com a utilização do preservativo quando comparados ao sexo masculino (eg. Muñoz - Silva et al., 2009). Estudos futuros devem tentar incluir uma amostra aleatória e com mais homens, de forma a poder-se fazer generalizações.

Outra das limitações prende-se com facto da maioria dos participantes serem estudantes universitários. Estudos sugerem que este subgrupo apresenta menos comportamentos de risco (e.g. Bailey, et al., 2008).

No geral a amostra foi diversificada e bastante razoável, dada a natureza qualitativa do estudo. Ainda assim para futuras pesquisas deve abranger-se uma faixa etária maior para verificar o conhecimento em gerações mais antigas, comparativamente com as mais novas.

Estudos futuros poderiam analisar a influência dos parceiros efetuando questionários a jovens casais, na tentativa da utilização do preservativo feminino.

Espera-se que este estudo possa ter contribuído para a compreensão da proteção sexual, e alertar para a promoção da educação para a saúde e sobretudo para a proteção dos jovens adultos sendo estes um reflexo futuro.

6. Conclusão

O presente estudo conduziu a um conjunto de resultados relevantes que contribuíram para a caracterização do conhecimento do preservativo feminino entre os jovens adultos e das atitudes em relação ao mesmo, o que poderá influenciar a adoção desse método de proteção sexual. De um modo geral, sustenta-se a ideia de que os jovens adultos conhecem o preservativo feminino, ainda que na sua generalidade ainda não o tenham experimentaram. Não é possível corroborar estes dados com outros estudos portugueses, no que diz respeito ao preservativo feminino uma vez que não é uma área com muita investigação. Assim a informação recolhida para este estudo e os resultados obtidos podem representar um avanço importante em termos de compreensão desta área.

Existem determinados fatores que influenciam a utilização do preservativo feminino, não basta ter uma atitude positiva em relação ao preservativo e ter conhecimentos acerca dos meios de transmissão das infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA, assim como, ter conhecimentos sobre métodos contraceptivos e de proteção sexual, para que os jovens adultos tenham comportamentos saudáveis.

Este estudo permitiu verificar que a existência de uma atitude positiva em relação ao PF, não é suficiente porque por vezes a avaliação que fazemos, leva-nos a agir de forma distinta e conseqüente não preocupação com o uso do preservativo. O facto de ser um parceiro regular, e de supor que o parceiro não tem nenhuma IST, faz com que se considere um parceiro de confiança sendo esse um dos motivos que leva a não utilização do preservativo, motivos estes relacionados tanto ao preservativo feminino como ao masculino.

Para finalizar, este estudo permitiu refletir bastante e abrir novos horizontes. Foi gratificante realizar este estudo, uma vez que permitiu adquirir conhecimentos e informações sobre outras realidades. Permitiu ainda assim, verificar que o conhecimento acerca da sexualidade e sobre a proteção sexual, ainda é visto com algumas dúvidas.

7. Referências Bibliográficas

- Aboim, S. (2013). *A Sexualidade dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Adebiyi, A., & Asuzu, M. (2009). Condom use among out of school youths in a local government area in Nigeria. *African Health Sciences*, 9 (2), 92-97.
- Bailey, J., Fleming, C. H., & Catalano, R. &. (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.
- Benincasa, M., Rezende, M., & Coniaric, J. (2008). Sexo desprotegido e adolescência: factores de risco e proteção. *Psicologia Teoria e Prática*, 10(2), 121-134.
- Choi, K., Roberts, K., C., G., & O., G. (1999). Facilitators and barriers to use of the female condom: qualitative interviews with women of diverse ethnicity. *Woman Health*, 30(1), 53-70.
- DiClemente, R., & Peterson, J. (1994). Theories and Methods of Behavioral Interventions Series. *Aids Prevention and Mental Health*, XIX, 336.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010*. Divisão de Saúde Reprodutiva.
- Farr, G., Gabelnick, H., Sturgen, K., & Dornflinger, L. (1994). Contraceptive Efficacy and Acceptability of Female Condom. *American Journal of Public Health*, Vol. 84, nº12.
- Fernández, L. M., Garrido, M. J., & Alvarez, S. A. (2005). A qualitative study of the viability of usage of the female condom among university students. *Internacional Journal of Clinical and Health*, vol. 6, nº1, 189-199.
- Ferreira, P., & Cabral, M. (2010). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Bizâncio.

- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18(4), 485-499.
- Fortenberry, J., Tu, W., & Katz, B. &. (2002). Condom use as a function of time in new and established adolescent sexual relationship. *American Journal of Public Health*, 211-213.
- Gomes, A. &. (2010). Representação social do sexo nos jovens adultos portugueses. 28 (1), in press.
- Gomes, A. &. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. *Análise Psicológica*, 24(4), 489-503.
- Gomes, A. &. (2014). The effect of sexual experience on the social representation of sex on Portuguese young adults. *Health Psychology Research*, 2 (2), 1547. doi:10.4081/hpr.2014.1547.
- Gomes, R., Fonseca, E., & Veiga, A. (2002). A visão pediátrica acerca da gravidez: Um estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de enfermagem*, vol.10, nº3, 408.
- Granja, P. (2001). Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem. *APF: Sexualidade & Planeamento Familiar*, 52/53: 46-54.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2010). *Anuário Estatístico de Portugal em 2009: Fecundidade na Adolescência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Instituto Nacional de Saúde [INS]. (2009). *Infeção VIH/SIDA - A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Kalckmann, S., Farias, N., & J.R., C. (2009). Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.12, nº2.
- Kyes, K. (1987). Contraceptive Attitude Scale. Em C. Davies, W. Yarber, G. Bauserman, & &. D. Schreer, *Handbook of sexuality related Measures* (pp. 164-165). Thousand Oaks: Sage.

- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Levandowski, D., Piccinini, & C.A. & Lopes, R. (2008). Maternidade Adolescente. *Estudos de Psicologia*, 25(5) 251-263.
- Lindsay, J., & Smith & Rosenthal, D. (1997). *Secondary Students, HIV/AIDS and Sexual Health*. Carlton, Austrália: Faculty of Health Sciences. La Trobe University.
- Magalhães, M., & Carrilho, M. &. (2001). *Inquérito à fecundidade e família*. Lisboa: INE.
- Manuel, S. (2005). Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo City, Mozambique. *Culture, Health and Sexuality*, 7 (3), 293-302.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1995). *Human sexuality*. New York: Addison: Weasley Longman Publishers.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., & Ramiro, L. e. (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: 1ªEdição.
- Maxwell, S. &. (2004). *Designing Experiments and Analyzing Data: A Model Comparison Perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Mehrotra, P., Noar, S., & Zimmermann, R. &. (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.
- Meredith, P. (1986). Sexualidade e Contraceção. *Planeamento Familiar*, 33, 7-10.
- Muñoz- Silva, A., Sánchez- Garcia, 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.

- Musaba, E., Morrison, C., Sumkutu, M., & Wong, E. L. (1998). Term use of the female condom among couples at high risk of human immunodeficiency virus infection in Zambia. *Sex Transm Dis*, 25(5): 260-4.
- Nabais, I. (1998). *Repercursões psicológicas do diagnóstico - In Reunião Multidisciplinar sobre infeção por VIH/SIDA*. Lisboa: Fundação Glaxo Wellcome das Ciências da Saúde.
- Neto, F. (2004). Escala Multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo. *Psychologica*, 36, 219-234.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015*. WHO press.
- Pinkerton, S. &. (1997). Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Social Science & Medicine*, 44, 1303-1312.
- Poppen, P. J., & Reisen, C. A. (1997). Perception of risk and sexual self-protective behavior: A methodological critique. *Aids Education and Prevention*, vol.9(4), 373-390.
- Preto, P. (2010). Estudantes do ensino superior e comportamentos de risco face do VIH/SIDA: a realidade da Universidade do Algarve. *Universidade do Algarve*.
- Reis, M. &. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses . *Análise Psicológica*, XXVI (1), 71-79.

- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., & Diniz, J. (2011). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *Int J Sex Health: In press International Journal of Sexual Health*, vol.25, 115-127.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e gravidez não desejada*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Shaw, M. C. (2014). Communication sexual health messages: young adults and the female condom. *Open Access Journal of Contraception*, 14(5), 26-37.
- Teles, L., & Amaro, F. (2006). *A SIDA em Portugal e contexto sociopolítico*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- Torsten, B. N., & Choi, K.-H. (2002). A Validation and Reduce From of the Female Condom Attitudes Scale. *Aids Education and Prevention*, 14(2), 158-171.
- UNAIDS. (2002). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- Valens, M., & Joseph, N. (2013). Knowledge and Attitude to Female Condom Use among Undergraduates of Kigali Health Institute. *Rwanda Journal Health*, vol.2, nº1.
- Vicente, L. (2001). Contraceção e doenças sexualmente transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 32, 39-42.
- Welbourn, A. (2005). Sexo, Vida e Preservativo Feminino: o ponto de vista das mulheres com HIV. *Questões de saúde reprodutiva*.
- Witte, S., el-Bassel, N. W., Gray, O., & Wallace, J. (1999). Acceptability of female condom use among women exchanging street sex in New York City. *Int Journal STD AIDS*, 10(3) 162.
- Yazlle, M., Duarte, G., & R., G. E. (1999). Sexo seguro na adolescência . *Reprod. Clim*, vol. 14, nº1, 16-18.

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE ATITUDES FACE AO PRESERVATIVO FEMININO

Escala de Atitudes face ao Preservativo Feminino
(Original de Neilands e Choi, 2002)

Com base naquilo que sabe acerca do preservativo feminino, qual a sua opinião sobre cada uma das afirmações abaixo? Considere as seguintes hipóteses de resposta: concordo muito, concordo parcialmente, discordo parcialmente, discordo muito ou não sei.

- A. Os preservativos femininos são melhores do que os preservativos masculinos.
- B. Os preservativos femininos são estranhos.
- C. Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos.
- D. É embaraçoso comprar preservativos femininos.
- E. Os preservativos femininos colocam a mulher no controlo.
- F. O sexo não é tão bom quando se usa um preservativo feminino.
- G. É embaraçoso colocar um preservativo feminino à frente de um homem.
- H. Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher.
- I. Os preservativos femininos dificultam o orgasmo do homem.
- J. Os preservativos femininos são inconvenientes.
- K. Os preservativos femininos oferecem uma proteção melhor contra as doenças sexualmente transmissíveis do que os preservativos masculinos.
- L. Se uma mulher quiser usar um preservativo feminino, o seu parceiro pode julgar que ela mantém relações sexuais com outra pessoa.
- M. Os preservativos femininos retiram a diversão ao sexo.
- N. Os preservativos femininos são mais resistentes do que os preservativos masculinos.
- O. É difícil encontrar locais que vendam preservativos femininos.

ANEXO 2. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ATITUDES FACE AO PRESERVATIVO

Escala multidimensional de atitudes face ao uso do preservativo

Leia atentamente cada uma das afirmações seguintes sobre a saúde sexual. Utilize a seguinte escala de resposta (de 1 a 7) para exprimir o seu grau de acordo ou desacordo com cada uma das afirmações:

1. **Fortemente em desacordo**
2. **Em desacordo**
3. **Ligeiramente em desacordo**
4. **Nem de acordo nem em desacordo**
5. **Ligeiramente de acordo**
6. **De acordo**
7. **Fortemente de acordo**

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Os preservativos não proporcionam uma proteção segura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Os preservativos constituem um método eficaz de controlo dos nascimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Os preservativos constituem um método eficaz para prevenir a propagação da Sida e de outras doenças transmitidas sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. O preservativo é uma forma de contraceção altamente satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Penso que os preservativos são um modo excelente de contraceção | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Os preservativos não são seguros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. O uso dos preservativos pode tornar o sexo mais estimulante | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Os preservativos arruínam o acto sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Os preservativos são desconfortáveis para ambos os parceiros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Os preservativos são muito divertidos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. O uso de um preservativo representa uma interrupção dos preliminares sexuais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. É muito embaraçoso comprar preservativos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Quando tenho necessidade de preservativos, receio muitas vezes o facto de ter de os comprar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Não penso que seja incómodo comprar preservativos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Seria embaraçoso ser visto(a) a comprar preservativos numa loja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Sinto-me sempre realmente pouco à vontade quando compro preservativos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Quando sugiro utilizar um preservativo, estou quase sempre embaraçado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. É verdadeiramente difícil levantar a questão do uso do preservativo com O (a) meu (minha) companheiro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. É fácil sugerir ao (à) meu (minha) companheiro (a) que utilizemos um preservativo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. Sinto-me à vontade quando falo de preservativos com o(a) meu (minha) Companheiro (a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Nunca sei o que dizer quando eu e o(a) meu (minha) companheiro(a) devemos falar de preservativos ou de outra proteção | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Se um casal está a ponto de fazer amor e o homem sugere a utilização de um preservativo, é menos provável que faça amor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Os homens que sugerem a utilização de um preservativo são verdadeiramente aborrecidos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. As mulheres pensam que os homens que utilizam preservativos são asquerosos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Uma mulher que sugere a utilização de um preservativo confia no seu (sua) companheiro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. As pessoas que sugerem o uso do preservativo são um pouco ridículas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

ANEXO 3. ESCALAS DE ATITUDES CONTRACETIVAS

Escalas de atitudes face aos contraceptivos

Segue-se um conjunto de afirmações acerca do uso dos métodos contraceptivos. Pedimos que expresse a sua opinião individual acerca de cada uma. Usando a escala fornecida, indique, assinalando, o grau de concordância ou discordância de cada afirmação. Não há respostas certas nem erradas. Lembre-se de que é a sua opinião que solicitamos.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Concordo Completamente | Concordo | Não Concordo Nem Discordo | Discordo | Discordo Completamente |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Os métodos contraceptivos reduzem a activação sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer menos românticas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Eu sentir-me-ia embaraçado(a) se conversasse sobre contracepção com os meus amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. As pessoas devem usar contraceptivos independentemente de conhecerem o seu parceiro sexual há mais ou menos tempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Os métodos contraceptivos podem realmente tornar a relação sexual mais agradável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Não há dificuldade nenhuma no uso de métodos contraceptivos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Usar métodos contraceptivos faz um relacionamento parecer demasiado permanente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. O sexo não é agradável se for usado um método contraceptivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Vale a pena usar contraceptivos mesmo que os custos monetários sejam elevados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Os métodos contraceptivos fazem as relações sexuais parecer demasiado planeadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Sinto-me melhor comigo próprio(a) quando uso métodos contraceptivos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |