

Universidade do Algarve
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Departamento de Psicologia

Comportamentos Sexuais de Risco: Um estudo com estudantes
universitários

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização
em Psicologia da Saúde

Alexandra Isabel Cabral da Silva Gomes

Orientadora: Professora Doutora Cristina Nunes

Constituição do Júri

Presidente: Doutor José Pestana Cruz, Professor Auxiliar do Departamento de
Psicologia (Universidade do Algarve)

Arguente: Doutor Manuel Sánchez, Professor Auxiliar do Departamento de
Psicologia (Universidade de Huelva)

Vogal: Doutora Cristina Nunes, Professora Auxiliar do Departamento de
Psicologia (Universidade do Algarve)

Agradecimentos

Em todos os momentos da nossa vida há uma pessoa, ou um conjunto de pessoas, a quem devemos tudo o alcançámos. No entanto, o ritmo nem sempre nos permite agradecer a todos os que nos apoiaram nos mais diversos processos.

Porém, num momento como este, esta página em branco permite-me abrir o coração e dizer-vos a todos quanto foram importantes neste percurso.

Primeiro à Cristina, a minha orientadora que estimo como uma amiga. Obrigada, pela tua paciência, pelo teu lado prático e pelo teu apoio incondicional ao longo deste tempo. Foste a melhor orientadora que poderia ter pedido.

Em seguida, agradeço à Joana, à Ana Tété e à minha Gabi, por terem sido as colegas mais compreensivas que poderia pedir. Porque me aligeiraram as responsabilidades e encheram-me o coração de alegria, dia após dia.

Obrigada, também, a todos os colegas de departamento, por terem estado cá, sempre... Desde o dia em que iniciei o percurso nesta casa, disponíveis para me ensinar a ser profissional, mas também a ser uma pessoa melhor... Um muito Obrigada!

Agradeço, igualmente, a todos os funcionários, por tudo o que fazem, pelo esforço, mas também pela simpatia, pelos dois dedos de conversa, pelos docinhos que nos dão!

E sem esquecer ninguém, às minhas colegas de mestrado: à Marta, à Celestina e à Ana, por terem sido um fantástico grupo de trabalho. Obrigada, amigas, nunca esquecerei tudo o que fizeram por mim, a vossa disponibilidade e sensibilidade!

Mas também à Júlia, à Felizarda, à Vera, à Marta (a nossa grávida), à Carla, à Olga, à Helena, à Susana, à Rita, à Raquel, à Helga, à Andreia (companheira de massagens e Spas), à Sónia, ao Marco, e claro, à Isabel, por terem sido os melhores colegas que poderia pedir.

Queria agradecer aos meus amigos, pela forma como me apoiaram e encorajaram a seguir sempre em frente. Pelas saídas, pelos cafezinhos e, essencialmente, por

compreenderem a minha ausência neste último ano. A ti, Susana por me teres estado sempre ao meu lado! A ti, Rita, por seres a melhor amiga que poderia pedir, por aguentares tudo e não reclamares. A ti, Fontes por continuares, como sempre, o melhor amigo de uma rapariga como eu! A ti, Filipa, porque mesmo à distância, sabes marcar a diferença. A ti, Teresa, pelas conversas no Messenger e pelo apoio que me deste... E a todos os outros que não cabem nesta página... O meu muito Obrigada!

E para o fim, não por menor importância, mas sim, porque são os mais importantes, à minha família! A ti, Mamã, por seres a melhor mãe do mundo! Por me ajudares em tudo o que preciso e mais alguma coisa! Que Deus te guarde sempre pertinho! À minha avó Meni que sempre compreendeu as minhas ausências e encheu-me sempre de mimos! Ao meu tio João e à minha tia Lúcia, pelo apoio e ao meu priminho lindo, por ser a alegria dos meus olhos! Ao meu tio Pedro, e ao filhote lindo, primo do meu coração, pelos abraços-amassos que me dão! E a ti, avô, que sei que é a ti que devo tudo o que consegui, pela forma como me educares, pela forma como me ensinaste a amar tudo o que me rodeia e fazer tudo com brio! Sei que estiveste sempre aqui!

E para o fim ficaste tu, Ricardo, quem me enxugou as lágrimas nos momentos de desânimo, e que me fez rir sempre que precisei. Que te desdobraste em namorado, companheiro, amigo, ombro de apoio, não sei o que dizer... Obrigada...

E a todos os que ficaram por referir, mas que sempre me ajudaram a não desanimar...

O meu muito Obrigada.

*Se se define o ser humano pela experiência, ou seja,
pela sua maneira própria de representar o mundo... um
ser humano sem sistema sexual é tão incompreensível,
quanto um ser humano sem pensamento.*

Há osmose entre sexualidade e existência.

A sexualidade é todo o nosso ser.

(Merleau Ponty, 1975)

RESUMO

O preservativo é a forma mais eficaz de protecção contra infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, a sua utilização continua a ser inconsistente, resultando num aumento de casos de HIV/SIDA nas diversas camadas etárias. Os modelos cognitivos e socio-cognitivos dos comportamentos para a saúde têm sido adequados a esta realidade revelando pouca aplicabilidade.

Este estudo pretende contribuir para a aplicabilidade dos modelos socio-cognitivos aos comportamentos sexuais de risco, especificamente à não utilização do preservativo. Elaborou-se um modelo, com base nas relações teóricas estudadas, que englobava variáveis socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais. Foi objectivo deste estudo, testar, através de análises exploratórias e confirmatórias, a aplicabilidade deste modelo à utilização do preservativo. Complementarmente realizou-se a uma análise comparativa entre sexos e níveis de risco.

Aplicaram-se 165 questionários a estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Os resultados sugerem que o modelo elaborado inicialmente não era o indicado para explicar os comportamentos sexuais de risco. Eliminaram-se as variáveis que, explorativamente, não tinham um peso na explicação da utilização do preservativo. Este novo modelo foi testado através de uma análise confirmatória, tendo-se verificado um ajustamento dos dados ao modelo criado.

Concluiu-se que o comportamento anterior é o melhor preditor da intenção futura da utilização do preservativo. Variáveis intrapessoais, interpessoais e situacionais mostram ter um peso no comportamento anterior, mas perdem o seu impacto numa intenção futura de utilização.

Sugerem-se estudos futuros que contextualizem o comportamento sexual de risco, alterando o enfoque do indivíduo como racional para um paradigma menos racionalizado.

ABSTRACT

The condom is the most efficient known protection against sexual transmitted infections. However, its use continues inconsistent, conducting to an increase of HIV/AIDS cases, in all the ages. The cognitive and socio-cognitive models for health behaviours have been used in this context with little applicability.

This study pretends to contribute to the applicability of these models to sexual risk behaviour, specifically to the non-use of condoms. Based on the theoretical connections, a model was constructed with socio-demographic, intrapersonal, interpersonal and situational variables. It was our goal to test, thru exploratory and confirmatory analysis the model's applicability to the condom use. Complementarily it was conducted a comparative analysis by sex and risk level.

165 questionnaires were applied to university students, with ages between 18 and 25 years. Results suggest that the initial model wasn't adequate to explain sexual risk behaviour. Variables with no impact were eliminated and the new model was tested thru a confirmatory analysis, which shown an adjustment of the data to the model.

It was concluded that previous behaviour was the best predictor of future condom use intention. Intrapersonal, interpersonal and situational variables had an impact on previous behaviour of condo use, but no influence on future intentions.

Further studies are suggested, focusing on a contextualization of sexual risk behaviours, changing the focus from a rational approach of the individual, to a less rationalized paradigm.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Capítulo I - Modelos Explicativos dos Comportamentos Sexuais de Risco	5
1. Os Modelos Cognitivos.....	7
1.1. O Modelo de Crenças de Saúde.....	7
2. Os Modelos da Cognição Social	9
2.1. A Teoria da Acção Racional e a Teoria da Acção Planificada.....	9
2.2. O Modelo das Competências de Informação-Motivação-Comportamento	11
2.3. A Teoria da Auto-eficácia.....	12
2.4. O Processo de Acção para a Saúde.....	13
2.5. O Modelo Transteórico para a Mudança do Comportamento.....	15
Capítulo II - Variáveis que influenciam os Comportamentos Sexuais de Risco ..	21
1. Variáveis Socio-demográficas	21
2. Variáveis Intrapessoais	23
3. Variáveis Interpessoais	35
3.1. Variáveis de Carácter Situacional.....	39
Capítulo III - Metodologia de Recolha de Dados em Comportamentos Sexuais de Risco	43
1. Medidas Psicofisiológicas da Activação Sexual	43
2. A Observação Comportamental	45
3. As Medidas de Auto-resposta	46
4. A Entrevista	49
5. Os Diários.....	51
6. Os Grupos Focais.....	54
7. A Captação de Comportamentos	56
Capítulo IV - Delimitação do Problema e Objectivos de Estudo.....	63
1. Delimitação do Problema	63

II

2. Objectivos de Estudo.....	65
Capítulo V - Metodologia	67
1. Participantes.....	67
2. Instrumentos.....	67
3. Procedimento	73
Capítulo VI - Apresentação dos Resultados.....	75
1. Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....	75
2. Caracterização da história sexual e do comportamento do uso do preservativo da amostra	76
3. Validação do Instrumento.....	80
4. Análise Univariada das Variáveis	88
5. Análise comparativa entre grupos: sexo e de risco.....	99
6. Análise Exploratória do Modelo Teórico.....	114
7. Análise Confirmatória do Modelo Teórico	127
Capítulo VII - Discussão	133
Capítulo VIII - Conclusões Gerais.....	145
Bibliografia.....	153
Anexo A	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da escolaridade dos pais.....	76
Tabela 2 – Consistência interna das escalas de auto-conceito	81
Tabela 3 – Matriz das Principais Componentes.....	83
Tabela 4 – Consistência interna das escalas de comunicação com os pais.	85
Tabela 5 – Consistência interna das escalas utilizadas para a auto-eficácia.	85
Tabela 6 – Respostas à escala de auto-divulgação.....	88
Tabela 7 – Médias e desvios-padrão para as medidas do auto-conceito sexual.....	89
Tabela 8 – Médias e desvios-padrão dos custos e benefícios.....	90
Tabela 9 – Adequação da comunicação com os pais sobre sexualidade à primeira relação sexual.	91
Tabela 10 – Classificação dos intervenientes: importância e utilidade na comunicação.	93
Tabela 11 – Médias e desvio-padrão das escalas de Auto-eficácia.	94
Tabela 12 – Médias e desvio-padrão às respostas da Percepção de Risco.	95
Tabela 13 – Efeito do nível de risco (ANOVA) nas escalas do auto-conceito Sexual	101
Tabela 14 – Teste de comparações múltiplas (<i>Bonferroni</i>) da atitude pelo nível de risco.....	102
Tabela 15 – Efeito do nível de risco (ANOVA) sobre os custos e benefícios do preservativo.....	104
Tabela 16 - Teste de comparações múltiplas, (<i>Bonferroni</i>), pelo nível de risco para os custos.	104
Tabela 17 - Teste de comparações múltiplas (<i>Bonferroni</i>), pelo nível de risco para os benefícios.....	105
Tabela 18 – Teste T de <i>Student</i> para os temas de comunicação, por sexos.	107
Tabela 19 - Efeito do nível de risco (ANOVA) sobre as escalas referentes à auto- eficácia.	108

IV

Tabela 20 – Teste T de <i>Student</i> para as respostas à auto-eficácia, por sexo.....	110
Tabela 21 – Efeito do nível de risco (<i>ANOVA</i>) sobre o consumo de álcool.....	112
Tabela 22 – Teste T de <i>Student</i> para consumos, por sexos.....	114
Tabela 23 – Regressões das intrapessoais explicadas pelas socio-demográficas	116
Tabela 24 – Regressões das interpessoais explicadas pelas socio-demográficas	119
Tabela 25 – Regressões das variáveis situacionais explicadas pelas socio-demográficas.....	120
Tabela 26 – Peso das variáveis intrapessoais na explicação do comportamento anterior.....	122
Tabela 27 - Peso das variáveis intrapessoais na explicação da intenção futura.....	124
Tabela 28 - Peso das variáveis interpessoais na explicação do comportamento anterior e na intenção futura.....	124
Tabela 29 – Medidas de bom ajustamento e de índices de ajustamento do modelo.	129
Tabela 30 – Medidas de bom ajustamento e de índices de ajustamento do modelo sem as relações não significativas.....	131
Tabela 31 – Efeitos totais das variáveis com peso significativo na explicação do comportamento anterior.....	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Crenças de Saúde.....	7
Figura 2 – Teoria da Acção Racional.....	9
Figura 3 – Teoria da Acção Planeada, Azjen e Madden.....	10
Figura 4 – Processo de Acção para a Saúde.....	13
Figura 5 – Estádios do Modelo Transteórico organizados temporalmente	16
Figura 7 – Modelo para a explicação da utilização do preservativo.....	64
Figura 8 – Número de parceiros sexuais por sexo.....	77
Figura 9 – Uso do preservativo nas relações sexuais, por sexo.....	79

Figura 10 – Componentes Principais da Escala de Auto-Estima.....	82
Figura 11 - Componentes principais da escala de custos e benefícios do preservativo	84
Figura 12 – Médias das respostas aos temas abordados com os pais	90
Figura 13 – Médias de resposta por emoções experimentadas no momento do acto sexual.....	96
Figura 14 – Peso na decisão de usar um preservativo	97
Figura 15 – Médias dos consumos por diferentes momentos de consumo.	98
Figura 16 – Médias da auto-divulgação pelo nível de risco.	100
Figura 17 - Médias da Atitude pelo Nível de Risco da amostra	103
Figura 18 - Médias das respostas dos custos e dos benefícios pelo nível de risco....	105
Figura 19 - Médias das respostas dos temas abordados pelo sexo	106
Figura 20 - Médias de resposta da importância dos intervenientes na comunicação sobre sexualidade, por sexo.	107
Figura 21 – Médias de resposta às escalas de auto-eficácia.	109
Figura 22 – Médias de resposta ao peso individual no uso do preservativo, por nível de risco.....	111
Figura 23 – Médias de resposta ao consumo de álcool em situações sociais.....	113
Figura 24 – Médias de resposta ao consumo de álcool para descontração	113
Figura 25 – Modelo resultante da análise exploratória	126
Figura 26 – Modelo representativo das variáveis endógenas, exógenas e residuais e suas relações.	128
Figura 27 – Modelo com as relações estatisticamente significativas entre as variáveis.	130

INTRODUÇÃO

Em Junho de 2007 estavam notificados, em Portugal, 31677 casos de infecção HIV/SIDA nos diferentes estadios de infecção (Instituto Nacional de Saúde, 2007). Estes valores acompanham a tendência europeia de crescimento de infectados entre os heterossexuais (EuroHIV, 2006).

O preservativo surge, neste contexto, como um método eficaz na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Apesar das campanhas de sensibilização, do conhecimento sobre o HIV e da existência de apoios que permitem o acesso, por parte da população, a este método de protecção, a sua utilização continua a fazer-se de forma inconsistente.

A preocupação com o alastramento da SIDA tem levado a que a investigação na área da sexualidade humana se preocupe com a não utilização do preservativo, nas mais diversas populações.

Os modelos explicativos de comportamentos para a saúde, como a teoria da acção planeada (Ajzen & Madden, 1986) ou o processo de acção para a saúde (Shwarzer & Fuchs, 1995) foram adequados aos comportamentos sexuais de risco, procurando explicar a não utilização do preservativo. No entanto, o seu enfoque racional dificultou a sua aplicabilidade, sendo criticados por não compreenderem a perspectiva relacional e interactiva do comportamento sexual (Bomnick & Swinburg, 2003).

São múltiplas as variáveis associadas à não utilização do preservativo, podendo distinguir-se quatro grandes tipos: socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais.

As variáveis socio-demográficas como o capital social e o estatuto socio-económico estão positivamente correlacionadas com os comportamentos sexuais de risco (Corsby, Holtgrave, DiClemente, Wingood, & Gayle, 2003; Bastos & Szwarcwald, 2000).

Nas intrapessoais, vários estudos mostram que os traços de personalidade, as atitudes, os conhecimentos, as competências, e as auto-percepções fortemente associadas à utilização do preservativo (e.g. Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2000; Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2005; Farmer & Meston, 2006). Actualmente, dentro da vertente intrapessoal o enfoque desloca-se para o risco percebido e para os motivos que podem enviesar a avaliação do mesmo (Desrichard & Denarie, 2005).

A preocupação com a influência da interacção entre indivíduos direccionou a investigação para a relação com o outro. Esta abordagem, fortemente inspirada no modelo ecológico de Bronfenbrenner (1977), prevê que a família, os pares e os parceiros influenciam a estruturação de atitudes, de competências e a execução de comportamentos.

Os contextos sociais assumem, assim, importância na vivência do sexo, essencialmente nas camadas mais jovens. Maiores níveis de comunicação com os pais surgem associados a um aumento da probabilidade de utilizar preservativo (Crosby R. A., et al., 2001), aumento da auto-eficácia e ainda diminuição do número de parceiros (Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003).

Relativamente à comunicação com o parceiro, são vários os estudos que reflectem sobre a associação entre menores níveis de comunicação e a utilização do preservativo (e.g. Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes, & Martins, 2007).

Considera-se ainda, na vivência dos comportamentos sexuais de risco, a influência de variáveis situacionais como o consumo de álcool e substâncias aditivas. O consumo das mesmas tem vindo a ser associado a um uso inconsistente do preservativo (Coleman & Cater, 2004).

Foi objectivo deste estudo conjugar, de forma integrada, as variáveis discutidas na literatura como tendo peso na explicação utilização do preservativo.

A orientação socio-cognitiva prevaleceu, permitindo uma articulação de aspectos socio-demográficos, intrapessoais, interpessoais e situacionais na leitura dos comportamentos sexuais de risco de uma dada amostra.

Na tentativa de executar uma recolha de dados eficiente, procurou-se contornar os enviesamentos provocados pelas medidas de auto-resposta (e.g. questionários). Utilizaram-se, para esse efeito, as recomendações dadas por Catania, McDermott e Pollack (1986) e por Noar, Cole e Carlyle (2006). Introduziu-se uma medida de controlo para a dificuldade em divulgar informações pessoais e procurou-se favorecer a credibilidade do investigador e da percepção de anonimato, através da introdução de uma urna para a recolha dos questionários.

A recolha de dados efectuou-se com estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. A opção dos jovens universitários deve-se a uma maior probabilidade da ocorrência de relações sexuais nesta faixa etária. As próprias características psico-sociais da população podem promover mais comportamentos sexuais de risco, como são exemplo a saída de casa dos pais, uma maior liberdade social e económica e o estabelecimento de mais relações interpessoais.

Organizou-se este trabalho em oito capítulos. No primeiro capítulo abordam-se os modelos explicativos de comportamentos para a saúde, comentando a sua aplicabilidade aos comportamentos sexuais de risco. No segundo capítulo descrevem-se as variáveis com maior contribuição para a problemática. No terceiro analisam-se os diferentes métodos de recolha de dados dos comportamentos sexuais.

Em seguida, apresentam-se os objectivos e a metodologia utilizada no estudo empírico, englobando as perguntas de partida, variáveis, instrumentos e procedimentos utilizados. No quinto e sexto capítulo apresentam-se os resultados encontrados e a sua discussão, respectivamente.

Para finalizar, são retiradas conclusões relativamente ao estudo efectuado, apontando-se as suas implicações e contributos para o panorama científico, as suas limitações e sugestões para futuros trabalhos de investigação que permitam complementar esta abordagem.

CAPÍTULO I - MODELOS EXPLICATIVOS DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Os indivíduos têm ideias e crenças sobre a saúde e os riscos que correm. Estas são-lhes essenciais para poderem optar por comportamentos que favoreçam o seu estado de saúde pessoal. No entanto, a variedade de comportamentos que são observados comumente permite verificar que estas definições variam de pessoa para pessoa.

Noções como a de risco, factores de risco, factores de protecção e comportamentos de saúde assumem alguma importância na perspectiva científica para compreender as escolhas comportamentais dos indivíduos.

Last (1998) descreve estes conceitos, numa perspectiva epidemiológica, diferenciando «risco» de «factor de risco» e «factor de protecção» de «comportamento de saúde». Enquanto o risco se entende como sendo “a probabilidade de ocorrência de um acontecimento, por exemplo, da doença ou falecimento de um indivíduo, no decurso de um dado período de tempo, ou idade (...); probabilidade de um acontecimento [geralmente] desfavorável na vida de um indivíduo, ou população” (p. 174); factor de risco já é um “qualquer aspecto do comportamento individual, de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada que (...) se sabe estar associada a ocorrência de uma ou mais doenças (p. 175).

Da mesma forma que o indivíduo poderá estar exposto a aspectos que se sabem estar associados à ocorrência de doenças ou ao seu agravamento, poderá igualmente deter características ou estar exposto a condições ambientais que estejam associadas à prevenção ou redução de condições de doença.

Na presença comum de factores de risco e de protecção em comum, os comportamentos de saúde revelam-se como sendo a operacionalização de um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas pessoais que “contribuem para motivar as acções que se consideram saudáveis” (p.96).

O comportamento sexual é parte integrante do rol de condutas dos indivíduos nas mais variadas faixas etárias. A sua natureza primária não apresenta riscos para a saúde. Porém, a não utilização de uma barreira eficaz contra infecções que possam advir desse contacto indicia um factor de risco à saúde dos indivíduos. Assim, poder-se-ia definir comportamento sexual de risco como sendo *um comportamento resultante do contacto entre dois ou mais seres, cuja prática de não utilização de um preservativo, como método de barreira, está associada à ocorrência de uma ou mais doenças.*

O porquê destas escolhas comportamentais, que prejudicam a saúde, têm levado à elaboração de modelos que as permitissem explicar. Dada a multiplicidade de modelos, a sua divisão, de acordo com as suas características, facilita a sua compreensão.

Odgen (2004) classifica-os diferenciando os Modelos Cognitivos, dos Modelos de Cognição Social, pela diferença de enfoque de uns para os outros. Enquanto que os modelos cognitivos, como o Modelo de Crenças da Saúde (Rosenstock, 1966; Becker & Rosenstock, 1984) e a Teoria da Motivação para a Acção (Rogers, 1975, 1983) se focalizam fortemente nas crenças pessoais; os modelos socio-cognitivos contextualizam socialmente as crenças. Enquadram-se nesta categoria a Teoria da Acção Racional (Fishbein & Ajzen, 1975), a Teoria da Acção Planeada (Ajzen & Madden, 1986), o Modelo das Competências de Informação-Motivação-Comportamento (Fisher & Fisher, 1992), a Teoria da Auto-eficácia (Bandura, 1977) e o Processo de Acção para a Saúde (Schwarzer, 1992). A par destas teorias, apresenta-se ainda, o Modelo Transterórico (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) que se caracteriza como sendo socio-cognitivo, acrescentando uma perspectiva temporal e de mudança, que o diferencia dos restantes modelos enunciados.

Apesar do sucesso da aplicação destes modelos aos mais diversos comportamentos que implicam risco, a sua utilização na explicação da utilização do

preservativo tem levantado inúmeras questões. Descrevem-se, em seguida, cada modelo e analisa-se o seu impacto no estudo dos comportamentos sexuais de risco.

1. Os Modelos Cognitivos

1.1. O Modelo de Crenças de Saúde

Este modelo, inicialmente formulado por Rosenstock (1966) foi alvo de diversas reformulações (por exemplo, Becker & Rosenstock, 1984) e tem sido utilizado para explicar e prever, com maior ou menor sucesso, uma diversidade de comportamentos de saúde, incluindo os comportamentos sexuais de risco (por exemplo, Rose, 1996).

Observe-se a seguinte figura.

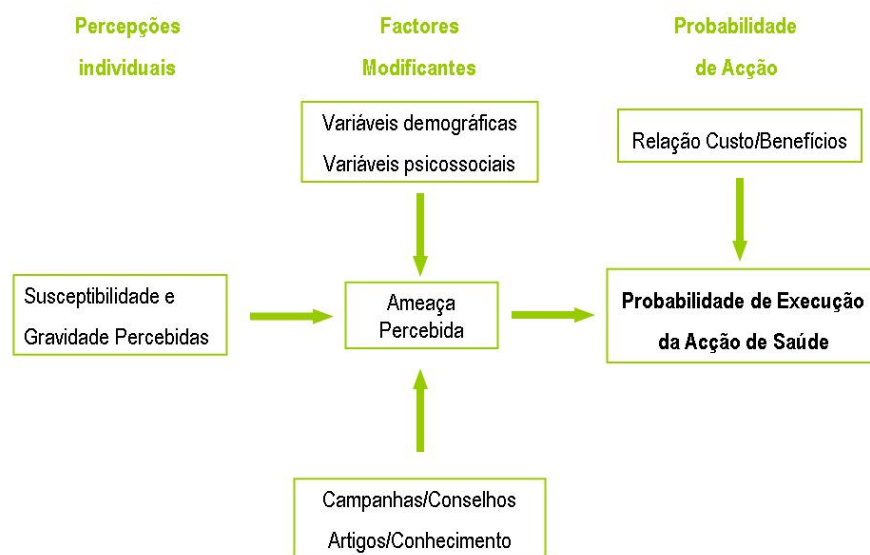


Figura 1 – Modelo de Crenças de Saúde

Fonte: Rubio & Medina (2002)

Este modelo define que a probabilidade de execução de uma acção para a saúde depende da percepção que o indivíduo tem da susceptibilidade de vir a sofrer

de uma doença e da gravidade da mesma, caso adoeça. Colocado perante a ameaça, este fará uma ponderação entre os custos e os benefícios de reduzir essa ameaça. Para tal, é necessário que exista um estímulo que desencadeie o processo (factores modificantes), que podem ter origem uma origem externa ao indivíduo (campanhas de sensibilização) ou interna (um sintoma de doença). As variáveis demográficas (por exemplo, sexo) e psicossociais (por exemplo, atitudes) são consideradas como podendo fazer variar as crenças que o indivíduo tem.

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

Este modelo foi aplicado por Abraham, Sheeran, Abrams, e Spears (1996) aos comportamentos sexuais de risco, e apesar de permitir conhecer as crenças e a informação que os indivíduos têm acerca das infecções sexualmente transmissíveis, falhou em fazer corresponder as crenças ao comportamento. Este estudo longitudinal, com adolescentes, concluiu que a mudança das crenças não conduz, necessariamente, a uma alteração de um comportamento sexual de risco.

A **Teoria da Motivação Protectora** (Rogers, 1975), que engloba variáveis semelhantes ao modelo anterior, mantém uma dinâmica similar à deste modelo, tendo recebido críticas muito semelhantes.

2. Os Modelos da Cognição Social

2.1. A Teoria da Acção Racional e a Teoria da Acção Planificada

A Teoria da Acção Racional (Fishbein & Azjen, 1975) foi elaborada para explicar comportamentos no campo da saúde. Para os autores, os comportamentos devem ser entendidos como uma escolha, dentro de um leque de opções possíveis. Definiram a intenção como o maior preditor do comportamento. Esta seria uma ponderação entre a atitude e a norma subjectiva. Como atitude entende-se a expectativa individual face às consequências de dado comportamento e o valor das mesmas para o indivíduo. A norma subjectiva prende-se com o que outros indivíduos pensam acerca do comportamento e a motivação para seguir essa opinião.

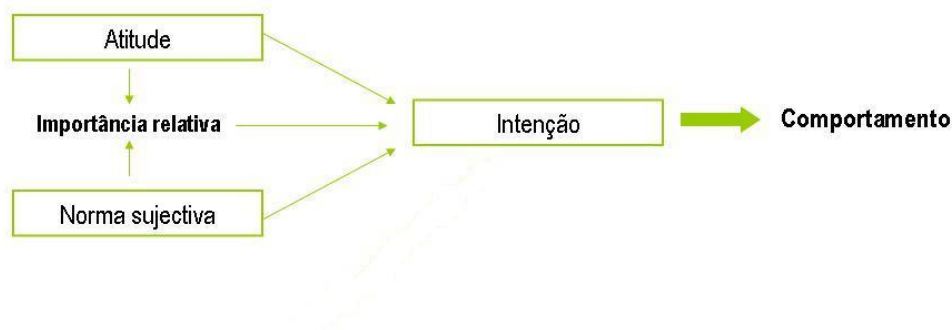


Figura 2 – Teoria da Acção Racional

Fonte: Lima, 2004

A adaptação deste modelo aos comportamentos sexuais de risco tem sido feita com algum sucesso em programas de intervenção a nível da promoção de comportamentos seguros (por exemplo White, Terry, & Hogg, 1994). No entanto, têm falhado na compreensão dos motivos que desencadeiam os comportamentos sexuais de risco (Breakwell & Millward, 1997).

No seguimento de estudos como os de Bentler e Speckart (1979) que observaram que a previsão da intenção comportamental como o consumo de drogas é significativamente melhorada perante a introdução de uma medida relativa ao comportamento anterior, o modelo sofreu alterações.

Azjen e Madden (1986) introduzem o controlo comportamental percebido que designa a dificuldade/facilidade em executar o comportamento em questão. Esta noção, semelhante à auto-eficácia de Bandura (1977), permitiu incluir a experiência anterior adquirida com a execução do comportamento. Desta forma, os comportamentos habituais são interpretados como sendo de mais fácil realização no futuro.

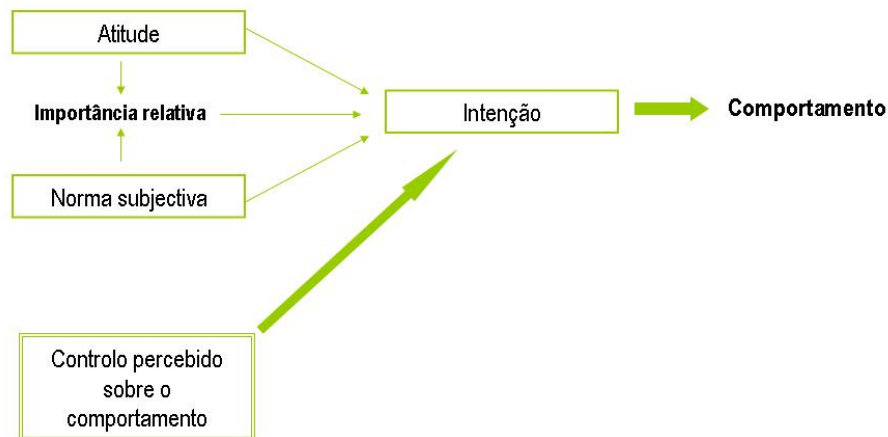


Figura 3 – Teoria da Acção Planeada, Azjen e Madden (1986)

Fonte: Lima, 2004

Esta teoria também tem sido muitas vezes utilizada para predizer a intenção do uso do preservativo. O estudo de Lugoe e Rise (1999) utilizou a Teoria da Acção Planeada para compreender em que medida esta explica a intenção do uso do preservativo em estudantes. O estudo serviu, igualmente, para verificar se a introdução do controlo comportamental percebido surtia algum efeito significativo na explicação do comportamento. Os resultados evidenciaram que esta intenção, poderia

ser, moderadamente explicada pelo modelo, apresentando, no entanto algumas limitações.

De facto ambos os modelos falham por não incluir variáveis emocionais na hora de explicar as condutas, quando se sabe que estas influenciam a manutenção destes comportamentos (Rubio & Medina, 2002).

Para os comportamentos sexuais de risco, variáveis como a atractividade do parceiro parecem interferir numa adopção de comportamentos sexuais seguros, pondo-se em causa o papel de processador racional do indivíduo (Henderson, Hennessy, Barrett, Martin, & Fishbein, 2006).

2.2.O Modelo das Competências de Informação-Motivação-Comportamento

Este modelo de Fisher e Fisher (1992) faz uma revisão das variáveis capazes de explicar e predizer comportamentos para a prevenção do HIV. Enfoca sobre a informação e a motivação para a execução de uma dada conduta. Explica os comportamentos sexuais de risco para o HIV como função do conhecimento que os indivíduos têm sobre condutas protectoras e a motivação que têm para a execução dos mesmos. No entanto, o comportamento apenas se realizará caso haja competências para a sua execução, factor que os autores consideravam estar na base da inconsistência na utilização do preservativo (Robertson, Stein, Baird-Thomas, 2006).

Uma análise rápida permite compreender a semelhança entre este modelo e a teoria da acção planeada. A importância das competências comportamentais para a execução de um dado comportamento aproxima-se, em muitos aspectos, da noção de controlo comportamental percebido, que procura explicar porque é que comportamentos executados anteriormente, se verificam de mais fácil realização. A

sua ocorrência dota os indivíduos de competências aprendidas e facilitadoras da sua frequência (De Wit, Stroebe, De Vroome, Sandfort, & Griensven, 2000).

Apesar destas semelhanças, o modelo introduz a informação, o conhecimento sobre o HIV e sobre medidas protectoras. Porém, estudos actuais têm verificado que apesar de as amostras estudadas terem conhecimento sobre o preservativo, este não está associado, nem explica, o uso consistente dos mesmos (Robertson, Stein, & Baird-Thomas, 2006; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes, & Martins, 2007).

A sua utilização tem sido defendida para planificar intervenções sobre o HIV, que impliquem o conhecimento como uma competência para comunicar acerca do preservativo e negociar a sua utilização, tendo suportado mudanças ao nível do uso do preservativo. Fisher, Fisher, Bryan e Misovich (2002) desenvolveram uma investigação-acção em que envolveram toda a comunidade escolar, combinando a intervenção de professores com a intervenção de pares dos adolescentes. O modelo foi preditivo e comprovou um aumento de utilização do preservativo nos dois momentos de avaliação, posteriores à intervenção, tendo sido a intervenção escolar a que promoveu melhores resultados a longo termo.

2.3. A Teoria da Auto-eficácia

A Teoria da Auto-eficácia sugere o funcionamento da auto-regulação do comportamento individual. Bandura (1977) levanta a problemática do indivíduo ser capaz de manter uma conduta consistente e coerente ao longo do tempo, seja através de normas e reforços externos, como através de normas e reforços auto-impostos. Esta capacidade de se auto-regular, acompanhada da convicção de que é capaz de realizar um dado comportamento, aumenta a possibilidade de que o indivíduo mantenha ou modifique o seu comportamento.

Desta forma, a auto-eficácia tem um importante papel na forma como aprendemos e mantemos novos comportamentos, estando para Bandura, sustentada por factores biológicos, socio-cognitivos e de comportamento (Rubio & Medina, 2002).

Não obstante a importância do conceito central desta teoria, *per si*, a sua integração em muitas outras teorias, tem permitido que o seu contributo seja muito maior, como é o caso da abordagem do Processo de Acção para a Saúde (Schwarzer, 1992).

2.4. O Processo de Acção para a Saúde

Schwarzer (1992) vê o processo de acção para a saúde como um processo de auto-regulação, divisível em várias etapas.

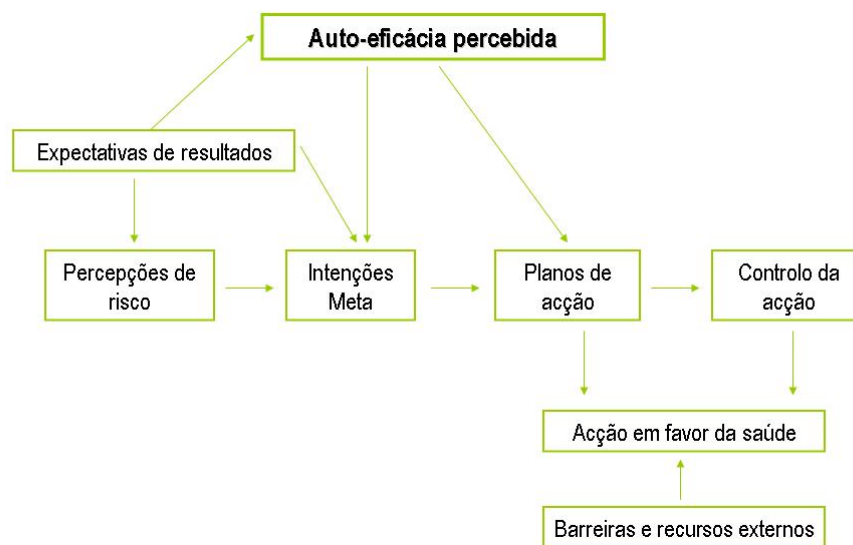


Figura 4 – Processo de Acção para a Saúde

Fonte: Schwarzer e Fuchs (1995)

Este modelo centra-se em três noções com fortes implicações nos comportamentos para a saúde: as percepções de risco, a expectativa sobre os resultados e, influenciada por esta última, a auto-eficácia percebida, já abordados noutros modelos.

Pais Ribeiro (2005) salienta que a diferença para modelos semelhantes, assenta nas duas fases que podemos distinguir: a motivacional e a de acção.

A primeira inclui a auto-eficácia, a percepção de risco e as expectativas dos resultados. Permite fazer uma avaliação da situação em que o indivíduo se encontra, compreendendo e analisando o risco que poderá estar a correr.

As percepções de risco incluem a gravidade e a vulnerabilidade percebida, podendo, inclusive, estar distorcidas por um enviesamento optimista, que poderá resultar numa subestima do risco em si (Rubio & Medina, 2002). Porém, estas variáveis têm um impacto mais indirecto na acção, já que perante a previsão de um ganho ou havendo uma crença anteriormente formada e aceite, o valor preditivo da percepção e avaliação de risco é negligenciado.

Assim, a fase para a acção prende-se já com constrangimentos sociais e/ou cognitivos que podem impedir um comportamento orientado para a saúde, apesar de uma avaliação imediata de um risco elevado para a mesma. Estas barreiras podem ser culturais, atitudinais, provenientes de hábitos aprendidos e recompensados ao longo da vida do indivíduo ou ainda provenientes do próprio sistema de saúde (Schwarzer & Fuchs, 1995).

Por outro lado, a auto-eficácia joga um papel regulador nas duas fases. Influencia tanto as intenções do comportamento como promove os planos de acção a que o indivíduo se propõe a cumprir, moderando e/ou determinando o esforço para manter o comportamento.

Assim, a auto-eficácia do indivíduo para a utilização do preservativo, por exemplo, determinará a sua intenção futura de uso do mesmo e desempenhará um papel importante na planificação dos comportamentos. Sumariamente, quanto mais acredita nas suas competências relativas ao preservativo, mas facilmente adoptará o uso do preservativo.

Este modelo inclui os contributos de diversos modelos, mostrando-se bastante integrador, capaz de conjugar variáveis cognitivas, comportamentais e sociais. De acordo com Rubio e Medina (2002) ainda não existem estudos suficientes que permitam estabelecer a sua fiabilidade na explicação de comportamentos para a

saúde. Existem outros modelos integradores de diferentes tipos de perspectivas que têm vindo a ser adaptados à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. É exemplo, o Modelo Transteórico para a Mudança do Comportamento (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

2.5. O Modelo Transteórico para a Mudança do Comportamento

O Modelo Transteórico para a Mudança de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) foi inicialmente desenvolvido para explicar, compreender e predizer a mudança nos comportamentos orientados para a saúde, com um enfoque nos comportamentos aditivos, como o tabagismo (por exemplo, Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988). No entanto, existem actualmente, diversas adequações da sua estrutura ao campo da prevenção dos comportamentos sexuais de risco e da prevenção do HIV (por exemplo, Cabral, Cotton, Semaan, & Gielen, 2004).

De uma forma sintética, este modelo descreve como as pessoas modificam um problema comportamental ou adquirem um comportamento positivo.

Esta conceptualização assume que os indivíduos progridem através de 5 etapas, denominadas Estádios de Mudança dos quais fazem parte diversos Processos de Mudança. Estes processos de Mudança correspondem a dez actividades cognitivas e comportamentais que facilitam a alteração do comportamento.



Figura 5 – Estádios do Modelo Transteórico organizados temporalmente

Fonte: Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998

No que concerne aos Estádios de Mudança, Velicer, Prochaska, Fava, Norman e Redding (1998) descrevem um conceito de suma importância que lhe está associado: a dimensão temporal. Esta conceptualização, muitas vezes ignorada nos modelos de mudança comportamental, é aqui enquadrada em diversas etapas que se desenvolvem temporalmente organizadas.

Os estádios variam de acordo com a posição do indivíduo face à mudança. Os primeiros três estádios descrevem desde um indivíduo que não pretende modificar o seu comportamento (pré-contemplação) até aquele que já está preparado para iniciar a mudança a qualquer momento (preparação). Poderá verificar-se o que Velicer, Prochaska, Fava, Norman e Redding (1998) denominaram de contemplação crónica, em que o indivíduo permanece, indeterminadamente, no processo de decisão.

Nos estádios seguintes o indivíduo já iniciou o processo de mudança, que passam por comportamentos de comprovem a redução do risco (acção) ou por comportamentos de manutenção da escolha realizada (manutenção).

Apesar da aparente linearidade na organização temporal dos estádios, esta dimensão apenas permite caracterizar a posição do indivíduo no processo de mudança. Na realidade, os indivíduos não seguem os estádios de forma linear,

podendo alterná-los, regredindo ou progredindo, consoante a avaliação que fazem dos benefícios e custos de executar ou manter um dado comportamento.

O modelo considera, então, a existência de dois subprocessos que acompanham cada estágio e que podem resultar no avanço, estagnação ou recuo dos comportamentos dos indivíduos: O Balanço de Decisão e a Auto-eficácia/Tentação.

O balanço de decisão reflecte o peso relativo de prós e contras para executar determinado comportamento. Por sua vez a auto-eficácia representa o constructo inicialmente desenvolvido por Bandura (1977). O modelo propõe que a auto-eficácia sofrerá um aumento ao longo dos estádios, inversamente ao percurso da tentação para realizar determinado comportamento, que diminuirá ao longo dos mesmos.

Apesar da relevância destes dois processos para o progresso pelos estádios do modelo, a forma como a mudança ocorre é avaliada pela ocorrência de dez processos cognitivos e comportamentais.

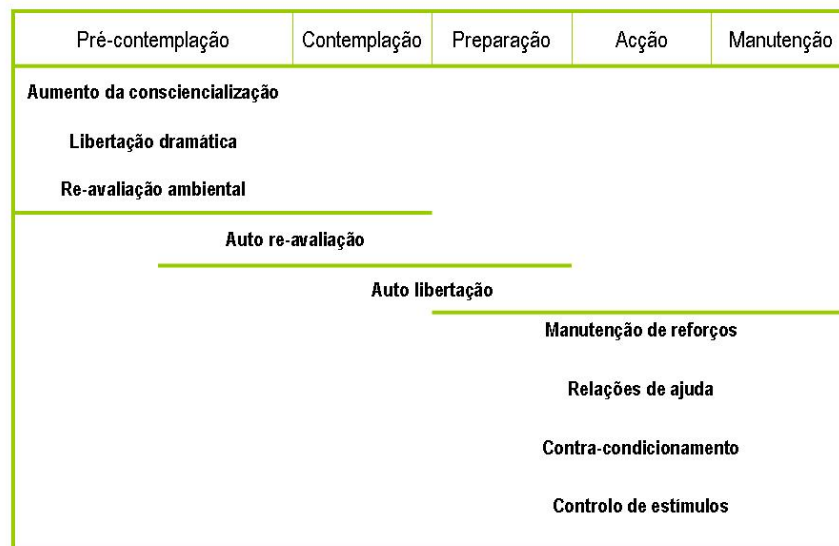


Figura 6 – Processos de Mudança

Fonte: Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998

Enquanto os primeiros estádios se caracterizam por uma modificação cognitiva (por exemplo, aumento da consciencialização, auto re-avaliação, auto-libertação), a Acção e a Manutenção já implicam um maior controlo comportamental.

A sua aplicação aos comportamentos sexuais de risco tem conduzido a alguns estudos. Semple, Patterson e Grant (2004) ao realizarem um estudo com uma amostra de consumidores de meta-anfetaminas encontraram diferenças significativas no risco sexual nos indivíduos que se encontravam nos estádios de contemplação e preparação. De acordo com os autores, o risco sexual é maior na fase de contemplação pois têm menor auto-eficácia para usar preservativo e comunicar sobre práticas de sexo seguro, o que é fortemente sustentado pela teoria inicial.

Porém, estes estudos têm evidenciado algumas questões, essencialmente devido às posturas dos indivíduos que caracterizam cada estágio de mudança e o que os faz transitar de um estado a outro.

MacNair-Semands, Cody e Simono (1997) avaliaram uma amostra de jovens adultos estando a maior parte em pré-contemplação. Apesar de estarem nesse estágio e contrariamente ao modelo, havia intencionalidade para começarem a utilizar mais consistentemente o preservativo.

Um estudo realizado com adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais completas, procurou adequar o modelo transteórico à prontidão para contacto sexual. Da amostra questionada, 99% dos adolescentes enquadraram-se com sucesso nos 5 estádios e destes 90% estavam inseridos na pré-contemplação. O estudo longitudinal procurou verificar se existiam quaisquer mudanças nestes estádios após 6 meses decorridos. Os resultados mostram que apesar de grande parte dos adolescentes estarem no estágio de pré-contemplação, apenas uma pequena percentagem modificou o seu estado, pelo que 96% dos indivíduos permaneceram no mesmo estágio, inclusive após intervenções sobre o HIV (Butler, Miller, Holtgrave, Forehand, & Long, 2006).

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

Dada a variedade dos modelos e das suas vantagens e limitações na aplicabilidade aos comportamentos sexuais de risco, estas foram sintetizadas no quadro 1.

Quadro 1 – Bondades e limitações das teorias

	MODELO/TEORIA	AUTORES	BONDADES	LIMITAÇÕES
COGNITIVOS	Modelo de Crenças de Saúde/Teoria da Motivação para a Saúde	Becker & Rosenstock, 1966; Rogers, 1975, 1983	Observa o papel das crenças pessoais no comportamento;	Falha em fazer corresponder as crenças ao comportamento;
	Teoria da Acção Racional	Fishbein & Azjen, 1975	Identifica o peso da norma subjectiva e a sua interacção com as atitudes pessoais; introduz a noção de intenção, como sendo o maior preditor do comportamento;	Comportamentos anteriormente realizados eram mais facilmente reproduzidos, mesmo perante normas subjectivas e atitudes pessoais contrárias;
SOCIO-COGNITIVOS	Teoria da Acção Planeada	Ajzen & Madden, 1986	Introduz a noção de controlo comportamental percebido;	Indivíduo visto como um processador unicamente racional; falha na previsão de comportamentos sexuais de risco;
	Modelo das Competências de Informação-Motivação-Comportamento	Fisher & Fisher, 1992	Dá ênfase às competências pessoais para executar determinado comportamento	O conhecimento tem sido descrito com insucesso na explicação e previsão de comportamentos;
	Processo de Acção para a Saúde	Schwarzer, 1992	Introduz a noção de processo no comportamento, distinguindo fases com temporalidade; diferencia motivação e acção para os comportamentos para a saúde;	O indivíduo permanece como um processador unicamente racional;
	Modelo Transterórico	Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992	Prevê temporalidade no processo de mudança para a saúde; define os processos pelos quais a mudança das crenças se opera;	Não estabelece causalidade entre as crenças e o comportamento; não identifica diferenças entre os factores que promovem a alteração das crenças nos diversos estadios.

CAPÍTULO II -

VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM OS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Os modelos que procuram explicar os comportamentos sexuais de risco apresentam diversas limitações na sua concepção: consideram o indivíduo como sendo um processador racional, falham na compreensão dos caminhos causais entre crenças e comportamentos e foram elaborados para explicar condutas diferentes dos comportamentos sexuais de risco.

Estes modelos integram, na sua elaboração, variáveis que têm vindo a ser estudadas de forma desagregada. A sua aplicação ao estudo dos comportamentos sexuais de risco tem originado múltiplos estudos. Dada a diversidade na natureza das variáveis e de forma a sistematizar a abordagem, utilizou-se a divisão de quatro categorias de autoria de Odgen (2004).

Esta categorização identifica variáveis socio-demográficas, como sendo as que provêm do meio de origem do indivíduo, como a cultura, o nível socio-económico entre outros aspectos relevantes; variáveis intrapessoais, cuja natureza concerne às crenças, atitudes, expectativas, percepções do próprio indivíduo; variáveis interpessoais, originadas pela influência de outros intervenientes como os pais, os pares e o parceiro; e ainda as variáveis de carácter situacional, que se cingem ao consumo de substâncias que podem promover uma alteração do estado de consciência.

1. Variáveis Socio-demográficas

A interacção meio-indivíduo é sobejamente conhecida ao nível das mais variadas ciências. Os comportamentos sexuais de risco não são excepção. Existem, portanto, alguns estudos cujo principal objectivo se centra numa tentativa de associação de questões socio-demográficas aos dados das infecções sexualmente transmissíveis e aos comportamentos sexuais dos indivíduos.

Actualmente, existem evidências de uma associação entre os índices de infecções sexualmente transmissíveis e o estatuto socio-económico. Quanto mais pobre for o segmento da população estudada, mais elevados são os índices (Bastos & Szwarcwald, 2000).

Bull e Shlay (2005), numa abordagem ecológica às gravidezes não desejadas e às infecções sexualmente transmissíveis, referiram que a pobreza impede o acesso à informação e aos métodos de contracepção e protecção. Verificaram que, similarmente, dificulta a aquisição de competências necessárias para evitar os comportamentos sexuais de risco.

Crosby, Holtgrave, Diclemente, Wingood e Gayle (2003), num estudo em torno do conceito de capital social, salientam a importância do meio social na predição de comportamentos sexuais de risco. O capital social define-se como um conjunto de redes de relações sociais que se estabelecem entre o indivíduo e os diferentes meios com que interage. Os autores verificaram uma forte associação entre o apoio que estas redes sociais fornecem e a adopção de medidas de protecção de comportamentos sexuais de risco. Esta nova visão permite observar que uma boa rede de suporte social pode diminuir o impacto que a pobreza tem nos comportamentos sexuais de risco.

A cultura surge, indirectamente, associada aos comportamentos sexuais de risco. Smith, de Visser, Akande e Moore (1998) realizaram um estudo comparativo entre jovens adultos das mesmas camadas sociais, da Austrália e da África do Sul. Não obstante as taxas de comportamentos sexuais de risco não serem significativamente diferentes, verificaram-se diferenças ao nível de atitudes e conhecimento. As atitudes e crenças face ao preservativo eram significativamente mais negativas nos jovens da África do Sul e o seu conhecimento face à utilização do mesmo, revelou-se estatisticamente inferior. Os autores atribuíram estas diferenças à educação e normas culturais, que não favorecem a utilização do preservativo como medida protectora contra as infecções sexualmente transmissíveis.

A comparação entre dois grupos e comportamentos sexuais de risco não se estende apenas a populações com culturas diferentes. Shearer, Hosterman, Gillen e Lefkowitz (2005) tentaram associar o sexo aos comportamentos sexuais de risco. Observaram que uma menor utilização de preservativos está associada aos homens. Esta associação, por sua vez, é em larga medida explicada por uma norma de responsabilização da protecção associada ao papel da mulher. Os indivíduos com atitudes referentes aos papéis sexuais detinham, igualmente, mais crenças negativas relativamente ao preservativo. Os homens enfatizavam os custos sensoriais enquanto as mulheres enfatizavam os custos emocionais na utilização do preservativo.

No entanto, os estudos nesta área necessitam, ainda, de exploração para que se consigam realizar maiores desenvolvimentos entre as relações do meio de pertença e normas culturais, com os comportamentos sexuais de risco.

A maioria das variáveis estudadas têm um carácter fortemente individual, e prendem-se mais com aspectos como as atitudes face ao preservativo, ou a própria avaliação de risco, do que com o estatuto socio-económico ou com a cultura de suporte.

2. Variáveis Intrapessoais

As variáveis intrapessoais referem-se a traços de personalidade, atitudes, conhecimentos, competências e auto-percepções dos indivíduos relativamente ao risco que correm e como reagem perante o mesmo. A análise que se segue pretendeu descrever e criticar os últimos avanços da investigação em comportamentos sexuais de risco, relacionado com estas variáveis.

Os primeiros estudos que relacionam personalidade, atitudes sexuais e comportamentos devem-se a Eysenk (1976), mas foi com o aparecimento dos primeiros casos de SIDA, nos anos 80, que a investigação começou a procurar uma possível relação entre traços de personalidade e os comportamentos sexuais de risco, mais especificamente com a utilização do preservativo.

Trost, Herbst, Masters e Costa (2002) realizaram um estudo em que relacionavam o Modelo dos 5 Grandes Traços da personalidade com os comportamentos sexuais de risco. Verificaram uma associação com quatro traços: extroversão, agradabilidade, conscienciosidade e neuroticismo.

Schmitt (2004) procurou analisar esta prevalência dos traços de personalidade associados aos comportamentos sexuais de risco, promiscuidade e infidelidade, em 10 regiões do mundo. Esta análise encontrou uma associação universal entre uma baixa agradabilidade e uma baixa conscienciosidade com comportamentos de infidelidade, falhando no entanto, a relação ao neuroticismo, na maioria das culturas.

A própria disposição para responder a pistas de carácter sexual tem sido observada como estando associada a comportamentos sexuais de risco. Denominada de traço de Erotofilia-Erotofobia (Fisher, Byrne, White, & Kelley, 1988) refere-se a respostas afectivas relativamente a pistas sexuais, que são aprendidas através de comportamentos de socialização. Os autores verificaram que estas dimensões influenciam a tendência para utilizar medidas de protecção sexual, a capacidade de falar sobre sexo e competências para o ensino/aprendizagem de questões relacionadas com a sexualidade.

Muitas destes aspectos, levantados por Fisher e colaboradores (1988), têm-se revelado importantes preditores da utilização inconsistente do preservativo (Halpern-Felsher, Kropp, Boyer, Tschann, & Ellen, 2004; Godin, Gagnon, Lambert & Conner, 2005; Farmer & Meston, 2006)

Lewis, Neighbors e Malheim (2006), recentemente, procuraram verificar o caminho entre erotofilia e comportamentos sexuais de risco, apontando as diferenças existentes entre sexos. Observaram que há uma ligação entre erotofilia e comportamentos sexuais de risco, que se verificou mais forte para os homens. A ligação entre risco e erotofilia surge, neste estudo, associada a uma forte orientação de controlo. De acordo com a teoria da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985) os indivíduos mais motivados de forma extrínseca iniciam relações sexuais apenas

porque sentem pressão para tal, ou por “sentirem” que o devem fazer. Estes indivíduos também são passíveis de procurarem respostas imediatistas de prazer, o que faz com que não se protejam de infecções sexualmente transmissíveis.

Esta ligação apresenta-se mais forte para os homens do que para as mulheres, o que de acordo com os autores se deve a uma norma social que não lhes permite uma vida sexual tão liberal.

Desta forma, pôde-se observar que há traços de personalidade que, universalmente podem explicar comportamentos sexuais de risco

Ainda no que concerne à erotofilia e erotofobia que, enquanto construto psicológico, permite explicar muitos dos comportamentos sexuais, já Fisher, Byrne e White (1973) tinham verificado que estas ligações entre as avaliações afectivas como positivas ou negativas de conteúdos sexuais resultavam, posteriormente, em atitudes face ao sexo, por si só, explicativas dos comportamentos sexuais de risco.

A noção de atitude implica uma tendência psicológica que se expressa numa avaliação positiva ou negativa sobre um determinado objecto social (Eagly & Chaiken, 1993 citados em Vala & Monteiro, 2004). São portanto, constructos hipotéticos, com alguma estabilidade temporal, cujas crenças integrantes são expressas através de um julgamento avaliativo. Com base na direcção dessa avaliação, o indivíduo pode orientar-se para acção. Como seria de esperar, o sexo e as medidas de protecção não são excepção e cada pessoa possui atitudes que podem ter uma influência positiva ou negativa na forma como cada um se protege.

Ao nível dos comportamentos sexuais de risco, as atitudes têm tido um elevado relevo, essencialmente, pelo papel central que assumem em variados modelos, como é exemplo a Teoria da Acção Planeada (Ajzen & Madden, 1986). No entanto, a investigação a este nível é vasta e complementar. As atitudes estudadas tanto recaem sobre o preservativo, como sobre a possibilidade de contrair HIV, ou mesmo sobre as relações sexuais em si, todas mostrando algum grau correspondência com comportamentos sexuais de risco. Salienta-se, ainda, que as atitudes estão

contextualizadas numa dada cultura e os estudos devem ser interpretados de acordo com as populações de origem, podendo existir países que se aproximam (ou afastam) mais de Portugal.

Desta forma, as atitudes face ao preservativo estão relacionadas com os determinantes do uso do preservativo entre heterossexuais adultos solteiros, no entanto, têm baixo valor preditivo para o uso do mesmo (Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2005). Na realidade, o conhecimento de que o preservativo é um meio eficaz para protecção de infecções sexualmente transmissíveis e ser portador dessa mesma crença, não interfere na prática de comportamentos de prevenção. Os motivos com implicações afectivas e as competências mostram-se mais preditivos da intenção do uso do preservativo (López & Treviño, 2004)

Para Herlitz e Ramsted (2005) as atitudes face às relações sexuais estão a tornar-se mais permissivas e, apesar de um maior acesso à informação, o uso do preservativo tende a diminuir nas camadas mais adultas, o que revela a necessidade de uma maior preocupação com a educação sexual na Suécia.

Num estudo realizado com grupos de adolescentes em risco (abandono escolar, moradores de zonas rurais ou provenientes de um nível socioeconómico baixo) a atitude face ao preservativo é positiva e o conhecimento sobre a utilização do mesmo é elevada. No entanto, as taxas da não utilização do preservativo, de forma consistente, permanecem elevadas, o que é em parte explicado pela baixa auto-eficácia no uso do mesmo (Slonim-Nevo & Mukuka, 2005).

Czopp, Montheith, Zimmerman e Lynam (2004) fazem uma distinção entre dois tipos de atitudes que podem explicar a diferença entre estas e os comportamentos dos indivíduos. As atitudes podem, de acordo com os autores, clivar-se em explícitas ou implícitas, consoante o grau de controlo que o indivíduo tem no processamento de pistas no meio. Desta forma, perante duas condições experimentais, uma situação com alto risco envolvido (um parceiro casual) e outra com baixo risco envolvido (um parceiro habitual) o controlo das pistas de risco é diferente. Os resultados sugerem

que atitudes explícitas face ao preservativo são activadas numa situação de alto risco verificando-se um maior controlo comportamental, tendo como consequência uma maior utilização do preservativo. Porém, perante uma situação de baixo risco, o automatismo aumenta. Activam-se, então, atitudes implícitas, contrárias ao uso preservativo, o que determina um comportamento inconsistente na utilização do mesmo. Os autores associam esta evidência à falta de pistas de risco, ou mesmo, a um enviesamento na leitura dessas pistas, perante parceiros habituais.

A mudança destas atitudes também tem sido um alvo de estudo, no entanto, com alguns resultados desanimadores. Kershaw, Ickovics, Lewis, Nocolai, Milan e Ethier (2004) desenvolveram um estudo para estudar as mudanças ao nível dos comportamentos sexuais de risco com grupos de indivíduos com infecções sexualmente transmissíveis. Observaram que nem a infecção, nem o seu diagnóstico, eram suficientes para reduzir os comportamentos sexuais de risco e modificar as atitudes face ao preservativo.

De facto, as atitudes não são a única variável responsável pela utilização do preservativo. Outras variáveis como percepções individuais de auto-eficácia, os custos e os benefícios da utilização do preservativo ou mesmo a auto-estima sexual parecem estar-lhe associadas.

A noção de auto-eficácia, no contexto dos comportamentos sexuais de risco, pode ser definida como a crença de que se é capaz, e há probabilidade, de se utilizar preservativo nas relações sexuais (Farmer & Merton, 2006). Está relacionada com habilidades e competências para o uso do preservativo. Os estudos têm-se centrado nas diferenças observadas entre homens e mulheres, para além da associação verificada entre baixa auto-eficácia e a utilização inconsistente do preservativo (Farmer & Merton, 2006).

Parsons, Halkitis, Bimbi e Borkowski (2000) concluíram, com uma medida geral de auto-eficácia para o uso do preservativo, que as mulheres tinham uma maior auto-eficácia dos que os homens. No entanto, Farmer e Merton (2006) encontraram uma

maior auto-eficácia nos homens do que nas mulheres, assim como menos barreiras por parte destes no uso do preservativo. Os autores atribuíram estas diferenças contrárias à literatura comum, à amostra diversificada que utilizaram, nomeadamente às diferentes etnias entre os indivíduos.

Outros estudos com amostras exclusivamente femininas, têm procurado elucidar sobre as relações entre auto-eficácia, utilização dos preservativos, barreiras ao seu uso e assertividade. Lindberg (2000) estudou as relações entre auto-eficácia, o uso do preservativo, o conhecimento sobre o mesmo e as estratégias de *coping* numa amostra urbana feminina. Verificou que o conhecimento explica apenas indirectamente o uso do preservativo, evidenciando-se o papel mediador da auto-eficácia para o uso do mesmo, o que corrobora a teoria de Bandura, que compreende que o conhecimento aumenta a auto-eficácia.

Klein e Knöuper (2003) concluíram que mulheres com baixa auto-eficácia para comunicar sobre o uso do preservativo tendem a ser menos assertivas e a evitar conversas com conteúdo sexual. Todas estas características apresentaram-se fortemente correlacionadas com o uso inconsistente do preservativo.

Strek, Klein e Elifson (2003) avaliaram a auto-estima de mulheres em diferentes faixas etárias, demonstrando que as mulheres mais novas detinham maiores níveis de auto-estima, correlacionados com maiores níveis de auto-eficácia.

Os estudos da auto-eficácia também têm observado a sua associação à percepção de risco, que quando enviesado, está igualmente correlacionado a uma utilização inconsistente do preservativo.

No estudo de Klein e Knöuper (2003) as mulheres com menor auto-eficácia eram, igualmente, menos capazes de perceber o risco em que se poderia encontrar o parceiro. Lindberg (2000) já tinha verificado que o nível de risco percebido na sua amostra era inferior ao risco real que corriam.

Johnson, McCaul e Klein, (2002) realizaram um estudo com adolescentes para averiguar as percepções de risco constituindo, para tal, dois grupos: um grupo que

corre riscos e outro que não os corre. Os resultados sugerem que os adolescentes inseridos no grupo de risco das condutas sexuais e comportamentos aditivos, avaliam o seu próprio risco como sendo inferior ao risco que realmente correm.

Numa amostra mais específica de consumidores de meta-anfetaminas, os que detinham auto-percepções mais negativas, sobretudo na auto-estima, tinham mais parceiros sexuais, utilizavam inconsistentemente o preservativo, e avaliavam de forma mais deficitária o risco que corriam (Semple, Grant, & Patterson, 2005).

Nos estudantes universitários, a percepção do próprio risco é estimada em cerca de metade do risco real, calculado pelas condutas sexuais de risco (Roberts & Kennedy, 2006). Estes autores observaram que quanto maior a percepção do próprio risco, maior o uso do preservativo. Complementarmente, uma percepção de risco enviesada está correlacionada com condutas sexuais desprotegidas, com o uso de substâncias alcoólicas ou aditivas antes do acto sexual e com múltiplos parceiros sexuais. As percepções das universitárias foram ainda classificadas como irrealistas.

Apesar de terem contribuído com fortes avanços na compreensão dos comportamentos sexuais de risco, os estudos anteriormente referidos evidenciam limitações por se centrarem numa análise racional do risco. Observando esse facto, Shroder e Carey (2005) procuraram verificar quais os factores que interferem na avaliação racional do risco. Recorrendo aos dados recolhidos numa amostra feminina de baixo rendimento económico verificaram que sentimentos negativos, como a raiva, estavam correlacionados com múltiplos parceiros sexuais, relações desprotegidas e o uso de substâncias antes do acto sexual. Esta alteração da percepção do risco derivada dos sentimentos negativos, modificava, igualmente, a informação e o conhecimento sobre o HIV, desmotivando para o sexo seguro.

Para Thorton, Gibbons e Gerrard (2002) os comportamentos sexuais de risco passam por uma gestão do risco. Como tal, os indivíduos só se protegem se reconhecerem perigo nas suas acções. Nesta ponderação, entre custos e benefícios

de tal conduta, pesam-se a percepção do próprio risco e a percepção prototípica¹. Os indivíduos conduzem-se muitas vezes por um optimismo irrealista, definido originalmente por Weinstein (1980) como sendo um grau de optimismo que as pessoas tendem a expressar que vai para além do que seria uma visão esperançosa da vida. Por outro lado, a percepção prototípica refere-se a uma imagem idealizada de como seria alguém que corre riscos, incluindo-se nessa definição as suas atitudes e propensão para esses mesmos comportamentos.

Dos três estudos realizados, Thorton, Gibbons e Gerrard (2002) concluíram que apesar do interesse mostrado pelas situações que delineavam risco, tanto a avaliação do risco que correm como a imagem prototípica de alguém que corre riscos, estão correlacionadas com os comportamentos sexuais desprotegidos. Quanto maior a similaridade entre o protótipo e o indivíduo, maior a percepção de risco pessoal, e ambos os conceitos são capazes de explicar o uso inconsistente do preservativo.

Este trabalho levantou questões reais no estudo dos comportamentos sexuais de risco, já que evidencia que a investigação poderá estar a debruçar-se, apenas, sobre um dos conceitos ligados ao risco, esquecendo a importância das questões prototípicas (representações criadas e/ou aprendidas) que categorizam e estereotipam as condutas de indivíduos em risco.

As percepções ao nível destas condutas estendem-se ainda a outros balanços de decisão, já que o uso do preservativo acarreta benefícios mas também custos.

Parsons e colaboradores (2000) procuraram medir a ponderação entre os custos e benefícios do acto sexual sem preservativo. Observaram que os jovens adultos desta amostra guiavam-se mais pelos benefícios do sexo desprotegido do que pelos custos da utilização do preservativo para justificar as suas opções. Enquanto, estatisticamente, os custos/benefícios dos preservativos falham na predição dos

¹ Os autores definem como percepção prototípica do risco os arquétipos aprendidos do risco, através dos quais o indivíduo avalia se as situações presentes apresentam algum risco ou se lhe são inócuas.

comportamentos sexuais de risco, a tentação de tal acto, foi por sua vez, o maior preditor dessas mesmas condutas.

Estes resultados implicam algumas conclusões: os jovens adultos estavam mais orientados para procurar resultados positivos ou benefícios no sexo desprotegido; o risco mostrou-se mais atraente e prazenteiro; e os jovens classificados como tendo mais comportamentos sexuais de risco, reportaram maiores níveis de tentação e menor auto-eficácia para se protegerem sendo, também, os que mais enfatizavam os benefícios do sexo desprotegido.

Questiona-se, então, se existirão indivíduos mais propensos à procura de sensações, e se essa procura deturpa a avaliação do risco pessoal. Desrichar e Denarié (2005) fizeram uma avaliação do risco ocasional e do risco frequente numa população de jovens adultos, concluindo que a tendência para o risco frequente é predita pela idade (quanto mais novos, mais risco), pela procura de sensações e pela afectividade negativa (sentimentos e emoções de cariz negativo).

Já Agocha e Cooper (1999), fazendo variar a atractividade física (mais ou menos atractivo) e a história sexual (maior ou menor risco), procuraram avaliar as percepções de risco e as intenções de sexo seguro dos participantes. De facto, os alvos mais atractivos foram cotados pelos participantes, tanto pelos homens como pelas mulheres, como sendo mais desejáveis. Expressavam por esses mesmos alvos intenções de um relacionamento sexual. No entanto, apenas os homens, mostraram maior vontade em trocar informações e de relacionamento com os alvos mais atractivos, mesmo perante histórias sexuais de alto risco.

Outro estudo realizado em moldes semelhantes, com descrições de alvos potencialmente atraentes, verificaram que os participantes com maiores necessidades de procura de sensações avaliavam os potenciais parceiros como mais atractivos, havendo uma maior probabilidade de terem encontros e relações sexuais com os alvos e com percepções menos realistas de contraírem uma infecção sexualmente transmissível (Henderson, Hennessy, Barrett, Martin, & Fishbein, 2006).

Henderson e colaboradores (2005), através de uma técnica computadorizada, geraram descrições de potenciais parceiros românticos, para averiguarem se o risco se torna atractivo. Dividiram a amostra em dois grupos: um com indivíduos com maior propensão para procurar sensações e outro com menor propensão para procurá-las. Os participantes que foram identificados como procurando mais sensações classificavam os potenciais parceiros como mais atractivos, cotavam-nos como tendo menos risco e marcavam mais facilmente um encontro, caso existisse oportunidade.

Este estudo corrobora os resultados de um estudo anterior de Bancroft, Janssen, Carnes, Goodrich, Strong e Long (2004), que verificou correlações entre a procura de sensações e os comportamentos sexuais de risco, bem como a associação entre intenção de praticar sexo seguro e maiores níveis de inibição pessoal.

Nesta linha de análise, Gullette e Lyons (2006) procuravam ver a associação entre a procura de sensações, a auto-estima, a auto-eficácia para o uso do preservativo e o consumo de álcool. Os resultados mostraram que os que procuram mais sensações têm também maior auto-estima, maior auto-eficácia e consomem menos bebidas alcoólicas. Percebiam também, mais vantagens no uso do preservativo. Não obstante os indivíduos da amostra com auto-estima mais baixa reportarem mais parceiros, uma grande maioria utilizava inconsistentemente o preservativo.

A preocupação com a adequação dos programas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis tem sido analisada à luz destas evidências. Conner, Stein e Douglas (2005) concluíram que os programas utilizados se adequam a indivíduos com riscos ocasionais, já que a intenção de utilizar o preservativo prediz o comportamento correspondente. No entanto, para os indivíduos que correm riscos frequentemente a auto-eficácia é melhor preditora dos comportamentos sexuais de risco. Desta forma, uma adequação dos modelos de intervenção e prevenção deveria considerar estas diferenças entre os dois grupos.

Considerando, até ao momento, todas as variáveis abordadas, compreende-se o papel que a procura de sensações, a percepção do risco e mesmo a auto-eficácia têm na escolha comportamental ao nível do sexo protegido ou desprotegido. No entanto, há um constructo pessoal, que se reveste de importância noutras actividades pessoais, e que tem, igualmente, uma expressão ao nível da sexualidade: o auto-conceito.

O auto-conceito refere-se a um conjunto estruturado de crenças pessoais, que se apresenta relativamente estável no tempo e característico de cada indivíduo. Tal pode ser traduzido como sendo uma percepção que o indivíduo realiza de si mesmo, daquilo que é e quais são as suas capacidades, como age e como sente nas diferentes situações (Rogers, 1947). Este constructo pessoal expressa-se em todas as áreas do indivíduo existindo, igualmente, a noção que o próprio detém acerca do seu *Eu* sexual.

Nesta perspectiva, alguns autores têm realizado esforços para compreender o papel do auto-conceito sexual nas escolhas que os indivíduos realizam, ligando este conceito aos comportamentos sexuais de risco.

Breakwell e Millard (1997) procuraram descrever aos auto-conceitos sexuais de mulheres e homens, numa amostra de adolescentes, através de uma Listagem de Auto-Conceito Sexual. Encontraram diferenças nas dimensões do auto-conceito: os homens apresentavam duas grandes dimensões, a sócio-emocional e a relacional; as mulheres apresentavam a assertividade como a dimensão mais marcada. A relação entre o auto-conceito e os comportamentos de risco mostravam que tanto os homens como as mulheres, com pontuações mais altas nestas dimensões, tinham mais parceiros mostrando, no entanto, maior vontade de utilizarem preservativo. Salazar, DiClemente, Wingood, Crosby, Harrington, Davies, Hook e Oh (2004) corroboraram estes resultados, igualmente com adolescentes femininas afro-americanas, em que observaram que um auto-conceito mais positivo ao nível da comunicação com o

parceiro, identidade étnica e imagem corporal, estava correlacionado com a recusa de sexo desprotegido.

Embora o auto-conceito seja útil para compreender alguns dos aspectos dos comportamentos sexuais de risco, é também um constructo pessoal que, apesar de estável, sofre modificações ao longo do tempo, em tudo derivado das experiências de cada indivíduo. Que isto dizer que são necessários estudos longitudinais para garantir a estabilidade destas dimensões e a sua relação com comportamentos sexuais de risco. Não obstante, parece conciliável que a abordagem intrapessoal aos comportamentos sexuais de risco passe por uma estruturação de auto-conceitos positivos, já que envolvem uma auto-estima mais elevada e mais protectora do próprio indivíduo. Breakweel e Millard (1997) salientam que a origem destes auto-conceitos sexuais parece estar ligada às representações sociais dos sexos, que poderão causar estas diferenças e mediar as relações sexuais que se estabelecem.

Explorando esta possibilidade, Bromnick e Swinburn (2003) fazem uma análise crítica e destacam, como aspecto contextual das mesmas, as representações sociais que os jovens fazem das experiências sexuais. Num estudo exploratório, com carácter qualitativo, pediram aos participantes que completassem uma entrada de diário. Esta entrada de diário fazia referência, num grupo, a relações sexuais protegidas e noutra a relações sexuais desprotegidas. Observaram, através da análise de conteúdo, que os participantes realizam uma contextualização da experiência, atribuindo aspectos positivos a ambas as situações. O seu discurso incluía aspectos como a utilização do preservativo, crenças pessoais, a par das crenças do parceiro e aspectos da comunicação estabelecida. Concluíram que parece existir uma relação entre as representações sociais individuais e os comportamentos sexuais de risco, condicionadas pelo contexto em que relações sexuais ocorrem e a interpretação das mesmas. Assinalaram ainda que a relação sexual não se caracteriza apenas por uma dimensão individual, revestindo-se de uma estrutura diádica e influenciável por outros intervenientes.

3. Variáveis Interpessoais

DiClemente, Salazar, Crosby e Rosenthal (2005), numa revisão crítica sobre as variáveis que a literatura tem considerado fundamentais na explicação, previsão e abordagem preventiva aos comportamentos sexuais de risco, salientam a importância da abordagem socio-ecológica para a compreensão do papel da família, dos pares e da comunidade nos mesmos.

São vários os estudos que têm procurado estabelecer a relação entre a família e a sua influência nos comportamentos sexuais de risco. Lieberthal e Beckman (1997) aplicaram um questionário a cerca de 200 mulheres, utentes de um centro de saúde, sobre a tomada de decisão no uso do preservativo, o conhecimento, as atitudes face ao preservativo e a influência de pares, família, parceiro (entre outros) no uso dos mesmos. Os resultados sugeriram que o conhecimento sobre o HIV e uso do preservativo não previa a utilização futura do mesmo. Apesar disto, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde foram referidos, a par da família, como tendo uma influência na opção de utilizar o preservativo. Para as utentes com mais idade, o parceiro era considerada a maior fonte de informação e muito influente na tomada de decisão.

Também, Karofsky, Zeng e Korsorok (2001) verificaram que os jovens com maiores níveis de comunicação com os pais tinham menores probabilidades de ter relações sexuais precocemente. Crosby e colaboradores (2001) observaram a associação dessa comunicação com uma maior probabilidade de utilizar contraceptivos.

McKay (2003) salientou a importância dos contextos sociais nos comportamentos sexuais de risco dos jovens, sobretudo do papel da comunicação entre a família para os comportamentos sexuais mais seguros.

Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman & Fong, procuraram examinar a relação de comunicação entre mães e filhas e os comportamentos sexuais de risco. Escolheram dois grupos de mães, cujas filhas estivessem na adolescência, tendo

sujeitado um deles a formação sobre prevenção do HIV. A comunicação entre mães e filhas foi, então, seguida por um período de três meses. Como critérios de sucesso da formação dada registaram-se o uso do preservativo, o número de parceiros sexuais e a auto-eficácia no uso do preservativo das adolescentes. Os resultados evidenciaram uma diminuição das condutas de risco nos 3 meses de seguimento, tendo aumentado a auto-eficácia para a utilização do preservativo. Os autores concluíram que a comunicação entre mães e filhas, desde que orientada, podia afectar positivamente os comportamentos sexuais das adolescentes. Sugeriram ainda que poderia existir a necessidade de integrar o desenvolvimento de competências para comunicação entre pais e filhos nos programas de prevenção.

Halpern-Felsher, Kropp, Boyer, Tschann e Ellen (2004) associaram a auto-eficácia dos adolescentes em comunicar sobre comportamentos sexuais, as suas atitudes face ao preservativo, as intenções e uso real do mesmo. Observaram que os rapazes com maior auto-eficácia para comunicar com os pais utilizavam mais consistentemente o preservativo. A comunicação também tem impacto ao nível dos amigos, já que aqueles que falavam com mais facilidade sobre estas temáticas com os pares utilizavam mais preservativos. Quanto melhor a atitude face ao preservativo, maior era a sua utilização.

Clawson e Weber (2003) sugeriram no seu estudo que o momento em que se inicia a comunicação sobre os comportamentos sexuais de risco poderá influenciar os mesmos. Definem dois momentos para este início: antes do início da actividade sexual – a tempo (*on timing*) – ou depois do início de uma vida sexualmente activa – fora de tempo (*off time*). Os resultados que obtiveram mostraram que quando os pais falam, sobre sexo, com os filhos antes de terem iniciado a sua vida sexual, estes iniciam-na mais tarde e apresentam maiores probabilidades de utilizarem o preservativo consistentemente.

No entanto, pares e amigos também influenciam o comportamento dos adolescentes. O estudo de Rosenthal, Smith e De Visser (1999) sobre o impacto de

factores individuais e de grupo na idade da primeira relação sexual, sugere que a vontade dos adolescentes se mostrarem mais adultos perante os seus pares, promove um início da vida sexual mais cedo.

Harper, Gannon, Watson, Catania e Dolcini (2004) ao analisarem o papel dos amigos dos adolescentes afro-americanos observaram que estes jogam um importante papel nos encontros amorosos e nas relações sexuais, tendo uma forte influência na forma como estes são conduzidos. A influência da norma subjectiva foi mais forte nas raparigas do que nos rapazes, já que estas partilhavam mais informação sexual, influenciando-se mais nos encontros amorosos e no uso do preservativo.

Os resultados obtidos por Zimmer-Gembeck, Siebenbrumer e Collins (2003) mostraram que os adolescentes mais susceptíveis de necessitarem a aprovação dos pares iniciavam a sua vida sexual mais cedo, consumiam mais álcool, tinham mais parceiros sexuais e apresentavam um uso inconsistente do preservativo.

Perante os jovens adultos há uma maior probabilidade de se verificarem parceiros sexuais relativamente estáveis. A comunicação torna-se, nessas situações, mais relevante pela negociação do uso do preservativo.

O estudo de Harvey e colaboradores (2006) sugere que a intenção de usar preservativo, nas raparigas está associada às normas do parceiro.

No entanto, vários estudos sugerem que existem dificuldades em comunicar e negociar o uso do preservativo com o parceiro. Cobb (1997) verificou que as mulheres que falam com o parceiro sobre o possível risco que correm têm maiores hipóteses de ter condutas seguras. Similarmente, Roberts, Boker, Oh e DiClemente (2000) concluíram que apesar dos indivíduos se preocuparem com o risco de contraírem HIV não falam sobre essa questão com o parceiro. Por sua vez, Klein e Knäuper (2003) procuraram associar a recusa em pensar em infecções sexualmente transmissíveis e a capacidade de falar em HIV. Os resultados evidenciaram que os indivíduos que evitavam pensar em infecções sexualmente transmissíveis, não falavam com os parceiros sobre os possíveis riscos sexuais que corriam. Crosby e colaboradores

(2002) observaram que baixos níveis de comunicação com o parceiro estava correlacionada com uma menor comunicação sobre infecções sexualmente transmissíveis, com maiores taxas de sexo com parceiros ocasionais, bem como uma percepção inferior de auto-eficácia para usar e negociar o uso do preservativo.

Mais recentemente, Muñoz-Silva, Sanchez-Garcia, Nunes e Martins, (2007) num estudo com jovens adultos universitários de nacionalidades, portuguesa e espanhola, observaram as dificuldades dos estudantes em comunicarem com os seus parceiros sobre a utilização dos preservativos.

Seal e Palmer-Seal (1996), sugerem que existem barreiras à comunicação sobre comportamentos sexuais de risco. Verificaram que as principais barreiras à comunicação são a não percepção de risco, a espontaneidade do sexo, a escolha deliberada de não usar preservativo, bem como a percepção de falta de eficácia para usar preservativo e para negociar a sua utilização.

Gebhardt, Kuyper e Greunsven (2003) modificaram a tónica da investigação para a noção de intimidade e a sua relação com a comunicação sobre o preservativo. Tentaram avaliar se a necessidade de intimidade poderia estar na base de comportamentos sexuais de risco. Os resultados evidenciaram que os adolescentes que têm uma relação mais estável têm as suas necessidades de intimidade cumpridas, mas utilizam menos o preservativo, colocando-se em risco. Em parceiros estáveis, a necessidade de intimidade correlacionou-se negativamente com o uso do preservativo. No entanto, em parceiros ocasionais correlacionou-se positivamente.

Por sua vez, Ott, Millstein, Ofner e Halpern-Felsher (2006) observaram que os adolescentes esperam alcançar a intimidade através das relações sexuais. Para os autores isto poderá representar um risco caso essas expectativas sejam inadequadas. De facto, a intimidade pode ser encarada como uma questão positiva na relação sexual, num balanço entre prós e contras, que parece mediar o uso do preservativo (Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2000). Porém, falta ainda compreender que processos lhe estão subjacentes, já que é uma área de recente desenvolvimento.

3.1. Variáveis de Carácter Situacional

Como variáveis de carácter situacional entendem-se o consumo de substâncias aditivas, como o álcool ou drogas ilegítimas que promovam alterações do estado de consciência.

Existe uma forte associação entre o consumo de álcool, o uso de substâncias ilícitas (antes e durante o acto sexual) e o uso inconsistente do preservativo (Leigh, 1990). No entanto, esta relação não é tão linear quanto o esperado, já que o álcool parece ser utilizado apenas em situações específicas. Também é sugerido que o seu consumo nestas situações de intimidade poderá estar associada à personalidade, como o traço de introversão, a falta de confiança ou a incapacidade para comunicar (Halper-Felsher, Millstein, & Ellen, 1996).

A maior parte dos estudos que associam comportamentos sexuais de risco e o consumo de substâncias de carácter aditivo têm sido realizados em amostras de adolescentes e jovens adultos dada a frequência dos consumos nessas camadas. Coleman e Cater (2004) num estudo qualitativo, com adolescentes, classificaram o efeito do álcool nas percepções dos jovens e os seus efeitos no uso do preservativo numa escala de 5 pontos:

- 1) afectação da percepção da atractividade do outro;
- 2) uso do álcool como desculpa para comportamentos inaceitáveis socialmente;
- 3) aumento da confiança e subsequente diminuição da inibição;
- 4) capacidade de julgamento de reconhecimento e avaliação de situações de risco, diminuída;
- 5) completa perda de controlo sobre as suas acções, acompanhada de perda de memória e amnésia.

O maior nível de comprometimento dos comportamentos sexuais seguros centra-se no ponto quatro, que os adolescentes descrevem como sendo a fase mais plausível de não utilizarem preservativo, apesar de afirmarem só o consumirem para alcançarem uma fase de maior desinibição. Não foi considerado, pelos autores, o risco

de relações sexuais não consentidas no ponto 5. Porém, este parece um risco plausível de se verificar perante a perda de consciência.

Os resultados mostraram que com apenas um episódio de consumo de álcool, os adolescentes colocam a sua saúde em risco, já que se verifica uma diminuição do uso do preservativo. A interferência do álcool no uso do preservativo verifica-se tanto para indivíduos com condutas de risco habituais como para aqueles que o utilizam consistentemente.

Labrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen e Marriot (2005) num estudo com estudantes universitários sobre os seus encontros sexuais documentaram que o consumo de álcool é mais elevado em encontros com novas parceiras. O uso do preservativo é mais regular com parceiras ocasionais e regulares. Verificaram que quanto maior o consumo de álcool mais inconsistente se torna a utilização de meios de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Os autores concluíram que perante novas parceiras a necessidade de desinibição era maior. O álcool era, então, consumido para permitir um maior à-vontade, colocando-se o indivíduo em risco. Estudos mais recentes corroboram estes resultados, demonstrando que apesar dos indivíduos percepcionarem o álcool como um factor de risco na infecção com doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV, continuam a utilizá-lo como forma de desinibição e facilitação do acto sexual (Simbayi, Mwaba, & Kalichman, 2006).

Outro aspecto relevante é o papel dos *media* na divulgação de conteúdos sexuais e das próprias campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis que, comumente, se centram na SIDA.

Brown (2002) fez uma revisão dos estudos que se referem à divulgação de modelos de sexualidade através dos *media* (televisão, revistas, cinema, rádio, etc.) referindo que a forma como o sexo tem sido abordado tem reforçado padrões e normas sexuais irrealistas. Estes padrões caracterizam-se, de acordo com o autor, como explicitando mais violência, menos intimidade e sentimentos de invulnerabilidade perante infecções sexualmente transmissíveis. Estes mesmos padrões de conduta são

referidos como não promovendo responsabilidade sobre saúde, modulando as atitudes e percepções dos jovens. Taylor (2005) salientou o impacto dos conteúdos sexuais televisivos, nas atitudes e crenças dos indivíduos, quando percebidos como reais. No entanto, há que distinguir entre conteúdos sexuais nos *media* e as campanhas de prevenção que utilizam o mesmo suporte.

Keller e Brown (2002) referem que nos Estados Unidos da América as campanhas nos *media* têm bastante sucesso na promoção do sexo seguro como sendo mais atractivo. Os autores sugerem uma articulação destas mensagens com os programas de entretenimento da televisão e rádio, de forma a adequar os modelos de responsabilidade sexual aos propósitos da saúde pública.

Agha (2003) distinguiu dois tipos de campanhas: as brandas e as severas. Avaliou o seu impacto nos adolescentes através das suas atitudes, auto-eficácia para usar e comprar preservativos, entre outras medidas. As campanhas brandas, mais positivas no seu conteúdo, que não utilizam o medo, mostraram-se mais eficazes na promoção de hábitos de saúde sexual, já que se verificaram maiores índices de uso do preservativo, bem como crenças mais positivas e maior auto-eficácia para a compra e utilização do mesmo.

Dada a quantidade de estudos e o seu impacto nos comportamentos sexuais de risco, construiu-se um quadro que representa as variáveis ordenadas pela sua consistência na explicação dos mesmos (Quadro 2).

Quadro 2 – Consistência das variáveis na explicação dos comportamentos sexuais de risco

<i>TIPO DE VARIÁVEL</i>				
<i>CONSISTÊNCIA</i>	SOCIO-DEMOGRÁFICAS	INTRAPESSOAIS	INTERPESSOAIS	SITUACIONAIS
CONSISTENTES	Estatuto socio-económico; Capital social;	Atitude face ao preservativo; Auto-eficácia; Percepção de risco; Auto-conceito;	Norma dos pares; Comunicação com o parceiro;	Consumo de álcool;
INCONSISTENTES	Normas culturais;	Traços de personalidade; Custos e benefícios do preservativo; Conhecimento sobre o HIV	Comunicação com os pais;	Campanhas de prevenção; Papel dos <i>media</i> ;

CAPÍTULO III - METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS EM COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Na investigação científica no campo da sexualidade encontram-se uma diversidade de estudos desde os que se realizam em laboratório, que pretendem estudar as respostas fisiológicas da activação sexual (eg. McAnulty & Adams, 1991) até aos estudos que utilizam a introspecção pessoal (eg. Wiederman & Dubois, 1998).

No entanto, dada a natureza do tema, que se caracteriza por um cariz relacional, multidisciplinar e fortemente privado, verifica-se a necessidade de ter em conta os enviesamentos que se podem repercutir nos participantes, nos dados que estes fornecem ou na ameaça que podem sentir à sua própria estima ao responderem a questões pessoais (Catania, 1999).

Um dos métodos mais utilizados nos estudos dos comportamentos sexuais de risco, e conseqüentemente mais analisado, são as medidas de auto-resposta (Wiederman & Whitley, 2002), dos quais são exemplos os questionários e as escalas, entre outros. Não obstante a sua utilidade, a procura por um aumento na sensibilidade dos instrumentos e no contorno das falhas que os mesmos apresentam, tem conduzido a tentativas de adaptação de outras formas de recolha, como são exemplo os Diários, as Entrevistas, os Grupos Focais e a Captação de Comportamentos.

Neste capítulo apresenta-se uma descrição sumária dos principais métodos de recolha de dados, finalizando com uma ponderação entre as vantagens e as desvantagens de cada um para o estudo dos comportamentos sexuais de risco.

1. Medidas Psicofisiológicas da Activação Sexual

Actualmente existe um grande volume de estudos sobre a activação sexual e respectivos factores psicofisiológicos que interferem nessa área, que procuram explicar vários aspectos da sexualidade humana desde as disfunções sexuais, a

escolha dos parceiros sexuais, a orientação sexual ou a necessidade de exposição à pornografia (Janssen, 2002).

Esta metodologia tem as suas bases nos anos 30 do séc. XX, tendo-se visto o seu apogeu com o historicamente famoso Relatório Kinsey, e com os desenvolvimentos dos estudos da resposta sexual do homem e da mulher por Masters e Johnson na década de 60. Estes últimos desenvolveram alguns instrumentos que permitem medir as respostas sexuais com objectividade.

Estes estudos ao associarem as medidas auto-resposta às medições fisiológicas, contribuíram para uma melhor compreensão da sexualidade humana, nomeadamente sobre a impotência masculina e a frigidez feminina.

Rowland (1999) faz uma análise sistemática das vantagens do estudo laboratorial salientando a quantificação objectiva e a possibilidade de utilização de medidas de comparação para a componente fisiológica da activação sexual. Favorece, igualmente, a leitura de respostas fisiológicas, que podem, por vezes, ser totalmente despercebidas tanto ao indivíduo como ao investigador. Permite ainda a leitura das situações *in loco*, sem ser necessário que os participantes as recuperem através da memória.

Como limitações ou desvantagens deste tipo de estudos podem-se apontar os seguintes aspectos: preço dos materiais utilizados, as equipas multidisciplinares e a necessidade de ambientes higiénicos e assépticos. É de referir a inibição gerada pela observação ou pela introdução de instrumentos de medição que pode provocar, nos participantes, um excesso de ansiedade e comprometer a activação sexual. Outras críticas referem o problema da artificialidade da activação sexual em laboratório já que esta, empiricamente, processa-se de forma diádica, algo complexo de recriar. A repetição da estimulação pode causar uma habituação aos estímulos, deturpando os resultados obtidos.

Por outro lado, no plano moral os estudos da sexualidade em laboratório são criticados por utilizarem materiais pornográficos, em algumas condições experimentais.

Num campo mais teórico, permanece a dificuldade em definir o que é a activação sexual e medi-la em todas as suas vertentes, já que esta se subdivide em três tipos de activação: subjectiva, mental e fisiológica. Estes métodos apenas apresentam uma medida concreta e comparativa para a parte fisiológica da activação.

A validade externa, é uma preocupação constante devido ao enviesamento provocado pela selecção dos participantes. Diferentes estudos (e.g. Clement, 1990) têm mostrado que podem existir diferenças entre os participantes voluntários e não voluntários, o que se revela um problema na escolha dos grupos de controlo destes estudos.

Numa análise crítica, este tipo de recolha permite, objectivamente, analisar medidas fisiológicas e a sua ligação a medidas subjectivas, percebidas pelo indivíduo, como o bem-estar ou o nível de excitação percebido, ao nível da activação sexual fisiológica. Permitiu, por exemplo, realizar uma ligação entre crenças e disfunções de carácter psicossomático. No entanto, a pura activação fisiológica, necessita do auxílio de outros métodos que favoreçam a leitura das atitudes, intenções, não permitindo uma análise preditiva de comportamentos futuros. Para tal, há que empregar outras metodologias.

2. A Observação Comportamental

A observação, enquanto metodologia de recolha de dados é referida nesta análise por ser relevante pelo tipo de dados que permite recolher, mas igualmente, pela complementaridade que pode ter, no uso conjunto com outras medidas.

A sua utilização é mais frequente em estudos antropológicos e etnográficos, por exemplo os estudos das normas sexuais de outras culturas de Margaret Mead ou dos rituais sexuais por Malinowski, na Melanésia. No âmbito psicológico, encontram-se

os estudos desenvolvidos na observação dos comportamentos não verbais de sedução entre indivíduos (e.g. Moore, 1985). No entanto, como método para estudo dos comportamentos sexuais de risco, a observação comportamental apresenta fortes limitações. Os impedimentos éticos e morais que foram apontados para os estudos laboratoriais são semelhantes.

Eventualmente, este método poderá apresenta-se útil para a observação de aquisição de competências, com recurso a *role plays* ou através de dinâmicas de grupo.

Pode ainda apontar-se como limitação o facto de não possibilitarem identificar as cognições que antecedem o comportamento, pelo que há a necessidade de combinar outros métodos baseados nas respostas e relatos dos intervenientes.

3. As Medidas de Auto-resposta

As medidas de auto-resposta, como as escalas ou questionários, são as mais utilizadas no estudo dos comportamentos sexuais de risco (Wislar & Fendrich, 2000). No estudo do uso do preservativo, Noar, Cole e Carlyle (2006) avaliaram 56 medidas em estudos de comportamentos sexuais de risco.

Esta metodologia é bastante comum nos estudos das ciências sociais. A sua natureza múltipla e acessível permite avaliar um sem número de aspectos, numa única aplicação e, usualmente, em aplicações colectivas, o que facilita a recolha de informação. Não obstante estas vantagens, para construir um questionário é necessário conhecer-se exactamente o comportamento a estudar aceder, há que garantir uma compreensão uniforme por todos os inquiridos das questões enunciadas e assegurar que todos os aspectos importantes foram abordados (Ghiglione & Matalon, 2005).

A possibilidade de ser constituído por questões abertas e fechadas, faz com que seja adoptado comumente para levantar crenças, opiniões, julgamentos, comportamentos anteriores e intenções comportamentais de futuro.

Porém são-lhes apontadas fortes limitações relacionadas com validade e fiabilidade, devido a viéses variados.

Na realidade, apesar da sua utilização continuada, as medidas de auto-resposta estão descritas como permitindo respostas imprecisas no abuso de drogas e no número de parceiros (Wislar & Fendrich, 2000), verificando-se uma sobrestima dos homens e uma subestima das mulheres (Kupek, 1999), favorece uma sobrestima dos índices de risco (Fenton, Johnson, McManus, & Erens, 2001), e está sujeito a erros de recuperação de memórias por não existir um padrão que garanta a fiabilidade das respostas (Graham, Catania, Brand, Duong, & Canchola, 2003). Por outro lado, a credibilidade dos investigadores, a percepção de anonimato, bem como o conteúdo pessoal do questionário, podem dificultar a divulgação de informações pessoais (Catania, McDermott, & Pollack, 1986; Noar, Cole, & Carlyle, 2006).

O enviesamento dos participantes é um dos problemas mais frequentes já que aqueles que acedem participar nos estudos podem ter características particulares. Não sendo representativos da população de onde foram retirados podem impedir a validação externa do estudo (Catania, Gibson, Chitwood, & Coates, 1990). Duinne, Marin, Bailey, Heat, Bucholz, Madden e Staham (1997) observaram diferenças entre os indivíduos que aceitaram participar em estudos sobre comportamentos sexuais de risco, e aqueles que se recusam a fazê-lo: os que aceitaram tinham maiores níveis de educação; tinham atitudes menos conservadoras; tinham uma maior propensão para o consumo de tabaco e álcool; relatavam mais parceiros sexuais; reportavam mais comportamentos sexuais de risco.

No entanto, este facto pode favorecer os investigadores, já que estes indivíduos são mais erotofílicos, tendo maior facilidade em divulgar informação de cariz sexual (Durant & Carey, 2000).

Perante todas estas limitações poderá questionar-se: valerá a pena utilizar medidas de auto-resposta?

Noar, Cole e Carlyle (2006) tecem algumas considerações sobre medidas a seguir para um instrumento de auto-resposta fiável. Dever-se-ia:

- Adequar as questões à população a estudar;
- Questionar o mesmo aspecto várias vezes, para uma manutenção da concordância das respostas fornecidas;
- Utilizar intervalos de tempo mais pequenos para a recuperação de informação passada;
- Especificar ao máximo os conceitos, de forma a evitar problemas de compreensão dos mesmos;
- Incluir uma medida de desejabilidade social;
- Ter atenção às categorias de resposta, para não excluírem hipóteses, entre outras.

Jaccard e colaboradores (2004) sugerem que a acuidade dos indivíduos ao relembrem o número de parceiros sexuais é proporcionalmente inversa aos intervalos de tempo escolhidos para questionar tal aspecto. Sugerem que este método tem alta fiabilidade tanto para indivíduos com muitos parceiros sexuais como com poucos. Fica a excepção para os que registam muitos encontros sexuais fortuitos.

Também Durant e Carey (2000) concluem que as medidas de auto-resposta podem ser confiáveis desde que: se tenha em conta que os indivíduos recuperam com mais acuidade situações de risco; que os intervalos de tempo utilizados para questionar devem ser curtos; e desde que se garanta, de forma peremptória, o anonimato e privacidade, diminuindo ou controlando a desejabilidade social. Estes autores sugerem ainda, que as medidas de auto-resposta são mais eficientes para comportamentos pouco praticados, do que para aqueles que já são rotineiros. Relacionado com este dado, Graham, Crosby, Sanders e Yarber (2005) referem que é mais pertinente questionar quanto ao número de vezes em que não foi utilizado o

preservativo, ao contrário do que é comum, já que consideram ser esta a forma que permite medir, de forma absoluta, a inconsistência do uso do preservativo.

No entanto, para uma recolha livre das ideias, crenças e valores dos indivíduos acerca de um determinado assunto, os questionários de auto-resposta poderão mostrar-se limitativos. Outros métodos, como a entrevista ou o diário podem revelar-se benéficos quando se pretende uma abordagem mais qualitativa.

4. A Entrevista

A troca interpessoal que resulta de uma entrevista, permite aceder a um nível informacional distinto de uma medida de auto-resposta (Gribble, Miller, Rogers, & Turner, 1999). Esta pode adoptar diversos formatos. A entrevista estruturada, cujo guião é composto por questões efectuadas *a priori*; a entrevista semi-estruturada, cujo guião é mais flexível, sendo composto de tópicos que são explorados de forma ordenada; e ainda a entrevista livre, sem guião, em que a elaboração das questões se faz a partir de uma ideia geral.

Para além de ser um método útil para a recolha de informação verbal, cujas respostas, em formato directo, se tornam mais ricas, é também um método que permite observar os comportamentos não verbais. Estas pistas não verbais permitem interpretar ou contextualizar as respostas do entrevistado, credibilizando-as.

No estudo dos comportamentos sexuais de risco, a entrevista tem sido considerada como uma possível alternativa e/ou complemento aos questionários.

Uma das vantagens, é o facto do entrevistador poder contornar problemas ligados à incompreensão das questões utilizadas, aprofundando os motivos e explorar as informações fornecidas; no entanto verifica-se que os indivíduos sujeitos a entrevistas fornecem menos pormenores o que é, em parte, explicado pela falta de privacidade que ocorre na entrevista (Durant & Carey, 2000).

Catania, McDermott e Pollack (1986) comparam questionários e entrevistas, quanto à participação dos sujeitos e concluiu que as entrevistas face a face se tornam

mais ameaçadoras, provocando uma diminuição da informação fornecida. Relativamente aos participantes que acedem colaborar, parecem atrair um tipo de voluntários com maior conhecimento e experiência sexual.

Wiederman (1999a) sugere que os participantes das entrevistas detêm e procuram mais conhecimento, têm menos atitudes tradicionais relativamente ao sexo, têm maior auto-estima sexual e indiciam maiores tendências para auto-exploração.

Apesar de estas críticas serem apontadas às entrevistas, as mesmas dificuldades são encontradas ao nível das medidas de auto-resposta. Como tal, Catania, McDermott e Pollack (1986) sugerem a introdução de itens de uma escala de auto-divulgação de informação pessoal (*e.g. Sexual Self-Disclosure Scale*) para controlar esta variável, em ambos os métodos.

Catania (1999) ao estudar os principais aspectos que põem em risco a credibilidade de uma entrevista, identifica quatro grandes problemas: a desejabilidade social, a ameaça, a auto-divulgação de informação e o controlo da divulgação.

O primeiro prende-se com os constrangimentos sociais que medeiam as respostas fornecidas, levando o inquirido a responder de acordo com o «socialmente correcto» e não de acordo com as suas crenças. O problema da ameaça, bem como os problemas da divulgação da informação pessoal e do controlo da divulgação, concernem à ansiedade sentida pelos sujeitos por estarem a divulgar experiências pessoais a terceiros. Neste caso, o grau de conforto do participante, o controlo aparente sobre a informação divulgada e os conteúdos abordados, podem conduzir a respostas que não correspondem à sua realidade pessoal.

O mesmo autor salienta os aspectos a controlar de forma a aumentar a fiabilidade e validade das entrevistas. Como tal, o treino do entrevistador é essencial, já que lhe permite compreender e interpretar linguagem não verbal indicativa dessa ansiedade. Deverá analisar escrupulosamente as questões colocadas, de forma a não utilizar conteúdos ameaçantes, para além de ter de controlar o contexto em que a

entrevista é realizada. Finalmente, conhecer os aspectos culturais ou ideológicos relativos ao entrevistado favorece uma entrevista idónea.

O uso do telefone e/ou do computador pode contornar o desconforto de estar face-a-face com o entrevistador, reduzindo tempo e custos.

Gribble, Miller, Rogers e Turner (1999) compararam duas técnicas computadorizadas de recolha de dados com as entrevistas e com os questionários com assistência de um investigador. Sugerem que perante a ausência de uma figura física, não se observa um nível de ameaça tão elevado, reduzindo-se o problema da divulgação de informação pessoal. Referem, no entanto, que ainda existe um longo caminho a percorrer no aperfeiçoamento destas técnicas.

Considera-se, assim, a entrevista como um meio legítimo para o estudo de atitudes e comportamentos, ao nível da sexualidade. A tarefa do investigador está dificultada pela necessidade de uma monitorização elevada à metodologia para garantir a validade do estudo. No entanto, a riqueza da informação recolhida é maior do que nos questionários.

As medidas de auto-resposta ganham vantagem na celeridade do processo. Perante a comparação de ambos, os problemas metodológicos destes métodos são semelhantes. A capacidade para recordarmos determinados acontecimentos diminui com a passagem do tempo (Graham, Catania, Brand, Duong, & Canchola, 2003) e para a entrevista não é excepção.

Como tal, a procura por novas soluções, conduziu ao aproveitamento de um método de auto-monitorização diária: o Diário.

5. Os Diários

Intuitivamente, os diários parecem ser um método, por excelência, no estudo da sexualidade humana. O acompanhamento diário, permite que se contornem os problemas de memória e apresenta a vantagem de o indivíduo relatar o seu comportamento num contexto privado, o que transmite maior segurança. O facto de

serem escritos/relatados na própria linguagem dos indivíduos favorece a qualidade e quantidade de informação fornecida (Okami, 2002; Leigh, Gillmore, & Morrison, 1998). Apesar de se enquadrarem nas medidas de auto-resposta considerou-se que, pelas suas características únicas, que seria abordado de forma individual.

A técnica do diário, enquanto método de recolha de dados não é tão simples quanto poderia ser sugerido.

Okami (2002) sugere a existência de dois grandes grupos de diários: um tipo *lista de tarefas* e outro tipo *aberto*. O primeiro tipo, refere-se a uma tabela ou quadro, ou ainda questões fechadas, em que se inscreve, por exemplo, o número de vezes em que não utilizou preservativo, se teve relações sexuais naquela semana, entre outros aspectos pertinentes. Sendo um instrumento amplamente categorizado, implica poucas perdas de informação quantitativa, permite reduzir a distorção da memória, e é facilmente respondido. Para o investigador, a cotação é simples, semelhante a um questionário comum.

O tipo aberto pode recolher informações mais ricas. Um exemplo é pedir aos participantes que registem todo um acto sexual, e que expliquem se utilizaram ou não preservativo, quais os motivos que consideraram nessa escolha, e como se sentiram durante e após essa situação.

De facto, se este tipo favorece a quantidade e a riqueza da informação, também implica análise de conteúdo, o que torna mais complexo o sistema de categorização e tratamento da informação.

Actualmente, o uso de diários tem estado associado à investigação de modelos de tomada de decisão no uso do preservativo (O'Sullivan, Udell, & Patel, 2006), ao estudo do sexo transaccionado (Ferguson, Morris, & Kariuki, 2006), mas também têm sido comuns os estudos que utilizam o diário como meio de comparação, para avaliarem os viéses no estudo com medidas de auto-resposta posteriores aos acontecimentos (Graham, Catania, Brand, Duong, & Canchola, 2003).

Da análise destes estudos podemos concluir que o diário é um método satisfatório para contornar problemas ao nível de recuperação de memória, comparativamente com as medidas de auto-resposta, para períodos superiores a três meses. Fornece uma informação rica em descrições e experiências pessoais, e facultar um acesso às motivações, crenças e avaliações pessoais.

No entanto, as ausências de informação têm-se verificado um dos maiores problemas ao nível da fiabilidade (Okami, 2002). Perante a ausência de informação de um determinado dia, o investigador tem que assumir que nada aconteceu. No entanto, o facto de não ter sido relatado não significa que nada tenha acontecido. McLaws, Oldenburg, Ross e Cooper (1990) consideram o diário como um método com uma fiabilidade semelhante às medidas de auto-resposta, desaconselhando o seu uso para medir os comportamentos sexuais de risco, quando se pretendem apurar pequenos intervalos de tempo. Salientam ainda a sua importância para a aquisição de uma informação menos quantificada e mais qualitativa.

Actualmente tem sido comparado com outras formas de recolha, que promovem igualmente um acesso diário à informação dos participantes. Morrison, Leigh e Gilmore (1999) desenvolveram um estudo centrado na recolha tradicional de entradas de diário, comparando-a com recolhas diárias de dados por telefone. Esta última condição dividia-se em duas: na primeira, os investigadores ligavam para preencher uma listagem; na segunda, os participantes ligavam por sua iniciativa. Concluíram que os diários tradicionais implicam uma perda maior de informação, já que é dada a liberdade aos participantes de realizarem as entradas quando entendem. Essa informação foi, também, considerada de qualidade inferior. Nos outros formatos, a iniciativa pessoal conduziu a maiores taxas de abandono da experiência. No entanto, estas taxas foram bastante inferiores, comparativamente com estudos semelhantes.

Este estudo leva a uma reflexão conjunta com outras informações pertinentes, donde se compreende que o diário é um método ainda imperfeito (Okami, 2002). Apesar de reduzir a ameaça do participante e de permitir informação qualitativa, a

ausência do investigador pode provocar um défice na qualidade da informação. Por outro lado, os estudos mostram que a sua utilização para pequenos períodos de tempo é equiparada ou superada por medidas de auto-resposta, pelo que a relação custo-benefício do diário sai deficitária. Não obstante as suas limitações, a sua utilização poderá permitir o acesso a informação pessoal, rica em crenças, motivações e descrições, difíceis de obter com outras metodologias.

Para além dos métodos anteriormente descritos, é frequente utilizarem-se metodologias que favorecem o confronto de opiniões entre indivíduos, enriquecendo a informação recolhida. É um exemplo destes métodos o grupo focal.

6. Os Grupos Focais

O termo *grupo focal* advém da expressão inglesa *focused group interview*, tendo sido utilizada pela primeira vez por Merton, Fiske e Kendal em 1956. Concerne a uma discussão em grupo em que estão definidos, *a priori*, os tópicos específicos. Esta é conduzida por um moderador e comporta entre 8 a 12 pessoas no máximo. O objectivo destas entrevistas orientadas em grupo, não é promover o consenso mas gerar o máximo de ideias, opiniões e explicações, valorizando as experiências pessoais dos intervenientes. Estes encontros são registados com gravador ou com câmara de video o que permite aceder à interacção e reacção dos elementos, perante as opiniões dos outros intervenientes, expondo atitudes e comportamentos latentes.

Byers, Zeller e Byers (2002) apresentam as diversas vantagens e desvantagens do uso do *grupo focal* na área da sexualidade. Como principais vantagens referem a flexibilidade e eficiência que este método oferece, já que se torna mais rápido do que executar 12 entrevistas individualmente. A informação obtida é mais profunda e está capacitada com respostas interaccionais e relacionais. Estes grupos foram documentados como sendo mais flexíveis na divulgação da informação pessoal, comparativamente à entrevista tradicional (Morgan, 1996), o que representa uma vantagem na fiabilidade dos dados obtidos.

As principais desvantagens relacionam-se com os custos de registar em audiovisual a discussão, bem como os gastos associados à sua transcrição. Quanto aos participantes, têm uma maior probabilidade de se conformarem às normas sociais, que se formam num grupo e que norteiam os comportamentos dos indivíduos. Salientam que o moderador do grupo necessita de competências específicas para gerir a temática que se pode apresentar sensível e ameaçadora para os participantes.

O estudo da sexualidade humana, através deste método foi, inclusive, desaconselhado por alguns autores (eg. Morgan, 1966), que perante a sensibilidade do tema, consideram a estrutura demasiado ameaçadora. No entanto, Byers, Zeller e Byers (2002) descrevem o método como passível de ser utilizado com franco sucesso, desde que se legitime o contexto e se coloquem os participantes numa situação confortável, através de uma cedência de parte a parte da informação pessoal de cada um. Aconselham um incentivo inicial adequado dos elementos do grupo, através de temas ou tópicos generalistas, sobre os quais têm opinião, partindo desse ponto para questões mais pessoais.

A aplicação aos comportamentos sexuais de risco está a tornar-se mais comum. Actualmente encontram-se estudos ao nível da construção social das infecções sexualmente transmissíveis (Shefer, *et al.*, 2002), sobre a tomada de decisão sobre comportamentos sexuais (Gilmore, DeLamater, & Wagstaff, 1996) ou sobre os comportamentos de prevenção do HIV em homossexuais (Offir, Fisher, Williams, & Fisher, 1993).

A maior limitação é a dificuldade em aceder a pensamentos, sentimentos ou experiências puramente individuais, já que de acordo com o estudo de Hollander (2004) a informação gerada nunca é individual, mas sim, construída socialmente naquele momento. Por isso é um bom método para recolha de opiniões ou atitudes gerais, embora não permita uma generalização de comportamentos individuais à população que aqueles grupos representam. Carlini-Cotrim (1996) sugere que este método é ideal para gerar informação para estudar novas problemáticas, enquanto

Morgan (1996) relembra a importância de se gerar mais investigação, de forma a melhorar e tornar o método mais preciso e idóneo.

No entanto, no caso do uso do preservativo, o que nos preocupa é precisar que motivos, que situações, ou que contextos estão na base de um uso inconsistente, por exemplo. Para alcançar este objectivo são necessários métodos que permitam compreender o comportamento e decisão dos indivíduos.

7. A Captação de Comportamentos

Os julgamentos e decisões dos indivíduos bem como as escolhas e os factores que os influenciam são aspectos que têm sido estudados no âmbito dos comportamentos sexuais de risco. Esses juízos, atribuições e comportamentos efectivos são, muitas vezes, realizados de forma inconsciente, o que permite aos indivíduo ser eficiente e adaptativo a diferentes meios mas sujeitando-o a erros perceptivos (Myers, 2005). Esse erro é fundamental quando se procura inferir sobre o próprio comportamento. Ao que parece, apesar de o ser humano se considerar capaz de discernir sobre os motivos do seu comportamento, a sua capacidade de *insight* é diminuta.

Nisbett e Wilson (1977) avaliaram esta hipótese através da manipulação e apresentação de dois ou mais estímulos a diferentes indivíduos. Os estímulos foram escolhidos pela influência, já conhecida, no comportamento do indivíduo. Após a exposição aos mesmos e execução do comportamento, era pedido aos participantes que explicassem as razões que os levaram a actuar.

Os autores concluíram que os indivíduos não eram capazes de fazer a introspecção e perceber que o estímulo tinha desencadeado o comportamento. A análise que os indivíduos faziam do comportamento era realizada através de crenças que já dispunham *a priori*, entre causas e comportamentos. Quando acertavam na ligação estímulo-comportamento devia-se ao facto de essa crença existir *a priori* e não por ter sido intuída naquele momento. Estas crenças iniciais sobre a relação entre

estímulos e comportamentos podem ser aprendidas através de uma regra social, que define o que é desejável de ocorrer, ou através da observação de outros indivíduos, co-variando os estímulos e comportamentos verificados.

Estes estudos mostram a necessidade de uma metodologia que permita aceder aos motivos e julgamentos dos indivíduos. A captação de comportamentos (*policy capturing*) é um método de recolha de dados que passa pela apresentação de cenários, compostos por variados estímulos, capaz de explicar o comportamento humano (Wiederman, 1999b).

Os cenários, construídos com pistas, relativas a cada estímulo, são apresentados, um a um, a cada indivíduo, informatizadamente. Cada pista apresenta uma variação, entre dois pólos. Exemplificando, em cada cenário é feita a apresentação de um ou mais estímulos, que podem ser frases construídas, imagens, ou combinações de ambos. Cada estímulo é composto por pistas. Se a pista for relativa a atracção física, poderá variar num sistema de 5 pontos, em que o mais baixo representa nada atractivo, e o quinto ponto, extremamente atractivo. Em cada cenário, as várias pistas surgem relacionadas entre si, podendo descrever uma pessoa ou uma situação, e cabe ao participante avaliar esse cenário com base na escala que lhe é fornecida (Wiederman, 2002).

No estudo realizado por Wiederman e Dubois (1998) ao nível dos comportamentos sexuais, os cenários descreviam um indivíduo avaliado de acordo com a sua atractividade física, os recursos financeiros, a generosidade, a experiência sexual, o actual relacionamento e o nível desejado de comprometimento. Com base nas combinações fornecidas, os participantes tinham que, usando uma escala de Likert de 7 pontos, avaliar a desejabilidade de cada um daqueles “parceiros”. Fazendo a análise posterior das pistas que os indivíduos diziam dar importância na escolha de um parceiro e dos resultados encontrados na captação de comportamentos, encontraram-se diferenças significativas entre as características apontadas e as realmente escolhidas.

Apesar dos resultados abonatórios à técnica, esta metodologia apresenta algumas dificuldades na sua realização. A aplicação, sendo individual, apresenta-se morosa; o participante está sujeito a altos níveis de cansaço, já que avalia em média, cerca de 180 cenários. Os cenários, por sua vez, têm que ser analisados pelos investigadores para garantir a sua coerência e adequação à realidade. E, tal como qualquer outra metodologia, está sujeita a enviesamentos por parte dos participantes que acedem participar, ou pelo simples facto de poderem cotar ao acaso (Wiederman, 2002).

Considerando as implicações desta nova forma de aceder a informação plausível de explicar o uso inconsistente do preservativo, bem como os motivos que lhe estão subjacentes, esta torna-se bastante atractiva, apesar dos seus custos. No entanto, existe pouca informação sobre a sua fiabilidade e validade, o que torna necessário estudá-la melhor.

Depois de analisar as vantagens e desvantagens de todos os métodos descritos, podemos afirmar que é sempre necessária uma ponderação entre recursos, eficácia e riscos. Independentemente da metodologia utilizada, existe sempre a necessidade de controlar as variáveis que poderão estar a condicionar parte dos resultados encontrados. A capacidade de reflexão de um investigador sobre o seu trabalho é, portanto, indispensável, mostrando-se crítico e capaz de atribuir ao seu trabalho o valor intrínseco que tem.

Se houvesse a necessidade de escolher um método por excelência para os comportamentos sexuais de risco, os questionários ainda se apresentam a opção mais viável, já que promovem uma menor ameaça aos participantes do que as entrevistas, permitem uma aplicação global, mais rápida do que a captação de comportamentos, permitindo a avaliação de crenças, afectos e comportamentos, de forma geral. A sua avaliação mostra que é tão fiável como os diários, para pequenos intervalos de tempo. No entanto, há que lidar com a perda de informação, e os vieses dos participantes

voluntários e da auto-divulgação de informação. O ideal seria que os métodos não fossem utilizados exclusivamente, mas complementando-se uns aos outros, de forma a reduzir os problemas metodológicos.

Os grupos focais apresentam-se como uma medida complementar aos questionários, para conhecer a realidade cultural e ideológica de onde a amostra é retirada, permitindo comparar a análise individual dos questionários, com a análise social da temática.

Mesmo assim, qualquer trabalho de investigação contribui para a evolução do conhecimento que temos a um dado nível, pelo que os problemas que cada método apresenta não são limitativos, mas sim, desafios a ultrapassar, assegurando-se investigação de qualidade.

Para sistematizar esta informação, construiu-se o seguinte quadro que pretende organizar as vantagens e desvantagens de cada método (Quadro 3).

Quadro 3 – Vantagens e desvantagens dos métodos

MÉTODOS	VANTAGENS	DESvantagens
MEDIDAS PSICOFISIOLÓGICAS	Informação das respostas fisiológicas. Quantificação objectiva dos dados. Não há necessidade de recuperação de informação.	Custos associados. Inibição pela observação. Artificialidade da activação sexual em laboratório. Mede apenas um dos aspectos da activação sexual.
OBSERVAÇÃO COMPORTAMENTAL	Optimizado para comportamentos verbais e não verbais entre indivíduos. Útil para a aquisição de competências.	Impedimentos éticos e morais para o estudo de comportamentos sexuais de risco. Não permite identificar as cognições que antecedem o comportamento.
MEDIDAS DE AUTO-RESPOSTA	Permite recolher vários tipos de informação, de forma rápida e sem muitos custos associados. O investigador interfere pouco na recolha dos dados.	A recuperação de memória pode enviesar os resultados; o conteúdo das questões pode dificultar a divulgação de informações pessoais. O aspecto voluntário pode conduzir a diferenças entre as amostras que respondem e as que se recusaram a responder.

ENTREVISTA	Permite contornar incompreensão das questões e aprofundar mais as temáticas que se consideram importantes. Gera maior quantidade de informação.	Os indivíduos fornecem menos detalhes; sentem-se mais ameaçados pela presença do investigador. As respostas podem ser dadas de acordo com o socialmente desejável. Sofre enviesamentos da recuperação de memórias.
DIÁRIOS	Não sofre enviesamentos da recuperação de memória; a recolha é feita num contexto privado. São relatados na própria linguagem do indivíduo.	Fiabilidade reduzida; a ausência de informação relatada não implica a não ocorrência de comportamentos. Ocorre perda de informação porque os participantes têm liberdade para realizarem as entradas que consideram importantes.
GRUPOS FOCAIS	Mais eficiente a recolher informação personalizada de um grupo de sujeitos. Conteúdos mais ricos, pelo contexto relacional, e interpretados pelo grupo.	Necessidade de competências específicas do moderador para gerir o grupo. Probabilidade de conformismo às normas emergentes. Estrutura ameaçadora para alguns elementos.
CAPTAÇÃO DE COMPORTAMENTOS	Favorece a recolha de dados sem a acção consciente do indivíduo. Permite a identificação das causas subjacentes ao comportamento.	Morosidade do processo. Cansaço dos indivíduos; aplicação individual

CAPÍTULO IV - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DE ESTUDO

1. Delimitação do Problema

Na revisão da literatura realizada observou-se que os modelos explicativos dos comportamentos sexuais de risco resultavam de uma adaptação dos modelos para a saúde. No entanto, essa adaptação parece não ser totalmente adequada para explicar e prever os comportamentos sexuais de risco.

Nesta perspectiva, pesquisaram-se as variáveis que já foram discutidas como podendo explicar a utilização do preservativo, na tentativa de contribuir para os avanços da investigação nesta área.

Reuniram-se variáveis socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais num modelo sócio-cognitivo, cujas relações entre as mesmas foram estabelecidas de acordo com a revisão da literatura efectuada.

Nas variáveis socio-demográficas foi considerado o sexo, a idade, a ocupação, a religião, a orientação política, a fratria, o nível de habilitações literárias dos pais e a habitação actual.

Relativamente às variáveis intrapessoais incluíram-se as atitudes face ao preservativo que têm sido discutidas em diversos estudos como sendo uma variável capaz de explicar os comportamentos sexuais de risco (Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2005; Roberts & Kennedy, 2006). No entanto, um papel exclusivo na sua explicação e predição foi posto de parte com vários estudos (*e.g.* Slonin-Nevo & Mika, 2005). Como tal, consideram-se ainda a noção de auto-eficácia (Lindberg, 2000; Klein & Knöuper, 2003), o auto-conceito (Breackwell & Millard, 1997), a avaliação do risco percebido (Thorton, Gibbons, & Gerrard, 2002; Schroeder & Carrey, 2005) e a avaliação dos custos e benefícios relacionados com o uso do preservativo (Parsons, *et al*, 2000).

Para as variáveis interpessoais consideram-se as pertinentes as questões resultantes da interacção familiar, como a comunicação com os pais (Halpern-Felsher, *et al*, 2004) e a altura em que esta comunicação se inicia – antes ou depois do primeiro contacto sexual (Clawson & Weber, 2003). A comunicação com o parceiro foi também aqui incluída dado que parece estar relacionada com uma maior probabilidade de condutas seguras (Cobb, 1997). Outros estudos evidenciaram a comunicação com o parceiro através do peso na tomada de decisão para a utilização do preservativo, que foi discutida como sendo uma possível preditora da utilização do preservativo no estudo de Harvey e colaboradores (2006)

As variáveis situacionais consideradas foram o consumo de substâncias aditivas que têm vindo a ser estudadas como tendo um peso efectivo na explicação dos comportamentos sexuais de risco, e conseqüentemente de uma utilização inconsistente do preservativo (Coleman & Cates, 2004). Como resultado desta análise surgiu a necessidade de articular esta informação o que, visualmente, resultou no seguinte esquema.



Figura 7 – Modelo para a explicação da utilização do preservativo

Deste esforço surgiu a seguinte questão:

- Será que modelo, construído com base na literatura revista, permite explicar o uso do preservativo?

Considerando-se que poderiam existir algumas diferenças entre grupos de análise, dadas as diferenças em estudos anteriores (*e.g.* White, Terry, & Hogg, 1994), questionámo-nos:

- Será que homens e mulheres diferem ao nível dessas mesmas variáveis intrapessoais, interpessoais e situacionais?
- Será que indivíduos que correm mais ou menos riscos diferem ao nível das variáveis intrapessoais, interpessoais e situacionais?

2. Objectivos de Estudo

Com base nas perguntas de partida equacionadas estabeleceram-se objectivos para o estudo em causa.

Pretendeu-se, portanto, realizar a testagem empírica do modelo integrador, elaborado a partir da literatura, de forma exploratória e confirmatória. De forma mais específica, foi intenção perceber:

- A influência das variáveis socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais na explicação da utilização do preservativo;
- A interacção das variáveis socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais na utilização do preservativo.

Mais ainda, pretendeu-se verificar:

- Se o facto de ser homem ou ser mulher diferencia significativamente as respostas fornecidas às medidas utilizadas para avaliar os aspectos considerados;

- Se o facto de pertencer a um grupo de risco nulo, médio ou alto diferencia significativamente as respostas fornecidas às medidas utilizadas para avaliar as variáveis escolhidas.

CAPÍTULO V - METODOLOGIA

1. Participantes

Os dados foram recolhidos na Universidade do Algarve, Campus da Penha e de Gambelas num total de 176 indivíduos, com as idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos. Seleccionados por conveniência, foram eliminados 11 participantes por preenchimento deficitário ou por não se compreenderem nas idades determinadas.

2. Instrumentos

Para aceder à informação necessária realizou-se um levantamento de medidas e escalas adequadas à temática. Para aceder aos dados socio-demográficos, à história sexual e comportamento sexual foram construídas questões para o efeito. Para consultar as questões integralmente ver anexo A.

Dados Demográficos

Para a recolha destes dados foi questionada a idade dos participantes, o sexo, o nível de estudos do pai e da mãe, a fratria (se tinham irmãos, quantos, e se habitavam com os mesmos), o principal agregado familiar, o estado civil (subdividido em solteiro(a), casado(a)/união de facto e divorciado(a)/viúvo(a)), à ocupação geral, a orientação política (dividido nas quatro principais tendências e uma relativa à indefinição) e, finalmente, a religião e a religiosidade, avaliada pelo participante numa escala tipo *Likert*, de 7 pontos.

História Sexual

Construíram-se questões que abrangiam a ocorrência de relações sexuais (oral, vaginal e anal), a idade da primeira relação sexual completa (considerada com penetração vaginal ou anal), bem como a idade do parceiro(a) na primeira relação

sexual, o número de parceiros sexuais até ao momento, nos últimos 3 meses e se tinha parceiro habitual no momento em que responde.

Utilização do preservativo

Foram construídas questões temporalmente diferenciadas para aceder à utilização do preservativo. Questionaram-se os participantes quanto:

- a) Utilização na última relação sexual;
- b) Estimativa de quantas vezes não teria utilizado preservativo nos últimos 3 meses;
- c) Estimativa de quantas vezes não teria utilizado preservativo nos últimos 6 meses;
- d) Definição da sua posição, numa escala de 7 pontos, sobre o hábito de utilizar preservativo nas suas relações sexuais;
- e) Definição da sua posição, numa escala de 7 pontos, sobre a intenção futura de utilizar preservativo;
- f) Intenção de utilizar na próxima relação sexual (dicotómica sim/não).

Auto-divulgação – The Sexual Self-Disclosure Scale (Catania, McDermott e Pollack, 1986)

De acordo com Catania, McDermott e Pollack (1986) num instrumento que pretende recolher informações de carácter sexual deve-se utilizar uma escala de auto-divulgação. Recorreu-se à *Self-Disclosure Scale* (Escala de Auto-divulgação), versão curta, dos mesmos autores. Compõe-se de 7 itens com 6 hipóteses de resposta que se estendem desde «muito fácil» até «não sei». Como exemplo do tipo de questão, fornece-se o primeiro item: «Como classificaria a experiência de falar sobre sexo num inquérito sobre Sida?»

Auto-conceito – The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (Snell, 1995)

A escala das multidimensões do auto-conceito corresponde a 100 itens, divididos em 20 sub-escalas², que podem ser utilizadas de forma geral ou individualmente. Utilizaram-se neste estudo o controlo sexual interno («a minha sexualidade é algo pelo qual sou largamente responsável»); o controlo sexual externo («os aspectos sexuais da vida de uma pessoa são, largamente, determinados por situações de sorte»); a auto-estima sexual («eu tenho um sentido de orgulho-próprio derivado da forma como eu lido com os meus desejos e necessidades»); a satisfação sexual («os aspectos sexuais da minha vida são, pessoalmente, gratificantes para mim»); e finalmente, a auto-esquemata sexual («é importante para mim que me considere um bom parceiro sexual»). Apesar de originalmente a escala utilizar uma medida de 5 pontos, tipo *Likert*, no estudo actual foi estendida a uma medida de 7 pontos, na tentativa de estreitar as diferenças entre os indivíduos estudados.

Atitudes face ao preservativo – Attitude Towards Condom Scale (Brown, 1984)

A escala em questão, construída por Brown (1984) tem como principal objectivo medir a atitude das pessoas face aos preservativos, realizando uma série de afirmações acerca do que as pessoas pensam, sentem e agem relativamente aos preservativos. Foram utilizados 11 itens da escala original, que correspondem a um primeiro factor, explicativo de 37% da variância das respostas. A escala sugerida é tipo *Likert* de 5 pontos, no entanto esta foi estendida a 7 pontos, entre dois pólos que vão do Discordo Totalmente (1) ao Concordo Totalmente (7). Como exemplo dos itens sugere-se «Eu não teria objecção alguma se o meu parceiro me sugerisse o uso do preservativo».

² 1) a ansiedade sexual; 2) a auto-eficácia sexual; 3) a consciência sexual; 4) motivação para evitar sexo de risco; 5) controlo sexual externo (sorte/azar); 6) preocupação sexual; 7) assertividade sexual; 8) optimismo sexual; 9) problemas de auto-culpabilização sexual; 10) monitorização sexual; 11) motivação sexual; 12) resolução de problemas sexuais; 13) auto-estima sexual; 14) satisfação sexual; 15) o controlo de outros sobre a própria vida sexual; 16) auto-esquemata sexual; 17) medo do sexo; 18) prevenção de problemas sexuais; 19) depressão sexual; e 20) controlo sexual interno.

Custos e Benefícios do Preservativo

Para a medição dos custos e benefícios foi utilizada a mesma escala que Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes e Martins (2007) utilizaram no seu estudo com estudantes universitários. É uma escala de diferenciadores semânticos, de oito pontos, em que 4 dos 8 itens são invertidos (exemplo: Usar preservativo nas minhas relações sexuais, mesmo que use outro método contraceptivo, é (ou seria) algo muito excitante/nada excitante).

Auto-eficácia – Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales (Basen-Engquist, Mâsse, Coyle, Kirby, Parcel, Banspach, & Nodora, 1996)

A escala em questão foi construída para medir variáveis psicossociais que afectam a tomada de decisão sobre o uso do preservativo, e é composta por várias sub-escalas que avaliam atitudes, normas, auto-eficácia e barreiras ao uso do preservativo. Desta escala foram utilizadas as questões que avaliam a auto-eficácia que, por sua vez, se encontram divididas em três dimensões: auto-eficácia para negociar o uso do preservativo (3 itens); auto-eficácia para o uso e compra do preservativo (3 itens); e auto-eficácia para recusar sexo desprotegido (3 itens).

Esta escala foi operacionalizada através de 7 ponto (1 – nada; 7 – totalmente) com itens como o seguinte: «Imagine que você e o/a seu/sua parceiro/a têm tido relações sexuais e não têm utilizado preservativo. Você considera melhor começar a utilizá-los. Em que medida acredita que era capaz de dizer, abertamente, ao seu/sua parceiro/a que queria utilizar preservativo?»

Comunicação com os pais – Wheighted Topics Measure of Family Sexual Communication (Fisher, 1993)

A escala em questão foi desenvolvida para permitir aos investigadores, aceder rápida e objectivamente, à quantidade de comunicação entre pais e filhos. Relaciona várias temáticas com uma medida de extensão que foi operacionalizada através de

uma escala de 7 pontos (0 – nada; 7 – muito), sendo efectuada a seguinte questão: «Em que medida considera que abordou os seguintes temas com os seus pais... Contracepção».

Foi, ainda, avaliada a importância e utilidade percebida de vários intervenientes no processo de aquisição da informação acerca desses temas.

A escala refere intervenientes familiares, mas também técnicos especializados, professores e meios de comunicação. A escala é composta por sete pontos, em que o 1 representa «nada» e 7 «muito».

Questionou-se igualmente, com qual das pessoas se sente mais à vontade para abordar a temática, actualmente, e pediu-se ainda, que classificassem a quantidade de comunicação com os pais, através de uma escala de 3 pontos (1 – Inexistente, 2 – Insatisfatória e 3 – Satisfatória).

De acordo com Clawson e Weber (2003) a altura em que a comunicação se inicia, promove diferentes respostas ao nível dos comportamentos sexuais de risco. Portanto, introduziu-se uma questão relativa à idade em que se iniciou a comunicação sobre sexualidade com os pais que permitiu, posteriormente, o cálculo do *tempo*, isto é, se a comunicação sobre relações sexuais se iniciou antes da primeira relação do jovem (a tempo) ou depois (fora de tempo).

Intimate Relationship Questionnaire (Yesmont, 1992)

Permanecendo ainda no tópico da comunicação procurou-se medir o tipo de estilo de comunicação (assertivo, não assertivo e agressivo) através dos 10 itens do questionário. Cada item apresenta 3 hipóteses de resposta que, originalmente, devem ser cotadas através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 simboliza «nada a ver comigo» até 5 «exactamente como eu sou». Cada uma das respostas possíveis exemplifica um tipo de resposta, característico de cada um dos estilos de comunicação.

Emoções e Sentimentos

Para o efeito construiu-se uma escala de diferenciadores semânticos, que posteriormente se verificou ser muito semelhante à escala de Smeaton e Byrne (1983), mas que ao contrário dos 11 diferenciadores utilizados pelo autor, apenas se consideraram 6 diferenciadores semânticos, com base nas variáveis que têm vindo a ser associadas aos comportamentos sexuais de risco: excitação e activação sexual, depressão, ansiedade, entretenimento e ainda contentamento.

Percepção de risco

Para aceder à percepção do próprio risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível foram construídas três questões fechadas que inquiriram relativamente ao hábito de questionar os parceiros sobre as suas experiências sexuais anteriores, sobre a possibilidade de já terem contraído uma infecção sexualmente transmissível e sobre a hipótese de algum parceiro já lhe ter transmitido uma doença sexualmente transmissível. Estas questões (e.g. Tem por hábito questionar os seus parceiros quanto à sua vida sexual anterior?) foram operacionalizadas através de uma escala de 7 pontos, tipo Likert, em que genericamente o 1 corresponde a «Nunca» e o 7 a «Sempre».

Peso na decisão de utilizar preservativo

O peso na decisão de utilizar preservativo refere-se à percepção que o indivíduo tem de participar activamente na escolha de utilizar, ou não preservativo. Foi questionado através de uma questão construída para o efeito em que é perguntado «Em que medida toma parte na decisão de usar, ou não, preservativo», tendo sido operacionalizado através de uma escala de 7 pontos: 1 – Não tomo parte a 7 – A decisão totalmente minha.

Heurísticas relativas ao HIV

De acordo com Harvey e colaboradores (2006) as heurísticas relativamente ao HIV modificam a forma como avaliamos a vulnerabilidade, o que tem um efeito directo no uso do preservativo. Para tal, desenvolveram 3 itens em que medem que originalmente operacionalizaram através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos: 1 – totalmente falso a 5 – totalmente verdadeiro (e.g. «Podemos dizer se alguém tem HIV pelo seu aspecto físico»). Neste estudo, a escala foi estendida a 7 pontos.

Variáveis situacionais: Consumos de álcool, drogas e tabaco

Para a avaliação do consumo de álcool, drogas e tabaco foram criadas várias questões que apreciam a ingestão/consumo dessas substâncias diariamente, em situações de carácter social, e para uma maior descontração pessoal. Foram medidas através de uma escala de 7 pontos que se estende de 1 – Nunca consumo até 7 – Consumo sempre. Como exemplo das medidas, utilizaram-se questões como «Em que medida consome as seguintes substâncias diariamente?», onde o indivíduo assinalava o seu consumo para tabaco, álcool e drogas.

3. Procedimento

Os dados foram recolhidos através de um questionário, composto por várias escalas e medidas que pretendiam aceder à informação necessária para testar o modelo construído com base na revisão da literatura sobre o tema. Foram recolhidos ao longo do mês de Fevereiro de 2007, de forma massiva, utilizando várias turmas de estudantes da Universidade do Algarve, pólos de Gambelas e da Penha.

Os questionários eram entregues em mão aos participantes, informando-os do anonimato dos dados fornecidos bem como o objectivo do estudo. Aguardou-se o preenchimento do mesmo, com o investigador na sala, sendo a entrega realizada através de uma urna selada (tipo voto) para precaver a identidade dos participantes, diminuindo a possibilidade de enviesamento dos dados pela ameaça de auto-

divulgação da informação bem como a desejabilidade social das respostas dadas, já que se trata de uma temática de carácter íntimo.

A informação recolhida foi posteriormente organizada e analisada à luz dos objectivos deste estudo empírico. Os dados foram processados utilizando o programa SPSS – Statistical Package for Social Sciences (v. 15.0) e a sua significância foi assumida para um nível 0,05.

CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo concerne à apresentação dos principais resultados encontrados. Foi realizada uma análise sistemática de acordo com os objectivos propostos, pelo que se realiza uma análise descritiva dos dados obtidos, em função de cada instrumento e dos diversos subgrupos de risco identificados. Posteriormente foram realizadas regressões lineares de forma a avaliar o impacto das variáveis consideradas no modelo, no comportamento anterior da utilização do preservativo e da intenção futura da utilização do mesmo. Por fim, realizou-se a análise confirmatória do modelo.

1. Caracterização sócio-demográfica dos participantes

Tendo sido recolhidos 176 questionários, a amostra final representa as contribuições de 165 indivíduos, todos estudantes universitários da Universidade do Algarve (de ambos os *campus* da Penha e de Gambelas), com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos. Não se utilizaram as respostas de 11 indivíduos por questões de mau preenchimento ou por não se enquadrarem nas idades consideradas para a amostra.

A amostra é maioritariamente feminina (67,3% mulheres *versus* 32,7% homens), sendo que apenas 2 indivíduos eram casados ou encontravam-se na situação de união de facto. No que concerne às idades, os homens apresentam uma média de idades de $21,06 \pm 2,032$, enquanto as mulheres tinham uma média de idades de $20,19 \pm 1,975$. Relativamente à habitação, observou-se que 37% divide um apartamento e 31,5% habita ainda com ambos os pais. A amostra não se definiu relativamente à orientação política, já que 57,6% dos indivíduos referiram que não ter orientação política.

Do ponto de vista religioso, esta amostra era maioritariamente Católica (64,8%) classificando-se ao nível da religiosidade com uma média de $3,29 \pm 1,614$, numa escala de 7 pontos, em que 1 representa «nada religioso» e 7 «totalmente religioso».

Ao nível dos estudos dos pais, como se observa na tabela 1, tanto os pais como as mães tinham, maioritariamente, o Ensino Básico como habilitação máxima.

Tabela 1 – Distribuição da escolaridade dos pais.

	PERCENTAGENS	
	<i>Pai</i>	<i>Mãe</i>
ENSINO BÁSICO (ATÉ AO 9º ANO)	66,7%	55,2%
ENSINO SECUNDÁRIO (ATÉ AO 12º ANO)	15,2%	24,2%
ENSINO SUPERIOR	17,6%	18,6%
VALORES EM FALTA	0,6%	2,4%
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

2. Caracterização da história sexual e do comportamento do uso do preservativo da amostra

Ocorrência de relações sexuais

Dos dados recolhidos referentes à história sexual dos indivíduos, pôde-se verificar que 84,80% da amostra já tinha tido relações sexuais completas. Apenas um indivíduo se absteve de responder à questão. Observando-se as respostas à questão entre os homens e as mulheres da amostra, não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 3,37$, $p = .067$). A caracterização dessas relações

sexuais mostrou um total de 29,1% para relações exclusivamente vaginais, 24,80% para vaginais e orais e ainda, 29,1% para vaginais, orais e anais.

Idade da primeira relação sexual (participante e parceiro)

A idade da primeira relação sexual apresentou uma média de 16,54 anos ($\pm 1,887$) para os homens, e de 17,07 anos ($\pm 1,731$) para as mulheres. Esta diferença de idades revelou-se significativa ($t_{(135)} = -2,349$, $p = 0,020$), assumindo-se que os homens tendem a iniciar a sua vida sexual mais cedo.

Relativamente à idade do parceiro, as médias das idades são de $17,00 \pm 1,829$ anos para os homens e de $18,90 \pm 2,502$ anos para as mulheres. Estas diferenças também se mostraram estatisticamente significativas ($t_{(134)} = -4,780$, $p = 0,000$).

Parceiros

No que concerne ao número total de parceiros, realizou-se um gráfico de “caixa com bigodes”, que facilitou a compreensão dos dados, devido a existência de *outliers*.

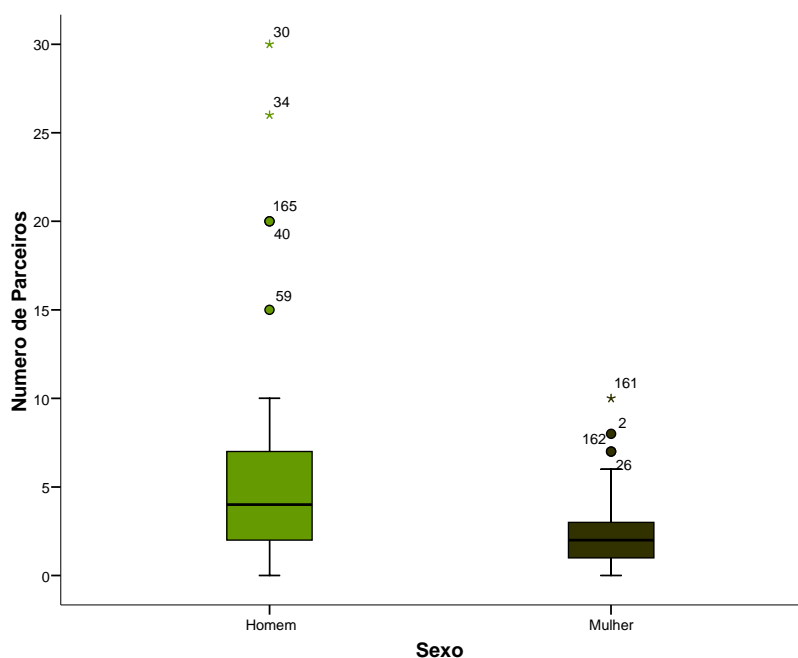


Figura 8 – Número de parceiros sexuais por sexo.

Verificou-se, então, que os homens apresentam uma média de parceiros superior à das mulheres. Essa média traduziu-se em 6,30 parceiros para os homens, e em 2,49 para as mulheres. Os valores dispersam muito mais na amostra masculina, em que 75% dos indivíduos reportam 7,75 parceiros. Já para as mulheres, 75% reportaram um máximo de 3 parceiros. Estas diferenças encontradas puderam considerar-se altamente significativas, dado o valor do teste de comparação de medidas de grupos independentes ($t_{(47,326)} = 4,008$, $p = 0,000$)

Actualmente, 52,10% dos indivíduos diziam ter parceiro actualmente, contrastando com os 41,8% que estavam sem parceiro, no momento em que responderam ao questionário. Apenas 6,1% dos indivíduos não responderam à questão.

Relativamente a parceiros nos últimos 3 meses, um total 63,0% dos participantes descreveram ter apenas 1 parceiro nesse período, verificando-se um máximo de 8 parceiros nesse período para 0,6% da amostra. Do total da amostra, 16,4 reportaram não ter tido parceiros nesse período de tempo.

Utilização do preservativo

A utilização do preservativo foi avaliada por uma questão com resposta numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, com os extremos organizados por «nada» a «sempre». Questionou-se ainda, a utilização do preservativo na última relação sexual, através de uma questão binomial, «sim/não».

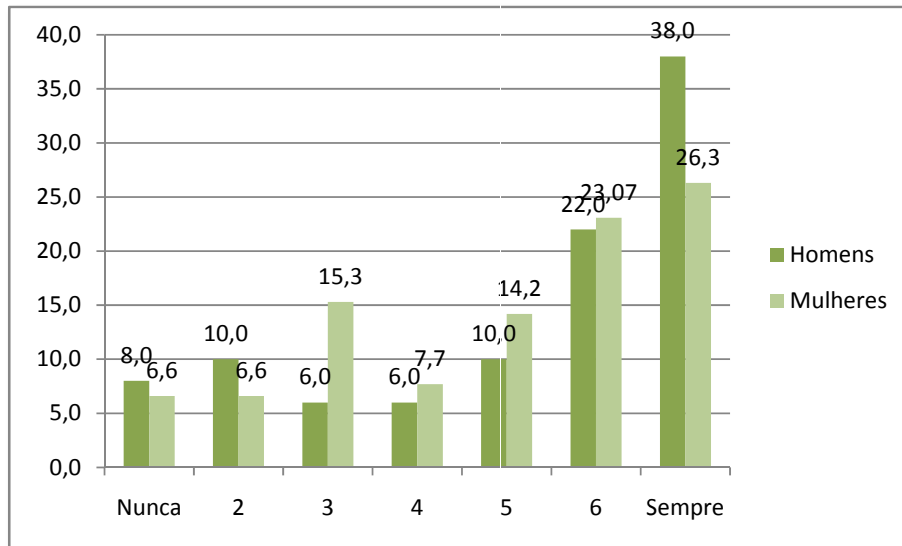


Figura 9 – Uso do preservativo nas relações sexuais, por sexo.

Portanto, verificaram-se menos indivíduos a reportar um menor uso do preservativo, enquanto 38% dos homens e 26,3% das mulheres, dizem utilizar sempre o preservativo. É igualmente observável que as mulheres referiram uma maior utilização do preservativo que os homens. Na amostra total, 60,7% dos indivíduos referem ter utilizado preservativo na última relação sexual em que estiveram envolvidos. As médias de resposta evidenciam que os homens costumam utilizar mais o preservativo do que as mulheres ($M = 5,18$ vs. $M = 4,87$). No entanto as diferenças consideradas não se apresentaram como sendo estatisticamente significativas ($t_{(140)} = 0,888$, $p = 0,376$), não existindo uma diferenciação na utilização do preservativo ao nível do sexo.

Quando questionados, abertamente, quantas vezes não teriam utilizado preservativo nos últimos 6 meses e no último mês os resultados evidenciam uma grande percentagem de indivíduos que utilizaram sempre o preservativo. Assim, nos últimos 6 meses, encontramos uma percentagem de 34,3% de indivíduos utilizaram sempre, o que contrapõe a 24,3% dos indivíduos que nunca utilizaram preservativo. Dos restantes indivíduos que responderam à questão, 27,8% reportaram uma utilização inconsistente do preservativo, com a não utilização a variar de um mínimo

de 1 ocorrência, até 50 ocorrências. Da amostra condicionada de quem já teve relações sexuais, 13,6% não forneceram resposta a esta questão.

Os resultados relativos ao último mês, 44,3% dos indivíduos utilizaram sempre preservativo e 26,4% nunca o utilizaram. Verificou-se que 15,7% dos indivíduos não responderam, obtendo-se, finalmente, que 13,6% da amostra que tem relações sexuais uso o preservativo de forma inconsistente, para um mínimo de uma ocorrência de não utilização, até a um máximo de 15 ocorrências. Para ambas as medidas não se verificaram diferenças significativas o nível do sexo, pelo que se considerou homogêneo o comportamento de utilização do preservativo entre homens e mulheres ($t_{(120)} = 1,022$, $p = 0,309$ e $t_{(116)} = 0,077$, $p = 0,939$).

3. Validação do Instrumento

Após a construção do questionário foi realizado um pré-teste com 40 sujeitos, 20 homens e 20 mulheres jovens adultos, estudantes universitários, que permitiu verificar a validade facial dos instrumentos utilizados. Esta medida foi necessária dada a inexistência de escalas semelhantes adaptadas à população portuguesa ou pela inadequação aos objectivos das medidas já adaptadas.

No que respeita aos valores que foram considerados como norteadores da qualidade das escalas, podemos referir que se excluíram as medidas que obtiveram *alphas* de *Cronbach* inferiores a .60, já que para Hill e Hill (2000), abaixo desse valor não se pode considerar que a escala tenha consistência interna. A escolha desta medida estatística prende-se com o tipo de escalas (tipo *Likert*), já que este é o método de análise mais adequado para essas escalas (Golden, Sawick, & Michael, 1989).

Perante valores dessa ordem, procurou-se avaliar heterogeneidade dos itens das escalas, através de uma análise factorial de componentes principais, para observar se a estrutura factorial se manteve ou foi alterada pela sua utilização noutra população.

Auto-divulgação

Relativamente ao pré-teste realizado foi encontrado um *alpha* de *Cronbach* de 0,76, ligeiramente inferior ao verificado pelos autores, no seu estudo inicial ($\alpha = 0,80$).

O valor encontrado levou à inclusão da escala no questionário final. Após a aplicação final dos dados, a escala apresentou um *alpha* de *Cronbach* de 0,72, ligeiramente inferior ao encontrado no pré-teste, mas mantendo a sua fiabilidade original.

Auto-conceito

Os resultados do pré-teste foram muito semelhantes aos encontrados pelos autores das escalas. Verificaram-se correlações positivas entre todos os itens das sub-escalas e observaram-se *alphas* que indicavam uma boa validade facial.

Tabela 2 – Consistência interna das escalas de auto-conceito

	CONTROLO SEXUAL INTERNO	CONTROLO SEXUAL EXTERNO	AUTO-ESTIMA SEXUAL	SATISFAÇÃO SEXUAL	AUTO- ESQUEMATA SEXUAL
ORIGINAL	0,76	0,88	0,88	0,91	0,97
PRÉ-TESTE	0,76	0,86	0,72	0,90	0,75

Após a aplicação final dos questionários, voltou-se a realizar a análise de fiabilidade destas medidas. A escala que medida a Satisfação Sexual obteve uma pontuação de consistência interna muito semelhante ao da escala inicial ($\alpha = 0,93$ vs. original $\alpha = 0,91$), o que também se verificou com a escala de Controlo Sexual Interno ($\alpha = 0,74$ vs. $\alpha = 0,76$) e com a escala de Controlo Sexual Externo ($\alpha = 0,87$ vs. $\alpha = 0,88$).

As maiores diferenças encontradas entre a escala original e a escala traduzida registaram-se ao nível da Auto-Estima Sexual ($\alpha = 0,47$ vs. $\alpha = 0,88$) e com a Auto-

Esquemata Sexual ($\alpha = 0,51$ vs. $\alpha = 0,87$). Apesar dos reduzido número de itens poder estar na origem desta discrepância, para tentar compreender estas diferenças realizaram-se análises factoriais de componentes principais para ambas as sub-escalas.

Para a escala de Auto-Estima, analisaram-se os valores do teste de KMO e da esfericidade de Bartlett. De acordo com os valores de referência de Pereira (2004), o valor do teste KMO sugere uma análise de componentes principais razoável já que se situa entre 0,60 e 0,70 ($KMO = 0,64$). Como no teste de esfericidade se rejeita a hipótese nula, evidenciando-se a correlação entre as variáveis em estudo ($p = 0,000$), prosseguiu-se com a análise em causa. Perante os resultados verificou-se a existência de dois factores distintos, sendo que o primeiro factor se compõe pelos primeiros 4 itens, explicando cerca de 55% da variação encontrada.

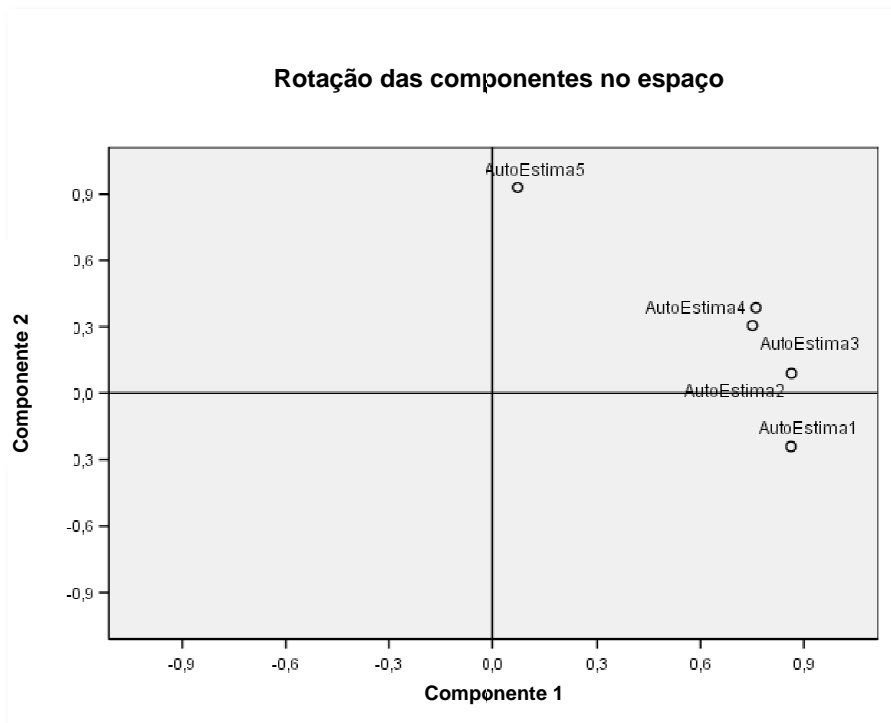


Figura 10 – Componentes Principais da Escala de Auto-Estima

Realizou-se nova análise de consistência interna com os 4 primeiros itens da escala, tendo-se obtido um *alpha* de 0,84, mais semelhante ao *alpha* inicial de 0,88.

A escala de Auto-Esquemata Sexual foi alvo do mesmo procedimento estatístico, tendo-se extraído apenas um factor principal de componentes. Ao observar a tabela referente à matriz de componentes, verificou-se que o item 1 tem uma correlação inferior à de todos os outros itens. Desta forma, optou-se por retirar o primeiro item da escala, obtendo-se assim um *alpha* de 0,90, com maior qualidade e semelhante ao da escala inicial.

Tabela 3 – Matriz das Principais Componentes

	COMPONENTE 1
Item 4	0,923
Item 3	0,910
Item 2	0,864
Item 5	0,825
Item 1	0,342

Atitudes face ao preservativo

O *alpha*, obtido através do pré-teste realizado, indicou uma boa validade facial, com um valor de 0,76. Após a aplicação final dos questionários através análise de fiabilidade observou-se um *alpha* de 0,77, o que confirma uma boa consistência interna.

Custos e Benefícios do Preservativo

Através do pré-teste realizado, encontrou-se o valor de 0,73, referente ao *alpha* de Cronbach encontrado no pré-teste. A segunda análise, com base nos resultados da aplicação final, permitiu observar uma boa consistência interna da escala ($\alpha = 0,72$).

Observou-se então, os valores do teste *KMO* e da esfericidade de *Bartlett*, verificando-se que a análise podia ser realizada ($KMO = 0,82$; $X^2 = 489,81$, $p = 0,000$). A análise das principais componentes, utilizando a rotação *varimax*, permitiu observar

a existência de dois factores principais que, ao todo, explicam cerca de 61% da variância dos resultados obtidos.

No gráfico abaixo, podemos verificar que a primeira componente é definida por 4 itens relativos aos benefícios associados à utilização do preservativo, e a segunda componente observada refere-se aos restantes itens que fazem referência aos custos de utilizar o preservativo.

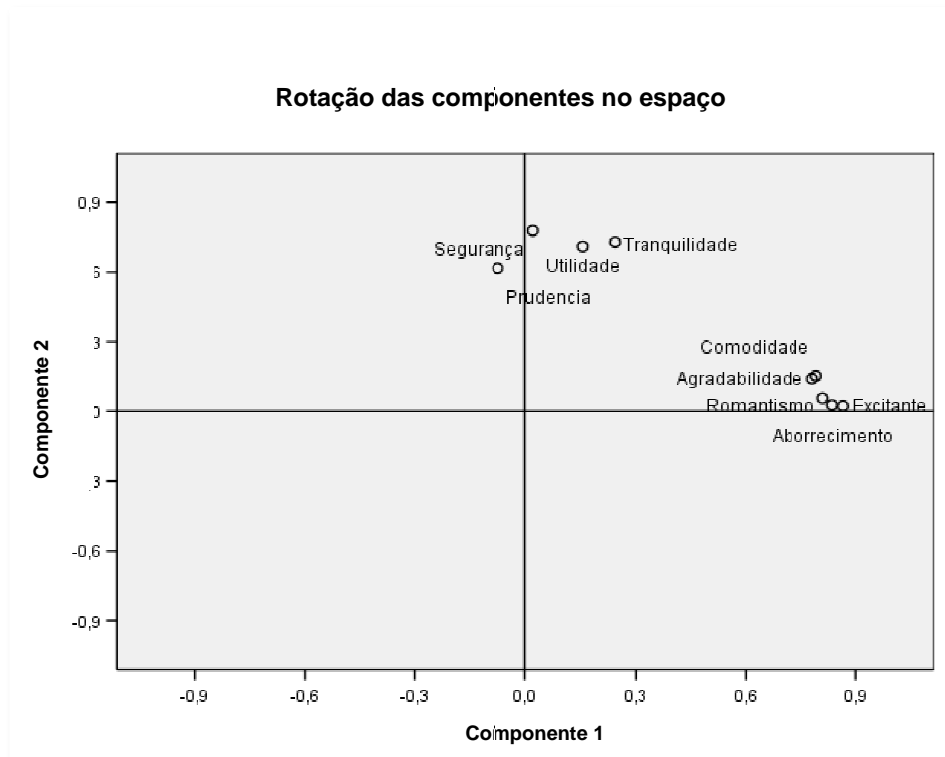


Figura 11 - Componentes principais da escala de custos e benefícios do preservativo

Comunicação com os pais e outros intervenientes

A comunicação com os pais foi avaliada recorrendo-se a diversas medidas. Iniciou-se por fazer uma análise da consistência interna, no pré-teste, como na aplicação final das escalas.

Tabela 4 – Consistência interna das escalas de comunicação com os pais.

	NÚMERO DE ITENS	ORIGINAL	PRÉ-TESTE	APLICAÇÃO FINAL
TEMAS ABORDADOS COM OS PAIS	8	$\alpha = 0,90$	$\alpha = 0,89$	$\alpha = 0,92$
IMPORTÂNCIA DOS INTERVENIENTES	11	-----	$\alpha = 0,73$	$\alpha = 0,72$
UTILIDADE DA INFORMAÇÃO DOS INTERVENIENTES	11	-----	$\alpha = 0,74$	$\alpha = 0,74$
N		165		

Os resultados da consistência interna permitiram a sua utilização neste estudo.

Auto-eficácia

No que concerne à auto-eficácia, esta foi avaliada através de 3 escalas distintas que pretendiam recolher informação relativamente à capacidade para recusar sexo desprotegido, à capacidade para negociar o uso do preservativo e à capacidade para comprar e utilizar um preservativo. Realizou-se uma nova análise da consistência interna para garantir a validade facial das mesmas.

Tabela 5 – Consistência interna das escalas utilizadas para a auto-eficácia.

	NÚMERO DE ITENS	ORIGINAL	PRÉ-TESTE	ALPHA DE CRONBACH
AUTO-EFICÁCIA PARA RECUSAR SEXO DESPROTEGIDO	3	$\alpha = 0,70$	$\alpha = 0,62$	$\alpha = 0,59$
AUTO-EFICÁCIA PARA NEGOCIAR O USO	3	$\alpha = 0,66$	$\alpha = 0,75$	$\alpha = 0,77$
AUTO-EFICÁCIA PARA USAR E COMPRAR PRESERVATIVOS	3	$\alpha = 0,61$	$\alpha = 0,60$	$\alpha = 0,50$
N		165		

Como se pode observar pela tabela acima, apenas a auto-eficácia para negociar sexo tem uma validade aparente que permite a sua utilização. A auto-eficácia para recusar sexo desprotegido encontra-se no limiar de uma consistência interna que se considera adequada para um trabalho de investigação científica. Por ser turno a auto-eficácia para comprar e usar preservativos tem uma consistência interna inferior à aconselhada. Ao contrário das duas outras auto-eficácias que mantêm a sua consistência interna próxima dos valores dos estudos originais ($\alpha = 0,66$ e $\alpha = 0,70$, respectivamente), a auto-eficácia para usar e comprar preservativos afasta-se relativamente do *alpha* de 0,61 obtido pelos autores.

Questiona-se o facto de apenas serem 3 itens, e de conteúdos algo dispares, o que é passível de se compreender pela sua leitura. Como tal, estes itens foram trabalhados e interpretados individualmente (ver Anexo A).

Intimate Relationship Questionnaire

O questionário sobre relações íntimas referia-se a uma medida que media o estilo de comunicação do indivíduo com o seu parceiro, subdividindo-se em 3 estilos: agressivo, não assertivo e assertivo.

Os resultados do pré-teste igualaram os resultados dos estudos do autor: $\alpha = 0,77$ para a sub-escala assertividade; $\alpha = 0,67$ para a agressividade; e $\alpha = 0,71$ para a não-assertividade. Na aplicação final, os resultados variaram ligeiramente, aumentando a consistência da escala de assertividade, cujo valor foi de 0,89; as de agressividade e não-assertividade desceram ligeiramente ($\alpha = 0,62$ e $\alpha = 0,65$, respectivamente).

Percepção de risco

A medida da percepção do próprio risco foi construída para o questionário, tendo sido obtida através de 3 itens. A consistência interna dos respectivos itens verificou-se aquém dos valores considerados ideais para o seu estudo enquanto factor

único ($\alpha = 0,44$). Assim, consideram-se individualmente as afirmações para avaliar as percepções de risco da amostra estudada.

Emoções e Sentimentos

A avaliação da fiabilidade no pré-teste revelou um *alpha* de 0,71, que se mostrou favorável à utilização dos 6 diferenciadores. Após a aplicação geral do instrumento, o nível de consistência interna manteve-se inalterado.

Peso individual na ponderação de utilizar preservativo

Para este medir a forma como os indivíduos percebem o seu peso na tomada de decisão de utilizar o preservativo, quando discutida com o parceiro, realizou-se apenas uma questão, não sendo possível aplicar análises de fiabilidade.

Heurísticas relativas ao HIV

O teste de consistência interna mostrou um *alpha* de *Cronbach* de 0,71 no estudo original, valor igualado pelo pré-teste. Na aplicação final observou-se um *alpha* de *Cronbach* de 0,61. Apesar de ultrapassar marginalmente a barreira considerada aceitável para funcionar como uma escala única, optou-se, pelo tipo de informação, descrever as respostas aos 3 itens separadamente.

Variáveis situacionais: Consumos de álcool, drogas e tabaco

Os consumos de álcool, drogas e tabaco foram analisados individualmente, o que dispensou a realização de medidas de fiabilidade.

4. Análise Univariada das Variáveis

Auto-divulgação

Dada a natureza da escala de auto-divulgação, optou-se por calcular a mediana e moda das respostas fornecidas.

Tabela 6 – Respostas à escala de auto-divulgação.

	QUESTÃO 1	QUESTÃO 2	QUESTÃO 3	QUESTÃO 4	QUESTÃO 5	QUESTÃO 6	QUESTÃO 7
MEDIANA	Fácil	Fácil	Fácil	Fácil	Muito fácil	Fácil	Fácil
MODA	Fácil	Fácil	Fácil	Muito fácil	Muito fácil	Fácil	Fácil
N = 165							

Considerando que os participantes consideraram fácil a divulgação de conteúdos pessoais, prosseguiu-se com a análise de resultados das restantes medidas utilizadas.

Auto-conceito

Agrupando-se os respectivos itens por escala, foi realizado o cálculo de uma média individual. Posteriormente calcularam-se as médias e desvios-padrão da amostra, que se apresentam em seguida.

Tabela 7 – Médias e desvios-padrão para as medidas do auto-conceito sexual.

	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
AUTO-ESTIMA SEXUAL	163	5,35	1,116
AUTO-ESQUEMATA SEXUAL	156	6,71	1,146
CONTROLO SEXUAL INTERNO	159	6,04	0,766
CONTROLO SEXUAL EXTERNO	159	2,15	1,073
SATISFAÇÃO SEXUAL	153	5,20	1,403

Observou-se que os indivíduos detêm uma alta auto-estima sexual bem como uma alta satisfação sexual. A auto-esquemata sexual, que concerne à forma como se percebem enquanto indivíduos sexuais foi a que obteve a média de resposta mais elevada. Relativamente à controlabilidade percebida sobre os acontecimentos sexuais da sua vida, os indivíduos consideram ter um controlo elevado, apesar de existir alguma margem para a sorte, como se pode verificar pela média da controlabilidade externa ($M = 2,15$).

Atitudes face ao preservativo

Foi calculado um valor médio geral para indivíduo e posteriormente para a amostra geral. Os resultados mostraram uma média de 4,98 com um desvio-padrão de 1,00 para a amostra em geral. Este valor, contextualizado numa escala de 7 pontos (quanto maior a pontuação, mais positiva se torna a atitude), mostra uma atitude ligeiramente positiva, face ao preservativo por parte dos participantes.

Custos e Benefícios

Realizou-se a análise das médias para os custos e para os benefícios da amostra.

Tabela 8 – Médias e desvios-padrão dos custos e benefícios

	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
BENEFÍCIOS	148	5,93	1,201
CUSTOS	148	3,34	1,321

Dos valores obtidos, observou-se que os indivíduos percebem mais benefícios do que custos na utilização do preservativo, apesar dos valores não se polarizarem totalmente.

Comunicação com os Pais

Relativamente aos temas abordados com os pais, verificou-se que as médias se diferenciavam de acordo com os temas.

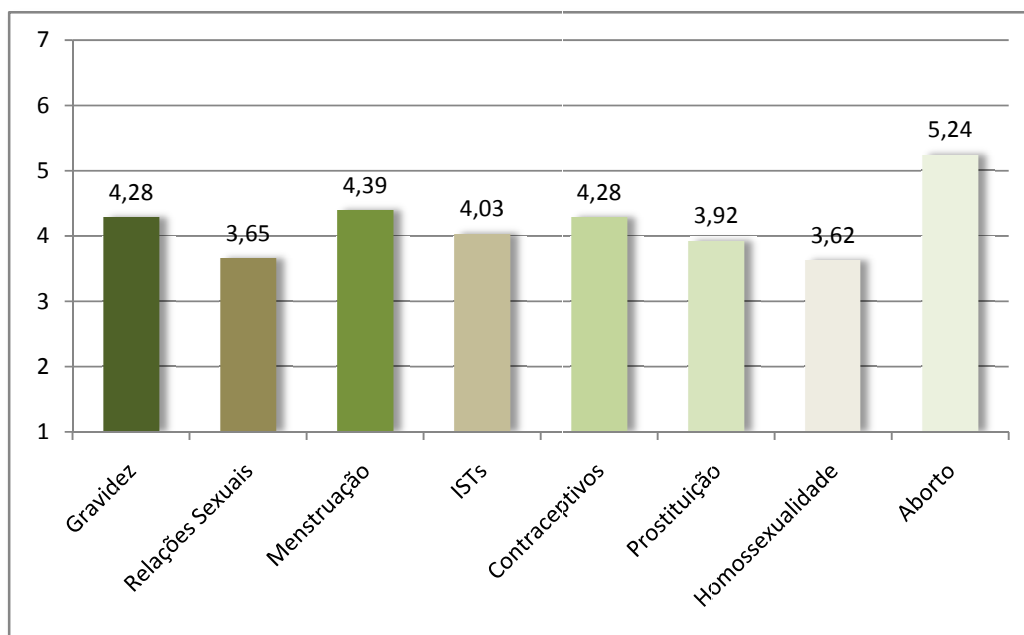


Figura 12 – Médias das respostas aos temas abordados com os pais

Todos os temas foram abordados com os pais, de uma forma em geral, no entanto, a temática do aborto destacou-se das restantes, com uma média de 5,24 ($DP= 1,97$).

No que diz respeito à idade em que começaram a comunicar com os pais sobre aspectos da sexualidade, as idades médias entre homens e mulheres aproximam-se bastante. Os homens apontam os 14,36 anos para a primeira conversa, enquanto as mulheres reportam 14,46 anos. Com base na idade da primeira conversa e da primeira relação sexual, calculou-se, à semelhança do estudo de Clawson e Weber (2003), uma medida referente à adequação da mesma. Desta forma, quando a comunicação com os pais se inicia antes da primeira relação sexual considerou-se que ocorreu “a tempo”; por sua vez, quando ocorreu depois, considerou-se “fora de tempo”.

Tabela 9 – Adequação da comunicação com os pais sobre sexualidade à primeira relação sexual.

ADEQUAÇÃO DA COMUNICAÇÃO	PERCENTAGENS
A TEMPO	50,3%
FORA DE TEMPO	23,0%
NÃO RESPONDEU A UMA DAS DUAS QUESTÕES	26,7%
Total	100%

Neste caso, observou-se que a maioria da amostra iniciou a comunicação antes da primeira relação sexual. No entanto é de notar que para 26,7% dos indivíduos não foi possível fazer o cálculo, por não terem respondido a uma das idades. Fazendo-se a análise da informação em falta, verificou-se que 23 pessoas (13,9%) nunca comunicaram com os pais, pelo que também essas devem ser consideradas fora de tempo.

Perante a questão sobre a classificação da comunicação com os pais 46,1% da amostra classificou-a como sendo satisfatória, 26,7% como sendo insatisfatória e 27,3% como sendo inexistente.

No que concerne à importância e utilidade de variados intervenientes da comunicação, as escalas foram construídas para o efeito, e pretendiam verificar quais os intervenientes que eram percebidos como mais importantes e úteis na comunicação sobre sexualidade.

Orientando a interpretação pela tabela 9 (abaixo), reconhece-se a importância dos amigos na comunicação acerca da sexualidade, nesta amostra de jovens adultos, seguidos de perto pelo parceiro. São também estes os indivíduos que fornecem a informação mais útil. No último lugar encontram-se os psicólogos. Dos elementos familiares a mãe foi considerada como sendo a mais importante e a mais útil, ficando os restantes elementos em pé de igualdade.

Quanto à questão sobre o elemento com o qual estavam mais à vontade para falar sobre sexualidade, os amigos detêm 43% das preferências, o parceiro 30,9% e a mãe com 10,3%. Os restantes 15,6% distribuem-se por outros familiares, técnicos de saúde e psicólogos. De notar que os amigos são considerados os mais úteis, mais importantes e com os quais estão mais à vontade para comunicarem sobre sexualidade.

Tabela 10 – Classificação dos intervenientes: importância e utilidade na comunicação.

INTERVENIENTES	IMPORTÂNCIA ($M \pm DP$)	UTILIDADE ($M \pm DP$)
Mãe	4,47±2,18	4,37±2,14
Pai	3,10±2,00	3,16±2,13
Irmãos	3,11±2,12	3,10±2,13
Outros Familiares	3,06±1,93	3,20±2,16
Amigos	5,54±1,46	5,39±1,51
Técnicos de Saúde (médicos, enfermeiras,...)	3,88±2,11	4,00±2,90
Psicólogos	1,97±1,57	2,25±1,87
Professores	3,15±1,86	3,11±1,91
Parceiro	5,09±1,76	5,05±1,84
Revistas/Livros	4,95±1,57	4,45±1,76
Cinema/Televisão	4,31±1,71	4,06±2,59

Auto-Eficácia

No que respeita às médias da auto-eficácia para recusar sexo desprotegido, pode-se verificar que os indivíduos consideram ser algo capazes de recusar sexo ($M = 5,26 \pm 1,262$). Porém, percebem-se como sendo mais capazes de negociar a utilização do preservativo ($M = 6,46 \pm 0,927$). Relativamente às questões sobre compra e utilização dos preservativos observou-se que os indivíduos, apesar de terem uma auto-eficácia que se pode classificar como alta, para explicar o uso do preservativo ou comprar um, sugerem alguma indecisão na hora de saber se têm preservativos com eles, caso necessitassem de um.

Tabela 11 – Médias e desvio-padrão das escalas de Auto-eficácia.

ITEM	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
EM QUE MEDIDA ACREDITA TER A CERTEZA DE QUE É CAPAZ DE UTILIZAR UM PRESERVATIVO CORRECTAMENTE, OU EXPLICAR A OUTRA PESSOA, COMO UTILIZAR UM?	5,87	1,247
VOCÊ PRECISA DE UM PRESERVATIVO. EM QUE MEDIDA CONSEGUE IR A UMA LOJA, COM BASTANTES CLIENTES, E COMPRAR UM?	5,48	1,666
SE DECIDIR TER RELAÇÕES SEXUAIS, EM QUE MEDIDA TEM A CERTEZA DE TER UM PRESERVATIVO CONSIGO?	4,45	2,017
N = 165		

Intimate Relationship Questionnaire

O questionário sobre relações íntimas referia-se a uma medida que media o estilo de comunicação do indivíduo com o seu parceiro, subdividindo-se em 3 estilos: agressivo, não assertivo e assertivo.

De acordo com as opções da escala, os indivíduos obtinham pontuações em cada um dos estilos, sendo que estes são marcadamente inseridos no estilo assertivo ($M = 6,25$). O estilo não assertivo teve uma média de pontuação geral de 2,01 e, por fim, o estilo assertivo de 1,82. Uma análise individualizada de todos os sujeitos do estudo demonstrou que, para todos, o principal traço era o assertivo, não havendo possibilidade de comparação com os restantes estilos.

Percepção de risco

Das questões realizadas, as duas primeiras faziam referência à possibilidade de terem alguma infecção sexualmente transmissível. No entanto, enquanto a primeira fazia referência à possibilidade dessa transmissão ser realizada por um parceiro, a segunda não discrimina a fonte da contaminação. Veja-se a seguinte tabela.

Tabela 12 – Médias e desvio-padrão às respostas da Percepção de Risco.

ITEM	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
CONSIDERA QUE HÁ POSSIBILIDADES DE ALGUM DOS SEUS PARCEIROS LHE TER TRANSMITIDO ALGUMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL?	1,63	1,108
ACREDITA QUE TEM POSSIBILIDADES DE CONTRAIR UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL COMO O VIH/SIDA?	2,49	1,408
TEM POR HÁBITO QUESTIONAR OS SEUS PARCEIROS QUANTO À SUA VIDA SEXUAL ANTERIOR?	4,21	1,910
N = 163		

Observou-se que quando se foca a possibilidade de algum dos parceiros ter transmitido uma infecção sexualmente transmissível a percepção é quase nula, já que o valor se encontra muito próximo do extremo da nenhuma possibilidade. Por outro lado, perante a possibilidade de uma contaminação essa percepção aumenta ligeiramente. A terceira afirmação incluída, concerne ao conhecimento da história sexual dos parceiros com quem se relacionam. Neste caso, os indivíduos parecem ter uma maior necessidade de conhecer esse percurso, já que a média se situa, muito ligeiramente, acima do ponto médio da escala.

Emoções e Sentimentos

Como incidia sobre questões que apenas as pessoas que já tenham tido relações sexuais poderiam responder, considerou-se apenas essa sub-amostra (N=141).

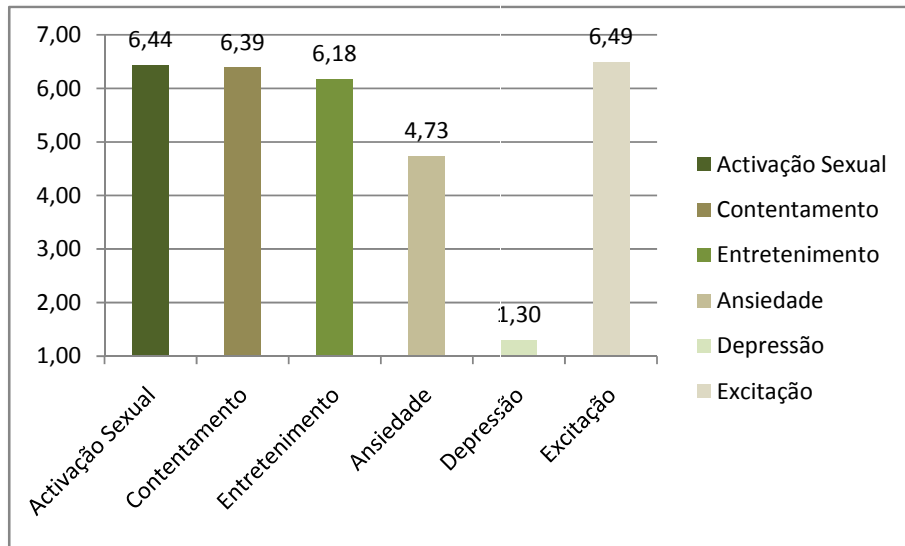


Figura 13 – Médias de resposta por emoções experimentadas no momento do acto sexual

Observou-se, portanto, que há um registo de excitação e activação sexual, bem como de contentamento e entretenimento. Verificou-se que a ansiedade, em média os indivíduos registam alguma ansiedade e que não se encontram deprimidos no acto sexual.

Peso individual na ponderação de utilizar preservativo

Para este medir a forma como os indivíduos percebem o seu peso na tomada de decisão de utilizar o preservativo, quando discutida com o parceiro, realizou-se apenas uma questão. Para a análise das repostas elaborou-se o seguinte gráfico de percentagens.

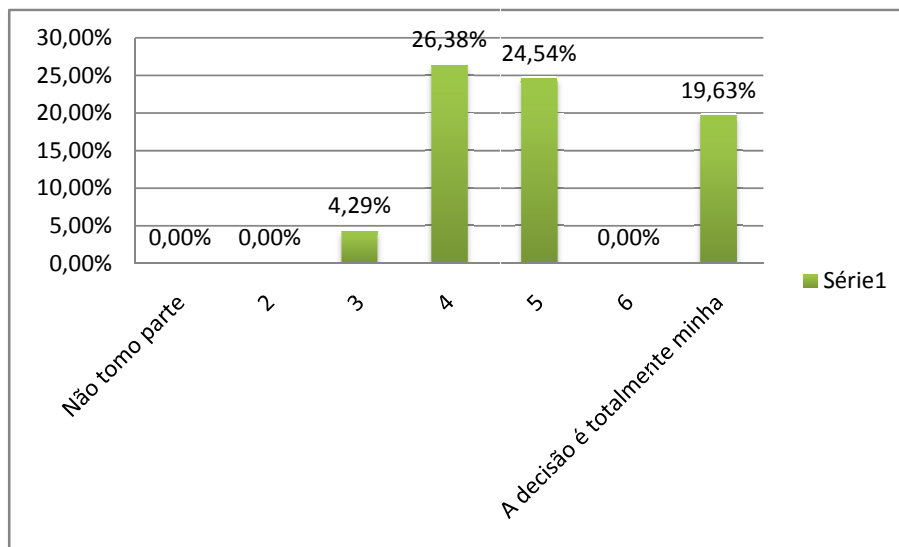


Figura 14 – Peso na decisão de usar um preservativo

Analisando as respostas obtidas 52,21% dos indivíduos situam-se na zona intermédia da escala, o que demonstra alguma divisão equitativa no momento da decisão da utilização do preservativo, entre os indivíduos e respectivos parceiros sexuais. A restante amostra classifica a sua posição como tendo mais peso na decisão de usar preservativo, do que o parceiro.

Heurísticas relativas ao HIV

Os resultados mostraram que os indivíduos não acreditam nas heurísticas referidas no questionário, já que as médias variam entre $1,87 \pm 1,425$ (Se amo e confio em alguém, então não tenho que me preocupar com infectar-me com HIV), $1,47 \pm 1,088$ (Podemos dizer se alguém tem HIV pelo seu aspecto físico) e $1,38 \pm 1,179$ (Só quem consome drogas, ou é homossexual, é que tem, de facto, de se preocupar com o HIV). No entanto, e considerando o teor de cada uma, os valores ligeiramente positivos, e os desvios-padrão encontrados, demonstrou-se alguma variação nas respostas ao longo da amostra. Destas, pôde-se observar uma maior aceitação da primeira heurística que faz alusão à não necessidade de se preocuparem com

infecções sexualmente transmissíveis quando amam ou confiam nas pessoas com quem se relacionam sexualmente. Esta tendência é mais notória quando se observam as frequências relativas das respostas fornecidas: 36,8% dos indivíduos assinalaram outras opções, para além do «totalmente falso» na primeira heurística; 21,8% assinalaram outras opções na segunda heurística, e apenas 12,6% assinalaram outras opções que não «totalmente falso» na terceira heurística.

Variáveis situacionais: Consumos de álcool, drogas e tabaco

Analisaram-se os consumos de substâncias aditivas de três teores diferentes (álcool, tabaco e drogas) em três situações distintas (diariamente, socialmente ou para descontração).

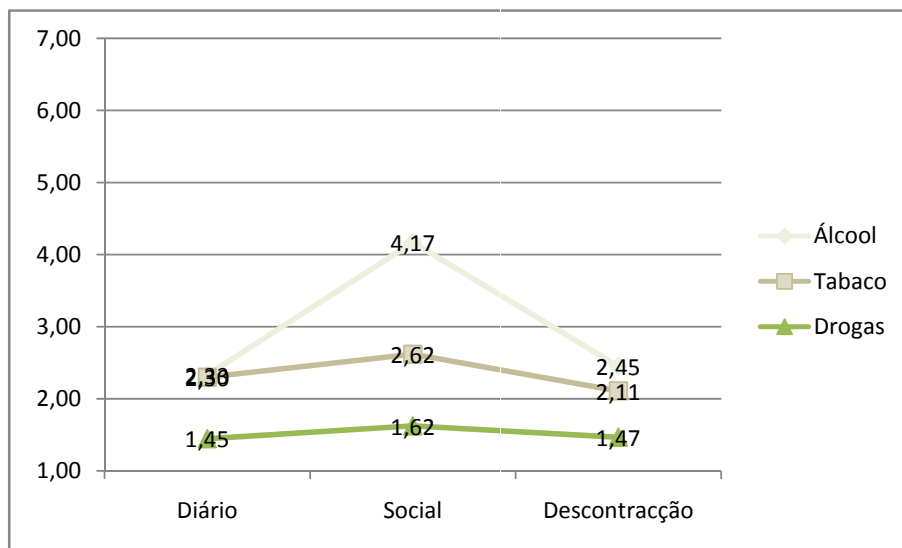


Figura 15 – Médias dos consumos por diferentes momentos de consumo.

Pela observação do gráfico verificou-se que o álcool é a substância mais consumida, independentemente da ocasião, atingindo o seu pico máximo nos momentos sociais. As drogas são as substâncias menos consumidas. Não se tratando de um questionário sobre estilos de vida ou consumos aditivos não se discriminou os

tipos de drogas, já que todas promovem uma alteração, maior ou menor, do estado de consciência. O tabaco tem um consumo semelhante nos três momentos medidos.

5. Análise comparativa entre grupos: sexo e de risco

Após esta análise descritiva de todos os dados recolhidos, realizou-se uma análise das respostas fornecidas pelos indivíduos sobre a utilização do preservativo, dividindo-se a amostra em três (3) sub-grupos de risco. Para tal, utilizaram-se as respostas fornecidas à utilização do preservativo nos últimos 6 e no último mês e os resultados da questão “Costuma utilizar preservativo nas suas relações sexuais?”.

Desta forma, os indivíduos que tivessem respondido que utilizavam sempre preservativo, nas 3 questões enunciadas, classificaram-se como sendo um grupo de sem risco; os indivíduos que tenham demonstrado uma utilização inconsistente ao longo das 3 questões (valores 3 a 5 na escala tipo *Likert* e situações de não utilização do preservativo nas restantes questões) consideraram-se como pertencendo um grupo de risco médio; finalmente, os indivíduos que tivessem reportado uma utilização nula, ao longo do tempo, do preservativo (valores 1 a 2 na escala tipo *Likert* e situações de a sua não utilização no último mês e nos últimos 6 meses) eram considerados um grupo de alto risco.

Para operacionalizar esta opção, recodificaram-se todas as variáveis de acordo com o nível de risco, realizando-se em seguida, a média. Naqueles indivíduos cujos resultados não resultassem num resultado inteiro, arredondou-se à unidade para facilitar a análise.

Mais uma vez, apenas se consideraram para esta análise indivíduos que tenham tido qualquer tipo de contacto sexual, pelo que o *N* da amostra reduziu-se a 141 para esta análise, dos quais 65 pertencem ao grupo sem risco, 42 ao grupo de médio risco e 33 indivíduos ao grupo de alto risco.

As análises de comparação de médias foram realizadas recorrendo ao teste estatístico ANOVA com a utilização de *post hoc* (Teste de *Bonferroni*) que permite uma análise posterior de comparação múltipla entre grupos independentes.

Para a comparação entre sexos, utilizou-se o teste *T* de *Student* para realizar a comparação entre médias das respostas fornecidas pelos homens e pelas mulheres da amostra de 141 indivíduos.

Auto-divulgação

Relativamente à auto divulgação, ou seja, à capacidade dos indivíduos divulgarem informação íntima, verificou-se que o nível de risco tem um efeito nesta variável ($F = 3,104$, $p = 0,048$). Este efeito, de acordo com o teste de *Bonferroni*, verifica-se entre o grupo Sem Risco ($M = 2,13$) e o grupo de Alto Risco ($M = 1,78$).

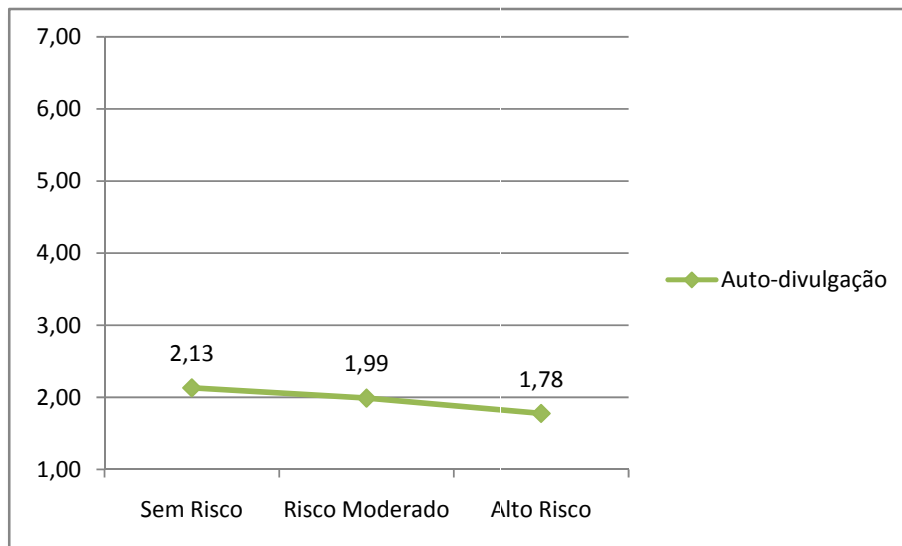


Figura 16 – Médias da auto-divulgação pelo nível de risco.

O gráfico ilustra as diferenças entre os grupos, observando-se que os indivíduos que correm mais riscos estão mais à vontade para fornecer informação relativa à sua vida sexual. Apesar de a diferença ser apenas significativa entre os

grupos extremos, pôde-se verificar uma favorabilidade para a auto-divulgação, há medida que a tendência para o risco aumentou.

Não se encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres.

Auto-conceito

O auto-conceito considerado incluía cinco sub-escalas distintas, a Auto-Estima, a Auto-Esquemata Sexual, a Satisfação Sexual, o Controlo Interno da Sexualidade e o Controlo Externo da Sexualidade. Para qualquer uma destas escalas, os resultados do teste ANOVA não evidenciaram diferenças significativas entre os três grupos de risco, como se demonstra na tabela seguinte.

Tabela 13 – Efeito do nível de risco (ANOVA) nas escalas do auto-conceito Sexual

ESCALA	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA(P.)
AUTO-ESTIMA	1,162	0,401
AUTO-ESQUEMATA	0,711	0,493
SATISFAÇÃO SEXUAL	1,836	0,163
CONTROLO INTERNO	0,542	0,583
CONTROLO EXTERNO	0,597	0,552

No entanto, relativamente às diferenças entre sexos, o Controlo Externo da Sexualidade apresentava diferenças estatisticamente significativas entre as médias de respostas fornecidas. Os homens acreditavam que a sua sexualidade se devia mais a factores do acaso ($M = 2,53$) do que as mulheres ($M = 1,95$). Estas diferenças foram consideradas muito significativas de acordo com o teste *T* de *Student* ($t_{(83,807)} = 2,969$, $p = 0,004$).

Atitudes face ao preservativo

No que concerne aos homens e mulheres, foram encontradas diferenças significativas entre as respostas dos mesmos ($t_{(97,115)} = -2,906$, $p = 0,005$). Nesta

situação particular, os homens parecem ter uma atitude menos favorável face ao preservativo comparativamente com as mulheres. As médias de 4,55 para os homens e de 5,06 para as mulheres reflectem essa diferença.

Pôde-se observar, também, um efeito do nível de risco na atitude face ao preservativo ($F = 19,134$, $p = 0,000$). Utilizando o teste de comparações múltiplas de *Bonferroni* observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias de resposta de dois dos três grupos de análise.

Tabela 14 – Teste de comparações múltiplas (*Bonferroni*) da atitude pelo nível de risco.

GRUPO		DIFERENÇA DE MÉDIAS	SIGNIFICÂNCIA
SEM RISCO	Risco Moderado	0,65	0,002*
	Alto Risco	1,16	0,002*
RISCO MODERADO	Sem Risco	-0,65	0,002*
	Alto Risco	0,51	0,052
ALTO RISCO	Sem Risco	-1,16	0,000*
	Risco Moderado	-0,51	0,052

Observando-se a tabela, verificou-se que o grupo Sem Risco apresenta diferenças significativas quando comparadas as médias de resposta com os restantes grupos. Quanto ao grupo de Risco Moderado, este demonstrou estar muito perto do nível de significância mínimo considerado, no entanto não cumpriu os requisitos para se considerar significativo.

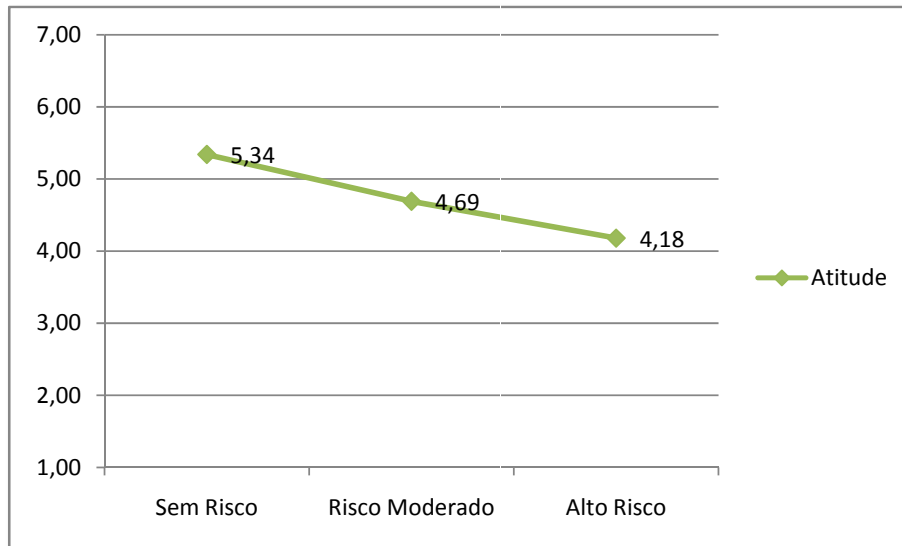


Figura 17 - Médias da Atitude pelo Nível de Risco da amostra

Pela análise do gráfico observou-se que os indivíduos que correm menos riscos ao nível da sua sexualidade têm uma atitude mais favorável face ao preservativo ($M = 5,34$) do que o grupo de Risco Moderado ($M = 4,69$) e do que o grupo de Alto Risco ($M = 4,18$). Este último grupo é também o que tem a média de respostas mais baixa dos três grupos.

Custos e Benefícios do Preservativo

Apesar de não se terem verificado diferenças, ao nível do sexo, para a percepção de custos e benefícios para o uso do preservativo, no que concerne aos grupos de risco, o teste ANOVA evidenciou um efeito do risco nas respostas dos indivíduos.

Tabela 15 – Efeito do nível de risco (ANOVA) sobre os custos e benefícios do preservativo.

	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA (P)
CUSTOS	9,720	0,000
BENEFÍCIOS	11,572	0,000

Ao examinarem-se os dados referentes ao teste de comparações múltiplas de *Bonferroni* observou-se apenas existem diferenças entre o grupo de Alto Risco e os restantes grupos (Sem Risco e Risco Moderado), que por sua vez não apresentam diferenças entre si, nas médias das respostas. Esta tendência foi observada tanto na componente dos custos e na componente dos benefícios.

Tabela 16 - Teste de comparações múltiplas, (*Bonferroni*), pelo nível de risco para os custos.

GRUPO		DIFERENÇA DE MÉDIAS	SIGNIFICÂNCIA (P)
Alto Risco	Sem Risco	-1,18	0,000*
	Risco Moderado	-0,83	0,017*

Quanto à avaliação dos custos percebidos na utilização dos preservativos, notou-se que os indivíduos do grupo de Alto Risco evidenciam uma percepção de custos maior ($M = 2,47$) do que os indivíduos pertencentes aos grupos de Risco Moderado ($M = 3,30$) e Sem Risco ($M = 3,64$). De acordo com os valores das médias de resposta por grupo de risco, quanto maior o risco, maior a percepção de custos na utilização do preservativo. É aconselhável ter em atenção a leitura dos dados face aos custos, já que quanto menor a média, maior era a percepção dos custos.

No factor dos benefícios o teste de *Bonferroni* evidenciou uma diferença significativa entre o grupo de Alto Risco e os restantes grupos, sem se verificar diferenças significativas nas médias de resposta entre o grupo de Risco Moderado e o grupo Sem Risco.

Tabela 17 - Teste de comparações múltiplas (*Bonferroni*), pelo nível de risco para os benefícios.

GRUPO		DIFERENÇA DE MÉDIAS	SIGNIFICÂNCIA (P)
Alto Risco	Sem Risco	-1,06	0,000
	Risco Moderado	-0,99	0,000

Relativamente às médias de resposta observou-se que o grupo Sem Risco percepção maiores benefícios na utilização do preservativo ($M = 6,20$). Ligeiramente inferior e com uma diferença não significativa posicionou-se o grupo de Risco Moderado que apresentava uma média de resposta de 6,13. Por fim, verificou-se que a média de resposta mais baixa correspondia ao grupo de Alto Risco, na ordem dos 5,14.

A figura abaixo ilustra o gráfico das médias, tanto para a percepção dos custos como dos benefícios, para os três níveis de risco.

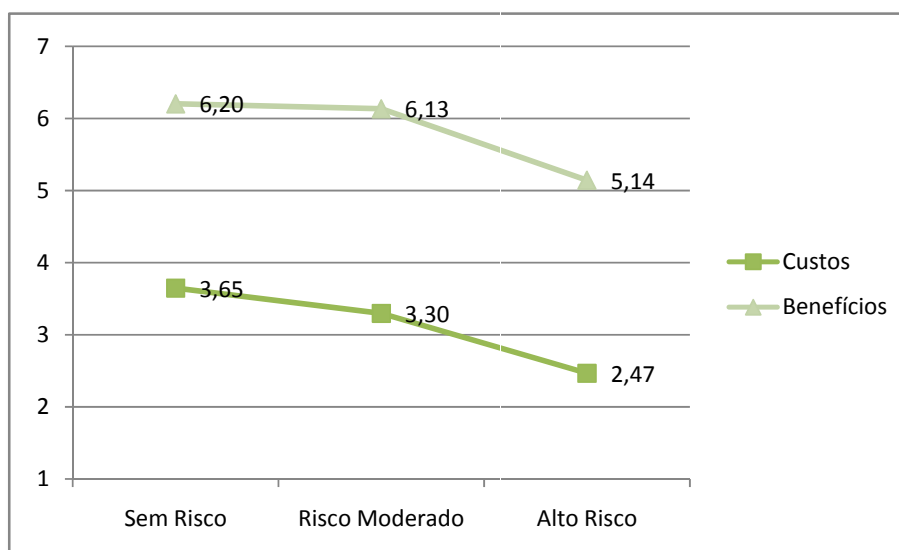


Figura 18 - Médias das respostas dos custos e dos benefícios pelo nível de risco

Legenda: 1 – Menos custos associados; 7 – Mais custos associados

1 – Mais benefícios associados; 7 – Menos benefícios

Numa observação global dos dados, compreendeu-se a tendência de os indivíduos do grupo de Alto Risco percepcionarem menos benefícios e também mais custos na utilização do preservativo, do que os outros dois grupos de risco.

Comunicação com os pais e outros intervenientes

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de risco, no que concerne aos temas abordados com os pais, nem ao nível da idade em que se iniciou a comunicação com os mesmos.

Já no campo das diferenças entre sexos, as diferenças entre médias de respostas, foram mais significativas.

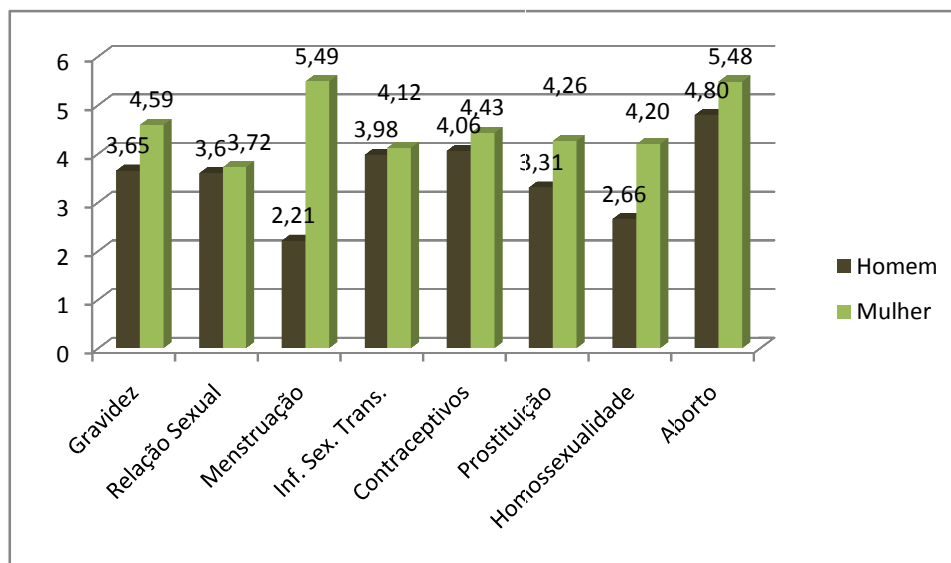


Figura 19 - Médias das respostas dos temas abordados pelo sexo

O gráfico ilustra as diferenças patentes entre homens e mulheres, ao nível da comunicação: as mulheres apresentaram uma média de comunicação superior aos homens, em qualquer temática. No entanto, apenas se encontraram diferenças significativas na abordagem da gravidez, da menstruação, da prostituição e da homossexualidade. Observe-se a seguinte tabela.

Tabela 18 – Teste T de *Student* para os temas de comunicação, por sexos.

TEMA	HOMENS (MÉDIA)	MULHERES (MÉDIA)	<i>t</i>	<i>p</i>
GRAVIDEZ	3,65	4,59	-2,885	0,005
MENSTRUACÃO	2,21	5,49	-10,761	0,000
PROSTITUIÇÃO	3,31	4,26	-2,668	0,009
HOMOSSEXUALIDADE	2,66	4,20	-4,409	0,000

Observou-se, portanto, que as mulheres falaram mais com os pais sobre estes temas, do que os homens.

Relativamente à importância dos intervenientes com os quais falaram sobre questões referentes à sexualidade, existiam várias hipóteses, porém apenas se encontraram diferenças ao nível da comunicação com a Mãe ($t_{(139)} = -2,698$, $p = 0,008$), com Técnicos de Saúde ($t_{(138)} = -4,940$, $p = 0,000$) e com Professores ($t_{(137)} = -2,892$, $p = 0,004$).

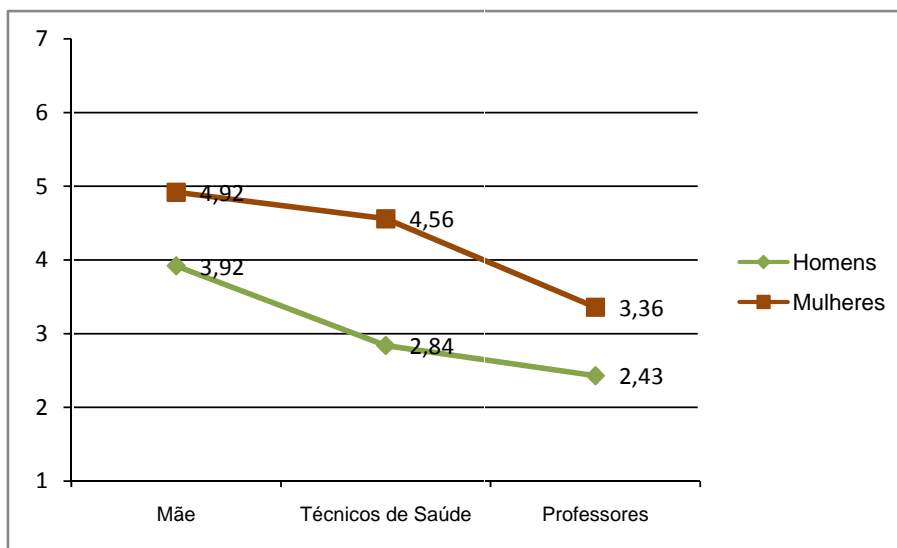


Figura 20 - Médias de resposta da importância dos intervenientes na comunicação sobre sexualidade, por sexo.

O gráfico fornece a indicação relativa às médias encontradas, o que sugere que as mulheres dão mais importância a qualquer um dos três intervenientes.

Apesar de se ter medido a importância optou-se, similarmente, por medir a utilidade da comunicação com cada um dos intervenientes que, entre homens e mulheres evidenciou diferenças ao nível dos Técnicos de Saúde ($t_{(136)} = -4,907$, $p = 0,000$) e dos Professores ($t_{(116,01)} = -3,386$, $p = 0,001$).

No que concerne aos Técnicos de Saúde, os homens valorizaram menos a sua utilidade do que as mulheres ($M = 2,84$ e $M = 4,70$, respectivamente). A mesma tendência foi verificada para a utilidade dos Professores ($M_{(homens)} = 2,38$ e $M_{(mulheres)} = 3,42$).

Não foram encontradas diferenças entre sexos nem entre grupos de risco, relativamente ao tempo em que se iniciou a comunicação (idade e *tempo*) nem relativamente à pessoa com a qual estão mais à vontade para comunicar.

Auto-eficácia

No que concerne à auto-eficácia, seja para recusar sexo desprotegido, como para negociar a utilização do preservativo, verificou-se a existência de um efeito do nível de risco, nestas medidas. Relativamente à terceira sub-escala, o seu tratamento item a item, evidenciou um efeito significativo apenas no último item da escala.

Tabela 19 - Efeito do nível de risco (ANOVA) sobre as escalas referentes à auto-eficácia.

ESCALA/ITENS	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA (P)
AUTO-EFICÁCIA PARA RECUSAR	4,85	0,009
AUTO-EFICÁCIA PARA NEGOCIAR	4,00	0,021
SE DECIDIR TER RELAÇÕES SEXUAIS, EM QUE MEDIDA TEM A CERTEZA DE TER UM PRESERVATIVO CONSIGO?	13,490	0,000

Quanto às diferenças significativas entre as médias de resposta entre os três grupos, o teste de *Bonferroni* de Comparações Múltiplas entre Grupos mostrou que apenas existem diferenças significativas entre as médias de resposta do grupo Sem Risco ($M = 5,46$) e do grupo Alto Risco ($M = 4,71$), tanto para a auto-eficácia para a recusa de sexo desprotegido como para a negociação do uso do preservativo. O grupo de risco médio ($M = 4,96$) não difere significativamente do grupo sem risco e do grupo de alto risco.

No que concerne ao item da escala do uso, existem diferenças entre o grupo de Alto Risco ($M = 3,26$) e os restantes grupos ($M_{[\text{Sem Risco}]} = 5,27$ e $M_{[\text{Risco Moderado}]} = 4,51$).

O gráfico abaixo representa as médias das respostas às escalas de auto-eficácia, verificando-se que esta é tanto menor, quanto mais risco os indivíduos correm, sendo que o grupo de Alto Risco documentou uma menor auto-eficácia, em geral, para a utilização do preservativo.

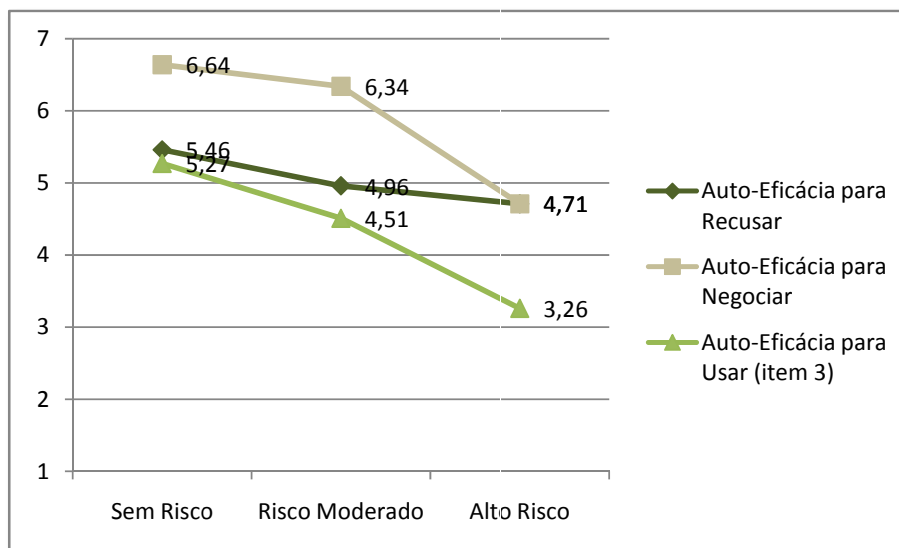


Figura 21 – Médias de resposta às escalas de auto-eficácia.

Relativamente às diferenças entre sexos, homens e mulheres apresentaram-se como tendo diferenças significativas ao nível das três auto-eficácias medidas no questionário.

Tabela 20 – Teste T de Student para as respostas à auto-eficácia, por sexo.

ESCALA/ITENS	HOMENS	MULHERES	T	P
AUTO-EFICÁCIA PARA RECUSAR	4,24	5,60	-7,117	0,000
AUTO-EFICÁCIA PARA NEGOCIAR	6,18	6,57	-2,353	0,020
SE DECIDIR TER RELAÇÕES SEXUAIS, EM QUE MEDIDA TEM A CERTEZA DE TER UM PRESERVATIVO CONSIGO?	5,34	4,19	3,423	0,001

Observou-se que os homens têm menos auto-eficácia para recusar e negociar, enquanto as mulheres, apesar de valores mais elevados nesses tipos de auto-eficácia, parecem ter menos certeza de ter um preservativo consigo.

Percepção de risco

Relativamente ao efeito do grupo de risco sobre a percepção do risco, não se encontraram diferenças significativas entre as médias de resposta. Da mesma forma, não se registaram diferenças significativas entre sexos.

Emoções e Sentimentos

No que concerne às emoções sentidas no momento da relação sexual, para as consideradas para a escala (activação sexual; contentamento; entretenimento; ansiedade; depressão; e excitação), não foi detectado um efeito do nível de risco nem do sexo, nas médias de respostas fornecidas.

Peso na ponderação de utilizar preservativo

Relativamente ao peso na ponderação de utilizar preservativo, verificou-se a existência de um efeito do nível de risco sobre esta medida ($F = 6,856$, $p = 0,001$). O teste *post hoc* de *Bonferroni* demonstrou a existência de diferenças nas médias de resposta entre os grupos Sem Risco e Risco Moderado, e também entre os grupos Sem Risco e Alto Risco, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de Risco Moderado e Alto Risco. O gráfico abaixo permite uma melhor observação das médias de resposta pelo nível de risco.

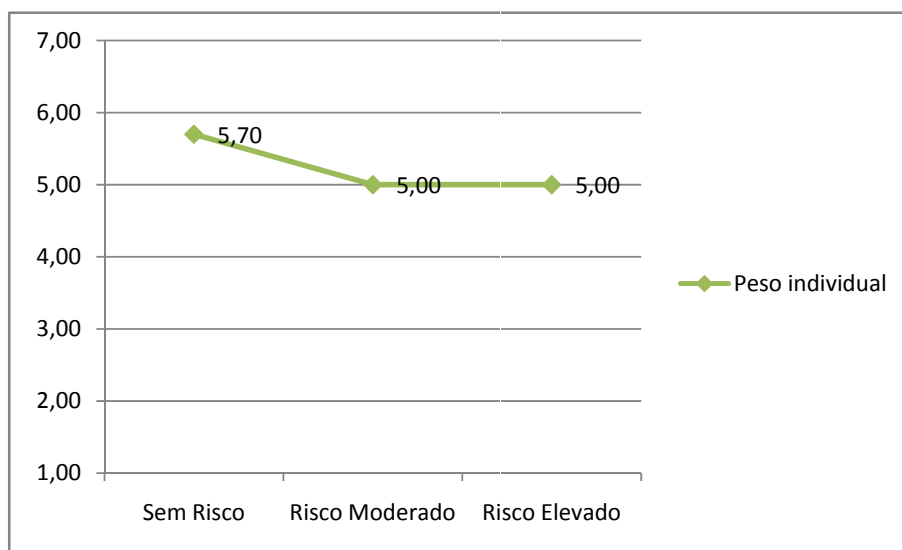


Figura 22 – Médias de resposta ao peso individual no uso do preservativo, por nível de risco.

De acordo com o gráfico e com os resultados do teste de comparações múltiplas o grupo Sem Risco reportou ter um maior peso na decisão de utilizar o preservativo do que os restantes níveis de risco.

No que concerne às diferenças entre sexos, não se encontraram valores significativos.

Heurísticas relativas ao HIV

Não se encontrou um efeito do nível de risco nas médias de resposta às heurísticas referentes ao *HIV*. No entanto, a primeira heurística, que fazia referência à questão de amar e confiar na pessoa com quem se está, sendo desnecessário o uso do preservativo nessa situação, obteve diferenças significativas entre homens e mulheres.

Nesta situação, os homens obtiveram uma média de resposta mais elevada do que as mulheres ($M = 2,34$ e $M = 1,69$, respectivamente) o que se considerou significativo de acordo com o teste *T* de *Student* ($t_{(84,379)} = 2,367$, $p = 0,020$).

Variáveis situacionais: Consumos de álcool, drogas e tabaco

Após uma análise univariada a todos os consumos, pelas diferentes situações de consumo, verificou-se que apenas existe um efeito do nível de risco no consumo de álcool, tanto em situações sociais e para descontração.

Tabela 21 – Efeito do nível de risco (ANOVA) sobre o consumo de álcool

ESCALA	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA (p)
ÁLCOOL – CONSUMO SOCIAL	3,132	0,047
ÁLCOOL – CONSUMO PARA DESCONTRACÇÃO	4,276	0,016

Relativamente ao consumo de álcool em contextos sociais o seguinte gráfico elucida quanto às médias de resposta à questão enunciada.

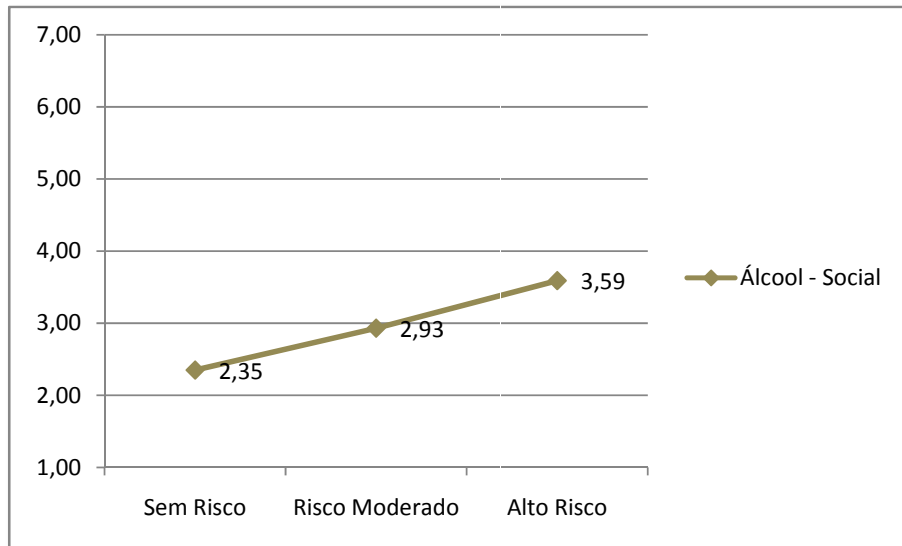


Figura 23 – Médias de resposta ao consumo de álcool em situações sociais

De acordo com os valores, o grupo de Alto Risco consome mais álcool numa situação social do que o grupo de Risco Moderado e Sem Risco. No entanto, as diferenças significativas, encontradas através do teste de comparações múltiplas, apenas se registaram entre o grupo Sem Risco e o Grupo de Alto Risco.

Foi verificada exactamente a mesma situação para o consumo de álcool em situações de descontração, incluindo o teste de comparações múltiplas.

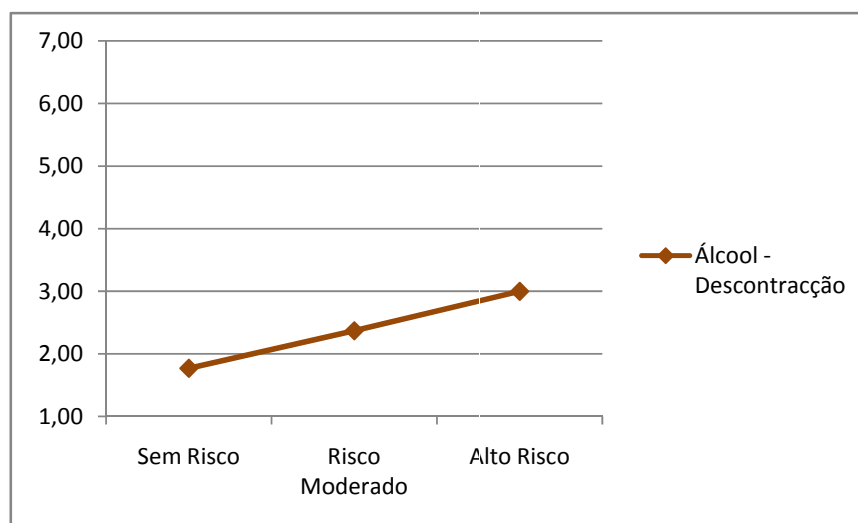


Figura 24 – Médias de resposta ao consumo de álcool para descontração

Igualmente, neste tipo de consumo, o grupo de Alto Risco foi o que reportou maior consumo de álcool, sendo as diferenças entre médias estatisticamente significativas apenas quando comparado com o grupo Sem Risco.

Para os dois sexos, verificaram-se diferenças ao nível do consumo diário, social e para descontração, de tabaco e drogas.

Tabela 22 – Teste T de *Student* para consumos, por sexos

ESCALA	HOMENS	MULHERES	<i>t</i>	<i>p</i>
TABACO – CONSUMO DIÁRIO	3,04	2,08	3,789	0,000
DROGAS – CONSUMO DIÁRIO	1,92	1,25	3,083	0,002
TABACO – CONSUMO SOCIAL	5,06	3,97	3,520	0,001
DROGAS – CONSUMO SOCIAL	2,40	1,36	3,842	0,000
TABACO – CONSUMO PARA DESCONTRACÇÃO	3,12	2,15	3,153	0,002
DROGAS – CONSUMO PARA DESCONTRACÇÃO	1,96	1,26	3,025	0,003

De acordo com os dados encontrados, observou-se que os homens consomem mais qualquer substância, e em qualquer situação, do que as mulheres, excepto no que toca ao consumo de álcool, onde não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos.

6. Análise Exploratória do Modelo Teórico

Para se poderem confirmar/infirmar as hipóteses enunciadas relativamente à testagem do modelo, foi realizada uma análise exploratória através de regressões lineares múltiplas, utilizando o SPSS v.15.0. De forma a tornar a leitura dos resultados mais simples, realizou-se a organização dos mesmos pelas variáveis. Deve ainda ser referido que foram eliminados da amostra, para esta análise, os indivíduos que nunca tenham tido relações sexuais, ficando a amostra reduzida a 141 elementos.

Variáveis socio-demográficas

Em primeiro procurou-se verificar como as variáveis sócio-demográficas explicam as restantes variáveis consideradas no modelo.

Como já foi referido nos instrumentos recolheram-se dados relativamente à idade dos participantes, ao sexo, à ocupação (se apenas estudam ou se são trabalhadores estudantes), religião e grau de religiosidade, orientação política, habitação prevalente, habilitações literárias do pai e da mãe, tendo-se ainda controlado a fratria.

Para se poderem realizar as análises exploratórias através da regressão linear múltipla, algumas variáveis tiveram que ser recodificadas de forma a tornarem-se binomiais. Como tal, a habitação subdividiu-se em «habita com os pais» e «não habita com os pais», a orientação política passou a considerar-se «sem orientação política» e com «orientação política» dado que a maioria não registava uma polarização política, tendo-se realizado o mesmo com a religião.

A análise foi realizada, utilizando o procedimento *Stepwise* que opta por construir os modelos explicativos mais significativos para as regressões pedidas. Os resultados demonstraram que as questões sócio-demográficas têm um peso relativo, mas significativo, na explicação de muitas das variáveis consideradas.

Tabela 23 – Regressões das intrapessoais explicadas pelas socio-demográficas

		R^2	β	F	p
Comportamento anterior do uso do preservativo	Ocupação	6,1%	0,247	7,425	0,007
Atitude	Grau de religiosidade	13,4%	0,314	8,067	0,001
	Habitação prevalecte		0,253		
Percepção de risco (1)	Religião	4,4%	0,210	5,277	0,023
Emoção: Contentamento	Habitação prevalecte	7,1%	0,213	4,003	0,021
	Grau de religiosidade		0,148		
Emoção: Excitação	Grau de religiosidade	7,0%	0,256	8,131	0,005
Heurística (1)	Sexo	5,3%	-0,230	6,369	0,013
Heurística (2)	Religião	5,5%	0,235	6,684	0,011
Heurística (3)	Habilitações mãe	3,5%	0,187	4,114	0,045
AE: recusa de sexo	Sexo	30,5%	0,432	16,234	0,000
	Ocupação		0,179		
	Religião		-0,169		
AE: negociação	Ocupação	11,1%	0,197	6,863	0,002
	Habitação		0,234		
AE: Uso	Sexo	8,7%	-0,295	10,856	0,001
Causalidade externa	Sexo	6,1%	-0,246	7,049	0,009
Satisfação sexual	Religião	4,4%	-0,209	5,031	0,027
Benefícios	Ocupação	7,8%	0,279	8,688	0,004
Intenção de uso	Ocupação	7,3%	0,269	8,764	0,004

A regressão linear múltipla resultou numa variância do comportamento anterior do uso do preservativo de 6,1% explicada pela variável socio-demográfica ocupação. A correlação positiva evidenciou que o uso do preservativo se verificou mais em indivíduos que não trabalham (1- Trabalhador e estudante; 2- Estudante).

No que concerne à atitude face ao preservativo, esta foi explicada em 13,4% pelo grau de religiosidade e pela habitação prevalente. Os respectivos *betas* indicam que, quanto mais religiosos os indivíduos, melhor era a atitude face ao preservativo, sendo também mais positiva para os indivíduos que vivem sem os pais.

As regressões lineares relativas à percepção de risco apenas tiveram resultados significativos para a primeira premissa que pretendia avaliar este construto. A resposta à mesma foi explicada em 4,4% pela religião. A leitura da correlação entre as duas variáveis sugere que quando os indivíduos assinalaram não ter religião, tinham uma maior percepção de risco.

No que concerne às emoções sentidas no momento do acto sexual, apenas se encontraram regressões lineares múltiplas significativas no contentamento e na excitação. A primeira emoção, contentamento, pode ser explicada pelo conjunto da habitação prevalente e pelo grau de religiosidade. Indiciam que os indivíduos que já não habitam com os pais e que são mais religiosos sentem mais contentamento na relação sexual. A excitação apenas foi explicada pela religiosidade no sentido em que os indivíduos mais religiosos denotavam maior excitação.

Quanto às heurísticas relativas ao *HIV*, a primeira premissa foi explicada pelo sexo em sugerindo que os homens acreditavam mais naquela afirmação. A segunda heurística considerada surge com uma variância da sua resposta explicada pela religião o que permitiu verificar que os indivíduos que assinalaram ter religião acreditavam mais na afirmação considerada. Finalmente, a terceira heurística considerada era explicada em 3,5% pelas habilitações literárias da mãe, observando-se que os indivíduos cujas mães tinham mais anos de escolaridade acreditavam mais na heurística.

No que concerne à auto-eficácia ter parte dos seus resultados explicados pelas variáveis socio-demográficas, observou-se que a auto-eficácia para recusar sexo era explicada pelo facto de ser mulher, ser apenas estudante e não ter religião.

No que toca à auto-eficácia para negociar o uso do preservativo, as variáveis ocupação e habitação prevalecte puderam explicar em 11,1% a variância das respostas. Tal sugere que os indivíduos que são apenas estudantes e que não vivem com os pais assinalaram maior eficácia em negociar o uso do preservativo.

Ainda neste campo, a auto-eficácia para o uso do preservativo teve uma variância das respostas relacionado com o facto de os indivíduos serem homens.

No que concerne à causalidade interna e externa da sexualidade, apenas a externa obteve uma regressão linear significativa. O resultado sugere que os homens colocavam mais ênfase nos aspectos não controláveis para fomentar a sua sexualidade do que as mulheres.

Para a satisfação sexual, as pessoas sem religião parecem estar mais satisfeitas com a sua sexualidade.

A auto-esquemata sexual e os custos associados ao uso do preservativo não apresentaram nenhuma ligação significativa às variáveis socio-demográficas que se traduzissem numa regressão linear. No entanto, os benefícios associados ao uso do preservativo estavam significativamente correlacionados com a ocupação dos indivíduos do estudo, sugerindo que os “apenas estudantes” percepcionavam mais benefícios no uso do preservativo do que os trabalhadores estudantes.

Para finalizar a relação unidireccional entre variáveis socio-demográficas, e as restantes variáveis estudadas neste estudo, foi realizada uma regressão linear múltipla entre as mesmas e a intenção para o uso do preservativo. A ocupação permitiu explicar cerca de 7,3% das respostas fornecidas, no sentido em que os indivíduos que apenas estudam demonstraram maiores intenções de utilizarem o preservativo futuramente.

Tabela 24 – Regressões das interpessoais explicadas pelas socio-demográficas

		R^2	β	F	p
Idade comunicação com pais	Idade		0,324		
	Número de irmãos	19,1%	-0,248	7,549	0,000
	Sexo		0,199		
Tema: Gravidez	Sexo	7,1%	0,260	8,065	0,005
Tema: Menstruação	Sexo	47,3%	0,698	103,260	0,000
Tema: Prostituição	Sexo	4,9%	0,246	7,155	0,011
Tema: Homossexualidade	Sexo	9,4%	0,342	14,865	0,000
Tema: Aborto	Sexo	3,2%	0,199	4,590	0,034

A idade em que se iniciou a comunicação entre pais e filhos sobre temáticas sexuais foi explicado em 19,1% pela idade dos sujeitos, do número de irmãos e do sexo dos indivíduos. Estes resultados indicam que quanto mais velhos os indivíduos, menos irmãos e os do sexo “mulher”, iniciaram mais tarde a comunicação com os pais.

Quanto aos temas abordados com os pais estes surgiram explicados pela variável sexo. As raparigas abordaram mais o tema da gravidez, o da menstruação, o da prostituição, o da homossexualidade e o do aborto.

O peso relativo à decisão de utilizar preservativo não obteve qualquer efeito das variáveis socio-demográficas que evidencie linearidade na explicação dos resultados.

Tabela 25 – Regressões das variáveis situacionais explicadas pelas socio-demográficas

		R^2	β	F	p
Consumo diário: Tabaco	Sexo		-0,261	9,328	0,000
	Grau de religiosidade	14,3%	-0,288		
Consumo diário: Álcool	Grau de religiosidade	4,1%	-0,202	4,801	0,030
Consumo diário: Drogas	Sexo		-0,260	9,023	0,000
	Grau de religiosidade	13,9%	-0,223		
Consumo social: Tabaco	Sexo		-0,289	7,834	0,001
	Habitação	12,2%	0,232		
Consumo social: Álcool	Grau de religiosidade		0,246	5,480	0,005
	Número de irmãos	8,8%	0,196		
Consumo social: Drogas	Grau de religiosidade		-0,290	11,632	0,000
	Sexo	23,8%	0,257		
	Habitar com irmãos		0,195		
Consumo descontração: Tabaco	Sexo	5,3%	-0,229	4,155	0,010
Consumo descontração: Álcool	—	—	—	—	—
Consumo descontração: Drogas	Religião		0,283	11,377	0,000
	Sexo	16,8%	-0,238		

No que concerne aos consumos, foram encontradas regressões lineares múltiplas para todos estes. Nos consumos diários, o consumo de tabaco estava associado aos homens menos religiosos da amostra. O consumo diário de álcool era explicado pelos indivíduos menos religiosos. O consumo de drogas, diariamente, revelou uma percentagem de explicação pelo sexo e religiosidade de 13,9% o que

indica que os homens da amostra, menos religiosos, consumiam mais drogas diariamente.

Relativamente aos consumos de forma social, o tabaco foi explicado pelo facto de se ser homem e habitar sozinho. O álcool foi explicado por um menor grau de religiosidade e por um maior número de irmãos. O consumo de drogas foi explicado por um menor grau de religiosidade, pelo facto de se ser homem e por habitar com os irmãos.

Estes dados evidenciaram que os homens consumiam mais tabaco e mais drogas socialmente, que quanto menos religiosos são, mais álcool e drogas consumiam e anda que o facto de terem muitos irmãos estava positivamente correlacionado com o consumo de álcool bem como o facto de habitar com estes com o consumo de drogas.

A medição dos consumos para descontraír revelou que o álcool não é explicado por nenhuma das variáveis socio-demográficas estudadas, sendo que o consumo de tabaco foi explicado pelo sexo o que evidencia que os homens que reportaram um maior consumo. O consumo de drogas para descontraicção encontrou-se como estando explicado pelo conjunto da religião e sexo. Compreende-se que os indivíduos que assinalaram não ter religião e do género masculino apresentavam um maior consumo de drogas.

Variáveis Intrapessoais

De acordo com o modelo elaborado, as variáveis intrapessoais teriam um peso na explicaçãõ do comportamento anterior e na intençãõ futura do uso do preservativo.

O resultado evidenciou que comportamento anterior está relacionado com a atitude face ao preservativo, com a auto-eficácia para o uso do preservativo, com segunda heurística considerada e com a satisfação sexual ($R^2 = 48,1\%$).

Tabela 26 – Peso das variáveis intrapessoais na explicação do comportamento anterior.

	β	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA (P)
ATITUDE	+0,587	17,598	0,000
AUTO-EFICÁCIA USO	+0,295		
EXTERNALIDADE	+0,194		
HEURÍSTICA (2)	+0,256		
HEURÍSTICA (3)	-0,186		

Pelas correlações obtidas verificou-se que quanto mais positiva a atitude, quanto maior a eficácia para o uso do preservativo, quanto mais externa for a atribuição, e quanto mais acreditassem na segunda heurística (Podemos dizer se alguém tem *HIV* pelo seu aspecto físico) e menos na terceira (Só quem consome drogas, ou é homossexual é que tem, de facto, de se preocupar com o *HIV*), maior era o registo de preservativos anteriormente.

Considerou-se ainda que a percepção de risco poderia ser influenciada por heurísticas cognitivas e por estados emocionais.

A primeira questão referente à percepção de risco “Considera que há possibilidades de algum dos seus parceiros lhe ter transmitido alguma infecção sexualmente transmissível?” foi explicada em 5,1% ($p = 0,010$) pelo nível de excitação sexual documentado pelos indivíduos ($\beta = -0,225$). Desta forma, observou-se que quanto maior a excitação sexual documentada, menos possibilidade avaliavam de lhes ter sido transmitido alguma infecção sexualmente transmissível.

Relativamente à segunda questão “Acredita que tem possibilidades de contrair uma infecção sexualmente transmissível como o *VIH/SIDA*?”, apenas o estado emocional relativo à depressão era capaz de explicar as respostas à mesma em 4,0% ($p = 0,023$). Os indivíduos que se percecionavam como estando menos deprimidos avaliavam como sendo menos provável a possibilidade de contrair uma infecção sexualmente transmissível.

A terceira questão, “Tem por hábito questionar os seus parceiros quanto à sua vida sexual anterior?” era explicada em 8,5% ($p = 0,001$) pela primeira questão das heurísticas cognitivas “Se amo e confio em alguém, então não tenho que me preocupar com infectar-me com HIV” ($\beta = -0,292$), pelo que quem acreditava mais nesta heurística questionava menos os seus parceiros relativamente à sua vida sexual anterior à relação actual.

Os comportamentos anteriormente realizados são observados como tendo um peso efectivo na intenção futura para esse mesmo comportamento, facilitando a sua realização.

Como tal, realizou-se a regressão linear observando-se que o comportamento anterior de utilização do preservativo explica em 77,8% ($F = 478,75$, $p = 0,000$) a intenção futura de utilização. Quanto maior a utilização anterior do preservativo maior a intenção de voltar a usá-lo futuramente ($\beta = 0,882$).

Dado que as variáveis intrapessoais também são discutidas como explicando intenções futuras de comportamento, procurou verificar-se se as atitudes face ao preservativo, a auto-eficácia (para o uso e negociação do preservativo, e recusa de sexo), as auto-percepções (satisfação sexual, controlo interno da sexualidade, controlo externo da sexualidade, auto-estima sexual e auto-esquemata sexual), a avaliação de custos e benefícios do uso do preservativo e a avaliação do próprio risco, se comportavam da mesma maneira nesta amostra.

Os resultados mostraram que o conjunto da atitude, da heurística 2, da satisfação sexual, da auto-eficácia para o uso e dos benefícios na utilização do preservativo previam 34,6% da intenção futura de utilizar preservativo.

Tabela 27 - Peso das variáveis intrapessoais na explicação da intenção futura.

	β	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA (P)
ATITUDE	0,348	10,165	0,000
HEURÍSTICA (2)	0,213		
SATISFAÇÃO SEXUAL	-0,215		
AUTO-EFICÁCIA USO	0,203		
BENEFÍCIOS	0,204		

A interpretação destas correlações fornecidas pela regressão linear múltipla, permitiram inferir que quanto mais favorável a atitude, quanto mais acreditassem na segunda heurística (Podemos dizer se alguém tem *HIV* pelo seu aspecto físico), quanto menor a satisfação sexual, maior a auto-eficácia para o uso e uma maior percepção de benefícios na utilização do preservativo, permitiriam prever uma maior intenção de utilização do mesmo, no futuro.

Variáveis Interpessoais

Das variáveis consideradas e medidas, apenas o peso na decisão de utilizar preservativo obteve um peso significativo na explicação tanto do comportamento anterior, como na previsão da intenção de uso.

Tabela 28 - Peso das variáveis interpessoais na explicação do comportamento anterior e na intenção futura.

	R^2	β	EFEITO (F)	SIGNIFICÂNCIA (P)
COMPORTAMENTO ANTERIOR	17,8%	0,422	24,848	0,000
INTENÇÃO	13,8%	0,371	18,221	0,000

Estes resultados sugerem que quanto maior a percepção de a decisão ser inteiramente individual, maior a utilização e a intenção de utilizar preservativo futuramente.

Quanto à capacidade explicativa da comunicação com os pais (idade, tempo, e temas) estes não surtiram nenhuma influência na atitude face ao preservativo. No entanto, verificou-se que os temas menstruação ($\beta = 0,372$) e gravidez ($\beta = -0,209$) explicam 11,4% ($p = 0,001$) da auto-eficácia para recusar sexo desprotegido. Desta forma, quanto mais abordaram o tema da menstruação e menos o tema da gravidez, maior é a auto-eficácia para recusar sexo. Os temas da menstruação e das infecções sexualmente transmissíveis explicaram em 10,9% ($p = 0,001$) a auto-eficácia para o uso do preservativo. Abordar menos a temática da menstruação ($\beta = -0,317$) e mais a temática das infecções sexualmente transmissíveis ($\beta = 0,217$) conduz a uma maior auto-eficácia para utilizar preservativo.

Variáveis Situacionais

Procurou avaliar-se a influência do consumo de substâncias aditivas tanto o comportamento anterior do uso do preservativo como na intenção para o uso futuro do preservativo. Apenas se verificou a influência do consumo social de álcool na explicação do comportamento anterior em 4,7% ($F = 6,797$, $p = 0,010$). O *beta* de -0,217 evidencia que quanto maior o consumo de álcool em condições de socialização, maior a probabilidade de não se ter utilizado um preservativo.

Pela análise exploratória realizada, pode-se afirmar que o modelo integral, realizado com base na literatura não pode explicar, totalmente, a influência de todas as variáveis na intenção do uso do preservativo. Todavia, na sua globalidade, há questões enunciadas que podem explicar essa medida de protecção de risco, tal como é apresentado na figura seguinte.

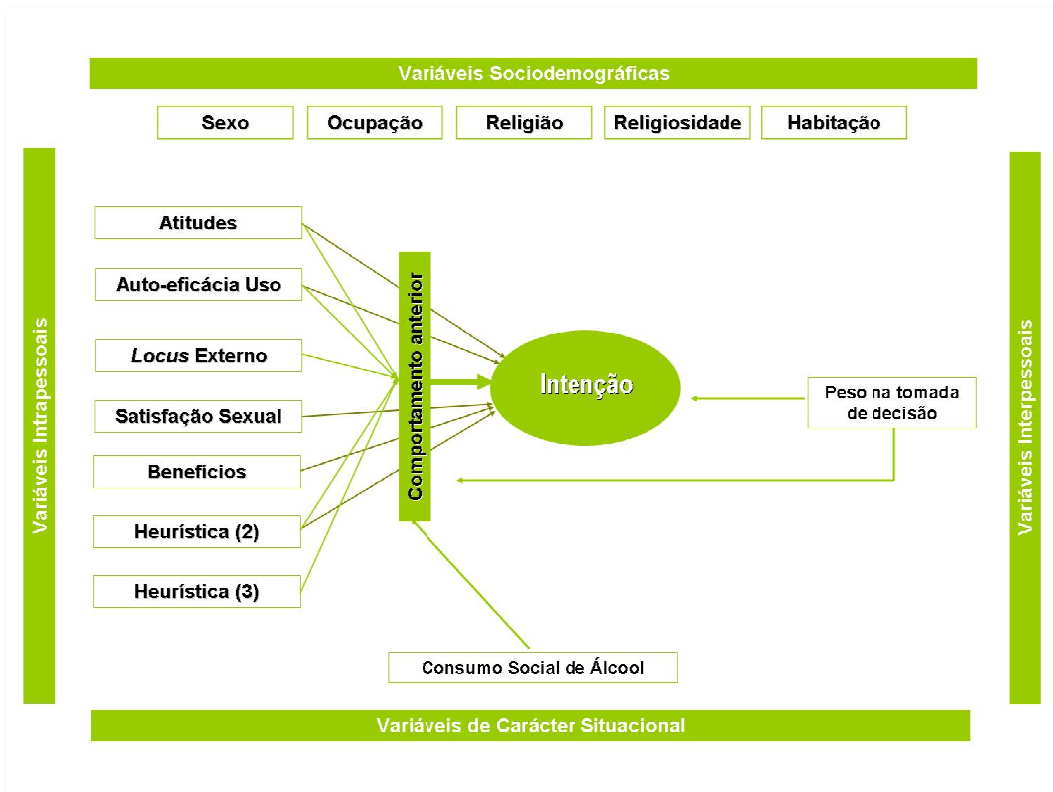


Figura 25 – Modelo resultante da análise exploratória

Para confirmar a validade do modelo realizou-se a análise confirmatória, apenas com os dados originados pelas análises exploratórias. Apesar de as variáveis socio-demográficas terem algum impacto restantes variáveis, optou-se por não colocar essas ligações, dado o seu baixo valor preditivo.

7. Análise Confirmatória do Modelo Teórico

A análise confirmatória do modelo teórico fez-se com recurso do programa AMOS 7.0, complementar ao SPSS. Apesar das duas técnicas estatísticas parecerem semelhantes à partida, estas apresentam algumas diferenças. Especificamente, a análise confirmatória de um modelo teórico procura testar hipóteses estatísticas sobre relações entre variáveis observadas e latentes (Hoyle, 1995). Como parte integrante do modelo encontram-se as variáveis observadas (as que foram medidas), as variáveis latentes (variáveis não observadas implicadas na covariação de outras duas variáveis) e os parâmetros (relações específicas estabelecidas entre as variáveis). As relações que então se estabelecem num modelo, podem ser de três tipos de acordo com Hoyle (1995):

- § De associação, que caracteriza uma relação entre duas variáveis, não direccionada. Idêntica à relação correlacional.
- § De efeito directo, quando se verifica uma relação directa entre duas variáveis, sem o intermédio de uma terceira. Este tipo de informação é idêntico à fornecida pela ANOVA ou pela regressão múltipla. Caracteriza, dentro do modelo, a relação entre uma variável independente e uma variável dependente.
- § De efeito indirecto, que caracteriza o efeito de uma variável independente numa variável dependente, mediado por outras variáveis. A soma dos efeitos, directo e indirecto, de uma variável independente sobre uma variável dependente, origina o efeito total dessa mesma variável.

Como tal, sugeriu-se o seguinte modelo, com base nas relações exploratórias encontradas.

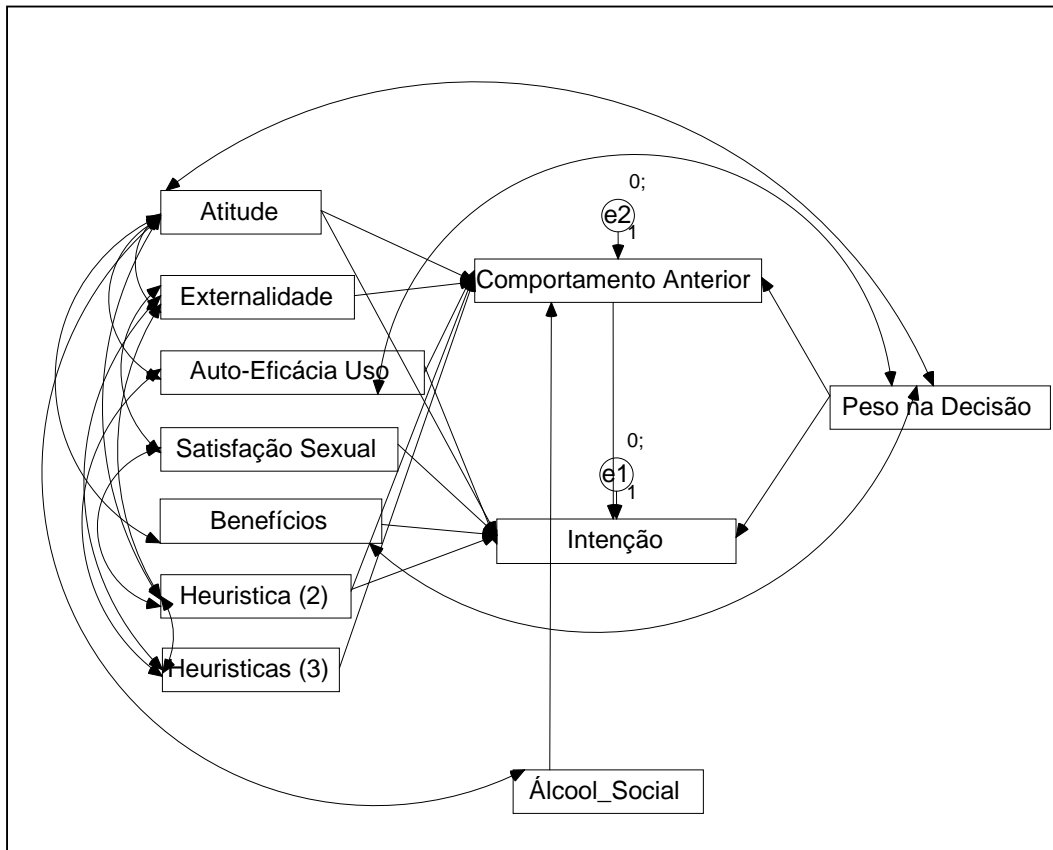


Figura 26 – Modelo representativo das variáveis endógenas, exógenas e residuais e suas relações.

Foram consideradas variáveis exógenas observadas, todas as variáveis do modelo, excepto o comportamento anterior de utilização do preservativo e a intenção. Sendo estas últimas observadas mas endógenas, foi-lhes atribuído uma variável residual, que representa todas as variáveis que, não observadas, também têm um peso na explicação das mesmas.

Procurou-se, então, observar através da estatística do Qui-Quadrado o ajustamento, ou *Fit*, do modelo encontrado. Diz-se que um modelo ajustou aos dados observados quando a matriz de covariação teórica é equivalente à matriz de covariação encontrada com os dados da amostra (Hoyle, 1995). Esta comparação é

realizada pela distribuição do Qui-Quadrado, pelo teste do Bom Ajustamento, que é considerado uma das medidas essenciais para tal leitura (Barret, 2007).

Desta forma, o ajustamento foi lido por esta estatística, pretendendo-se que as diferenças encontradas entre a matriz de correlações e a distribuição do teste não fossem significativas ($p \geq 0,05$). No entanto, o crescimento dos erros na matriz aumenta com a diminuição da amostra, por exemplo, o que cria fortes problemas na escolha da estatística adequada. Para contornar este problema, utilizámos outros índices de ajustamento, tais como *RMSEA* (*root mean square error of approximation*, que deverá ser inferior a 0,05), o *IFI* (*incremental fit index*, que deverá ser superior a 0,95) e o *TLI* (*Tucker-Louis fit index*, que deverá ser superior a 0,95) (Bollen & Long, 1993, cit in Sirois, 2007).

Tabela 29 – Medidas de bom ajustamento e de indexes de ajustamento do modelo.

MEDIDA DE AJUSTAMENTO	VALOR DO TESTE
QUI-QUADRADO ($P \geq 0,05$)	$X^2 = 31,052, gl = 27, p = 0,269$
RMSEA ($\leq 0,50$)	0,033
IFI ($\geq 0,95$)	0,991
TLI ($\geq 0,95$)	0,976

Pelos valores obtidos, pôde-se observar que o modelo apresentava um bom ajustamento, já que todos os parâmetros se enquadram dentro dos limites desejados, e as diferenças encontradas entre a matriz de correlações observadas e as esperadas não são significativas ($p = 0,269$).

A análise posterior dos pesos da regressões no modelo construído, numa forma holística, permitiu observar que as relações directas, indirectas e mediadoras das variáveis no modelo.

Retiraram-se, então, todas as correlações, não significativas, do modelo obtendo-se o seguinte modelo.

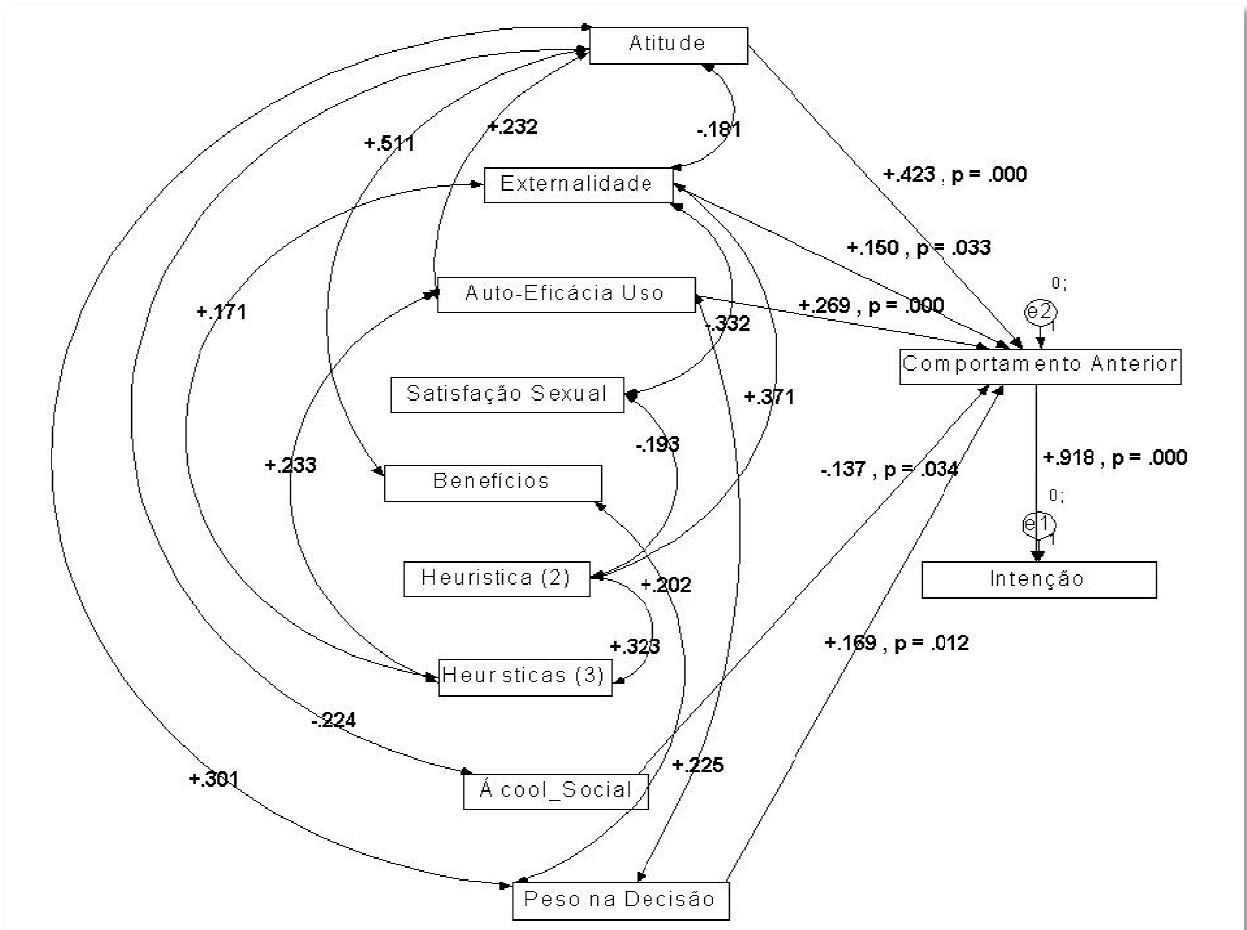


Figura 27 – Modelo com as relações estatisticamente significativas entre as variáveis.

Calcularam-se, novamente, as medidas de ajustamento, que quase não sofreram alterações, comparando com as iniciais.

Tabela 30 – Medidas de bom ajustamento e de índices de ajustamento do modelo sem as relações não significativas.

MEDIDA DE AJUSTAMENTO	VALOR DO TESTE
QUI-QUADRADO ($P \geq 0,05$)	$\chi^2 = 40,202$, $gl = 31$, $p = 0,289$
RMSEA ($\leq 0,50$)	0,029
IFI ($\geq 0,95$)	0,990
TLI ($\geq 0,95$)	0,981

Relativamente aos efeitos das variáveis no modelo, pôde-se verificar efeitos directos, mediatizados e espúrios.

O comportamento anterior, variável endógena, detém um efeito directo na intenção de utilizar preservativo. Verificou-se uma forte correlação entre as duas variáveis, de +0,918. As restantes variáveis perderam o seu efeito directo sobre a intenção, passando a explicar apenas o comportamento anterior.

O comportamento anterior é explicado directamente pela atitude, pelo controlo externo da sexualidade, pela auto-eficácia para o uso, pelo consumo social de álcool, e ainda pelo peso na decisão de usar preservativo. Estas variáveis ao explicarem o comportamento anterior, directamente, adquirem um efeito mediatizado na explicação da intenção.

As mesmas variáveis demonstraram, ainda, correlações entre elas, o que evidencia efeitos espúrios. Neste caso, a atitude estava correlacionada com o controlo externo da sexualidade, com a auto-eficácia, com o consumo de álcool e com o peso na decisão. O peso na decisão encontrava-se correlacionado com a auto-eficácia para o uso. O consumo de álcool encontrava-se correlacionado com a atitude.

Para compreender o peso individual, total de cada variável, no comportamento anterior, foi necessário somar todos os efeitos encontrados, ou seja os valores das correlações dos efeitos directos e espúrios encontrados.

Observe-se o exemplo da atitude. O seu efeito directo tinha um peso de +0,423, no entanto, encontrava-se correlacionada com o controlo externo da

sexualidade (-0,181), com a auto-eficácia (+0,232), com o consumo social de álcool (-0,224) e ainda com o peso na decisão (+0,301). O efeito espúrio foi encontrado pelo multiplicação de todas as correlações envolvidas (0,0012), valor que foi posteriormente somado à correlação do efeito directo, originando um efeito total de +0,424.

Tabela 31 – Efeitos totais das variáveis com peso significativo na explicação do comportamento anterior.

VARIÁVEL	EFEITO TOTAL
ATITUDE	+0,424
EXTERNALIDADE	+0,150
AUTO-EFICÁCIA PARA O USO	+0,329
CONSUMO SOCIAL DE ÁLCOOL	-0,106
PESO NA DECISÃO	+0,180

Com estes dados compreendeu-se que o comportamento anterior foi o que melhor previu a intenção futura de usar preservativo e que, por sua vez, o melhor preditor do comportamento anterior, é a atitude, já que evidenciou um efeito total mais elevado.

As restantes variáveis, apesar de estarem correlacionadas entre si, não têm nenhum efeito directo, indirecto ou espúrio no comportamento anterior ou na Intenção, sendo apenas úteis na discussão dos dados encontrados.

CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO

A utilização do preservativo tem sido, desde sempre, apontada como uma das mais importantes medidas na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, como é o caso do *HIV/SIDA* (Scott-Sheldon, Glasford, March, & Lust, 2006). Porém, a utilização do mesmo, tem-se verificado inconsistente, ao longo dos mais diversos estudos, existindo uma transversalidade das populações em risco (MacPhail & Campbell, 2001)

Este estudo pretende ser um contributo para os modelos explicativos sobre a utilização do preservativo, que têm vindo a falhar na compreensão total das variáveis envolvidas nestes processos. Para tal, realizou-se um levantamento exaustivo de medidas que a literatura evidenciou como tendo uma ligação aos comportamentos sexuais de risco, orientando-se as mesmas sob a chancela de variáveis socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais. Articularam-se as variáveis num modelo, que se procurou confirmar estatisticamente. Definiram-se, ainda, grupos de risco, realizando-se uma análise das diferenças dos três grupos ao nível das medidas exploradas. A mesma análise foi realizada para o sexo. Pretende-se agora, discutir os dados à luz dos estudos anteriormente efectuados.

Para iniciar esta análise, discutem-se os valores encontrados na escala de auto-divulgação, já que o conteúdo pessoal do questionário poderia enviesar os resultados encontrados (Noar, Cole, & Carlyle, 2006). Os indivíduos da amostra mostraram não ter grande dificuldade em fornecer dados pessoais sobre a sua própria sexualidade, o que viabiliza a utilização destes dados. No entanto, foram encontradas diferenças entre os grupos de risco, evidenciando que o grupo sem risco tem mais dificuldade em fornecer informações sobre a sua sexualidade do que os indivíduos que correm mais riscos. Isto pode dever-se ao facto de estes indivíduos serem mais

erotofílicos e, logo, terem mais facilidade em divulgar informação sobre os seus comportamentos sexuais, como foi apontado no estudo de Durant e Carey (2000).

No que concerne às medidas incluídas no auto-conceito, os diferentes grupos de risco não demonstraram diferenças estatisticamente significativas, ao nível das suas respostas. No entanto, homens e mulheres apresentaram diferenças ao nível da dimensão do controlo externo da sexualidade.

Breakwell e Millard (1997) tinham já verificado uma diferença entre homens e mulheres ao nível de algumas dimensões do auto-conceito. Ao realizar-se um paralelo entre esta medida, o número de parceiros e a utilização do preservativo, observa-se que o grupo das mulheres, que acredita ter mais controlo sobre as questões da sua vida sexual tem, em média, menos parceiros sexuais do que os homens, apesar da inexistência de diferenças significativas, ao nível do uso do preservativo. Esta questão levanta a problemática de os homens jovens adultos desta amostra, podem estar a considerar não ter um controlo absoluto sobre os acontecimentos da sua sexualidade, e mesmo tendo mais parceiros, poderão estar a utilizar mais o preservativo, no sentido de se precaverem.

Relativamente à atitude face ao preservativo, encontraram-se diferenças, tanto ao nível do risco como ao nível do sexo. De facto, os indivíduos que correm mais riscos têm uma atitude face ao preservativo, significativamente, menos positiva do que os indivíduos sem risco. As atitudes têm sido sempre associadas à utilização do preservativo, falhando no entanto na sua predição (López & Treviño, 2004; Godin, Gagnon, Lambert, & Conner, 2005). Não obstante estas investigações, a divisão da amostra em três sub-grupos de risco mostrou que os indivíduos que têm uma atitude menos positiva (alto risco) são também os que reportam uma menor utilização do preservativo. Assim, atitudes menos positivas parecem poder estar na base da não utilização do preservativo, o que, claramente, evidencia um maior risco.

Encontraram-se igualmente, diferenças entre homens e mulheres, ao nível das atitudes face ao preservativo. Os homens parecem ter uma atitude menos favorável,

apesar de não existirem diferenças significativas entre sexos na utilização do preservativo (Scott-Sheldon, Glasford, March, & Lust, 2006). Um estudo anterior de Herol e Mewhinney (1993) com indivíduos que realizavam encontros em bares sugeria os mesmos resultados. Esta diferença poderá dever-se a uma perda de prazer associada à utilização do preservativo apontada geralmente pelos homens. Pötsönen e Kontula (1999), verificaram que os homens que tinham atitudes mais negativas face ao preservativo, documentavam a sua não utilização precisamente pela perda da sensibilidade e de prazer durante a relação. Os mesmos resultados seriam de esperar na verificação dos custos e benefícios percebidos na utilização do preservativo entre homens e mulheres, porém não se verificaram diferenças a esse nível.

Entre grupos de risco, verificou-se que o grupo de alto risco percebe mais riscos e menos benefícios para o uso do preservativo, o que se coaduna com a sua atitude, mais negativa, face ao mesmo. Este dado vai ao encontro da literatura que percebe menos benefícios percebidos para os indivíduos que correm mais riscos (Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2000).

Ainda enquadradas dentro da definição de variáveis intrapessoais, encontra-se a noção de auto-eficácia, que tem sido associada a várias competências e habilidades relacionadas com o uso do preservativo (Farmer & Merton, 2006). No entanto, ao nível de literatura tem existido uma forte discussão sobre quem detém maior auto-eficácia para o uso do preservativo, se homens, se mulheres, dada as diferenças encontradas ao longo de vários estudos (*e.g.* Farmer & Merton, 2006; Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2000). No sentido de contornar esta situação foram utilizadas três medidas de auto-eficácia que mediam o uso, a negociação e a recusa para o sexo sem preservativo. De facto, homens e mulheres diferem na auto-eficácia. Enquanto os homens, têm uma maior auto-eficácia para o uso, as mulheres detêm uma maior auto-eficácia para recusar e negociar. Sugere-se que esta diferença se possam dever aos papéis sexuais associados ao homem e à mulher. De facto, parece surgir relegado para a mulher o papel de negociar e recusar sexo, enquanto ao homem cabe o

aspecto de garantir que tem preservativos consigo. Recordando que as mulheres acreditavam ter mais controlo, do que os homens sobre a sua sexualidade, este aspecto poderá estar relacionado com o facto de acreditarem mais nas suas competências para negociar e recusar sexo.

Também foram encontradas diferenças ao nível do risco, já que o grupo de alto risco percepcionou sempre menos auto-eficácia, em qualquer um dos parâmetros, do que o grupo considerado sem risco. Se compreendermos que a auto-eficácia percebida corresponde à crença pessoal de que se é capaz de utilizar ou de se proteger face a sexo desprotegido, isto poderá reflectir que os indivíduos com menor auto-eficácia sejam, precisamente, os que correm mais riscos, utilizando mais inconsistentemente o preservativo. Um estudo realizado por Meekers e Klein (2002) evidenciou diferenças ao nível da auto-eficácia entre rapazes e raparigas adolescentes e jovens adultos, com idades entre os 14 e os 25 anos. No estudo em causa, as mulheres tinham uma auto-eficácia mais elevada para falar e negociar o uso do preservativo, mas sentiam-se mais inibidas no manuseamento do mesmo, relegando nos homens essa função. Para os homens, foi cotado uma auto-eficácia mais elevada para manuseamento e compra do preservativo. Não obstante, este conceito é compreendido como sendo complexo e que poderá variar de cultura para cultura, o que dificulta a generalização dos resultados obtidos com o mesmo (Parsons, Halkitis, Bimbi, & Borkowski, 2000).

No domínio das variáveis intrapessoais acedeu-se, ainda, ao conteúdo de três heurísticas, evidenciando-se diferenças significativas entre homens e mulheres, sobre a necessidade de confiar na pessoa que se ama. De facto, os homens obtiveram uma média significativamente superior à das mulheres, mostrando que acreditam mais nesta premissa. Efectivamente, heurísticas como estas têm surgido associadas não ao sexo, mas sim ao nível de risco dos indivíduos (Ayala, Rivas, & Bingham, 2005; Harvey, *et al.*, 2006). Os resultados mostraram que a percepção de risco era afectada pelas heurísticas e estados de emoção no acto sexual. Este facto permite tecer

considerações sobre a importância do papel do indivíduo enquanto ser racionalizador. Aspectos como estes, menos racionais, poderão estar a interferir na consistência da utilização do preservativo. Sugere-se que apesar de conhecimento e competências, as emoções e as heurísticas mentais podem deter um papel mais relevante na escolha destes comportamentos.

No que concerne às restantes variáveis intrapessoais medidas, não foram encontradas diferenças significativas, seja entre grupos de risco ou entre sexos. No que diz respeito à percepção de risco, tal poderá dever-se à construção da escala, cujos itens, observa-se agora, poderão não ser os indicados para explorar a própria percepção de risco.

Reportando agora às variáveis de carácter interpessoal, por implicar a comunicação entre duas ou mais pessoas, avaliou-se a comunicação acerca da sexualidade, com os pais e com outros intervenientes, a importância e utilidade dos mesmos, bem como os temas abordados com os pais. De referir ainda que se controlou a idade em que começou essa comunicação se iniciou e o índice de satisfação com a mesma. Relativamente ao parceiro, introduziu-se uma medida que pretendia avaliar, directamente o peso individual na tomada de decisão, mas indirectamente a comunicação com o parceiro.

Ao nível das temáticas, as diferenças significativas encontradas fazem referência à distinção entre homens e mulheres. Efectivamente, as mulheres comunicaram mais sobre gravidez, menstruação, prostituição e homossexualidade, não se verificando diferenças significativas nos restantes temas. Dois dos temas considerados estão directamente ligados à natureza da mulher, pelo que poderá dever-se a esse facto as diferenças encontradas. Por outro lado, a prostituição é uma profissão socialmente associada à mulher, pelo que poderá existir uma preocupação dos pais para alertarem as filhas num sentido preventivo. Não obstante, a comunicação sobre a homossexualidade, e os restantes temas, poderá ter sido mais abordada nas mulheres, pelo simples de facto de estas comunicarem mais qualquer

um dos outros temas. O aborto foi o tema mais discutido entre pais e filhos, indiferenciadamente, o que se pode explicar pelo referendo sobre o aborto, em Portugal. A aplicação dos questionários coincidiu com o mesmo.

Relativamente à idade em que começaram a comunicar não se verificaram diferenças entre homens e mulheres. De acordo com a medida de Clawson e Weber (2003), cerca de metade da amostra iniciou a sua comunicação antes de se iniciarem as relações sexuais, momento considerado chave pelos autores para a prevenção do risco associado à sexualidade. A comunicação foi considerada como sendo maioritariamente satisfatória, sendo o papel de relevo ao nível da importância e utilidade ao parceiro e aos amigos. Dada a faixa etária estudada, 18 aos 25 anos, os parceiros e os amigos têm já um peso mais preponderante nas escolhas e decisões dos mesmos, o que se reflecte nesta situação.

Já o peso na decisão de utilizar o preservativo, variou consoante o nível de risco. Os indivíduos pertencentes ao grupo sem risco, apresentaram um maior peso na decisão de utilizar preservativo, do que os indivíduos pertencentes aos restantes grupos. A capacidade de comunicar com o parceiro tem sido reportada como um bom indicador de condutas seguras (Cobb, 1997; Roberts, Oh, & DiClemente, 2000; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes, & Martins, 2007), o que poderá estar relacionado com os resultados encontrados.

No que diz respeito às variáveis situacionais, consumos de tabaco, álcool e drogas foram avaliados à luz das diferenças entre grupos de risco e sexo. Verificou-se que o grupo de alto risco tinha consumos mais elevados de álcool em situações sociais e para descontração, do que os restantes grupos. Efectivamente, a literatura tem verificado correlações entre o consumo de álcool e o uso inconsistente de preservativo (Leigh, 1990; Coleman & Coates, 2004). Relativamente às diferenças entre homens e mulheres, verificou-se que os homens consomem mais tabaco e drogas, em qualquer das situações medidas do que as mulheres. Esta evidência merece considerações, já que a substância encontrada como a que sendo que poderá

estar a variar de acordo com o grupo de risco é precisamente aquela que não varia entre homens e mulheres. Como tal, o seu consumo poderá estar, efectivamente, a condicionar situações de inconsistência do uso do preservativo.

Apesar desta análise por grupos, o principal objectivo deste estudo, prendia-se com a análise e confirmação estatística de um modelo teórico, criado com base nas relações estabelecidas pela literatura.

Confirma-se que as variáveis socio-demográficas têm um peso significativo, apesar de ser relativo, na explicação nas restantes variáveis consideradas. A religião e/ou grau de religiosidade, o sexo, a ocupação, a habitação prevalente e a fratria, explicam parte dos resultados obtidos nas mais diversas variáveis do estudo.

Neste estudo, discute-se o papel que a religião possa ter numa visão mais realística do risco e numa atitude mais favorável à utilização do preservativo. A auto-eficácia para recusar sexo desprotegido está correlacionado com os indivíduos femininos, estudantes e não religiosos. Parece contraditório que, numa situação a religiosidade contribua para uma atitude mais favorável ao preservativo, e noutra situação seja a não religiosidade a contribuir para uma estratégia de recusa de relações sexuais desprotegidas. Numa amostra maioritariamente católica seria de esperar que esta seguisse a ideologia da igreja, que é contra a utilização do preservativo e a favor da abstinência, mas esta parece não afectar as atitudes dos indivíduos mais religiosos.

Apesar de parecer contraditório, podemos estar perante a existências de duas estratégias, a utilização do preservativo ou a recusa do sexo, que poderão ser características de dois tipos de amostras.

Estudos recentes encontram estas mesmas variáveis como estando na base de algumas variáveis explicativas dos comportamentos sexuais de jovens adultos, sem no entanto, conseguirem encontrar ligações mais prementes e significativas (Lefkowitz, Gillen, Shearer, & Bone, 2004).

A ocupação, mais especificamente ser apenas estudante, surge associada a uma maior utilização do preservativo, à capacidade de recusar sexo desprotegido, à capacidade de negociar o uso do preservativo, à percepção benefícios e a maiores intenções futuras da sua utilização. Sugere-se que esta diferença entre estudantes e trabalhadores-estudantes se deva às próprias idades dos participantes de ambas as categorias. Os trabalhadores-estudantes têm, em média, idades mais velhas o que poderá favorecer relações mais estáveis em que o preservativo seja posto de lado pela permanência de um parceiro único.

A comunicação parece estabelecer-se mais tarde quando os indivíduos são mais velhos, não têm irmãos e são do sexo feminino. No entanto observa-se que, na maior parte dos temas, as mulheres têm registos de maiores taxas de comunicação. Discute-se, então, o papel facilitador da existência irmãos na abordagem a temas sobre sexualidade. O facto de terem tido irmãos mais velhos que já quebraram algumas barreiras ao nível da comunicação sobre sexualidade poderá deixar os pais mais predispostos a conversarem com os seus filhos, mais novos, sobre o tema.

Os irmãos surgem também como facilitadores de consumos de drogas e álcool, pelo que se poderá assumir que os irmãos se apresentam como uma parte importante da comunicação e como companheiros entre si.

O sexo surge fortemente associado aos consumos de substâncias aditivas, com um enfoque nos homens para maiores taxas de consumos de tabaco e drogas.

A ligação entre variáveis socio-demográficas e aspectos relacionados com os comportamentos sexuais de risco vem aumentar a necessidade de estudar e fomentar os estudos com base nestes constrangimentos sociais.

As variáveis intrapessoais, na sua totalidade, mostraram-se ineficazes na explicação do comportamento anterior do uso do preservativo e na intenção futura de o utilizar.

De forma similar, das variáveis interpessoais consideradas e das variáveis situacionais medidas, apenas o peso na decisão de utilizar preservativo e o consumo

social de álcool, apresentaram uma percentagem explicativa no comportamento anterior.

Observou-se que o comportamento anterior é capaz de explicar a intenção futura no uso do preservativo.

Estes constrangimentos exploratórios conduziram à elaboração de um novo modelo, criado com base nas ligações estatísticas encontradas, procurando-se a sua confirmação através de uma análise estatística confirmatória.

Para a construção deste modelo, utilizaram-se apenas as variáveis que na análise exploratória demonstraram uma relação significativa entre si. Assim, o modelo previa um efeito directo no comportamento anterior da atitude, do controlo externo da sexualidade, da auto-eficácia para o uso, das heurísticas consideradas, e do consumo social de álcool. Por seu turno, a intenção seria explicada pelas relações directas do comportamento anterior, da atitude e da auto-eficácia para o uso (que teriam também um efeito indirecto), da satisfação sexual, e dos benefícios em utilizar o preservativo. O peso na decisão de utilizar preservativo detinha, igualmente, um efeito directo no comportamento anterior, e na intenção.

Após a análise estatística, verificou-se que os efeitos directos sobre a intenção deixaram de ser significativos mantendo-se, apenas, o efeito directo da atitude, do controlo externo, da auto-eficácia para o uso, do consumo social de álcool e do peso na decisão de usar preservativo, no comportamento anterior de utilização. Apesar das outras variáveis se correlacionarem entre si, a intenção é, apenas, explicada pelo comportamento anterior.

Efectivamente, o papel da atitude e da auto-eficácia, consideradas em tantos outros modelos (e.g. Fishbein & Ajzen, 1988; Schwarzer, 1992; Prochaska, *et al.*, 1992), parece continuar incontornável para explicar os comportamentos anteriores de utilização do preservativo. A intenção, aqui considerada através de uma questão de reflexão pessoal, apenas é explicada pelo comportamento anterior. Na realidade, o facto de este efeito ser tão forte poderá indiciar alguma semelhança entre questões,

mas também alguma tentativa de constância ao longo do questionário. Assim, esta ligação poderá ficar a dever-se mais à necessidade de se manterem constantes nas respostas fornecidas, do que propriamente, considerarem utilizar ou não utilizar preservativo futuramente.

Independentemente de factores pessoais ou circunstanciais, aspectos como comunicação com os pais ou com o parceiro, também têm sido discutidos como sendo de grande importância tanto na influência de comportamentos seguros (Crosby, *et al.*, 2001) como na atitude formada face ao preservativo (Halpern-Felsher, *et al.*, 2004). Na realidade, neste estudo, apenas se verificou que a medida que pretendia aceder à comunicação com o parceiro, através do peso percebido na decisão de usar preservativo, demonstrou ter algum peso na utilização efectiva do mesmo. A utilização de uma amostra de jovens adultos, que adquirem agora a sua independência e em que muitos já habitam sozinhos, poderá ter anulado a influência dos pais na estruturação de atitudes face ao preservativo e na decisão dos comportamentos a adoptar.

Por outro lado, o facto do consumo de álcool ter um peso significativo na explicação do comportamento anterior, bem como o peso na decisão de utilizar preservativo, salienta a importância que variáveis situacionais ou interpessoais possam ter na escolha de comportamentos seguros.

O controlo externo da sexualidade surge neste modelo como um factor de protecção aos comportamentos sexuais de risco. Aparentemente, o facto de considerarem não ter controlo sobre alguns aspectos das suas relações sexuais está a fazer com que utilizem mais o preservativo. Provavelmente, dever-se-á a uma tentativa de anular o risco que posso advir de um menor controlo sobre a sua sexualidade.

O modelo considerado ajustou, de acordo com as medidas estatísticas consideradas, no entanto, revelam-se ainda, necessidades de investigação a este nível. Este método surge como o indicado para validar intervenções e criar condições de elaborar um modelo integrador, que consiga reunir não só variáveis de carácter

psicossocial, mas também, variáveis de carácter sociodemográfico, e aspectos da história sexual dos indivíduos.

CAPÍTULO VIII - CONCLUSÕES GERAIS

Actualmente verifica-se a um aumento progressivo dos casos de infectados com o VIH/SIDA complementado com o aumento de infecções por relações heterossexuais.

O preservativo assume um papel de relevo na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, primeiro por ser um método de barreira, que não permite a troca de fluidos infectados entre sujeitos, segundo por ser o único método que protege dualmente (infecções e gravidezes não desejadas). A sua não utilização é um indicador do risco e permite medir, objectivamente, o nível do risco dos indivíduos.

Apesar do conhecimento sobre as causas da infecção com VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis, a utilização do preservativo continua aquém do esperado, continuando a existir uma margem, mais ou menos extensa, de indivíduos em risco (Ministério da Saúde, 2006).

A investigação tem, então, desenvolvido esforços para compreender o que está na base da não utilização do preservativo, assumindo-se inicialmente que as razões teriam bases cognitivas. Desta leitura adequaram-se alguns modelos cognitivos, que falharam em compreender os motivos que levam os indivíduos a ter relações desprotegidas (Odgen, 2004).

Em virtude desses resultados, o enfoque modificou para uma perspectiva socio-cognitiva que obteve alguns resultados na explicação de comportamentos anteriores, mas que falhou na previsão de comportamentos futuros e na abordagem à mudança dos comportamentos.

São várias as variáveis envolvidas neste processo e os grandes contributos dos estudos têm-se centrado em compreender quais os construtos que têm um impacto na utilização do preservativo.

Porém, a natureza deste tipo de informação levanta problemas metodológicos, que conduzem a reflexões sobre os melhores métodos de recolha de informação. O questionário continua a mostrar-se a melhor forma de colectar informação pessoal, mantendo o anonimato e controlando a ameaça percebida pelo tema.

A partir destas reflexões, gerou-se o objectivo deste estudo. Procurou-se construir um modelo que reunisse variáveis socio-demográficas, intrapessoais, interpessoais e situacionais. Este modelo foi elaborado a partir de estudos anteriores que permitiram determinar as relações entre as variáveis. A principal meta foi testar o modelo, contribuindo para a visão dos modelos socio-cognitivos, sem realizar adaptações de outros, desenvolvidos para contextos diferentes.

Procurou-se ainda, responder a algumas questões relativamente às diferenças existentes entre homens e mulheres e entre grupos de risco, relativamente às medidas consideradas.

No que concerne às diferenças entre sexos conclui-se que homens e mulheres diferem em aspectos chave que contribuem para a utilização do preservativo, apesar de, na realidade não existirem diferenças significativas na sua utilização. Coloca-se, assim, a questão da relevância desta abordagem e do seu impacto na discussão sobre comportamentos sexuais de risco, dado que na prática os estudantes da amostra não demonstram diferenças entre si.

As diferenças entre níveis de risco evidenciaram que os indivíduos que utilizam menos o preservativo diferem, em vários aspectos, daqueles que o utilizam inconsistentemente ou que o utilizam de forma regular.

Poder-se-á afirmar que uma percepção mais negativa do preservativo (atitude mais negativa, mais custos associados, menor auto-eficácia para negociar e recusar sexo desprotegido) poderá estar a conduzir a uma menor utilização do preservativo. Esta surge associada a uma menor percepção de as suas decisões pesarem aquando da utilização do preservativo e a maiores consumos de álcool.

Corroboram-se, assim, diversos estudos que apontavam estas características como estando na base de uma utilização inconsistente do preservativo (e.g. Halpern-Felsher, Millstein, & Ellen, 1996; Czoop, Montheith, Zimmerman, & Lynam, 2004; Farmer & Meston, 2006), clarificando o papel do consumo do álcool, de uma comunicação efectiva com o parceiro, das atitudes e das competências dos indivíduos para negociar nesse processo.

Na sua tónica, este estudo pretendia contribuir para o desenvolvimento de modelos socio-cognitivos adaptados à realidade da sexualidade. O modelo inicialmente construído estipulava um conjunto extenso de variáveis, de diversos tipos, como integrantes e funcionais no conjunto, baseado em aspectos teóricos.

Para uma primeira abordagem ao modelo, realizou-se uma análise exploratória que conduziu a uma diminuição das variáveis capazes de explicar o comportamento de utilização do preservativo, na amostra em causa.

Das informações sociodemográficas recolhidas no questionário, a religiosidade, a ocupação, o sexo e a fratria foram as que se apresentaram como tendo um peso mais frequente na explicação das variáveis utilizadas no estudo.

A religião funciona como um como aspecto protector de comportamentos sexuais de risco, aspecto já verificado por Sinha, Cnaan e Geller (2007). O ser-se trabalhador-estudante parece abarcar características próprias, como indivíduos mais velhos e com relações mais estáveis, que conduzem a uma menor utilização do preservativo. O sexo constrange aspectos como a auto-eficácia ou a comunicação.

Apesar de o peso dos aspectos socio-demográficos fornecerem apenas pequenas contribuições para a explicação do uso do preservativo, o seu estudo e a sua inclusão em investigações futuras merece credibilidade e atenção.

As variáveis de carácter intrapessoal, interpessoal e situacional inicialmente seleccionadas não permitiram explicar, na sua globalidade, os comportamentos de utilização do preservativo. Reduzidas através de análise exploratória, observou-se que o comportamento anterior é explicado pela atitude, pela auto-eficácia, pelo controlo

externo da sexualidade e por algumas heurísticas avaliadas. Esta tendência obedece a vários estudos que têm dado a centralidade na explicação dos comportamentos sexuais de risco à atitude e a auto-eficácia (Azjen, 1988; Godin, *et al*, 2005; Farmer & Merton, 2006).

Por sua vez, a intenção futura, apontada pelos indivíduos, para utilizar preservativo, teve no comportamento anterior o seu maior preditor. De acordo com a teoria de Fishbein e Azjen (1988) o melhor preditor de uma intenção futura é, de facto, o tipo de comportamento anterior praticado, pelo que se assume que o facto de anteriormente usarem, ou não, preservativo, será alvo de alguma constância no futuro. Mas mesmo perante uma atitude favorável, as opções comportamentais dividem-se e podem ser constringidas por diversos factores, levando a condutas diferentes ou opostas à intenção inicial.

A inserção de variáveis como o consumo, aumentam a probabilidade de encontrar as “causas” subjacentes a um uso inconsistente do preservativo. Efectivamente, outros estudos haviam já documentado a associação entre o consumo de substâncias, capazes de alterar o estado de consciência, e os comportamentos sexuais de risco (Coleman & Cater, 2005), numa correlação que quanto maior o consumo, maior a probabilidade de ter uma relação sexual de risco. No modelo criado a relação proposta direcciona a interpretação no mesmo sentido.

A comunicação com os pais excluem-se perante uma amostra de jovens adultos, muitos dos quais já emancipados pela vivência universitária. A comunicação do parceiro poderá, neste caso, assumir maior relevância e impacto nestes indivíduos.

Conclui-se, portanto, que o modelo inicial não permitiu uma explicação articulada do uso do preservativo, nem da intenção futura da sua utilização, favorecendo, no entanto, uma interpretação holística dos mesmos, por integrar perspectivas intrapessoais, interpessoais e situacionais.

A análise confirmatória do modelo encontrado de forma exploratória permitiu a eliminação de relações não significativas. Em ambos os momentos mostrou-se

ajustado e passível de ser usado como modelo explicativo do comportamento anterior. Assim, considera-se que o conjunto da atitude, do controlo externo da sexualidade, a auto-eficácia para o uso, o consumo social de álcool e o peso na decisão de utilizar preservativo, permite explicar o comportamento anterior de utilização do preservativo que, por sua vez, explica singularmente a intenção futura de utilizar preservativo. Por sua vez, a atitude revelou-se como sendo o maior indicador da utilização do preservativo.

Dado o objectivo inicial do estudo referir a construção de um modelo integrador, considera-se que este foi parcialmente alcançado, sugerindo-se algumas limitações e constrangimentos na sua execução.

A amostra do estudo ficou bastante reduzida pela eliminação dos indivíduos que nunca tinham tido contactos sexuais de qualquer espécie. Desta forma, número de indivíduos final não permitiu fazer o re-teste da análise confirmatória, que pretendia gerar múltiplas sub-amostras, ao acaso, e testar o ajustamento dos dados encontrados nas mesmas.

Há um desequilíbrio entre o número de homens e mulheres da amostra, que poderia ser contornado em estudos futuros, favorecendo as comparações entre sexos.

Os instrumentos, não validados para a população portuguesa levantam problemas de generalização dos dados encontrados. Procurou-se contornar esta limitação através de um pré-teste para viabilizar a utilização das traduções realizadas das escalas originais. No entanto, a não existência de resultados padronizados para a população portuguesa limita a abrangência das conclusões tiradas.

A avaliação do nível de risco apenas incluiu o comportamento de uso do preservativo. Futuramente, seria ideal que se considerasse uma medida mais completa, incluindo o número de parceiros dos participantes.

A escolha do meio universitário pode ter sido determinante nos resultados encontrados, devendo promover-se a inclusão de outros indivíduos, não universitários.

Essa seria, igualmente, a medida ideal para verificar até que ponto, os dados socio-demográficos estão implicados nos comportamentos sexuais de risco.

A medida utilizada para verificar a intenção futura de utilização do preservativo, para além de ser um dado perceptivo, apenas foi assegurada através de uma questão tipo *Likert*. Para além de ser apenas um item, não se realizou uma segunda medida no tempo que permitisse observar essa mesma intenção. Da mesma forma, seria ideal o alargamento de medidas para medir a comunicação com o parceiro.

Os valores, encontrados pelas análises entre grupos, permitem ainda concluir que existem fortes diferenças entre níveis de risco. Sugere-se que possam existir características que diferenciam indivíduos que correm mais ou menos riscos. Sugere-se a realização de um estudo comparativo, ao nível de características demográficas e psicológicas entre os indivíduos que correm mais e menos riscos, ao nível da sexualidade.

Porém, o aspecto mais importante da sexualidade e que se apresenta aqui como limitação, mas igualmente como sugestão futura, prende-se com o facto de esta vivência ser interpessoal e fazerem parte do contexto decisório duas pessoas. A tentativa de aceder a este contexto levou à introdução de aspectos interpessoais e situacionais que, numa forma ténue, auscultaram os aspectos perceptivos do impacto do outro na experiência individual. Contudo, esta expressão é insuficiente para abranger as duas perspectivas. Sugere-se futuramente, a execução de um estudo que permita aceder a conteúdos partilhados socialmente, que facilitem a compreensão desta contextualização interpessoal (Breakwell & Millard, 1997; Bromnick & Swinburn, 2003).

Compreendendo, ainda, as limitações das metodologias de auto-resposta, sugere-se a utilização de métodos que permitam uma visão menos consciente sobre os motivos subjacentes às escolhas pessoais, já que alguns estudos têm apontado para diferenças entre o que indivíduos consideram como sendo relevante para a

escolha e os aspectos a que realmente dão importância nesse momento (Wiederman & Dubois, 1998).

Os comportamentos sexuais surgem, nesta perspectiva, como um campo cuja investigação está agora num momento de viragem. A utilidade de uma perspectiva relacional e capaz de contornar as maiores dificuldades associadas a estes comportamentos, está a conduzir os investigadores numa perspectiva mais integradora e funcional dos comportamentos sexuais de risco. Reconsideram-se, agora, o papel do momento do acto, das crenças e aptidões do parceiro, do imediatismo e da procura de sensações e, inclusive, a introdução das representações sociais da sexualidade como determinantes de uma realidade que é construída por dois intervenientes. Assim, assume-se uma nova perspectiva de crescimento, deixando a porta aberta a novas interpretações de um mundo no qual se misturam cognições e emoções.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, C., Sheeran, P., Abrams, D., & Spears, R. (1996). Health beliefs and teenage condom use: a prospective study. *Psychology and Health, 11* , 641-655.
- Agha, S. (2003). The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors. *AIDS Care, 15 (6)* , 749-762.
- Agocha, V. B., & Cooper, M. L. (1999). Risk perceptions and safer-sex intentions: Does a partner's physical attractiveness undermine the use of risk-relevant information? *Personality and Social Psychology Bulletin, 25 (6)* , 751-765.
- Ajzen, I., & Madden. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral-control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22* , 453-474.
- Ancheta, R., Hynes, C., & Shrier, A. (2005). Reproductive Health Education and Sexual Risk Among High-Risk Female Adolescents and Young Adults. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 18* , 105-111.
- Ayala, G., Rivas, D., & Bingham, T. (2005). Prevention Heuristics and Other Factors that Facilitate Heightened HIV Risk for Latino Men Who Have Sex with Men in Los Angeles County. *National HIV Prevention Conference*, (pp. 12-15). Georgia.
- Bancroft, J., Jansen, E., Carnes, L., Goodrich, D., Strong, D., & Long, J. (2004). Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood and sensation seeking. *The Journal of Sex Research, 42 (2)* , 181-192.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavior change. *Psychological Review, 84* , 191-215.
- Basen-Engquist, K., Mâsse, L., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., et al. (1998). Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales. In G. Davis, W. Yarber,

- R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis, *Handbook of Sexuality Related Measures* (pp. 541-544). California: Sage Publications.
- Bastos, F. I., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1) , 65-76.
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1979). Models of attitudes-behavior relations. *Psychological Review*, 86 , 452-464.
- Bomnick, R., & Swinburg, P. (2003). Young people's representations of a sexual experience. *Journal of Adolescence*, 26 , 375-379.
- Breakwell, G., & Millward, L. (1997). Sexual Self-concept and sexual risk taking. *Journal of Adolescence*, 20 , 29-41.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32 , 513-530.
- Brown, I. S. (1984). Development of a scale to measure attitude toward the condom as a method of birth control. *The Journal of Sex Research* (20) , 255-263.
- Brown, J. (2002). Mass Media influences in sexuality. *The Journal of Sex Research*, 39 (1) , 42-45.
- Bull, S. S., & Shlay, J. C. (2005). Promoting "Dual Protection" From Pregnancy and Sexually Transmitted Disease: A Social Ecological Approach. *Health Promotion Practice*, 6 (1) , 72-80.
- Butler, T., Miller, K., Holtgrave, P., Forehand, R., & Long, N. (2006). Stages of sexual readiness and six-month stage progression among African American pre-teens. *The Journal of Sex Research*, 43 (4) , 378-386.
- Byers, P. Y., Zeller, R., & Byers, D. B. (2002). Focus group method. In M. W. Wiederman, & B. E. Whitley Jr., *Handbook for conducting research on human sexuality* (pp. 137-196). London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cabral, R., Cotton, D., Semaan, A., & Gielen, A. (2004). Application of a transtheoretical model for HIV prevention in a facility-based and community-level behavioral intervention research study. *Health Promotion Practice*, 5 (2) , 199-207.

- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30 (3) , 285-293.
- Catania, J. (1999). A framework for conceptualizing reporting bias and its antecedents in interviews in assessing human sexuality. *The Journal of Sex Research*, 36 , 25-28.
- Catania, J., Gibson, d. R., Chitwood, D. D., & Coates, T. J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences of measurement error and participation biases in studies of sexual behaviors. *Psychological Bulletin*, 108 , 339-362.
- Catania, J., McDermott, L. J., & Pollack, L. M. (1986). Questionnaire response biases and face-to-face interview sample bias in sexuality research. *The Journal of Sex Research*, 22 (1) , 52-72.
- Clawson, C. L., & Reese-Weber, M. (2003). The amount and timing of parent-adolescent sexual communication as predictor of late adolescent risk-taking behavior. *The Journal of Sex Research*, 40 (3) , 256-265.
- Clement, U. (1990). Surveys of heterosexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 1 , 45-74.
- Cobb, B. (1997). Communication Types and Sexual Protective Practices of College Women. *Public Health Nursing*, 14 (5) , 293–301.
- Coleman, L. M., & Cater, S. M. (2004). A qualitative study of the relationship between alcohol consumption and risky sex in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 36 (6) , 649-661.
- Coleman, L., & Cater, S. (2005). A Qualitative Study of the Relationship Between Alcohol Consumption and Risky Sex in Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 34 (6) , 649–661.
- Conner, B. T., Stein, J. A., & Douglas, L. (2005). Are cognitive AIDS risk-reduction models equally applicable among high and low risk seekers? . *Personality and Individual Differences*, 38 , 379-393.

- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. L., et al. (2001). Correct condom application among African American female adolescents: The relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs. *Journal of Adolescent Health, 29* (3), 194-199.
- Crosby, R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., et al. (2002). Low parental monitoring predicts subsequent pregnancy among African-American adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 15*, 43-56.
- Crosby, R., Holtgrave, D., DiClemente, R., Wingood, G., & Gayle, J. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behaviour: a state-level exploratory study. *AIDS and Behaviour, 7* (3), 245-252.
- Czooop, A. M., Montheith, M. J., Zimmerman, R. S., & Lynam, D. R. (2004). Implicit attitudes as potential protection from risky sex: Predicting condom use with IAT. *Basic and Applied Psychology, 26*(2&3), 227-236.
- De Wit, J., Stroebe, W., Vroome, E., Sandfort, T., & Griensven, G. (2000). Understanding AIDS preventive behavior with casual and primary partners in homosexual men: The Theory of Planned Behavior and the Information-Motivational-Behavioral-Skills Model. *Psychology and Health, 15*, 325-340.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Desrichard, O., & Denarie, V. (2005). Sensation seeking and negative affectivity as predictor of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addictive Behaviors, 30*, 1449-1453.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., et al. (2001). Parental Monitoring: Association With Adolescents' Risk Behaviors. *Pediatrics, 107*, 1363-1368.

- DiClemente, R., Salazar, L., Crosby, R., & Rosenthal, S. (2005). Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective - a commentary. *Public Health, 119* , 825-836.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Conger, K. J. (2007). A three-wave longitudinal study of self-evaluations during young adulthood. *Journal of Research in Personality 41* , 453–472.
- Duinne, M. P., Martin, N. G., Bayley, J. N., Bucholz, K. K., Madden, P. A., & Stahan, S. A. (1997). Participation biases in a sexuality survey: Psychological and behavioural characteristics of responders and nonresponders. *International Journal of Epidemiology, 16 (4)* , 844-854.
- Durant, L. E., & Carey, M. P. (2000). Self-administered questionnaires versus face-to-face interviews in assessing sexual behavior in young women. *Archives of Sexual Behavior, 29(4)* , 309-322.
- EuroHIV. (2006). *HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire.
- Eysenk, H. J. (1976). *Sex and Personality*. London: Open Books.
- Farmer, M. A., & Meston, C. M. (2006). Predictors of condom use Self-efficacy in a ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior, 35 (3)* , 313-326.
- Fenton, K. A., Johnson, A. M., Mcmanus, A., & B, E. (n.d.). Measuring sexual behavior: Methodological challenges in survey research.
- Ferguson, A. G., Morris, C. N., & Kariuki, C. W. (2006). Using diaries to measure parameters of transactional sex: an example from the trans-african highway in Kenya. *Culture, Health & Sexuality, 8 (2)* , 175-185.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behaviour. *Psychological Bulletin, 111 (3)* , 455-474.
- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., & Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology, 21 (2)* , 177–186.

- Fisher, T. (1998). Weighted Topics Measure of Family Sexual Communication. In G. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis, *Handbook of Sexuality Related Measures* (pp. 131-132). California: Sage Publications.
- Fisher, W., Byrne, D., White, L., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25 (1), 123-151.
- Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Greunsven, G. (2003). Need for Intimacy in Relationships and Motives for Sex as Determinants of Adolescent Condom Use. *Journal of Adolescent Health*, 33, 154-164.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2005). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Gilmore, S., DeLamater, J., & Wagstaff, D. (1996). Sexual decision making by inner city black adolescents males: a focus group study. *The Journal of Sex Research*, 33 (4), 363-371.
- Godin, G., Gagnon, H., Lambert, L., & Conner, M. (2005). Determinants of condom use among a random sample of single heterosexual adults. *British Journal of Health Psychology*, 10, 85-100.
- Golden, C. J., Sawick, R. F., & Michael, W. (1989). Test construction. In G. Golstein, & M. Herson, *Handbook of Psychological Assessment* (pp. 201-256). New York: Pergamon Press.
- Graham, C. A., Catania, J., Brand, R., Duong, T., & Canchola, J. (2003). Recalling sexual behavior: A methodological analysis of memory recall bias interview using the diary as a gold standart. *The Journal of Sex Research*, 40 (4), 325-332.
- Graham, C. A., Corsby, A. R., Sandres, S. A., & Yarber, W. C. (2005). Assessment of condom use in men and women. *Annual Review of Sex Research*, 16, 20-52.
- Gribble, J. N., Miller, H. G., Rogers, S. M., & Turner, C. F. (1999). Interview mode and measurement of sexual behaviors: Methodological issues. *The Journal of Sex Research*, 36 (1), 16-24.
- Gullette, D., & Lyons, M. (2006). Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 17 (5), 23-31.

Halpern-Felsher, B., Kropp, R., Boyer, C., Tschann, J., & Ellen, J. (2004). Adolescents self-efficacy to communicate about sex: Its role in condom attitudes, commitment and use. *Adolescence*, 39 (155) , 443-456.

Halpern-Felsher, B., Millstein, S. G., & Ellen, J. (1996). Relationship of alcohol use and risk sexual behavior: A review and analysis of findings. *Journal of Adolescent Health*, 19 (5) , 331-336.

Harper, G., Gannon, C., Watson, S., Catania, J., & Dolcini, M. (2004). The role of close friends in African American adolescents' dating and sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 41 (4) , 351-362.

Harvey, S., Beckman, L., Gerend, M., Bird, S., Posner, S., Huszti, H., et al. (2006). A conceptual model of women's condom use intentions: Integrating intrapersonal and relationship factors. *AIDS Care*, 18 (7) , 698-709.

Henderson, V. R., Hennessy, M., Barrett, D. W., Curtis, B., McCoy-Roth, M., Trentacoste, N., et al. (2005). When risky is attractive: sensation seeking and romantic partner selection. *Personality and Individual Differences*, 38 (2) , 311-325.

Henderson, V. R., Hennessy, M., Barrett, D. W., Martin, S., & Fishbein, M. (2006). Tell me more: Sensation seeking and information seeking in evaluating romantic partners. *Journal of Research in Personality* 40 , 611–630.

Herlitz, C., & Ramstedt, K. (2005). Assessment of Sexual Behavior, Sexual Attitudes, and Sexual Risk in Sweden (1989–2003). *Archives of Sexual Behavior*, 34 (2) , 219–229.

Herol, E., & Mewhinney, D.-M. (1993). Gender Differences in Casual Sex and AIDS Prevention: A Survey of Dating Bars. *The Journal of Sex Research*, Vol.30 (1) , 36-42.

Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hollander, J. A. (2004). The social contexts of focus group. *Journal of Contemporary Ethnography*, 33 (5) , 602-637.

Hutchinson, M. K., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Braverman, P., & Fong, G. T. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk

- behaviors among urban adolescents females: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 33 , 98-107.
- Hyde, A., Howlett, E., Brady, D., & Drennan, J. (2005). The focus group method: Insights from focus group interviews on sexual health with adolescents. *Social Science and Medicine*, 61 , 2588-2599.
- Instituto Nacional de Saúde. (2007). *Infecção VIH/SIDA - A situação em Portugal a 30 de Junho de 2007*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Jaccard, J., McDonald, R., Wan, C., Guilamo-Ramos, V., Dittus, P., & Shannon, Q. (2004). Recalling sexual partner: The accuracy of self-reports. *Journal of Health Psychology*, 9 (6) , 699-712.
- Janssen, E. (2002). Psychophysiological measurement of sexual arousal. In M. W. Wierderman, & B. E. Whithley Jr, *Handbook for conducting research on human sexuality* (pp. 139-171). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Johnson, R., McCaul, K., & Klein, W. (2002). Risk involvement and risk perception among adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Medicine* 25 (1) , 67–82.
- Karofsky, P. S., Zeng, L., & Korsorok, M. R. (2001). Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents,. *Journal of Adolescent Health*, 28 (1) , 41-45.
- Keller, S., & Brown, J. (2002). Media interventions to promote responsible sex behavior. *The Journal of Sex Research*, 39 (1) , 67-72.
- Kershaw, T. S., Ickovics, J. R., Lewis, J. B., Niccolai, L. M., Milan, S., & Ethier, K. (2004). Sexual risk following a sexually transmitted disease diagnosis: the more the things change the more they stay the same. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (5) , 445-461.
- Klein, R., & Knäuper, B. (2003). The role of cognitive avoidance of SITs for discussing safer sex practices and for condom use consistency. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12 (3&4) , 137-149.

- Kraft, P., Sutton, S., & Reynolds, H. M. (1999). The Transteoretical Model of Behavior Change: are the stages qualitatively different? *Psychology and Health* , 433-450.
- Kupek, E. (1998). Estimation of the number is sexual partners for the nonrespondents to a large national survey. *Archives of Sexual Behavior*, 28 (3) , 233-242.
- LaBrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-level analyses. *Journal of Sex Research*, 42 , 259–266.
- Last, J. M. (1998). *Um dicionário de epidemiologia (2ª Ed.)*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Lefkowitz, E., Gillen, M., Shearer, C., & Bone, T. (2004). Religiosity, Sexual Behaviors and Sexual Attitudes during Emerging Adulthood. *The Journal of Sex Research* , 150-159.
- Leigh, B. C., Gillmore, R., & Morrison, D. M. (1998). Comparison of diary and retrospective measures for recording alcohol consumption and sexual activity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 , 119-127.
- Leigh, B. (1990). The relationship of substance use during sex to high-risk sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 27 (2) , 199-213.
- Lewis, M. A., Neighbors, C., & Malheim, J. E. (2006). Indulgence or restraint? Gender differences in the relationship between controlled orientation and the erotophilia-risky sex link. *Personality and Individual Differences*, 40 , 985–995.
- Lieberthal, K. C., & Beckmann, C. A. (1997). Self-reported factors influencing condom use among clinic attendees. *Western Journal of Nursing Research*, 19 (4) , 424-441.
- Lima, L. P. (2004). Atitudes: Estrutura e Mudança. In J. Vala, & M. B. Monteiro, *Psicologia Social (6ª Edição)* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lindberg, C. (2000). Knowledge, Self-efficacy, coping and condom use among urban women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 11 (5) , 80-90.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa : APF.

- López, J. A., & Treviño, L. E. (2004). Conductas de Riesgo para la Infección por VIH en Adultos Jóvenes con Pareja Regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2) , 227-236.
- Lugoe, W., & Rise, J. (1999). Predicting intended condom use among Tanzanian students using the theory of planned behavior. *Journal of Health Psychology*, 4 (4) , 497-506.
- Macnair-Semands, R., Cody, W. K., & Simono, R. B. (1997). Sexual behaviour change associated with a college HIV course. *AIDS Care*, 9 (6) .
- MacPhail, C., & Campbell, C. (2001). 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a. *Social Science & Medicine*, 52 , 1613–1627.
- McAnulty, R. F., & Adams, H. E. (1991). Voluntary control of penis tumescence: Effects of an incentive and a signal detection task. *The Journal of Sex Research*, 28 (4) , 70-86.
- McKay, S. (2003). Adolescent risk behaviors and communication research - current directions. *Journal of Language and Social Psychology*, 22 (1) , 74-82.
- McLaws, M., Oldenburg, B., Ross, M., & Cooper, D. (1990). Sexual behavior in AIDS-related research: Reliability and Validity of recall and diary measures. *The Journal of Sex Research*, 27 (2) , 265-281.
- Meekers, D., & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14 (1) , 62-72.
- Moore, M. (2002). Behavioral observation . In M. W. Wiederman, & B. E. Whitley Jr, *Handbook for conducting research in human sexuality* (pp. 113-137). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Moore, M. (1985). Courtship signalling and asolescents: "Girls just wanna have fun?". *The Journal of Sex Research*, 32 , 319-328.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Group. *Annual Review of Sociology*, 22 , 129-152.

- Morrison, D. M., Leigh, B. C., & Gillmore, R. (1999). Daily data collection: A comparison of three methods. *The Journal of Sex Research* , 76-81.
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C., & Martins, A. (2007). AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Public Health (in press)* .
- Myers, D. (2005). *Social Psychology (8ª Ed)*. New York: McGraw-Hill.
- Noar, S. M., Cole, C., & Carlyle, K. (2006). Condom use measurement in 56 studies of sexual risk behavior: review and recommendations. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (3) , 327-345.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Offir, J. T., Fisher, J. D., Williams, S. S., & Fisher, W. A. (1993). Reasons for inconsistent AIDS-preventive behaviors among gay men. *The Journal of Sex Research*, 30 (1) , 62-69.
- Ogden, J. (1995). Psychosocial Theory and the Creation of The Risky Self. *Social Science and Medicine*, 40 (3) , 409-415.
- Okami, P. (2002). Dear diary: a useful but imperfect method. In M. W. Wiederman, & B. E. Whitley Jr, *Handbook for conducting research in human sexuality* (pp. 195-207). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- O'Sullivan, L. F., Udell, W., & Patel, V. L. (2006). Young urban adults' heterosexual risk encounters and perceived risk and safety: A structured diary study. *The Journal of Sex Research*, 43 (4) , 343-351.
- Ott, M. A., Millstein, S., Ofner, S., & Halpern-Felsher, B. (2006). Greater Expectations: Adolescents' Positive Motivations for Sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (2) , 84-89.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Parsons, J., Halkitis, P., Bimbi, D., & Borkowski, T. (2000). Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. *Journal of Adolescence*, 23 , 377-391.

- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A. (2004). *SPSS Guia Prático de Utilização - Análise de dados para Ciência Sociais e Psicologia (5ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pötsönen, R., & Kontula, O. (1999). How Are Attitudes towards Condoms related to Gender and Sexual Experiences among Adolescents in Finland? *Health Promotion Internation, Vol.14 (3)* , 211-219.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist, 47* , 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. L. (1988). Measuring the processes of change: Application to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* , 520-528.
- Roberts, J., Boker, J. R., Oh, M. K., & DiClemente, R. (2000). Health care service use and sexual communication: Past experience and future intention of high-risk male adolescents. *Journal of Adolescent Health, 27* , 298-301.
- Roberts, S., & Kennedy, B. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing, 20 (1)* , 32-40.
- Robertson, A., Stein, J., & Baird-Thomas, C. (2006). Gender differences in the prediction of condom use among incarcerated juvenile offenders: testing the information-motivation-behavior skills (IBM) model. *Journal of Adolescents Health, 38* , 18-25.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91* , 93-114.
- Rose, M. A. (1996). Effect of an AIDS Education Program for Older Adults . *Journal of Community Health Nursing, 13 (3)* , 141-148.
- Rosenthal, D., Smith, A., & De Visser, R. (1999). Personal and Social Factors Influencing Age at First Sexual Intercourse. *Archives of Sexual Behavior, 28 (4)* , 319-333.

- Rosentock, I. M., & Kirscht, J. (1982). Why people use health services. In A. Stone, F. Cohen, & N. Adler, *Health Psychology* (pp. 161-189). San Francisco: Jossey Bass.
- Rowland, D. (1999). Issues in the laboratory study of human sexual response: a synthesis for nontechnical sexologist. *The Journal of Sex Research*, 36 (1), 3-15.
- Rubio, J. M., & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.
- Salazar, L. F., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S., et al. (2004). Self-Concept and adolescents' refusal to unprotected sex: a testing of mediating mechanisms among african american girls. *Prevention Science*, 5 (3), 137-149.
- Schmitt, D. (2004). The Big Five related to risky sexual behavior across 10 world regions; Differential personality associations of sexual promiscuity and relationship infidelity. *European Journal of Personality*, 18, 301-319.
- Schroeder, K., & Carey, M. (2005). Anger as a moderator of safe sex motivation among low-income urban women. *Journal of Behavioral Medicine*, 55, 483-496.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura, *Self-efficacy in changing societies* (pp. 259-288). New York: Cambridge University Press.
- Scott-Sheldon, L., Glasford, D., March, K., & Lust, S. (2006). Barriers to Condom Purchasing: Effects of Product Positioning on Reactions to Condom. *Social Science & Medicine*, 63, 2755-2769.
- Seal, D. W., & Palmer-Seal, D. A. (1996). Barriers to condom use and safer sex talk among college dating couples. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15-33.

Semple, S. J., Grant, I., & Patterson, T. L. (2005). Negative self-perceptions and sexual risk behavior among heterosexual methamphetamine users. *Substance Use & Misuse, 40*, 1797-1810.

Semple, S., Patterson, T., & Grant, I. (2004). Determinants of Condom Use Stage of Change Among Heterosexually-Identified Methamphetamine Users. *AIDS and Behavior, 8(4)*, 391-400.

Shearer, C. L., Hosterman, S. J., Gillen, M. M., & Lefkowitz, E. S. (2005). Are traditional gender role attitudes associated with risky sexual behavior and condom-related beliefs? *Sex Roles, 52 (5-6)*, 311-324.

Shefer, T., Strebel, A., Wilson, T., Shabalala, N., Simbayi, L. R., Potgieter, C., et al. (2002). The social construction of sexually transmitted infections (STIs) in South African communities. *Qualitative Health Research, 12 (10)*, 1373-1390.

Shwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors. In A. Bandura, *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press.

Simbayi, L. C., Mwaba, K., & Kalichman, S. (2006). Perceptions of STI Clinic Attenders about HIV/AIDS and Alcohol as a Risk Factor with regard to HIV Infection in South Africa: Implications for HIV Prevention. *Social Behavior and Personality, 34(5)*, 535-544.

Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Geller, R. J. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of Adolescence, 30*, 231-249.

Slonim-Nevo, V., & Mukuka, L. (2005). AIDS-related knowledge, attitudes and behavior among adolescents in Zambia. *AIDS and Behavior, 9 (2)*, 223-231.

Smeaton, G., & Byrne, D. (1998). The Feeling Scale: Positive and Negative Affective Responses. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis, *Handbook of Sexuality Related Measures* (pp. 50-51). California: Sage Publications.

- Smith, A., de Visser, R., Akande, A., Rosenthal, D. A., & Moore, S. M. (1998). Australian and South African undergraduates' HIV-related knowledge, attitudes and behaviours. *Archives of Sexual Behaviour, 27*, 279-294.
- Snell, W. E. (1998). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. In G. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis, *Handbook of Sexuality Related Measures* (pp. 521-524). California: Sage Publications.
- Sprinthall, N., & Sprinthall, R. (2001). *Psicologia Educacional - Abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Strek, C. E., Klein, H., & Elifson, K. W. (2003). Perceived condom use in self-efficacy among at-risk women. *AIDS and Behavior, 7* (2), 175-182.
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology and Health, 16*, 163-171.
- Taylor, L. (2005). Effects of visual and verbal sexual television content and perceived realism on attitudes and beliefs. *The Journal of Sex Research, 42* (2), 130-137.
- Thorton, B., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2002). Risk perception and prototype perception: independent processes predicting risk behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28* (7), 986-999.
- Trobst, K., Herbst, J., Masters, H., & Costa Jr., P. (2002). Personality pathways to unsafe sex: personality, condom use and HIV risk behaviors. *Journal of Personality Research, 36*, 117-133.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Reeding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management : Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis, 38*, 216-233.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of personality and social psychology, 39*, 806-820.
- White, K., Terry, D., & Hogg, M. (1994). Safer sex behavior: The role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 2164-2192.

- Wideman, M. W., & Whitley Jr., B. E. (2002). *Handbook for conducting research in human sexuality*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Wiederman, M. W. (2002). Policy capturing. In M. W. Wiederman, & B. E. Whithley Jr, *Handbook for conducting research in human sexuality* (pp. 209-219). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wiederman, M. W. (1999). Policy capturing methodology in sexuality research. *The Journal of Sex Research* 33 (1) , 91-95.
- Wiederman, M. W. (1999). Volunteer bias in sexuality research using college student participants. *The Journal of Sex Research* 36 (1) , 91-95.
- Wiederman, M. W., & Dubois, S. L. (1998). Evolution and sex differences in preferences for short-term mates: Results from a policy capturing study. *Evolution and Human Behavior*, 19 , 152-170.
- Wislar, J. S. (2000). Can self-reported drug use data be used to assess sex risk behavior in adolescents? *Archives in Sexual Behavior*, 29 (1) , 77-89.
- Yesmont, G. (1998). Intimate Relationship Questionnaire. In G. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. Davis, *Handbook of Sexuality Related Measures* (pp. 79-81). California: Sage Publications.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Siebenbruner, J., & Collins, A. W. (2004). A Prospective Study of Intraindividual and Peer Influences on Adolescents' Heterosexual Romantic and Sexual Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 33 , 381–394.

ANEXO A

Questionário

Este questionário que lhe é apresentado em seguida pretende fazer um levantamento sobre alguns dos comportamentos sexuais da população de jovens adultos. Como tal, é-lhe pedida a sua colaboração, num estatuto de total anonimato e confidencialidade. Os dados serão tratados de forma global e estatística. É importante que considere que não existem respostas certas ou erradas, pelo que lhe pedimos a sua total sinceridade. Não demorará mais de 20 minutos a responder.

Confira o questionário quando terminar, para garantir que não deixou questões em aberto, por esquecimento. Quando terminar, por favor, coloque este questionário, dobrado, na urna colocada na sala para o efeito.

Muito gratos pela sua colaboração.

Qual a sua idade: _____

Sexo: Homem Mulher

Qual o seu nível de estudos? (assinale com um x a sua resposta)

Ensino Básico (até ao 9º ano)
Ensino Secundário (até ao 12º ano)
Ensino Superior (Frequência, Bacharel, Licenciatura, Pós-Graduações)

Trabalha? (assinale com um x a sua resposta)

Sim Não

Com quem vive a maior parte do tempo? (assinale com um x a sua resposta, e apenas uma opção)

Com ambos os Pais
Só com o Pai
Só com a Mãe
Parceiro/a
Residência de estudantes
Divide apartamento
Sozinho

Como classificaria a experiência de falar sobre sexo num inquérito sobre Sida?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Qual fácil, ou difícil seria, para si, preencher ou responder a um questionário totalmente anónimo que questionasse sobre os seus comportamentos sexuais, na privacidade da sua casa, sem ninguém presente?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Leia as seguintes situações, e responda colocando um círculo no número da resposta que mais se adequar à sua posição.

Imagine que conhece alguém numa festa. Ele/ela demonstram querer ter sexo consigo. Mesmo sentindo-se muitíssimo atraído e compelido para tal, não tem preservativos. Em que medida acredita que era capaz de recusar esta relação sexual?

1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Imagine que você e o/a seu/sua parceiro/a iniciaram agora a sua relação amorosa, mas ainda não tiveram sexo. Ele/ela quer realmente, começar a ter relações sexuais consigo. No entanto, você ainda não se sente preparado para tal. Em que medida considera que seria capaz de recusar esta relação sexual?

1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Imagine que você e o/a seu/sua namorado/a já iniciaram as vossas relações sexuais, mas agora, o seu/sua parceiro/a quer deixar de utilizar preservativo. Você considera que o ideal seria continuar a utilizar o preservativo. Em que medida acredita que conseguiria não ter sexo até o/a seu/sua parceiro/a aceder a continuar a utilizar preservativo?

1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Usar preservativo nas minhas relações sexuais, mesmo que use outro método contraceptivo, é (ou seria) algo... (assinale com um x a posição que melhor expresse a sua posição face aos adjectivos descritos)

Muito excitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nada excitante
Inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro
Agradável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desagradável
Aborrecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Divertido
Inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Útil
Muito romântico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nada romântico
Tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intraquilo
Incómodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cómodo
Prudente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imprudente

Já teve relações sexuais completas*?

Sim Não

*Entende-se por relações sexuais completas as que envolvem penetração, seja esta vaginal ou anal

Quais? (Assinale com um x as que já praticou)

Vaginais

Anais

Orais

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Leia as seguintes situações, e responda colocando um circulo no número da resposta que mais se adequar à sua posição.

Imagine que você e o/a seu/sua parceiro/a têm tido relações sexuais e não têm utilizado preservativo. Você considera melhor começar a utilizá-los. Em que medida acredita que era capaz de dizer, abertamente, ao seu/sua parceiro/a que queria utilizar preservativo?

1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Imagine que se vê envolvido numa relação sexual com alguém que acabou de conhecer. Você sente que é importante utilizar preservativo. Em que medida acredita que era capaz de dizer que quer usar preservativo.

1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Imagine que você e o/a seu/sua parceiro/a usam a pílula para evitar uma gravidez indesejada. Você quer usar preservativos para evitar possíveis doenças ou infecções sexualmente transmissíveis. Em que medida acredita ser capaz de convencer o/a seu/sua parceiro/a a usar um preservativo?

1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Com que idade teve a primeira relação sexual completa?: _____

E que idade tinha o/a seu/sua parceiro/a?: _____

Qual fácil, ou difícil seria para si, preencher ou responder a um questionário totalmente anónimo que questionasse sobre os seus comportamentos sexuais, numa sala de espera de um consultório médico com outros pacientes presentes, mas que não conseguissem ver o que escrevia?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Pensa utilizar preservativo na sua próxima relação sexual?· 1 2 3 4 5 6 7

Nada Totalmente

Em que medida diria que a informação sobre temas sexuais, dada por cada um destes intervenientes, **lhe foi útil** (1 – Nada; 7 – Totalmente):

	Nada				Totalm.		
Mãe	1	2	3	4	5	6	7
Pai	1	2	3	4	5	6	7
Irmãos	1	2	3	4	5	6	7
Outros familiares	1	2	3	4	5	6	7
Amigos	1	2	3	4	5	6	7
Técnicos de saúde (médicos, enfermeiros)	1	2	3	4	5	6	7
Psicólogos	1	2	3	4	5	6	7
Professores	1	2	3	4	5	6	7
Parceiro (actual ou anterior)	1	2	3	4	5	6	7
Revistas	1	2	3	4	5	6	7
Cinema/TV	1	2	3	4	5	6	7

Utilizou preservativo na sua última relação sexual?

Sim

Não

(assinale com um x a sua resposta)

De todas as pessoas aqui referidas, com qual se sente **mais à vontade** para falar sobre temas sexuais?
(apenas uma opção) _____

Em que medida **classifica** a comunicação com os seus pais, sobre temas sexuais?

1
Inexistente

2
Insatisfatória

3
Satisfatória

Independentemente da qualidade, em que **idade** começou a falar com os seus pais sobre temas sexuais?

Em que medida acredita ter a certeza de que é capaz de utilizar um preservativo correctamente, ou explicar a outra pessoa, como utilizar um?

1 2 3 4 5 6 7

Nada

Totalmente

Você precisa de um preservativo. Em que medida consegue ir a uma loja, com bastantes clientes, e comprar um?

1 2 3 4 5 6 7

Nada

Totalmente

Se decidir ter relações sexuais, em que medida tem a certeza de ter um preservativo consigo?

1 2 3 4 5 6 7

Nada

Totalmente

Nas seguintes questões, assinale apenas uma resposta por dilema. Recorde-se que não existem perguntas correctas ou erradas. Apenas assinale em cada hipótese em que medida se identifica (1-nada; 7-muito).

1. Durante as últimas semanas o seu namorado (namorada) parece menos entusiasmado(a) e menos carinhoso(a), no que diz respeito à vossa relação. Você:
 - a. Decide confrontá-lo na próxima vez que estiverem juntos e mostrar-se aborrecido(a) com isso. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Espera que ele/ela telefone, e entretanto, queixa-se aos amigos. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Decide falar com ele/ela de forma aberta e sugerir-lhe que resolvam a situação entre os dois. 1 2 3 4 5 6 7
2. Quando o seu encontro diz que não terá sexo consigo, se continuar a insistir em usar um preservativo, você diz:
 - a. O.K., então que tal tentarmos outras coisas sem ser uma relação coital? 1 2 3 4 5 6 7
 - b. A tua atitude não faz sentido nenhum! Fica tudo por aqui. Vamos para casa. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. O.K. Tu és muito importante para mim, e não precisamos de usá-lo. 1 2 3 4 5 6 7
3. Está numa festa com o seu/sua namorado/a e repara que ele/ela está muito atento a outra pessoa, que você nunca viu antes. Você pensa:
 - a. Não vou dar muita importância, apesar de tudo é comigo que ele/ela vai para casa, hoje à noite 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Eu gostava de ter a sua atenção hoje à noite e vou dizer-lhe isso. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Como pode ele/ela ignorar-me assim? Vou encontrar alguém para falar e fazer-lhe ciúmes. 1 2 3 4 5 6 7
4. Você quer dizer ao seu parceiro/a que gostava de usar um preservativo, hoje à noite, quando estivesse a fazer amor com ele/ela. Então pensa:
 - a. Se não conseguir convencê-lo/a a usar preservativo, havemos de conseguir outras formas de nos satisfazermos. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Usar um preservativo é uma boa ideia, mas acho que não vou conseguir pedir-lhe para que use um. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Ele/ela deve fazer o que eu pedir, sem hesitar, se de facto me amar. 1 2 3 4 5 6 7

Estado Civil (assinale com um x a opção que lhe corresponde)

Solteiro/a

Casado/a ou União de facto

Divorciado/a ou viúvo/a

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

5. O seu namorado/a silencia, em vez de dizer o que lhe vai na cabeça. Você pensa:
- a. Aí vem... Um grande silêncio. Vou-me chatear-me e obrigá-lo/a a dizer o que pensa. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Se eu disser uma piada, e se o/a distrair, talvez ele/ela se esqueça do que está a chateá-lo/a. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Vou dizer-lhe que me aborrece quando ele/ela fica em silêncio porque me deixa confuso sobre o que está a pensar. 1 2 3 4 5 6 7
6. Quando é questionado pelo seu par se tem alguma doença que possa transmitir-lhe, se fizerem amor essa noite, você pensa:
- a. O que é que ele/ela pensa que eu sou? Algum degenerado que anda aí, a infectar pessoas? 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Estou contente que tenha perguntado. Assim dá-me hipótese de fazer a mesma questão. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. É melhor responder, ou ele/ela pode ficar chateado comigo. 1 2 3 4 5 6 7
7. Quando o seu par lhe pergunta se concorda em usar um preservativo, aquando do acto sexual, você pensa:
- a. Isso é pouco excitante. Eu não gosto que ninguém me diga o que fazer quando faço sexo. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Será melhor fazer o que ele/ela quer, caso contrário ainda fica frustrado/a. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Ainda bem que ele/ela falou sobre isso. Assim ficamos os dois protegidos. 1 2 3 4 5 6 7
8. O seu namorado/a critica o seu aspecto à frente de amigos. Você diz:
- a. Magoas-me sempre que me criticas. Se tens alguma coisa a dizer-me, diz-me em privado. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Como é que pudeste fazer-me uma coisa destas? Se fazes isso outra vez, está tudo terminado. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Parece que não estou assim tão bem esta noite, para me teres criticado em frente aos nossos amigos. 1 2 3 4 5 6 7
9. Quando sugere ao seu par para usar um preservativo, ele/ela ri-se de si por estar preocupado com essas coisas. Você:
- a. Fica em silêncio, até que ele/ela concorde consigo. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Diz ao seu parceiro/a que se quer ter relações consigo, terá que utilizar sempre o preservativo. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Diz ao seu par como está a ser imaturo. 1 2 3 4 5 6 7

Qual a sua religião?: _____

Em que medida se considera religioso?

1 2 3 4 5 6 7
Nada Muito

Qual a sua orientação política? (assinale com um x a sua resposta):

Extrema direita

Centro Direita

Centro Esquerda

Extrema Esquerda

Não tem / Não se aplica

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

10. Quando quer perguntar ao seu parceiro/a se já fez o teste de rastreio do HIV, você diz:
- a. Eu estava a pensar... bem, deixa-me envergonhado... mas... alguma vez fizeste o teste do HIV? Se não queres responder, não respondas! 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Eu quero que me digas, agora mesmo, se já fizeste o teste ao HIV! 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Eu gosto mesmo muito de ti, mas com estas questões todas acerca da SIDA, acho que devemos ser cuidadosos. Eu já fui fazer o teste do HIV. E tu? 1 2 3 4 5 6 7
11. Se o seu parceiro/a se recusa a usar um preservativo, você:
- a. Tenta descobrir o que ele/ela tem contra o preservativo, para que possam falar disso.
 - b. Tem medo que ele/ela fique aborrecido(a) e não volte a estar consigo. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Se ele/ela não fizer como que quero, está tudo acabado. 1 2 3 4 5 6 7
12. Se nem você, nem o seu parceiro têm um preservativo, você diz:
- a. Oh... Tudo bem. Acho que podemos fazer uma vez, sem usar. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Que irresponsabilidade! Se gostasses de mim, terias sempre um, quando estamos juntos. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Eu também não tenho nenhum, mas podemos satisfazermo-nos sem sexo, desta vez. 1 2 3 4 5 6 7
13. Você diz ao seu parceiro/a que prefere esperar um pouco mais, até se conhecerem melhor, para terem sexo. Quando ele/ela aparenta estar chateado(a), você:
- a. Diz ao seu parceiro que não pode continuar a estar com uma pessoa que discute sobre uma coisa destas. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Re-afirma o que sente, dizendo que prefere esperar. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Muda de ideias, e tem sexo com ele/ela, antes do desejado. 1 2 3 4 5 6 7
14. Quando sugere ao seu parceiro que usem preservativo nas vossas relações sexuais, ele/ela responde-lhe "Tu não confias em mim. Eu disse-te que nunca me expus ao HIV, herpes ou qualquer outra doença." Você diz:
- a. Desculpa, mas não temos forma de saber isso. Eu sinto-me muito melhor se usarmos preservativos. 1 2 3 4 5 6 7
 - b. Não é uma questão de confiança. Não percebes o que te estou a dizer. 1 2 3 4 5 6 7
 - c. Desculpa, eu confio em ti. Vamos esquecer este assunto. Não quero discussões por isto. 1 2 3 4 5 6 7

Tem irmãos? Sim
 Não Se sim, quantos?: _____

Habita com eles? Sim
 Não

Nível de estudos dos Pais

Ensino Básico (até ao 9º ano)
 Ensino Secundário (até ao 12º ano)
 Ensino Superior (Frequência/Bacharel/Licenciatura/Pós-Graduações)

<i>Pai</i>	<i>Mãe</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Até hoje, quantos parceiros sexuais já teve, com que tenha tido relações sexuais completas*?

*Entende-se por relações sexuais completas as que envolvem penetração, seja esta vaginal ou anal

Tem parceiro/a sexual de momento? Sim
 Não

Nos últimos 3 meses, quantos parceiros sexuais teve?: _____

Assinale com um círculo a resposta que mais se adequa a si.

	Nada adequado					Totalmente adequado	
	1	2	3	4	5	6	7
A minha sexualidade é algo pelo qual sou largamente responsável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os aspectos sexuais da minha vida são determinados, em grande parte, pelo meu próprio comportamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu controlo e sou responsável pelos aspectos sexuais da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A coisa que mais afecta os aspectos sexuais da minha vida é, precisamente, as minhas acções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha sexualidade é algo em que eu controlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acredita que tem possibilidades de contrair uma infecção sexualmente transmissível como o VIH/SIDA? 1 2 3 4 5 6 7

Nenhuma possibilidade Muitas possibilidades

No momento da relação sexual, eu sinto-me... (assinale com um x a posição que melhor expresse a sua posição face a todos os adjectivos descritos)

Sexualmente activado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não activado
Descontente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contente
Entretido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aborrecido
Ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontraído
Deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não deprimido
Excitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não excitado

Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, nos últimos 6 meses: _____ (caso nunca tenha usado ou usado sempre, refira isso na sua resposta)

Assinale com um circulo a resposta que mais se adequa a si..

	Nada adequado					Totalmente adequado	
	1	2	3	4	5	6	7
Os aspectos sexuais da vida de uma pessoa são, largamente, determinados por situações de sorte.							
Muitas das coisas que afectam os aspectos da sexualidade, na minha vida, acontecem por acidente.							
A sorte exerce uma importante influência nos aspectos sexuais da minha vida.							
Os aspectos sexuais da minha vida, são, em larga medida, um assunto de (boa ou má) sorte.							
Os aspectos sexuais da minha vida são um assunto do destino.							

Estime, com base nas suas relações sexuais, quantas vezes não terá usado preservativo, no último mês: _____ (caso nunca tenha usado ou usado sempre, refira isso na sua resposta)

Quão fácil é, para si, discutir um problema sexual com um bom amigo?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Quão fácil é, para si, discutir um problema sexual com o seu (sua) parceiro(a) sexual ou companheiro(a)?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Assinale com um circulo a resposta que mais se adequa a si..

	Nada adequado						Totalmente adequado
	1	2	3	4	5	6	7
Eu tenho um sentido de orgulho-próprio derivado da forma como eu lido com os meus desejos e necessidades.							
Eu sinto orgulho na forma como eu lido e dirijo com os meus desejos e necessidades sexuais.							
Estou satisfeito com a forma como lido com as minhas tendências e comportamentos sexuais.							
Tenho sentimentos positivos acerca da forma como eu abordo os meus desejos e necessidades sexuais.							
Eu sinto-me bem acerca da forma como expesso os meus próprios desejos e necessidades sexuais.							

Em que medida consome as seguintes substâncias diariamente?

	Nunca			Sempre			
	1	2	3	4	5	6	7
Álcool.....							
Tabaco							
Drogas.....							

Em que medida consome as seguintes substâncias em situações de descontração e de carácter social (exemplo: festas, fins-de-semana, jantares com amigos)?

	Nunca			Sempre			
	1	2	3	4	5	6	7
Álcool.....							
Tabaco							
Drogas.....							

Em que medida consome as seguintes substâncias para se sentir mais descontraído?

	Nunca			Sempre			
	1	2	3	4	5	6	7
Álcool.....							
Tabaco							
Drogas.....							

Tem por hábito questionar os seus parceiros quanto à sua vida sexual anterior?

	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca questiono			Questiono sempre			

Assinale a sua resposta, tendo em conta a sua opinião pessoal. Considere a escala fornecida de 1 –
Discordo Totalmente a 7 – Concordo Totalmente

	Discordo Totalmente						Concordo Totalmente
Muitas pessoas não gostam que o parceiro use preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Eu simplesmente, não gosto da ideia de usar preservativos;	1	2	3	4	5	6	7
Eu não considero que o uso do preservativo interfira com o prazer do sexo;	1	2	3	4	5	6	7
Usar um preservativo torna o sexo menos prazenteiro;	1	2	3	4	5	6	7
Não me é apelativa a ideia de usar preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Eu tentaria não utilizar preservativos, se tal for possível;	1	2	3	4	5	6	7
Eu sentir-me-ia confortável ao sugerir ao meu parceiro o uso do preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Não vejo razão para me sentir envergonhado por usar preservativos;	1	2	3	4	5	6	7
Eu não teria objecção alguma se o meu parceiro me sugerisse o uso do preservativo;	1	2	3	4	5	6	7
Ter que parar para colocar um preservativo tira o romance ao sexo;	1	2	3	4	5	6	7
Os preservativos são desconfortáveis para os dois parceiros;	1	2	3	4	5	6	7

Assinale com um x a resposta que mais se adequa a si.

	Nada adequado						Totalmente adequado
Eu estou satisfeito com a forma que as minhas necessidades sexuais estão, actualmente, a ser satisfeitas.	1	2	3	4	5	6	7
Eu estou satisfeita com o estatuto da minha satisfação sexual.	1	2	3	4	5	6	7
Os aspectos sexuais da minha vida são, pessoalmente, gratificantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
Os aspectos sexuais da minha vida são satisfatórios, quando comparados com a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
Estou satisfeito com os aspectos sexuais da minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
Não só eu seria um bom parceiro sexual, mas é também muito importante para mim que eu seja um bom parceiro sexual.	1	2	3	4	5	6	7
É importante para mim que me considere um bom parceiro sexual.	1	2	3	4	5	6	7
Não só posso relacionar-me bem com um parceiro sexual, como é importante para mim que seja capaz de o fazer.	1	2	3	4	5	6	7
Eu sou capaz de ter química com o meu parceiro sexual, como também é importante para mim, que seja capaz de o fazer.	1	2	3	4	5	6	7
Não só sou capaz de de relacionar-me com um parceiro sexual, como é importante para mim que seja capaz de o fazer bem.	1	2	3	4	5	6	7

Quão fácil, ou difícil, seria para si responder a questões acerca do seu comportamento sexual, se essas questões fossem colocadas por um(a) médico(a), na privacidade do seu gabinete?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Quão fácil, ou difícil, seria para si, responder a questões acerca do seu comportamento sexual, se essas questões fossem colocadas por um(a) psicólogo(a), na privacidade do seu consultório?

Muito fácil	Fácil	Algo Difícil	Muito Difícil	Não o faria	Não sei
-------------	-------	--------------	---------------	-------------	---------

Em que medida toma parte na decisão de usar, ou não, um preservativo?

1 2 3 4 5 6 7
 Não tomo parte A decisão é totalmente minha

Diga em que medida acredita nas seguintes afirmações.

	Totalmente falso					Totalmente verdadeira	
Se amo e confio em alguém, então não tenho que me preocupar com infectar-me com HIV.	1	2	3	4	5	6	7
Podemos dizer se alguém tem HIV pelo seu aspecto físico.	1	2	3	4	5	6	7
Só quem consome drogas, ou é homossexual é que tem, de facto, de se preocupar com o HIV.	1	2	3	4	5	6	7

Está a pensar utilizar preservativo nos próximos 6 meses?

Sim

Não

Terminou.

Um sincero Obrigado pela sua participação!