

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**"AMOR A QUANTO OBRIGAS... !" - ESTUDO COMPARATIVO DA AUTO-EFICÁCIA DO USO
DO PRESERVATIVO MASCULINO EM JOVENS ADULTOS MASCULINOS E FEMININOS**

Henrique Paulo Pelica Ferreira

Nº 10257

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



"AMOR A QUANTO OBRIGAS... !" - ESTUDO COMPARATIVO DA AUTO-EFICÁCIA DO USO DO PRESERVATIVO MASCULINO EM JOVENS ADULTOS MASCULINOS E FEMININOS

Henrique Paulo Pelica Ferreira

Dissertação orientada por: Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Ana Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho

da DGES, n.º 19673/2006 publicado no Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível com a ajuda empenhada de uma série de pessoas que nele participaram, desde a minha orientadora que teve um papel fundamental na execução deste trabalho com o seu apoio e incentivo quando a altura o exigia, o apoio do departamento de estatística do I.S.P.A. com a sua dedicação e os funcionários do I.S.P.A. que com a sua boa vontade, muito auxílio me prestaram. Como não poderia deixar de referir, agradeço à minha família que sempre me apoiou em todos os momentos e à minha amiga João, que sempre esteve ao meu lado contribuindo com os seus conhecimentos e opiniões. Agradeço ainda a todos os meus amigos que de forma directa ou indirecta, me proporcionaram a ajuda necessária para poder terminar este meu trabalho. Deixo para o fim um agradecimento muito especial, para a pessoa mais importante, um agradecimento à Marta, que foi a força impulsionadora do meu arranque neste trabalho e que sempre esteve ao meu lado com incentivo, apoio, paciência e carinho.

Resumo

Tratou-se de um estudo no qual participaram 120 jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, cujo principal objectivo foi investigar a relação existente entre ambos os géneros e a auto-eficácia ao preservativo masculino nos relacionamentos sexuais. Foram utilizados dois grupos, um feminino composto por 60 raparigas, outro masculino composto por 60 rapazes. Para medir a auto-eficácia foi utilizada uma escala já existente, adaptada para a língua portuguesa, nomeadamente a Escala de Auto-Eficácia Face ao Preservativo de 20 itens de Marín et al. (1998). Em termos gerais pretendeu-se observar se existiam diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita às duas variáveis principais auto-eficácia e género e que outras variáveis poderiam estar a influenciar os resultados obtidos. O estudo decorreu no meio estudantil, nomeadamente com estudantes universitários.

Palavras-Chave: Auto-Eficácia; Preservativo Masculino; Sexualidade; Género; VIH

Abstract

This was a study in which we had 120 young person's participating, with an average age between 18 and 30 years old. The main objective of this study was to investigate the existing relation between both genders and self-efficacy in male condom use in sexual relationships. They were used two groups, one feminine composed by 60 young women, and the other, a male group composed by 60 young men. To measure self-efficacy it was used an existing scale, adapted to Portuguese language, the 20-item Self-Efficacy to Use Condom Scale of Marín et al. (1998). In general terms the objective of this study was to observe the significant differences between the principal variables, self-efficacy to use condom and gender, and to observe what other variables influence results. The study was carried out on the student ambience, with university students.

Key-Words: Self-Efficacy; Male Condom; Sexuality; Gender; HIV

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	2
• Definição do Conceito de Auto-Eficácia	2
• Conceito de Auto-Eficácia e o Uso de Preservativo Masculino	4
Comportamentos de Risco para as IST'S	5
• Na Mulher	7
• No Homem.....	9
• Factores de Risco de Transmissão de IST	12
• Definição de Sexualidade no Ser humano	12
• Paradigma da Contraceção	15
Modelos Teóricos	18
• Teoria de Género e Poder	19
• Teoria da Acção Reflectida /Teoria do Comportamento Planeado	21
• Teorias e Uso de Preservativo	23
FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	27
Objectivo	27
METODOLOGIA.....	28
Tipo de Estudo e Variáveis	28
Amostra.....	28
• Análise de Dados Sócio-Demográficos	28
Instrumentos.....	37
• Questionário Socio-Demográfico	37
• Escala de Auto-Eficácia Face ao preservativo de Marín et al. (1998).....	39

Procedimentos	39
RESULTADOS	41
• Análise das cinco Sub-Escalas da Escala de Auto-Eficácia de Marín et al. (1998)	41
• Análise Comparativa das cinco Sub-Escalas da escala de Auto-Eficácia de Marín et al. (1998) e Dados Sócio-Demográficos	46
DISCUSSÃO	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de direcção, unido as variáveis dos processo cognitivos à auto-eficácia e ao uso do preservativo. (SIDA = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).	5
Figura 2 Número de pessoas infectadas por VIH a nível mundial por ano.	8
Figura 3. Esquema da Teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1991)... ..	22
Figura 4. Esquema da Complexidade Cognitiva do Uso de Preservativo (Gonçalves, 2003)... ..	23

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Idade.....	29
Tabela 2: Área de Naturalidade	30
Tabela 3: Área de Residência.....	30
Tabela 4: Situação Profissional.....	31
Tabela 5: Habilitações Académicas	31
Tabela 6: Orientação Sexual.....	32
Tabela 7: Estado Civil.....	32

Tabela 8: Religião	33
Tabela 9: Acompanhamento Psicológico	34
Tabela 10. Uso de Substâncias Psicoactivas (Drogas)	34
Tabela 11: Métodos Contraceptivos	35
Tabela 12: Relação de Compromisso	36
Tabela 13: Parceiro Sexual	36
Tabela 14. Análise da Sub-Escala “Parceiro Regular” em Ambos os Gêneros	41
Tabela 15. Análise da Sub-Escala “Controlo de Impulsividade” em Ambos os Gêneros	42
Tabela 16. Análise da Sub-Escala “Resistência ao Parceiro” em Ambos os Gêneros	43
Tabela 17. Análise da Sub-Escala “Pensamentos de IST’S” em Ambos os Gêneros	44
Tabela 18. Análise da Sub-Escala “Discussão do Preservativo” em Ambos os Gêneros	45
Tabela 19. Questão da Religião (Análise das Cinco Sub-Escalas)	46
Tabela 20. Análise da Sub-Escala “Resistência ao Parceiro” e da Questão da Religião no Gênero Feminino	47
Tabela 21. Questão do Sexo (Análise das Cinco Sub-Escalas)	48
Tabela 22. Questão da Contracepção (Preservativo) na Análise das Cinco Sub-Escalas em Ambos os Gêneros	49
Tabela 23. Análise da Questão do Método de Contracepção (Preservativo) no Gênero Feminino nas Cinco Sub-Escalas	49
Tabela 24. Comparação das Questões Sócio-Demográficas e as Cinco Sub-Escalas de Uso de Preservativo no Gênero Masculino (valores do nível de significância)	50
Tabela 25. Comparação das Questões Sócio-Demográficas e as Cinco Sub-Escalas de Uso de Preservativo no Gênero Feminino (valores do nível de significância)	51

INTRODUÇÃO

Com o surgimento da epidemia da SIDA nos anos 80 e com a conseqüente disseminação da mesma a nível mundial tornou-se premente o debate e a investigação na área da sexualidade, intimamente ligada à transmissão desta doença. Desta forma o uso de preservativo masculino (único tipo de preservativo no mercado até meados do início o séc. XXI) tornou-se a principal arma no combate à transmissão desta e de outras doenças sexualmente transmissíveis, além de continuar a manter outra função para a qual foi criado, a de ser um método anticoncepcional. Tendo em atenção estes pressupostos e focalizando a atenção na realidade portuguesa, desenvolveu-se este estudo no sentido de verificarmos a importância do uso do preservativo masculino nos relacionamentos sexuais de jovens adultos masculinos e femininos e na comparação dos resultados obtidos em cada grupo. Segundo a OMS (<http://who.int/en/>), em 2005 a prevalência de VIH em adultos com idades >= 15 anos são de 363 casos por 100.000 habitantes, referindo-se estes valores aos casos reportados oficialmente. Tendo em consideração que poderão ser várias as variáveis que poderão contribuir para a o comportamento do uso do preservativo e tendo este estudo um carácter exploratório, tivemos a preocupação de escolher as varáveis que pensamos assumirem maior importância atendendo à especificidade deste trabalho.

Surge na sociedade portuguesa no momento actual, uma dicotomia relacionada com o uso de preservativo e a sua utilização no combate de doenças sexualmente transmissíveis e aumento da taxa de natalidade, com a influência das questões culturais e religiosas associadas ao povo português Para Berkow (1982) cit. Coelho, Brites & Baptista (1999), as doenças contagiosas mais comuns do foro sexual têm aumentado consideravelmente nas últimas décadas, estando as *Doenças Sexualmente Transmissíveis* (IST's) associadas de modo directo com os hábitos sexuais.

Sendo a sociedade portuguesa ainda sujeita a uma cultura centenária onde o domínio do homem, do masculino, como decisor e como opinião dominante, impôs-se a verificação das atitudes tomadas pelos jovens adultos na utilização do preservativo masculino nos relacionamentos sexuais e na observação das percepções das escolhas feitas na tomada de decisão, em ambos os sexos. Assim abordaremos no primeiro capítulo, a auto-eficácia do uso do preservativo e a associação da mesma ao VIH. No segundo capítulo iremos abordar uma generalidade de comportamentos de risco relacionados com o VIH, e os

factores que podem influenciar esses mesmos comportamentos. Num terceiro capítulo iremos abordar dois modelos teóricos que são relevantes nesta área de investigação.

Na metodologia deste trabalho começaremos por fazer referência aos objectivos e questões de investigação colocadas; à forma como planificámos o estudo; ao material utilizado para desenvolver o estudo, descrevendo os instrumentos adaptados para a língua portuguesa; aos participantes; aos procedimentos e por fim à forma de tratamento dos dados e aos resultados obtidos e sua discussão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Definição do Conceito de Auto-Eficácia

Uma das características mais importantes da espécie humana é a sua plasticidade na adaptação, isto é, a existência de comportamentos alteráveis como reflexo de um conjunto de acções experimentadas resultantes das experiências de vida, que podem permitir compreender ou explicar a origem da mudança de comportamento (Machado 1993, cit. Coelho, Brites & Batista, 1999). Muitos estudos já demonstraram que quanto mais o jovem é bem informado, mais tardiamente ele começa a sua vida sexual, e com mais segurança (Ximenes, 2005).

Na década de 70, Bandura desenvolveu o constructo de auto-eficácia, com base em alguns acontecimentos que já se vinham verificando. Na época, era patente que cada vez mais se ia dando ênfase às capacidades individuais dos sujeitos, em vez de os considerar simplesmente, como receptores passivos das influências do meio, o que conseqüentemente veio desenvolver o interesse nas competências pessoais e de auto-regulação entre as pessoas e o meio (O' Leary, 1992). Foi somente após tais estudos que veio a ser considerada e utilizada como referencial a teoria de aprendizagem social-cognitiva de Bandura, nos aspectos expostos basicamente num trabalho seminal pioneiro (Bandura, 1977).

Bandura (1997, 1986, 1995b, 1997) define a expectativa de auto-eficácia como o julgamento do sujeito sobre a sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Nessa linha (Bandura (1995a) define a expectativa de auto-

eficácia tomar medicamentos conforme a prescrição como a convicção na capacidade na capacidade pessoal de controlar as circunstâncias que possam dificultar o seguimento regular da prescrição e realizar com sucesso tal comportamento.

Na perspectiva cognitivo-social de Bandura, a expectativa de auto-eficácia é o mecanismo central das acções humanas realizadas intencionalmente. Os processos mediadores da expectativa de auto-eficácia no comportamento humano são discutidos em amplas revisões de literatura, envolvendo estudos longitudinais e transversais (Bandura, 1995b, 1997). As revisões reforçam a hipótese de que a expectativa da auto-eficácia regula acções humanas intencionais, no agir sobre os processos cognitivos, afectivos, emocionais, e selectivos.

Os processos afectivos são o terceiro tipo de mediadores da expectativa de auto-eficácia. A crença na auto-eficácia determina o tipo e a intensidade de reacções afectivas a eventos vitais, podendo assim influenciar cognições e acções (Bandura, 1997). Por exemplo, estudos sugerem que a baixa auto-eficácia, para prevenir situações stressantes, tende a produzir ansiedade ou agitação (Maddux & Lewis, 1995); a sua baixa auto-eficácia para desempenhar comportamentos considerados essenciais, ou alcance de metas, tende a levar à depressão e à desmotivação (Maddux & Meier, 1995).

Segundo Schwarzer e Fuchs (1996), um indivíduo que acredite ser capaz de produzir determinado resultado, consegue ter uma vida mais determinada e activa. Esta cognição de “conseguir fazer”, espelha um nível de controlo superior em relação ao ambiente que o rodeia, reflecte uma maior capacidade de adaptação, e pode ser encarada como uma visão relativamente optimista em relação à capacidade de manejo do stress. As crenças de auto-eficácia porém não equivalem a auto-conceito, pois mesmo quando relativo a uma área, a um domínio específico, este último constructo ainda se reveste de características mais genéricas que a percepção de auto-eficácia, que vai confirmar as tarefas, os níveis diversos de exigência e as circunstâncias em que ocorrem.

As técnicas de mensuração de auto-eficácia devem preferencialmente focalizar situações bem especificadas, dado que é em relação a elas que a pessoa se julga ou não capaz (Bandura, 1986; Pajares, 1996; Schunk, 1991). A noção de auto-eficácia foi adoptada por algumas das teorias, sendo disso exemplo, os quadros teóricos aqui referidos, a teoria de género e poder e a teoria de acção racional.

- **Conceito de Auto-Eficácia e o Uso de Preservativo Masculino**

A teoria cognitivo-social de Bandura (1977,1986,1991,1992,1997) tem sido amplamente usada para compreender os comportamentos de protecção à saúde, como no uso do preservativo para protecção de VIH e de outras doenças sexualmente transmissíveis (Basen-Engquist, 1992; Kasen, Vaughn & Walter, 1992; O' Leary, Goodhart, Jemmott & Boccher-Lattimore, 1992). Estes estudos demonstram que a expectativa de auto-eficácia é o primeiro predictor de sucesso no desempenho desses comportamentos, sendo fundamentais para a intervenção nesta área. As evidências, têm demonstrado que o desenvolvimento de factores e a prática de comportamentos seguros devem ser introduzidos em idades jovens, antes que os sujeitos comecem a desenvolver comportamentos de alto-risco, em vez de tentarem modificar comportamentos já estabelecidos (Gaskins, Deard & Wang, 2002; Gillian, Eke, Aymer & O' Neil, 2001; Maypole, Schonfeld, O' Hare, Showwalter & Cicchetti, 1998).

Em 1998, Bandura estabeleceu a relação entre a auto-eficácia e o uso do preservativo, referindo que o exercício do controlo pessoal, em situações de relacionamento sexual que acarretem consigo, risco de infecção, requer que o indivíduo tenha elevado nível de auto-eficácia, capacidade de comunicação acerca da sexualidade, práticas de sexo com protecção e capacidade de negociar com o parceiro, fazendo a distinção entre aqueles que usam preservativos para prevenir as IST's, de outros que aceitam e adoptam métodos contraceptivos que normalmente são da responsabilidade da mulher, já que o uso do preservativo obriga a que a pessoa, para além de exercer controlo sobre si própria o faça também sobre o parceiro (Rogado, 1999). Uma variedade de abordagens foram usadas para medir a auto-eficácia no uso de preservativos, em diversas populações, embora a maioria dos trabalhos tenha sido realizado com estudantes universitários

Alguns autores estudaram o comportamento contraceptivo relacionado com o preservativo e a prevenção de IST's (Grimley, Riley, Bellis & Prochaska, 1993; Prochaska et al., 1990). Para estes autores, a importância da investigação do processo cognitivo inerente aos dois comportamentos em causa (uso do preservativo e prevenção das IST's), foi importante na medida em que estes comportamentos são diferentes, envolvendo riscos, custos e benefícios. Segundo Helweg-Larsen & Collins (1994) as atitudes face ao uso do preservativo podem explicar os comportamentos sexualmente seguros. Entende-se que a

relação entre as atitudes e os comportamentos preventivos possa ter um papel preponderante na saúde preventiva.

Tal como está presente no esquema apresentado (Figura 1), são várias as variáveis que estão relacionadas com a auto-eficácia e consequentemente com o uso do preservativo (Wulfert & Wan, 1993):

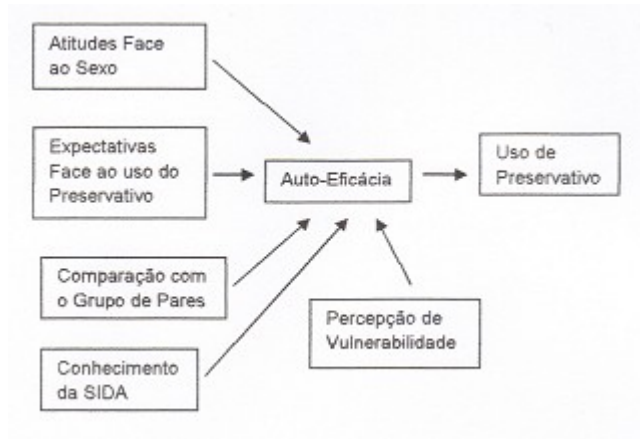


Figura 1. Modelo de direcção, unido as variáveis dos processos cognitivos à auto-eficácia e ao uso do preservativo. (SIDA = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Quando os comportamentos sexuais de risco são analisados de uma perspectiva cognitivo-social, o conhecimento e as capacidades de exercer comportamentos auto-protectores são necessários mas não são suficientes (Bandura, 1990).

As pessoas sabem que o vírus do VIH é transmissível e têm as capacidades de negociar o uso do preservativo, mas continuam a preferir ter relações sexuais sem protecção. Mann (1991) sugeriu que os modelos de comportamentos sexuais correntes são de valor limitado em relação aos esforços de prevenção.

Comportamentos de Risco para as IST'S

A grande maioria dos portugueses só inicia a vida sexual depois dos 16 anos. Os homens são os mais precoces e experientes (Galvão-Teles, & Ramos, 2000). Observa-se nos diferentes meios de comunicação a profusão de informações acerca da importância da

utilização de métodos contraceptivos, ao mesmo tempo em que se aponta o aumento de gravidez indesejada e transmissão de IST's, em especial o VIH, entre os jovens. A educação sexual como se define hoje inclui todas as medidas educacionais que de algum modo, leva os jovens a compreender o processo de amadurecimento sexual e a se prepararem para enfrentar eventuais dificuldades (gravidez, IST's, etc.) as quais fazem parte da experiência do ser humano. A educação sexual visa preservação, a protecção, o conhecimento do corpo e o mais importante, a descoberta do prazer como busca da felicidade e de realizações interiores. Segundo Tiba (1994) o importante não é dar só dar ênfase só aos riscos, mas também às possibilidades do prazer. Nesta dicotomia de prazer/precaução estão as IST's que desde sempre tem acompanhado a evolução da espécie humana, mas que mais do que nunca se encontram presentes nas preocupações diárias da área da sexualidade. Falemos de duas das mais consideradas no momento: VIH e VPH (Vírus Papiloma Humano). O VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi pela primeira vez descrito em 1981, quando adultos anteriormente saudáveis (principalmente homens) começaram a adoecer com infecções oportunistas anteriormente desconhecidas nesta faixa etária. Em 1983 a suspeita foi confirmada, quando o professor Luc Montagnier em França, e o professor Robert Gallo nos E.U.A. descobriram um novo agente patogénico: o retrovírus da imunodeficiência humana, que ataca o sistema imunológico, principalmente as células CD4 e os Linfócitos T, que são as células defensoras organismo humano (WHO, 2003). O vírus foi inicialmente associado aos grupos de risco (homossexuais, toxicodependentes, prostitutas), mas foi posteriormente alterada esta associação, passando a serem considerados os comportamentos de risco (troca de seringas, não utilização de preservativos nas relações sexuais, transfusões sanguíneas não controladas). Segundo a WHO (2006), Portugal é o país da Europa ocidental com maior prevalência da infecção por VIH em 2004 com 280.5 novos casos por milhão de habitantes. A transmissão por relação sexual desprotegida em relações heterossexuais tem sido a causa principal de contágio em Portugal.

Outra IST em crescente aumento é o VPH (Vírus Papiloma Humano), que afecta principalmente o sexo feminino, é transmitido através de relações sexuais desprotegidas. Há menos de 20 anos, os cientistas identificaram a infecção por VPH como a principal causa do cancro do colo do útero (Bosch et al., 2002). Mais de 100 subtipos de VPH foram identificados, muitos dos quais infectam a área genital através do contacto sexual (CDC, 2004). Uma vacina do VPH está já disponível no mercado, no entanto, a prevenção continua a ser a única forma de evitar a transmissão, pois a vacina não cobre todos os subtipos de VPH e como tal a

vacinação além de comportar custos elevados, não é garantia de evitar o contágio (De Soto, 2007).

Segundo Medeiros (2005), o sucesso de qualquer medida de saúde pública nesta área envolve o conhecimento por parte da população das principais atitudes que podem ser preconizadas no sentido de diminuir o risco de desenvolver esta neoplasia. É um facto que o cancro do colo do útero continua a ser um grave problema em Portugal, que esta é uma neoplasia provocada por um vírus (HPV), e que é possível fazer o seu rastreio. Outro aspecto preocupante envolve o facto de cada vez existirem mais mulheres, em especial adolescentes, com o hábito de fumar, uma vez que existe uma associação sinérgica entre a infecção por HPV e o fumo do cigarro no desenvolvimento desta neoplasia. Na abordagem dos aspectos de diagnóstico e terapêutica das lesões por HPV, o Prof. J.L. Mergui (França), alertou para as lesões do colo uterino na adolescência, na menopausa e em doentes com HIV.

Existem ainda muitas IST's que podem afectar o ser humano, nomeadamente, as duas, que há mais tempo foram identificadas pelos cientistas, a Gonorreia e a Sífilis. A primeira pode levar a problemas de infertilidade na mulher e a infecções generalizadas. A sífilis, se não tratada, pode afectar o cérebro, o coração e para um feto pode ser fatal. A sífilis torna-se primeiro notada por uma pequena escoriação no ponto de contacto sexual e num estadio secundário pode vir a produzir uma laceração. Quer a gonorreia quer a sífilis podem ser tratadas com antibióticos se diagnosticadas precocemente (Feldman, 2001).

- Na Mulher

Sendo o preservativo, o único meio de protecção suficientemente eficaz em relação à infecção pelo VIH, devemos ter em conta que ele pertence ao domínio masculino, o que deixa a mulher em nítida desvantagem na determinação da exposição a comportamentos sexuais de risco. No caso do homem a utilização do preservativo constitui um comportamento sexual protector, enquanto que para a mulher, os comportamentos protectores estão relacionados com a sua capacidade de persuadir o parceiro a usar preservativo ou com a recusa em ter relações sexuais, quando este rejeita o seu uso (Rogado, 1999). Observa-se a grande influência das questões do género nos comportamentos de risco frente ao VIH. E estas questões somadas às culturais e económicas (dependência económica da mulher em relação ao homem, por

exemplo) têm grande peso no comportamento sexual da mulher e evidentemente influem nas questões de poder na tomada de decisões: "...especialistas em gênero e comportamento sexual notam que o gênero é obviamente importante para definir como serão as negociações nos encontros sexuais e quem determinará quais práticas irão prevalecer." (Ehrhardt & Wasserheit, 1991). Segundo a UNAIDS (2007), 50% da população mundial infectada com o VIH são mulheres, sendo 61% mulheres que vivem no continente africano.

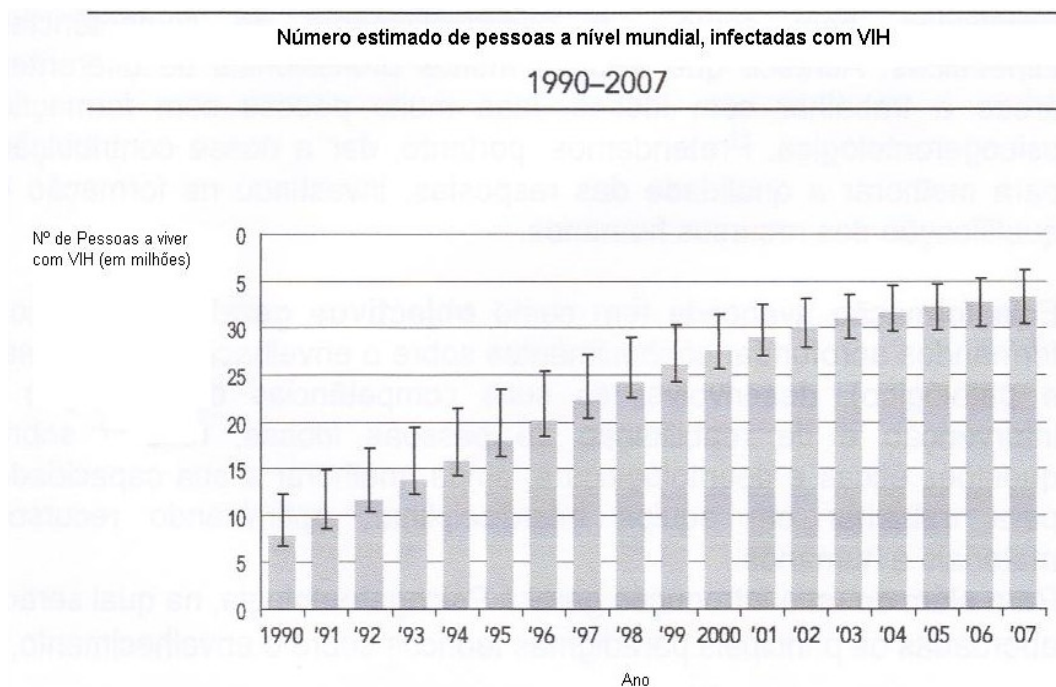


Figura 2 Número de pessoas infectadas por VIH a nível mundial por ano.

Como podemos verificar na figura 2, o aumento da transmissão do VIH é exponencial, e tem sempre aumentado ao longo dos anos. A incidência da SIDA nas mulheres tem assumido valores preocupantes. Em 1980, 20% dos adultos infectados com HIV eram mulheres. Segundo dados recentes, dos 38.6 milhões de adultos infectados com VIH, 19.2 milhões são mulheres (UNAIDS, 2002). Estima-se que em 2001, na África Sub-sariana, 55 % das pessoas infectadas com o vírus são mulheres (WHO, 2000). A infecção parece atingir em maior proporção as mulheres mais jovens com cerca de 6-11% das jovens raparigas entre os 15 e os 24 anos infectadas com o VIH/SIDA comparando com 3-6% de jovens rapazes infectados (UNAIDS, 2002; Herrera & Campero, 2002). Verifica-se que cerca de 90% das mulheres dos países em desenvolvimento terão contraído a infecção pelo VIH/SIDA através

de transmissão heterossexual (WHO, 2000; Gilbert & Walker, 2002). As tendências epidemiológicas no Brasil reforçam a importância da transmissão heterossexual (Giffin & Lowndes, 1999).

Relativamente ao risco de transmissão sexual da infecção pelo VIH/SIDA, a mulher está biologicamente mais vulnerável em relação ao homem, na medida em que na relação sexual apresenta maior quantidade de membrana mucosa exposta, recebe maior quantidade de fluidos sexuais (sendo o conteúdo viral maior no homem) e apresenta uma maior possibilidade de micro-lesões do tecido vaginal (ou rectal), que contribuem para um aumento das doenças sexualmente transmissíveis e conseqüentemente, da infecção de VIH/SIDA (WHO, 2000; WHO, 2003). Ao nível macro-social, a vulnerabilidade da mulher relaciona-se com diferenças em relação ao género nomeadamente, no acesso às oportunidades de educação, emprego e estruturas da modernidade (UNAIDS, 2002). Numa conjuntura de dependência económica, verifica-se uma maior probabilidade de sexo coercivo, violência diária, exploração, falta de poder de negociação nas decisões para uma vida sexual saudável, sendo que a falta de recursos impõem uma lógica de sobrevivência na qual o VIH é um risco secundário (Epele, 2002). Vários autores têm sugerido cada vez mais uma forte ligação entre violência doméstica, comportamentos sexuais e a existência de risco para o VIH/SIDA (El-Bassel, Gilbert, Rajah, Foleno, Frye, 2000; Verma & Collumbien, 2003).

Atendendo às características epidemiológicas da infecção por VIH/SIDA, as condições específicas da mulher nos países em desenvolvimento, nomeadamente, o limitado acesso à informação e aos serviços de saúde, a fraca disponibilidade económica para suportar os custos dos cuidados de saúde, a sua percepção da morbilidade e das necessidades em saúde, contribuem para reforçar a sua vulnerabilidade, retardando a possibilidade de detecção e tratamento da infecção pelo VIH/SIDA (WHO, 2000; Herrera & Campero, 2002). Por outro lado, uma possível detecção de infecção pelo VIH ou IST's, é retardada pelos enormes riscos que isso pode comportar, como por exemplo, aborto, abandono, violência do parceiro e estigmatização social (WHO, 2003).

- No Homem

Com já pudemos verificar, a utilização do preservativo masculino surge como a forma mais utilizada e divulgada de protecção contra a disseminação das IST's em geral, mais

particularmente associada ao VIH. O preservativo feminino é relativamente recente, e a sua divulgação e incentivo tem sido praticamente nulo. Os factores culturais, sociais e económicos continuam a ser determinantes nos comportamentos sexuais. Segundo, (Nodin, N., 2000) a diferença relativa ao género mantém-se apesar de atenuadas pelos tempos mais recentes. Num estudo de Tura (1998), sobre representações sociais da SIDA em estudantes com idades entre os 14 e os 18 anos, na cidade do Rio de Janeiro, as respostas demonstram a relação ainda predominante de ideias machistas, revelando, muitas vezes, a relação existente entre o cuidado que as mulheres devem ter em relação à prevenção de doenças e a permissividade com que esses assuntos são tratados pelo sexo masculino.

Frequentemente, as regras sociais e culturais, particularmente aquelas referentes a cada sexo, desestimulam o uso do preservativo, mesmo quando as pessoas se arriscam a contrair alguma IST. As regras estimulam os homens a assumirem um comportamento sexual de risco e, por outro lado, desencorajam as mulheres a questionarem a actividade sexual de seu parceiro. Na maioria das culturas, o homem tem mais poder do que as mulheres para decidir sobre o uso de preservativos. No entanto, mesmo quando sabem que o sexo desprotegido pode ser perigoso, os homens frequentemente não se protegem e nem a suas parceiras, devido à pressão de outros homens contra o uso do preservativo. Por outro lado, os homens têm maior probabilidade de usar o preservativo quando pensam que esta é uma norma social bem aceite. Um estudo de adolescentes norte-americanos constatou que eles tinham maior probabilidade de usarem os preservativos quando achavam que seus amigos também os usavam. (C. C. P., 2000).

Embora a redução do risco sexual seja de igual importância para ambos os sexos, os programas educacionais disponíveis assumem tipicamente que as mulheres e não os homens devem ser as receptoras de treino nas capacidades de negociação. As evidências sugerem que seja ou não utilizado o preservativo, esse comportamento é fortemente influenciado pela comunicação sexual entre parceiros, numa relação homem=mulher (Catania et al., 1992) e pelos padrões de socialização do tradicional papel sexual (Mays & Cochran, 1998). As crenças papel tradicional do género no domínio sexual referem crenças, papéis definidos ou “regras” sexuais que governam o comportamento sexual. Alguns latinos acreditam que o sexo é uma necessidade incontrolável num homem, e que os rapazes adolescentes devem procurar “escapes” sexuais que não a masturbação (Burgos & Diaz-Perez, 1986; Pavich, 1986). Os latinos referem que os homens têm certos direitos sexuais, que uma mulher que se insinue tem de pagar as consequências e que excitação sexual sem

ejaculação é prejudicial (Marín, & Gomez, 1992). Os homens heterossexuais preferem tipicamente evitar o uso do preservativo, mas fá-lo-ão se a parceira lho pedir (Baffi, Schroeder, Redican, & McCluskey, 1989; Kegeles, Adler, & Irwin, 1998). Deverá ser difícil para as jovens raparigas pedirem a utilização do preservativo, pois poderão “perceber” que o homem é quem domina o controlo nos encontros sexuais (Debro, Campbell, & Peplau, 1994; Harlow et al., 1993; Ickovics & Rodin, 1992; Wyatt & Riederle, 1994).

Pela sua fisionomia o homem apresenta diferentes atributos físicos que à luz das sociedades e dos papéis desempenhados nas mesmas, lhe conferem um estatuto de superioridade, e de domínio relativamente ao sexo feminino. Os estereótipos sexuais são tipicamente mais positivos para os homens do que para as mulheres. Embora estes estereótipos reflectam as percepções das pessoas e não necessariamente a realidade do mundo, as pessoas comportam-se frequentemente como se eles fossem reais, modificando o seu comportamento de forma a torná-lo adequado ao estereótipo. Como resultado os estereótipos sexuais limitam o comportamento dos homens e das mulheres que se conforma com eles. Mais ainda: em última instância conduzem a consequências infelizes de serem mais favoráveis aos homens do que às mulheres (Cross e Markus, 1993; Geis, 1993).

Ao nível físico o homem possui menos área de contacto sexual (pénis) do que a mulher, logo o risco de contrair uma IST é proporcionalmente menor. Moses et al. (1998) acreditam que há evidências substanciais de que, a circuncisão masculina protege não apenas contra a aquisição do HIV, mas também contra o carcinoma peniano, infecções urinárias e IST ulceradas, enquanto há poucos estudos científicos apontando riscos à saúde sexual, emocional ou psicológica. No entanto há ainda alguns factores que podem alterar este pressuposto, nomeadamente as relações homossexuais, as relações heterossexuais em que o acto sexual inclui também o sexo oral e anal. No entanto, esta associação não é linear. Segundo um estudo de Hoffman e Bolton (1997), com homens heterossexuais, verificou-se que não havia correlação significativa entre permissividade sexual e as actividades sexuais propriamente ditas. Segundo os autores, actividades sexuais sem risco, ou com risco reduzido foram significativamente correlacionadas com amor, prazer, e estados alterados. O sexo anal protegido foi significativamente correlacionado com prazer; “cunnilingus” (contacto sexual da boca do homem com o órgão genital feminino) foi significativamente correlacionado com amor. Mas foi também significativamente correlacionado com prazer e potência o sexo oral com ejaculação dentro da boca da parceira, bem como o acto de

engolir o esperma; o sexo vaginal e anal desprotegido foi significativamente correlacionado com prazer.

Assim os riscos da actividade sexual, podem ser desvalorizados, perante estados emocionais, tais como o amor ou estar apaixonado.

- **Factores de Risco de Transmissão de IST**

Existem variados factores que condicionam a possibilidade de transmissão de IST's. Vimos já alguns factores endógenos no género feminino e no género masculino, mas existem outros factores, que da mesma forma podem influenciar a transmissão. São na sua maioria factores exógenos (C.D.C., 2006) e que estão directamente relacionados com o meio social onde se reside, o meio social onde se foi educado, factores económicos, grau de escolaridade, a idade de início da vida sexual, comunicação dentro da relação, acesso à informação, atitudes e crenças adquiridas, comportamentos sexuais, uso de substâncias psicoactivas, número de parceiros sexuais, uso de preservativo, o sentimento de amor, o consumo de tabaco e álcool, higiene pessoal, etc.

Segundo, (Stevens-Simons & Kaplan, 1998) a tendência actual de iniciar mais precocemente a actividade sexual aumentou, como é óbvio, o risco de contaminação por VIH e também o da parentalidade na adolescência. Para justificar este facto podemos evocar, de forma geral a maior disponibilidade de contracepção, a crescente erotização de diversos aspectos sociais, a mudança de valores relativamente à sexualidade, à família, aos padrões de casamento e à própria adolescência. As teorias psicossociais que têm guiado os programas de prevenção da SIDA, são limitadas porque geralmente não levam em conta as diferenças de género que influenciam os comportamentos sexuais. As teorias são ainda muito individualistas, dificultando o entendimento da relação entre factores externos (económicos, culturais, políticos) e os comportamentos individuais. Isso faz com que seja necessário, por exemplo, modificar e adequar as campanhas preventivas de acordo com a região e a cultura das várias localidades, e com a população que se deseja atingir (Amaro, 1995).

- **Definição de Sexualidade no Ser humano**

A sexualidade no sentido amplo é a relação de expressão do ser humano consigo mesmo e com o outro, envolvendo seus sentimentos, suas condutas, suas formas de expressar, seus gestos e sua relação com o mundo. É ser biológico, psicológico e social e sua forma de viver e interagir no mundo (Mota, 2006). A comunicação sexual é um dos factores de acentuada importância no conhecimento do parceiro e no estabelecer das regras da sexualidade a dois. A presença de um corpo maduro e o estatuto social ganho, ou não, com a maioria vai permitir uma exploração da sexualidade em formas que até aí não eram possíveis (Nodin, 2000).

Em geral a comunicação sobre sexo seguro implica assertividade e requer um esforço constante, facto que não se coaduna com o tipo de comunicação que habitualmente se associa ao sexo, e que pode funcionar como uma barreira à própria negociação (Rogado, 1999). Em geral, a comunicação sobre sexo está associada a um vocabulário pobre, envolvendo os encontros sexuais um baixo nível comunicacional através da palavra, sendo esta normalmente do tipo não verbal e codificada, pelo que esta explicação está em conformidade com discursos do tipo “aconteceu” (Lear, 1995). A comunicação sexual entre os parceiros sejam eles regulares ou ocasionais, está sempre sujeita a variados factores, tais como a cultura de falta de comunicação. Na maioria das culturas a mulher desempenha um papel diverso dos homens. Enquanto em relação ao homem é esperado que inicie o contacto sexual, que tome a acção, que exerça algum domínio, na mulher é esperado que decida até onde os vai deixar avançar, e desta forma, ser responsável pela contracepção ou pela recusa (Lear, 1995).

Uma discussão aberta e franca sobre assuntos relacionados com as histórias sexuais de cada um dos parceiros pode ser uma das formas que os sujeitos têm para obter informações acerca das histórias de risco ou de insistir na feitura do teste do VIH. No entanto verifica-se que os casais conversam pouco sobre estas questões, pondo-se assim em situação de risco, caso o preservativo não venha a ser usado (Rogado, 1999).

Papel que cada um dos sexos desempenha na sociedade tende a ser alterado, essas alterações irão reflectir-se naquilo que se convencionou chamar de duplo padrão de moralidade, ou seja, uma maior permissividade em relação à sexualidade dos rapazes, em contraste com uma maior repressividade em relação às raparigas (Pais, 1996). Apesar de esta tendência ser menos pronunciada do que há algumas décadas atrás, ela evidencia-se ainda numa maior tolerância no que respeita ao comportamento sexual dos homens, por

oposição ao das mulheres, o que leva a uma atitude em que “perdoa-se aos homens aquilo que provavelmente não deva ser perdoado às mulheres” (Vasconcelos, 1998).

O efeito do padrão masculino descrito, comunica poder e dominância, enquanto o padrão da mulher está associado com um menor nível de poder (Feldman, 2001). A sexualidade sempre foi vista pela humanidade como um tema tabu, com uma forte carga religiosa a oprimir qualquer debate sobre tal assunto. Apenas no início séc. XX, com os estudos de Sigmund Freud, se iniciou o debate sobre a sexualidade. Desde as primeiras páginas, Freud sublinha os princípios de que nunca se desviou. Esses princípios, que se resumem a dois, segundo ele, « chocaram toda a gente » : um, o do inconsciente veio embater num preconceito intelectual, o outro, o da sexualidade, num preconceito que ele considera « estético-moral » (Haar, 2005). Estes novos conceitos vieram revolucionar os pensamentos e a concepção da sexualidade.

Mais tarde, no último quarto do séc. XX e início do séc. XXI a sexualidade passou a ser um tema em debate, a ser tratado como um assunto prioritário, muito devido ao surgimento do VIH, que a isso “obrigou” as sociedades. No entanto tal debate ainda se confronta com séculos de negação da sexualidade, de falta de diálogo entre homens e mulheres, com uma ainda muito forte oposição de algumas religiões, com o facto de a mulher ainda estar longe de ter um estatuto social em igualdade de circunstâncias com o homem. O uso do preservativo está intimamente ligado à comunicação sobre sexualidade.

Segundo alguns estudos realizados (Kolata, 1991; Catania et al., 1992; Aggleton et al., 1994; Kelly, 1995), a epidemias da SIDA levou a uma mudança de larga escala dos comportamentos sexuais. As pessoas passaram a envolver-se menos em sexo “casual” com novos conhecidos, e o uso do preservativo nas relações sexuais aumentou.

O discurso sobre a sexualidade humana é sustentado por um « regime de poder-saber-prazer », suporte e instrumento de controlo sobre a mesma e extensível a todas as esferas da vida social, assumindo então o discurso sobre a repressão um modo fundamental de ligação entre poder, saber e sexualidade. A instrumentalidade da sexualidade como elemento de poder beneficiará, nesta óptica, da diversificação e da dispersão dos centros de emissão e de divulgação dos próprios discursos sobre a sexualidade humana (Silva, 2007).

A sexualidade, como é possível verificar através dos estudos mencionados anteriormente, é moldada por uma variada componente de aspectos pessoais, culturais e sociais. A sexualidade nasce de um desejo de amor, prazer, e de procriação. O desejo surge com a mediação do outro e através deste outro que ele irá se constituir, será o

propulsor para o ciclo da resposta sexual. O desejo sexual é o início de uma relação sexual bem sucedida e é o início da actividade sexual. Para Ballone (2006), é um complexo vivencial formado por componentes biopsicosocial interagindo entre si, onde as fantasias sexuais, os sonhos sexuais, a masturbação, a receptividade do companheiro, as sensações genitais e as respostas aos sinais eróticos, contribuem para a génese do desejo sexual.

A sexualidade está directamente associada à protecção contra as IST'S e contracepção. O uso de preservativo é influenciado pela capacidade comunicacional dos parceiros no acto sexual. Segundo Kiene & Bartha, (2003, 2006); Kiene, Bartha, Zelenski & Cothram, (2005), muitos jovens estudantes não referem um uso consistente de preservativo. Tal comportamento coloca outros jovens estudantes em risco não só para outras DST's mas também para o VIH e para uma gravidez indesejada.

- **Paradigma da Contracepção**

A contracepção é e sempre foi um dos grandes paradigmas da sexualidade humana. A sexualidade é um dado importante na vida da maioria das pessoas, pois embora do ponto de vista físico não seja diferente da situação de outras espécies animais, os significados, valores e sentimentos colocados pelos humanos a par da sua sexualidade elevam esta a um plano especial. Os assuntos relacionados com a sexualidade e o género são centrais na vida das pessoas levando-as do quarto de dormir à sala de audiências. Como reflexo de preocupações pessoais, e da sociedade, o sexo e o género são tópicos-chave em várias áreas de especialidade da Psicologia (Feldman, 2001). A contracepção é tentada desde os primórdios da humanidade. O preservativo masculino é o mais antigo método anticoncepcional tentado, que se manteve até aos dias de hoje com naturais melhoramentos na sua qualidade e resultados (HispanicAids, 2008). Antes do aparecimento dos contraceptivos orais, a mulher tinha pouco controlo, abstinência à parte, sobre a reprodução.

A criação da pílula de controlo de natalidade é vista por alguns como uma das descobertas médicas mais socialmente influente no último século.

Mais de 50 anos passados e continua a ser uma das mais espalhadas e usadas formas de controlo da natalidade (Leah, 2008).

Durante os últimos 30 anos, têm havido avanços significativos no desenvolvimento de novas tecnologias contraceptivas, entre elas as transições de anticoncepcionais orais

combinados de alta dose para baixa dose, de DIU inertes para os com cobre e com levonorgestrel. Além disso, apareceram anticoncepcionais injectáveis combinados, adesivos transdérmicos e o anel vaginal, injectáveis e implantes só de progestogénio. Contudo, as políticas e práticas de atenção em saúde actuais, de alguns países, baseiam-se em estudos científicos de produtos anticoncepcionais que não são mais utilizados, em antigas preocupações teóricas que nunca foram comprovadas ou na preferência pessoal ou predisposição dos prestadores de serviço. Estas políticas ou práticas ultrapassadas frequentemente resultam em limitações tanto da qualidade quanto do acesso aos serviços de planeamento familiar por parte dos utentes (WHO, 2004).

A partir do momento de criação da pílula anticoncepcional, foi aberta a porta à investigação de novos métodos anticoncepcionais. Desta forma no ano de 2008 existem à disposição da mulher e do homem, vários métodos concepcionais:

– Pílula do dia seguinte:

É a anticoncepção oral de emergência, para ser usada nas 72h horas após o acto sexual sem protecção.

– Contraceptivos Hormonais (Injectáveis, Implante, Adesivo, D.I.U. (Dispositivo Intra-Uterino) de Libertação de Hormona, Anel vaginal):

São contraceptivos que libertam hormonas no corpo da mulher, de uma forma controlada que impedem a produção de óvulos.

– Métodos Barreira (Preservativo Masculino, Feminino, D.I.U., Diafragma):

São métodos que evitam qualquer contacto directo entre pénis e vagina e impedem a passagem do esperma para a vagina nos dois primeiros, e que em relação ao D.I.U. e Diafragma são colocados junto do colo do útero e impede a passagem dos espermatozóides para o óvulo e são utilizados em conjunto com o espermicida.

– Espermicidas:

Têm como função impedir a passagem dos espermatozóides para o útero. São normalmente associados a outros métodos contraceptivos (D.I.U. e Diafragma).

– Métodos baseados na percepção da fertilidade (Tabela, Temperatura):

São métodos utilizados pela mulher que lhe permitem prever a altura da ovulação e assim evitar a concepção.

– **Método Cirúrgico:**

Consiste num procedimento cirúrgico (Laqueação das Trompas ou Vasectomia), que impedirá definitivamente qualquer possibilidade de concepção.

– **Coito Interrompido (alguns autores consideram-no um método contraceptivo):**

Consiste na retirada do pénis da vagina no momento da ejaculação, impedindo assim a possibilidade de concepção.

– **Abstinência Sexual:**

Ausência de qualquer contacto sexual.

Proporcionar escolhas de anticoncepcionais à clientela, de modo que se respeitem e se cumpram seus direitos humanos, implica permitir que tais cliente façam escolhas esclarecidas para si mesmos. As escolhas feitas pelas mulheres, no entanto, são frequentemente impostas ou limitadas por factores sociais, económicos e culturais directos e indirectos.

Do ponto de vista das mulheres, as escolhas são feitas num contexto de tempo, social e cultural particular; as escolhas são complexas e multifactoriais, estando sujeitas a alteração. A tomada de decisão envolvendo métodos contraceptivos geralmente requer a necessidade de se comparar entre os diferentes métodos, que podem ser mais ou menos convenientes para a/o usuária(o) de acordo com as circunstâncias, percepções e interpretações individuais (WHO, 2004).

Uma das grandes questões do séc. XXI prende-se com o facto de em todos estes os métodos contraceptivos observados, só três efectivamente evitam não só a gravidez indesejada, mas também o contágio de qualquer doença sexualmente transmissível: Abstinência Sexual, Preservativo masculino e Preservativo Feminino. Como o primeiro nunca teve qualquer expressão nas sociedades (a não ser em alguns meios religiosos), restam os dois últimos, sendo que o preservativo feminino nunca foi divulgado e promovido, tal como o preservativo masculino.

A sociedade “impõe” alguns comportamentos de acordo com o género na área da sexualidade e conseqüentemente da contracepção. Os significados culturais de género valorizam a virgindade da mulher e desvalorizam a sua promiscuidade. Com receio de serem conotadas com o desejo de sexo, muitas raparigas referem que “aconteceu” falhando assim a preparação do acto sexual com protecção de preservativo e pílula (Carpenter, 2005; Tolman, 2002).

Em contraste o encorajamento social da virilidade masculina e da conquista sexual significa que os homens têm maiores probabilidades de ter relações sexuais mais cedo, com um maior número de parceiras, incluindo “trabalhadoras do sexo”, relações extraconjugais, ou ambas. (Mosher et al., 2004; Santelli, Brener, Lowry, Bhatt, & Zabin, 1998).

Quando existe risco de transmissão de IST/HIV, é importante que os serviços de saúde recomendem fortemente a dupla protecção a todas as pessoas que apresentem risco significativo, seja através do uso simultâneo de preservativos com outros métodos, seja através do uso consistente e correcto apenas de preservativos visando tanto a prevenção da gravidez quanto a prevenção de doenças. (WHO, 2004).

Neste paradigma importa referir o papel da religião católica (maioritária em Portugal), que ao longo da sua existência tem sido uma constante defensora da vida, logo promovendo a maternidade, tendo mantido uma atitude contrária ao uso do preservativo e outros métodos contraceptivos, mantendo-a oficialmente, actualmente.

“Eu ouvi, líderes religiosos com uma crença profunda, reconhecerem que fizeram uma apreciação tardia da pandemia (VIH) e que os preconceitos influenciaram as suas reacções iniciais...” (Marshall, 2008).

Modelos Teóricos

A análise e o estudo da psicologia do comportamento humano, pressupõe a existência de teorias de base que suportam as investigações e orientam os processos de investigação. Na temática abordada neste estudo, a análise dos comportamentos sexuais nos dois géneros, existem várias teorias que podem ser consideradas pertinentes. Dessas várias teorias, há duas que foram consideradas as mais pertinentes e adequadas para este estudo, são elas a Teoria de Género e Poder de Connell (1987 cit. por Wingood & DiClemente, 2000), e a Teoria da Acção Reflectida de Ajzen & Fishbein, (1975).

Na análise do comportamento sexual existem vários factores que em conjunto formam a sua complexa unidade. Um desses factores prende-se com o género e o poder real que por ele é exercido. A tomada de decisão na relação sexual não é igual para ambos os géneros. Como referem Cooper, Shapiro & Powers (1998), dois comportamentos que aparentam ser idênticos, devem ser considerados diferentes se são executados para satisfazer objectivos psicológicos diferentes.

- **Teoria de Género e Poder**

A teoria de género e poder de Connell (Wingood & DiClemente, 2000), foi utilizada pelos autores num estudo que tinha como objectivo examinar as exposições, factores sociais e comportamentais de risco, e as propriedades biológicas que aumentam a vulnerabilidade das mulheres de contraírem VIH. Subsequentemente, os autores reviram alguns níveis de intervenção do VIH na saúde pública usando a teoria de género e poder, com o objectivo de reduzir o risco das mulheres virem a contrair VIH.

O VIH abrange as três vertentes: sexo, género, e doença, interligadas aos comportamentos e às normas que regulam as relações sociais e sexuais. Desta forma a Teoria de Género e Poder associada a este estudo hipotetiza que as mulheres que não usam preservativo são influenciadas por factores sócio-económicos, pelo desequilíbrio de poder nas relações e por normas culturais específicas de cada género.

A Teoria de Género e Poder incorpora três estruturas distintas que se sobrepõem e que servem para explicar e constranger os papéis culturais de união entre homens e mulheres. De acordo com a teoria, a divisão do trabalho, a estrutura de poder e a estrutura da *cathexis* são os três dogmas que caracterizam as relações entre homens e mulheres.

1. A *Divisão Sexual do Trabalho* considera que ainda existem tipos de trabalho particular que são diferenciados de acordo com o género. As diferenças do trabalho e dos cargos manifestam-se nas condições salariais, nas carreiras, nas funções executadas, nas condições de melhoramento intelectual, que provocam grandes desigualdades de tratamento entre homens e mulheres, com as mulheres a serem consideravelmente prejudicadas. Segundo Mays & Cochran, (1988) a fraca capacidade económica das mulheres pode levá-las a colocar a opção de compra de preservativos numa prioridade baixa, comparativamente às necessidades básicas como pagar a renda ou cuidar dos filhos.

Também os níveis de literacia e educação podem limitar o acesso à informação e estratégias sobre a prevenção do VIH, incluindo o uso do preservativo (Du Guerny & Sjoberg, 1993).

2. A *Divisão Sexual do Poder* é caracterizada pelas desigualdades entre sexos. A divisão sexual do poder lida com assuntos como o controlo, autoridade e coerção nas relações heterossexuais. O poder é um elemento fundamental de todas as relações sexuais. Numerosos estudos indicam que as mulheres são psicologicamente, economicamente, e socialmente mais dependentes dos parceiros nas díades heterossexuais (Kelley & Thibaut, 1978). Normalmente o parceiro traz mais benefícios à relação (i.e., dinheiro, estatuto, segurança) e a mulher torna-se assim mais dependente. Outra das questões explicadas pela divisão sexual do poder prende-se com o poder físico do homem que pode ser usado para impor o poder dentro da relação. De acordo com o estudo de Wingood & DiClemente, (1997), as mulheres abusadas fisicamente pelos seus parceiros são provavelmente mais incapazes de negociar e usar o preservativo quando comparadas com mulheres em que o parceiro não usa essa agressividade. Também de acordo com esta teoria, a divisão sexual do poder sugere que as mulheres abusadas ou maltratadas na infância, ou cujo parceiro seja muito mais velho, ou que tenham fracas capacidades de negociação do uso do preservativo, ou em que o parceiro seja resistente ao uso do preservativo, são menos assertivas na negociação do uso do preservativo, tendo assim uma maior probabilidade de não usarem preservativo.

3. A *Estrutura da Cathexis* dita as normas sociais que governam o comportamento sexual apropriado para as mulheres e delimitam as ligações emocionais envolvidas nas relações sociais. Esta estrutura produz as leis, os tabus, e as proibições que definem a normalidade, restringem a sexualidade, e localizam as normas culturais para a feminilidade dentro das relações. Esta estrutura define as normas para os comportamentos consistentes com aquilo que a sociedade define ser socialmente aceite para as mulheres. Num estudo de Fullilove, Fullilove, Haynes, & Gross, (1990) com mulheres africanas, conclui-se que uma das razões por que as mulheres se sentem desconfortáveis em andar com preservativos resulta na auto-percepção de que estarão “sexualmente disponíveis” ou “perdidas”. A estrutura da *Cathexis* é também evidente nas relações sociais que as mulheres têm com os seus parceiros sexuais. Ela favorece a ideia de que a incapacidade das mulheres

negociarem o sexo seguro resulta da percepção que mina a confiança e a intimidade das relações (Wingood & DiClemente, 1993). Isto é particularmente evidente nas relações a longo termo, em que as dificuldades de negociação do uso de preservativo são enormes, ou não há sequer negociação. Durante as relações de longo termo as mulheres sentem a confiança e o cuidado na relação como factores bem enraizados. Assim, se o homem sugere o uso de preservativo durante o acto sexual, isso poderá indicar que ou ele lhe foi infiel ou que ele suspeita que ela lhe foi infiel. Ao não usar preservativo a mulher evita as implicações de imoralidade sexual dela ou do parceiro (Nichols, 1990).

A Teoria De Género e Poder assume um papel importante na medida em que veio introduzir o papel do género, valores culturais, e a percepção das normas na investigação sobre VIH/SIDA e outras IST's, quando a maior parte das intervenções se centram no estudo das variáveis psicológicas envolvidas no uso do preservativo e na compreensão das dinâmicas interpessoais subjacentes ao relacionamento sexual.

Tal como outras teorias, também esta “peca” por defeito já que neste caso, são esquecidos alguns dos factores psicológicos intervenientes neste tipo de comportamentos.

- Teoria da Acção Reflectida / Teoria do Comportamento Planeado

Aceita-se, sem grande dificuldade que o desejo sexual constitui um dos componentes principais das relações passionais (Berscheid, 1988). Apesar de a generalidade dos investigadores afirmarem explicitamente o carácter psicossocial da sexualidade, esta só muito recentemente se veio a constituir como problemática específica (Byrne, 1977). Na perspectiva da psicologia social, a sexualidade constitui um caso particular das interacções humanas, pelo que a sua compreensão nos remete para os mecanismos gerais que regulam tais acções (Alferes, 1997). Estas interacções são comportamentos que por sua vez estão ligados às atitudes que são tomadas nos relacionamentos. Segundo Ajzen (1988), a atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento. Esta definição de atitude surge após alguns anos de estudo e de investigação das atitudes e comportamentos. Uma das primeiras teorias a surgir foi a teoria da acção reflectida de Fishbein e Ajzen (1967), num estudo da psicologia social. A teoria foi sendo reformulada, passando esta a considerar que todo o comportamento é uma escolha, uma opção

ponderada entre várias alternativas, pelo que o melhor predictor do comportamento será a intenção comportamental, sendo a atitude específica apenas um dos dois factores importantes na decisão (Fishbein & Ajzen, 1975).

A teoria da acção reflectida foi desenvolvida para explicar comportamentos motivados, que dependem da vontade do indivíduo.

A principal diferença em comparação com outros modelos, é que a teoria da acção reflectida lida com atitudes não em relação a pessoas, objectos, ou instituições, mas somente com acções pelo que a sua predição acerca do comportamento é mais eficaz, comparativamente a outros modelos anteriores.

Em 1980, a teoria é novamente reformulada, Ajzen e Fishbein, dividem-na em 3 factores fundamentais: a intenção, a atitude em relação ao comportamento, e as normas subjectivas. A primeira premissa desta teoria, a intenção, refere que a intenção de uma pessoa é a principal influência da atitude. Se alguém entende fazer algo então será mais provável que o faça. Se a pessoa não decidir fazer algo, então será mais provável que não o faça (Ajzen & Fishbein, 1980).

A segunda premissa, a atitude em relação a um comportamento, refere-se ao tipo de atitude prévia da pessoa face à execução de um comportamento; que tipo de atitude pode ser e que influência vai ter no comportamento observado. Sugere que as pessoas pensam nas suas decisões e nos possíveis resultados antes de tomarem a decisão. Exemplificando, um casal tenta decidir se usarão ou não preservativo. Ambos são apologistas do uso e têm uma atitude positiva em relação ao uso, mas ao pensarem no custo do preservativo e no transtorno de o usarem podem deter a decisão de o usar.

A última premissa, as normas subjectivas, refere que essas normas influenciam o comportamento. Essas normas provêm da crença da pessoa, indivíduos, ou grupos específicos, sobre determinado acção ou comportamento. Assim a motivação do sujeito ou sujeitos em executar determinada acção ou o pensamento de devem ou não executá-la está dependente das referências específicas dessas crenças estabelecidas (Ajzen & Fishbein, 1980). É importante a pessoa antes de tomar uma decisão, consultar alguém ou um grupo, de forma a poder estar em consonância com a forma de pensar e agir desse mesmo grupo (Ajzen & Fishbein, 1980).

Em 1991, Fishbein e Ajzen, constroem uma nova teoria, com a base provinda da antiga teoria da acção reflectida., que passa a ser designada por teoria do comportamento planeado.

A teoria do comportamento planeado (figura 3) propõe que a intenção de uma pessoa para executar um comportamento é o determinante fundamental desse comportamento, porque reflecte o nível de motivação da pessoa e a prontidão para implementar esforços no desempenho do comportamento (Courneya et al., 2000; Conner & Spark, 1996). O reconhecimento de que as intenções não levam ao comportamento quando existe incapacidade de desempenho, barreiras situacionais ou incerteza das próprias intenções (Dishman, 1993), permitiu o desenvolvimento da teoria do comportamento planeado.

De facto, a percepção de controlo do comportamento, para além das intenções, como mais um factor preditivo do comportamento, permite incluir no modelo os comportamentos não motivados, ou seja, aqueles que não dependem da vontade própria.

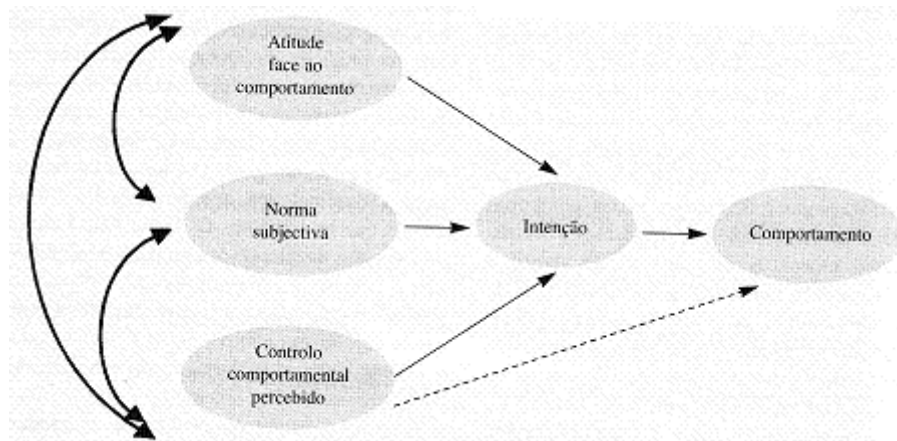


Figura 3. Esquema da Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991)

De outra forma, podemos dizer que as atitudes são função de crenças sobre a percepção das consequências em desempenhar um comportamento e a avaliação pessoal dessas consequências (Culos-Reed et al., 2001).

- Teorias e Uso de Preservativo

Numerosos estudos investigaram os preditores do uso de preservativo e de sexo desprotegido (e.g., Bryan, Fisher, & Fisher, 2002; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble, & Malloy, 1996; Smith & Stasson, 2000).

Mais duas novas teorias foram propostas na área do risco de contracção do VIH, que são as teorias do modelo integrado (Fishbein, 2000), e o modelo de domínio múltiplo (Noar, Palmgreen, Lustria, & Horosewski, 2006; Zimmerman et al., 2006). Na figura 4 pode-se observar o esquema da complexidade cognitiva do uso de preservativo, que mostra as características positivas e negativas percebidas pelo sujeito em relação ao uso do preservativo (Gonçalves, 2003).

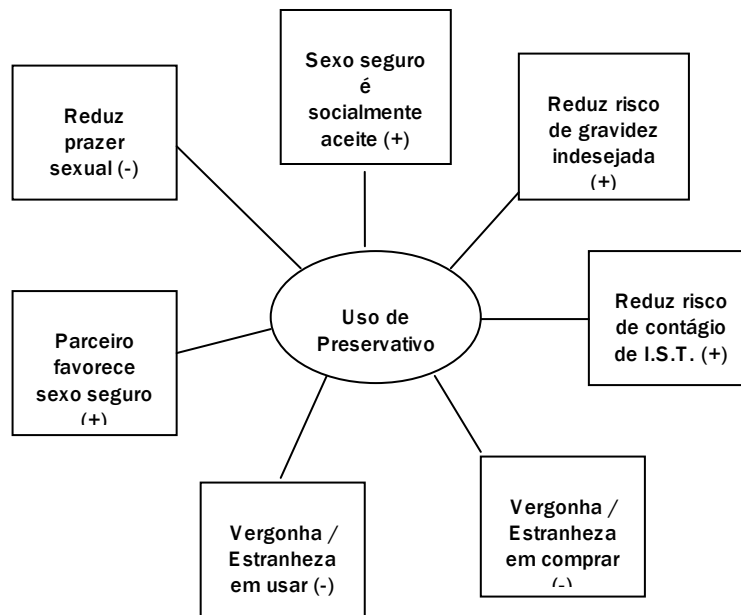


Figura 4. Esquema da Complexidade Cognitiva do Uso de Preservativo (Gonçalves, 2003).

Todas estas teorias têm uma abordagem individual no sentido de perceberem os comportamentos de risco, ou seja, examinam as variáveis específicas dos indivíduos (i.e. atitudes, crenças) que estão correlacionadas com comportamentos específicos e mudanças de comportamento (Noar, 2007).

Muitas destas teorias como é o caso da T.C.P., têm um foco maior na “previsão” dos comportamentos, em oposição à explicação dos processos de mudança dos comportamentos. Assim a teoria sugere que as pessoas tenham determinado comportamento, quando têm atitudes positivas, normas sociais positivas e fortes intenções de concretizar esse comportamento.

No uso do preservativo há estudos que referem que os modelos de investigação da mudança de comportamento focam não só as diferenças individuais dos factores sócio-cognitivos, mas também o maior uso de preservativo, associado a uma maior informação sobre redução de riscos (Albarracin, Johnson, Fishbein, Muellerleile, 2001; Albarracin, McNatt, Klein, Ho, Mitchell, Kumkale, 2003). A estabilidade temporal dos comportamentos foi outro dos factores estudados (Sheeran & Abraham, 2003), pois a volatilidade dos comportamentos de uso do preservativo é grande. Por exemplo, Schwarz & Clore (1983) referem que um indivíduo terá mais crenças comportamentais negativas e uma maior avaliação negativa acerca do uso de preservativo, que por sua vez vão conduzir a atitudes mais negativas em relação ao seu uso, se o sujeito for afectado por sentimentos negativos de afecto, por parte do seu objecto de amor. Kiene, Tennen, Armeli, (2008) estudaram a estabilidade de comportamento em relação ao uso do preservativo, numa análise diária dos seus comportamentos, bem como os sentimentos negativos podem afectar esses comportamentos.

Assim, a consistência do uso do preservativo é a melhor medida do esforço que os indivíduos fazem de se protegerem perante o acto sexual, enquanto o sexo desprotegido será a melhor medida de avaliação do risco a que os sujeitos estão expostos durante um determinado período de tempo (Hall, Hogben, Carlton, Liddon, Koumans, 2008). Outra vertente de análise dos comportamentos e atitudes do uso do preservativo é a concepção do tipo de relação, analisado por Lescano, Elizabeth, Brown, Litvin, Pugatch, & Project Shield, (2006), em que o parceiro “fixo” e o parceiro “casual” dão origem a comportamentos diferentes. Segundo Rosengard et al. (2001) cit. por Lescano et al. (2006), parceiro “fixo” é aquele com quem o sujeito tem uma relação sexual, uma relação afectiva e com quem tem intenções sérias de vida conjunta. Parceiro “casual” é aquele com quem tem relações sexuais, eventualmente afectivas, mas com quem não tem intenção de vida conjunta.

Os sujeitos que acreditam nas suas capacidades para evitar infecções, que estão conscientes dos comportamentos que podem conduzir ao contágio, que são pessoas informadas, que têm a percepção subjectiva de que possuem

informação, e desejam aprender mais, têm precauções correctas, mas também incorrectas. Segundo a TCP, as condutas estão relacionadas com as atitudes. Deste modo estão também sujeitos a um contágio, pois assumem algumas precauções incorrectas. Os sujeitos que têm crenças na baixa percepção da gravidade e um optimismo realista, estão relacionados com uma elevada percepção subjectiva de que estão informados. Têm precauções incorrectas. Não demonstram intenção de aprender mais. Os sujeitos que têm a percepção da gravidade das doenças e atitudes de rejeição social, são pessoas que carecem de informação, têm a percepção de acordo com o seu baixo nível de conhecimentos, e não estão motivadas para aprender (Lopes, 2004).

Numa outra perspectiva do comportamento de uso do preservativo Rosen et al. (2006) referem que no seu estudo sobre a alteração dos comportamentos sexuais em amostras de homossexuais e bissexuais masculinos, havia uma associação entre o aumento de parceiros sexuais, bem como o aumento de sexo oral e anal desprotegido em utilizadores de P.D.E.-5 (Medicamento de tratamento oral da disfunção eréctil). Mais recentemente nova investigação voltou a associar positivamente o uso de PDE-5 ao comportamento sexual de risco (Swearingen & Klausner, 2005). O papel de factores de comportamento ou traços de personalidade, tais como a procura de sensações fortes e o gosto pelo risco sexual, é influenciado em determinados indivíduos pelo reforço de tendências neurofisiológicas de aumento de excitação sexual em combinação com uma inadequada inibição sexual (Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic, Long, 2003).

Como referido anteriormente existem variadas teorias comportamentais que tentam explicar o uso ou não uso de preservativo e quais os factores que condicionam essa escolha. Várias abordagens são realizadas, ao nível do tipo de parceiro, do tempo de relação, dos factores subjectivos “amor”, etc.

As mulheres divergem nas opções em relação aos homens. Em 1995, Hynie e Lydon realizaram um estudo sobre as diferenças de uso do preservativo em ambos os sexos e verificaram que o estudante universitário masculino americano, que sugere à sua parceira o uso de preservativo é percebido por ela como sendo mais simpático e maduro, mas também como menos romântico e menos excitante. Os rapazes acreditam que sugerir o uso de preservativo no encontro sexual, reduz as probabilidades de relacionamento sexual,

convicção que não é compartilhada pelas mulheres. As intenções de uso do preservativo são preditoras do seu, no entanto existem variáveis que podem influenciar esta intenção, nomeadamente a excitação sexual, a capacidade de diálogo sobre o uso de preservativo entre os parceiros sexuais, a percepção dos mecanismos de contágio de DST's, o tipo de relação que existe entre os parceiros (mais regular leva a uma menor ou nenhuma utilização do preservativo), etc. Outros factores (religião, status económico-social, literacia, informação sobre DST's) como se verifica através das teorias referenciadas podem influenciar a intenção, e/ou o comportamento de usar ou não o preservativo.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Nesta fase é importante lembrar os pressupostos iniciais nos têm orientado ao longo deste trabalho, nomeadamente a falta de estudos e de dados empíricos relativos às variáveis associadas à utilização ou não de preservativo masculino em ambos os géneros.

Objectivo

O objectivo principal deste trabalho foi investigar as relações de auto-eficácia face ao uso do preservativo masculino em jovens adultos, comparando os géneros, masculino e feminino.

Desta forma as principais questões de investigação foram:

- Saber se não há diferenças existentes entre os jovens masculinos e jovens femininos em relação à distribuição da variável auto-eficácia face ao preservativo masculino.
- Perceber se em jovens rapazes e raparigas, a auto-eficácia face ao preservativo está relacionada com a religião.
- Verificar se em jovens rapazes e raparigas, a auto-eficácia face ao preservativo está relacionada com o uso de substâncias psicoactivas.
- Saber se em jovens rapazes e raparigas, a auto-eficácia face ao preservativo está relacionada com a naturalidade.
- Verificar se em jovens rapazes e raparigas, a auto-eficácia face ao preservativo está relacionada com o tipo de relação.
- Observar se em jovens rapazes e raparigas, a auto-eficácia face ao preservativo está relacionada com a forma escolhida de contracepção.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo e Variáveis

O desenho do estudo foi comparativo entre dois grupos (N=60 Raparigas e N=60 Rapazes) e o método foi o de sondagem. (Pais, 1999).

Para efeitos deste trabalho admitiu-se entender por:

- *Auto-Eficácia*, o grau de certeza, crenças e expectativas que o sujeito tem quanto à sua capacidade de vir a usar preservativo durante a relação sexual.

Assim, neste estudo consideraram-se as seguintes variáveis:

Variável Principal: Auto-Eficácia em relação ao uso do preservativo

Variáveis de Controlo: Género

Foi ainda tida em conta a distribuição das seguintes variáveis: idade, naturalidade, situação profissional, habilitações académicas, orientação sexual, estado civil, religião, acompanhamento psicológico, uso de substância psicoactivas, início da vida sexual, uso de método contraceptivo, tipo de relação, tipo de relação sexual.

Amostra

A amostra é de conveniência, constituída por N=120 jovens adultos, (60 do género feminino e 60 do género masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, que tenham iniciado a sua vida sexual, e que tenham no momento da recolha dos dados um parceiro sexual. Os sujeitos foram caracterizados pelos itens de Idade, sexo, Naturalidade, Área de Residência, Situação Profissional, Habilitações Académicas, Orientação Sexual, Estado Civil, Religião, Acompanhamento Psicológico, Uso de Substâncias Psicoactivas, Uso de Método Contraceptivo, Tipo de Relação de Compromisso, Tipo de Parceiro sexual.

- Análise de Dados Sócio-Demográficos

A análise dos dados sócio-demográficos obtidos inicia-se com a questão da idade. A média de idades de na

	\bar{x}	s	Md	Mo	Percentís			Amplitude	
					P25	P50	P75	Mínima	Máxima
Masculino n=60	23,2	2,699	24	24	20,25	24	25	19	29
Feminino n=60	22,2	2,941	21,5	20	20	21,5	23	18	30

totalidade dos sujeitos é de 22,68 anos (n=120), com um valor da moda de 20 anos e com uma mediana de 22,50 anos. Na análise de cada género, verifica-se que a amostra do sexo feminino apresenta uma média de idade de 22,22 anos e a amostra masculina apresenta uma média de idades ligeiramente superior, 23,15 anos de idade.

Tabela 1: Idade

Verifica-se ainda que o género feminino apresenta uma mediana de 21,50 anos, e uma moda de 20 anos. Na observação dos percentís, verifica-se que no percentil 50 o valor obtido é de 21,5 anos. No género masculino observa-se uma mediana de 24 anos, que é também o valor da moda, obtido. No percentil 50 também se obtém um valor de 24 anos. É de referir também, que as diferenças de amplitude das idades variam nos dois géneros,

sendo no género feminino dos 18 aos 30 anos (idade mais nova e mais velha obtida em todos os sujeitos) e no género masculino dos 19 aos 29 anos.

Na questão da naturalidade verifica-se que 79,2% da totalidade (n=120) dos sujeitos nasceram em meio urbano e 20,8% são oriundos de meio rural.

Tabela 2: Área de Naturalidade

	Urbano	Rural
Masculino n=60	90%	10%
Feminino n=60	68,3%	31,7%

Nestes valores destaca-se a diferença entre os sexos, sendo que as raparigas apresentam uma percentagem superior de meio urbano (68,3%), contra 31,7% de naturais em meio rural. Nos rapazes há uma diferença significativa de valores obtidos, em que se verifica que existem 90% de rapazes naturais de meio urbano e 10% de meio rural.

Ao nível da área de residência uma vez que este estudo decorreu exclusivamente na área de Lisboa, procurou-se identificar dentro da área metropolitana de Lisboa, quais seriam os locais de maior percentagem de residência dos estudantes.

Tabela 3: Área de Residência

	Lisboa Cidade	Linha Sintra	Linha Cascais	Lisboa Oriente	Lisboa Norte	Margem Sul
Masculino n=60	51,7%	5%	3,3%	3,3%	13,3%	23,3%
Feminino n=60	50%	1,7%	6,7%	5%	15%	21,7%

Assim verifica-se que na totalidade dos sujeitos, 50,8% (n=120) vivem dentro da cidade de Lisboa, sendo que as raparigas apresentam também um valor de residência na cidade de Lisboa de 50%, contra os 51,7% dos rapazes. Consideramos ainda os resultados obtidos na totalidade dos alunos residentes na zona norte de Lisboa (Vila Franca de Xira,

Torres Vedras, Leiria, Coimbra, Porto, etc.) é de 14, 2%, sendo que as raparigas apresentam 15% nesta área de residência e os rapazes 13,3%. No entanto o segundo valor mais elevado que se pode verificar é o da Margem sul (abrange igualmente toda a zona sul, até ao Algarve e ainda as Ilhas da Madeira e Açores) com 22,5% na totalidade dos sujeitos, e com 21,7% de residentes femininos e 23,3% de residentes masculinos.

Tabela 4: Situação Profissional

	Trabalho por Conta de Outrém	Desempregado	Trabalhador Independente	Nunca Trabalhou
Masculino n=60	30%	20%	10%	40%
Feminino n=60	16,7%	20%	10%	53,3%

Relativamente ao trabalho, 46,7% da totalidade (n=120) dos sujeitos nunca trabalharam, sendo que tanto na amostra feminina (53,3%) como na amostra masculina (40%) os valores seguem a mesma tendência. O item dos “trabalhadores por conta de outrém” apresenta um valor total de 23,3% (raparigas com 16,7% e rapazes com o dobro do valor 30%). Ao nível do item “desemprego” constata-se que os valores obtidos são idênticos em ambos os sexos, (20%) que correspondem ao valor obtido na totalidade dos sujeitos (20%).

Tabela 5: Habilitações Académicas

	Frequência Universitária	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Masculino n=60	68,3%	28,3%	3,3%	-
Feminino n=60	73,3%	21,7%	3,3%	1,7%

Na questão das habilitações académicas, verifica-se no total (n=120) dos sujeitos um valor de 70,8% com frequência universitária e 25% já licenciados mas que prosseguem os

seus estudos a outros níveis. Na observação por género verifica-se que as raparigas seguem o mesmo padrão, 73,3% com frequência universitária e 21,7% já licenciadas, padrão esse que também se verifica nos rapazes com 68,3% em frequência universitária e 28,3% já licenciados.

Tabela 6: Orientação Sexual

	Exclusivamente Heterossexual	Exclu. Homossexual	Bissexual	Preferencialmente Heterossexual	Preferenc. Homossexual
Masc. n=60	88,3%	5%	3,3%	-	3,3%
Fem. n=60	93,3%	1,7%	-	5%	-

Verifica-se na questão 7, que 90,9% da totalidade (n=120) dos sujeitos são heterossexuais e que destes 93,3% são do sexo feminino e 88,3% são do sexo masculino. Verifica-se ainda no género feminino, um valor de 5% preferencialmente heterossexuais e 1,7% de exclusivamente homossexuais. No género masculino observa-se que 5% se consideram exclusivamente homossexuais e que 3,3% se considera preferencialmente homossexual ou bissexual. Pode-se observar uma maior frequência da homossexualidade no género masculino.

Tabela 7: Estado Civil

	Solteiro(a)	União de Facto
Masculino n=60	91,7%	8,3%
Feminino n=60	95%	5%

Relativamente à questão em que se inquiria o estado civil, verifica-se uma percentagem enorme do item “solteiro” o que também está de acordo com os valores estatísticos do estudo do I.N.E. (2008) nesta faixa etária. Na amostra feminina, verifica-se um valor de 95%, comparativamente ao masculino de 91,7%, havendo aqui em ambos os sexos pequenas percentagens de “uniões de facto”, que tendem a ter um valor enorme na sociedade portuguesa, em faixas etárias um pouco superiores, e a aumentar segundo I.N.E. (2008).

Tabela 8: Religião

	Católico(a) Praticante	Católico(a) Não Praticante	Outra. Religião Praticante	Outra Religião Não-Praticante	Sem Religião
Masculino n=60	6,7%	38,3%	5%	10%	40%
Feminino n=60	11,7%	58,3%	1,7%	11,7%	16,7%

Na questão 9, que pretendia avaliar que religião estava associada aos sujeitos, verifica-se que a maioria da totalidade (n=120) dos sujeitos (48,3%) considera-se católico, mas não-praticante, sendo que em segundo lugar surge a resposta “sem religião” (28,3%), e em terceiro lugar surge a resposta “outra religião não-praticante com 10,8%. De seguida surge com 9,2% a resposta “católico praticante” e por último a resposta “outra religião praticante” com 3,3% dos resultados. Nas raparigas a tendência mantém-se a mesma, com 58,3% de católicas não-praticantes, seguida da resposta de “sem religião” com 16,7%, a resposta “outra religião não-praticante” e a resposta “católico praticante” apresentam o mesmo valor com 11,7%. Por último verifica-se que a resposta “outra religião praticante apresenta um resultado de 1,7%. Nos rapazes a tendência também se confirma, com a diferença de que a resposta com maior percentagem ser aqui “sem religião” com 40% e em segundo lugar surgir “católico não-praticante” com 38,3%. Em terceiro lugar surge então “outra religião não-praticante” com 10% das respostas dadas, valor superior ao valor obtido na resposta “católico praticante” com 6,7% dos resultados. Nota-se desde logo uma diferença de resultado entre ambos os sexos, em que os rapazes apresentam uma relação

mais distante/oposta aos valores religiosos dominantes, mas em que em ambos os géneros se verifica um afastamento da religião.

Tabela 9: Acompanhamento Psicológico

	Sim	Não
Masculino n=60	15%	85%
Feminino n=60	15%	85%

Ao nível do acompanhamento psicológico, verifica-se uma tendência idêntica em ambos os sexos com 85% dos sujeitos a afirmarem que não tiveram acompanhamento nos últimos dois anos e apenas 15% dos sujeitos foi acompanhado em consulta de psicologia.

Tabela 10. Uso de Substâncias Psicoactivas (Drogas)

	Já usei	Uso	Nunca Usei
Masculino n=60	36,7%	16,7%	46,7%
Feminino n=60	23,3%	11,7%	65%

Na questão 11 verifica-se que o uso de drogas é ainda um factor a ter em conta, pois apresenta resultados elevados. No total dos sujeitos, 55,8% referem que nunca usaram, 30% referem que já usaram e 14,2% referem que usam drogas. Nas raparigas respectivamente, verifica-se que 65% nunca usaram drogas, que 23,3% usaram e que 11,7% usam drogas. Nos rapazes os valores alteram-se com 46,7% a referir que nunca utilizou drogas, 36,7% a referir que já usou drogas, e com 16,7% de sujeitos a afirmar que usam drogas.

Na pergunta 12, não são considerados os resultados, uma vez que o questionário pressupunha a existência de relacionamentos sexuais para a sua validação, verificando-se assim um resultado de 100%.

Tabela 11: Métodos Contraceptivos

	Masculino n=60	Feminino n=60
Não Uso Contracepção	8,30%	3,30%
Preservativo	73,30%	55%
Pílula	25%	68,30%
Anel Vaginal	3,30%	3,30%
Implante	-	1,70%
DIU	1,70%	-
Coito Interrompido	5%	3,30%
O outro	3,30%	1,70%

Na questão 13, inicialmente agrupada, verificou-se que os sujeitos deviam duas ou mais respostas nos métodos contraceptivos utilizados. Não só o preservativo, mas outros métodos utilizados, sendo que os rapazes assinalavam os métodos que eles próprios usavam e que estavam sob o seu controle (preservativo, coito interrompido) e os métodos utilizados pelas suas parceiras (pílula, anel vaginal, implante, DIU, outro). Assim decidiu-se proceder à separação dos vários itens, constituindo-os como variáveis, de forma a poderem se considerados e utilizados estatisticamente. No entanto como forma de análise estatística serão descritos em conjunto.

Analisando estes resultados pode-se referir desde já que os rapazes assinalaram em maioria o método contraceptivo que usam, da sua responsabilidade (preservativo) mas também o método contraceptivo utilizado pela sua parceira (e.g. pílula). As raparigas fazem o mesmo raciocínio assinalando o método contraceptivo que usam, da sua responsabilidade (e.g. implante) e assinalam também o uso de preservativo. Constata-se assim que o

preservativo é o método contraceptivo masculino e que é utilizado em conjunto com outros métodos contraceptivos femininos. Nas percentagens verificadas ambos os sexos consideram ser o preservativo o método contraceptivo mais usado, 73,3% nos rapazes, e 55% por cento nas raparigas, os rapazes ainda apresentam um valor de 25% na pílula como método contraceptivo. Nas raparigas o método mais utilizado é o da pílula com 68,3%, em conjunto com o valor já referido de uso do preservativo masculino (55%). É de salientar que 8,3% dos rapazes não usam métodos contraceptivos, bem como 3,3% das raparigas. Da mesma forma se salienta que 5% dos rapazes e 3,3% das raparigas ainda consideram o coito interrompido um método contraceptivo.

Tabela 12: Relação de Compromisso

	Sim	Não
Masculino n=60	81,7%	18,3%
Feminino n=60	81,7%	18,3%

Na questão 14, verifica-se que 81,7% dos sujeitos totais admite ter uma relação de compromisso, sendo que este valor é o mesmo em ambos os sexos e apenas 18,7% dos sujeitos de ambos os géneros indicam não ter relação de compromisso.

Tabela 13: Parceiro Sexual

	Parceiro(a) Ocasional	Parceiro(a) Regular	Parceiros(as) Ocasionais	Parceiros(as) Regulares
Masculino n=60	10%	75%	11,7%	3,3%
Feminino n=60	6,7%	86,7%	3,3%	3,3%

Na última questão dos dados sócio-demográficos, verifica-se que 80,8% dos sujeitos totais (n=120) refere ter apenas um parceiro(a) sexual, 8,3% tem parceiro(a) sexual ocasional, 7,5% têm parceiros(as) ocasionais e 3,3% têm parceiros(as) regulares. No universo feminino desta amostra verifica-se que 86,7% das raparigas assinalam ter parceiro(a) regular, 6,7% tem parceiro(a) ocasional, e 3,3% assinala ter tanto, parceiros(as)

regulares como parceiros(as) ocasionais. Nos rapazes verificam-se 75% de respostas afirmativas para parceira(o) regulares, 10% para parceira(o) ocasionais, 11,7% para parceiras(os) ocasionais e 3,3% para parceiras(os) regulares. Destacam-se desde logo as diferenças de valores em ambos os sexos, sendo que os rapazes apresentam uma maior disparidade de resultados.

Instrumentos

De forma a poder realizar este estudo e obter resposta às hipóteses colocadas, foi utilizado o seguinte material.

- **Questionário Socio-Demográfico**

Este questionário (Anexo 2) teve como objectivo a caracterização da amostra em relação às variáveis que pensamos melhor podem demonstrar as diferenças de uso de preservativo entre ambos os sexos.

Assim, com a questão 2, o problema fundamental deste estudo, pretendia-se comparar a relação existente entre o género e o uso do preservativo. A questão 3 referia-se à naturalidade, de forma a aferir se os sujeitos nascidos no meio rural apresentariam resultados diferentes dos sujeitos nascidos no meio citadino. A questão 4 incidia sobre a área de residência, e tinha apenas uma função de conhecimento estatístico da localização dos sujeitos da amostra. Ao questionar a amostra sobre a profissão (Questão 5) pretendeu-se aferir sobre o nível sócio-económico já que alguns estudos apontam para uma menor utilização do preservativo em situações de carência económica (Semenza & Giesecke, 2008). Da mesma forma a questão sobre as habilitações académicas (questão 6) pretendia aferir qual a relação entre escolaridade e o uso, embora o estudo tenha sido realizado no meio universitário, não havendo comparação com outro tipo de escolaridade. Outra das questões mais pertinentes para este estudo prendia-se com as questões 7 e 8, orientação sexual e estado civil respectivamente, pois segundo alguns estudos os comportamentos sexuais diferem grande mente do estado civil, do número de filhos e de outros factores (Stengel, 2005).

A questão 9, religião, é uma das questões com mais valor científico, uma vez que a sexualidade, os comportamentos sexuais, e a própria utilização do preservativo desde sempre foram condicionados pelas religiões (Mossuz-Lavau, (2005).

Na questão 10 foi questionado se os sujeitos tinham ou teriam tido acompanhamento psicológico nos dois últimos anos. De seguida (questão 11) foi inquirido aos sujeitos qual a relação que mantinham com as substâncias psicoactivas, vulgo “drogas”, uma vez que esta é outras das questões que foram consideradas pertinentes analisar, pois alguns autores correlacionam positivamente os comportamentos sexuais ao consumo de “drogas”.

Calafat *et al.* (2003) admite que esses consumos possam ter fins sexuais. Verificou-se que alguns dos jovens inquiridos têm expectativas de que o uso destas substâncias lhes possa trazer benefícios a nível sexual pois recorreram ao seu consumo com esse intuito (ex. prolongar o acto sexual, facilitar o início das relações e ajudar a ter práticas sexuais invulgares).

Uma vez que este estudo abordava as diferenças de comportamento em relação ao uso de preservativo, comparando os jovens adultos masculinos e femininos, nas questão 12, foi inquirido aos sujeitos se já tinham iniciado a sua vida sexual, pois segundo o Center of Disease and Control quanto mais cedo se inicia a vida sexual, maior é a probabilidade de ter um maior número de parceiro, aumentando assim a probabilidade de contrair uma IST.

Na questão 13 colocou-se a questão se e de que tipo, os métodos contraceptivos são utilizados, pois segundo um estudo de MacDonald, Wells, Fisher, Warren, & King, (1990) verificou-se que o uso de outras formas de contracepção está associada com uma menor utilização do preservativo nas mulheres. Verificou-se que na questão do método contraceptivo, ambos os géneros responderam com mais de uma opção, e que foi considerado válido em termos de análise estatística.

Por fim, colocaram-se duas questões relacionadas com o tipo de relação amorosa que os sujeitos tinham no momento, e que tipo de relação sexual consideram ter, pois a possibilidade de ter uma relação de amor, mas com mais de um parceiro sexual é real.

De facto, a sexualidade ocupa um papel central na vida dos jovens e é um dos ideais veiculados pela diversão. É tida como mais uma actividade a que facilmente se pode aceder nos espaços recreativos nocturnos, uma vez que permitem encontros que podem terminar em ligações sexuais. Efectivamente, na actualidade o sexo adquiriu um novo significado: é uma actividade em si mesma desvinculada, pelo menos no início, de uma relação romântica e duradoura (Calafat *et al.*, 2004).

- Escala de Auto-Eficácia Face ao preservativo de Marín et al. (1998)

Esta escala (Anexo 3) foi a escala escolhida para realizar este trabalho uma vez que é uma escala que se adapta quase na perfeição às características da população em estudo. Esta escala foi desenvolvida nos estados Unidos por Marín et al. (1998), especificamente para analisar a população heterossexual e solteira latina. A escala passou por um processo de adaptação que culminou numa versão final de 20 itens.

A escala é composta pelos 20 itens, que são aferidas por uma escala tipo Likert de 5 pontos: (1- Definitivamente Não, 2- Provavelmente Não, 3-Talvez, 4-Provavelmente Sim, 5- Definitivamente Sim), podendo assim cada sujeito obter um máximo de 100 pontos e um mínimo de 20 pontos. As respostas são semelhantes no seu sentido e objectivo, apenas adaptando a ortografia consoante o género a que eram colocadas.

Nestas 20 questões que constituem a escala, existem 5 sub-escalas que agrupam determinado número de questões.

Assim verifica-se a sub-escala designada pela autora por “Parceiro Regular” que é composta pela soma dos itens 1, 2, 3, 9, e 16. A sub-escala “Controlo dos Impulsos” é constituída pela soma dos itens 4, 6, 7, 8, e 10. A sub-escala “Resistência do Parceiro” é constituída pelos itens 12, 15, e 19. Na sub-escala “Pensamentos em IST’S” estão incluídos os itens 5, 11, e 14. Na sub-escala final designada por “Discussão do Preservativo” estão inseridos os itens 17 e 18. Restam dois itens que não foram considerados pela autora, itens 13 e 20, pois não se inseriam em nenhuma das sub-escalas já definidas.

A escala foi adaptada para português por Rogado (1999), tentando uma equivalência de conceitos e de linguagem, como sugere Ribeiro (1999). Foi detectada uma gralha no item 15 - “Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa me diga que tem uma doença infecciosa?”, o que foi corrigido no próprio questionário por “Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa me diga que não tem uma doença infecciosa?”. A escala foi aplicada em conjunto com o questionário sócio-demográfico, que na totalidade demorou a cada sujeito responder, cerca de 10 minutos.

Procedimentos

Os dados deste estudo foram recolhidos em Maio de 2008. O local de recolha da amostra foi o Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Inicialmente desejou-se a recolha da amostra em outras instituições de ensino, que recusaram a possibilidade de tal amostra ser recolhida nas suas instalações. Assim no I.S.P.A. foi recolhida a amostra de N=120 sujeitos. Foi explicado aos sujeitos qual o objectivo do estudo, qual o objectivo da sua participação e que todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos. De seguida foi explicado que deveriam ler o questionário completo, composto por 5 folhas, apresentadas nesta ordem: uma primeira folha com o Termo de Consentimento Informado (Anexo 1), de seguida duas folhas com o Questionário de Dados Sócio-Demográficos (Anexo 2) e por fim mais duas folhas com a Escala de Auto-Eficácia Face ao Uso do Preservativo (Anexo 3). Posteriormente deveriam colocar a data do dia em que responderam, no Termo de Consentimento Informado, dando assim o seu consentimento, e deveriam em seguida responder às questões colocadas do questionário dos dados sócio-demográficos, assinalando uma cruz na opção correcta. Na escala de Bárbara Marín, foi indicado aos sujeitos que deveriam assinalar com uma cruz a opção que mais se aproximava da sua opinião. Foi também ressaltado que no item 15 deveriam ler a pergunta com atenção, uma vez que tinha sido corrigida.

Foi utilizado na análise estatística deste trabalho, o programa informático S.P.S.S. (versão 15.0) disponibilizado pela pelo I.S.P.A. (Anexo 4).

Após a recolha dos dados, foi construída uma base de dados no programa SPSS (versão 15.0), com o objectivo de serem trabalhados estatisticamente. Foi realizada uma análise de estatística descritiva dos dados (realizada para todos os dados de todos os instrumentos utilizados com o objectivo de caracterizar a população em estudo), foi de seguida realizado um teste de normalidade (realizado para possibilitar a escolha da estatística mais apropriada, paramétrica ou não-paramétrica). Foi posteriormente realizada a análise de estatística não-paramétrica (teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes, e teste de Kruskal-Wallis para várias amostras independentes) para averiguar se existem diferenças significativas entre ambos os géneros nas sub-escalas da escala de Bárbara Marín, e para averiguar se existem diferenças entre as sub-escalas e os itens do questionário sócio-demográfico em cada género.

	\bar{x}	sd	Md	Mo	Percentís			Amplitude	
					P25	P50	P75	Mínima	Máxima
Masculino n=60	20,05	4,548	21	25	17	21	24	10	25
Feminino n=60	19,95	5,347	22	24	16,25	22	24	5	25

RESULTADOS

- Análise das cinco Sub-Escalas da Escala de Auto-Eficácia de Marín et al. (1998)

Tabela 14. Análise da Sub-Escala “Parceiro Regular” em Ambos os Gêneros

Na análise das sub-escalas da escala de utilização do preservativo de Marín et al. (1998) verifica-se que na sub-escala “Parceiro Regular” há uma ligeira diferença na média obtida (\bar{x} = 20,05 nos rapazes e \bar{x} = 19,95 nas raparigas) com um valor superior no género masculino, valor superior esse, que se verifica também na moda obtida (25 nos rapazes e 24 nas raparigas). Acima do percentil 50 verifica-se um valor de 22 no grupo das raparigas e no grupo dos rapazes verifica-se um valor menor de 21 pontos, mas há uma equalização de valores em ambos os grupos no percentil 75 (24 pontos). Verificou-se ainda que nas raparigas a frequência de respostas tem percentagens dispersas entre os 18 pontos e os 25 pontos (18 pontos = 8,3% das respostas; 22 = 11,7%; 23 = 13,3%; 24 = 16,7%; 25 = 16,7%),

enquanto nos rapazes as respostas se concentram nos valores máximos (19 e 20 pontos = 6,7% das

	\bar{x}	sd	Md	Mo	Percentís			Amplitude	
					P25	P50	P75	Mínima	Máxima
Masculino n=60	20,400	4,411	22	25	17	22	24	9	25
Feminino n=60	20,466	4,659	22	23	18	22	24	5	25

respostas; 21= 11,7%; 24=16,7%; 25= 18,3%). O valor do desvio-padrão é superior no género feminino (sd=5,35) quando comparado com o género masculino (sd =4,55), o que demonstra uma maior dispersão dos resultados obtidos. Tendo realizado uma análise do C.V. (coeficiente de variação), obteve-se o resultado de 22,68% dos resultados nos rapazes, e de 26,80% nas raparigas, logo, uma maior homogeneidade de resultados nos rapazes. Nesta sub-escala, verifica-se um valor médio de uso do preservativo superior no género feminino, com uma menor dispersão dos resultados obtidos, o que indica que quando a relação é do tipo regular, mais estável, as raparigas tendem a usar menos ou a intentar menos o uso do preservativo.

Tabela 15. Análise da Sub-Escala “Controlo de Impulsividade” em Ambos os Géneros

Na sub-escala “Controlo de Impulsividade” verifica-se que os valores médios das respostas dadas em ambos os grupos são aproximados com uma ligeira superioridade no valor do grupo das raparigas (\bar{x} = 20,466) comparativamente ao grupo dos rapazes (\bar{x} = 20,40). No género feminino o valor obtido da moda é de 23 pontos e no género masculino é superior, com um valor obtido de 25 pontos. Nos valores obtidos da mediana existe um valor igual em ambos os géneros (22 pontos). O valor do desvio-padrão é novamente superior no género feminino (sd =4,659) quando comparado ao género masculino (sd =4,411). Verifica-se que no percentil 50 há uma equalização dos valores obtidos em ambos os grupos, com 22 pontos no percentil 50 e 24 pontos no percentil 75. Analisando a frequência das respostas nos dois grupos, verifica-se que no grupo feminino existe uma ligeira diferença nos valores totais das respostas obtidas (18 pontos = 10%; 22 pontos 5,8; 21 pontos = 13,3%; 24 e 25 pontos = 13,3% e os 23 pontos com a percentagem maior obtida, de 15%). No grupo masculino verifica-se uma maior percentagem de pontos obtidos com menor dispersão (22 pontos = 8,3%; 20 pontos = 10%; 23 pontos = 15% e 23,3% na pontuação máxima possível de 25 pontos. No controle de impulsividade as raparigas apresentam um valor médio superior aos rapazes, indicando um maior controlo, aquando da tomada de decisão de uso de preservativo.

Tabela 16. Análise da Sub-Escala “Resistência ao Parceiro” em Ambos os Géneros

Nesta sub-escala designada como “Resistência ao Parceiro” (Tabela 16) verifica-se que a média de valores obtidos nas respostas é de \bar{x} =12,783 no género masculino, e ligeiramente superior no género feminino com uma média de \bar{x} =13,366. Nos valores da

	\bar{x}	sd	Md	Mo	Percentís			Amplitude	
					P25	P50	P75	Mínima	Máxima
Masculino n=60	12,783	2,307	13,5	15	11,25	13,50	15	7	15
Feminino n=60	13,366	2,887	15	15	13	15	15	3	15

mediana, verifica-se que nos rapazes esse valor é de 13,5 pontos, e nas raparigas é superior, com o valor de 15 pontos. O valor da moda é igual em ambos os géneros com 15 pontos. Analisando os percentís obtidos verifica-se que no percentil 25 e no percentil 50 as raparigas apresentam resultados superiores (P25= 13 e P50=15). O desvio-padrão apresenta valores obtidos de $sd = 2,89$ nas raparigas e de $s = 2,31$ nos rapazes. Verifica-se assim um valor superior de desvio-padrão no género feminino. Nos rapazes verifica-se um resultado de 11,25 pontos no P25 e 13,50 no P50. Apenas no percentil 75 os resultados se equalizam com 15 pontos. Ao nível da frequência das respostas dadas obteve-se no género feminino uma prevalência de 56,7% de respostas no valor máximo de 15 pontos, seguida de 11,7% nos 14 pontos, e 10% nos 12 pontos e ainda de 8,3% nos 13 pontos, verificando-se muito pequenas percentagens nos valores menores de respostas dadas. No género masculino, verifica-se que segue a mesma tendência comparativamente ao género feminino, com 31,7% nos 15 pontos, com 18,3% nos 14 pontos, 13,35% nos 12 pontos, 11,7% nos 13 pontos e ainda com 10% nos 9 pontos. Desde logo se verifica que no género masculino o valor das percentagens obtido em cada resposta é superior. Nesta sub-escala verifica-se no género feminino uma maior capacidade de resistência ao parceiro na decisão de uso de preservativo quando há discordância de opiniões. Os rapazes são assim mais permissivos na opção de não utilização do preservativo se for essa a decisão da sua parceira.

Tabela 17. Análise da Sub-Escala “Pensamentos de IST’S” em Ambos os Géneros

	\bar{x}	sd	Md	Mo	Percentís			Amplitude	
					P25	P50	P75	Mínima	Máxima
Masculino n=60	13,933	1,494	15	15	13	15	15	9	15
Feminino n=60	13,700	2,149	15	15	13	15	15	6	15

Analisando a sub-escala “Pensamentos de IST’S” (Tabela 17) verifica-se uma média de $\bar{x} = 13,7$ pontos no grupo das raparigas, enquanto no grupo dos rapazes verifica-se uma média de $\bar{x} = 13,93$. Na mediana e na moda temos um valor idêntico em ambos os géneros,

com 15 pontos. O desvio-padrão é no género feminino de $sd = 2,15$ e no género masculino de $sd = 1,50$. Verifica-se assim um valor superior do desvio-padrão no género feminino comparativamente ao género masculino. Na análise dos percentís verifica-se que se obtiveram os mesmos valores em ambos os géneros (P25= 13; P50= 15; P75= 15). Na frequência das respostas dadas observa-se que no género feminino há uma percentagem de 55% na pontuação máxima de 15 pontos, seguida de 16,7% nos 14 pontos; 11,7% nos 13 pontos; 5% nos 11 pontos, havendo depois uma distribuição mais homogénea das percentagens mais baixas por todas as outras respostas. No género masculino verifica-se que os valores seguem a mesma ordem, com alterações apenas nas percentagens obtidas (15 pontos = 51,7%; 14= 21,7%; 13= 11,7%; 11= 8,3%). Também se verificam percentagens mais baixas distribuídas por todas as outras respostas. Através das médias obtidas pode-se inferir que os rapazes têm uma maior preocupação com o contágio de IST's quando tomam a decisão de usar o preservativo. As raparigas associam mais o uso do preservativo a um método de contraceção (tabela 23).

Tabela 18. Análise da Sub-Escala “Discussão do Preservativo” em Ambos os

	\bar{x}	sd	Md	Mo	Percentís			Amplitude	
					P25	P50	P75	Mínima	Máxima
Masculino n=60	8,82	1,641	10	10	8	10	10	2	10
Feminino n=60	9,02	1,891	10	10	9	10	10	2	10

Géneros

Na análise da última sub-escala da escala de uso de preservativo (Marín et al., 1998), verifica-se um valor de média de $\bar{x}= 9,02$ no género feminino e de $\bar{x}=8,82$ no género masculino. O desvio-padrão apresenta valores de $sd =1,891$ nas raparigas e $sd =1,641$ nos rapazes. A mediana e a moda apresentam o mesmo valor em ambos os géneros, Md/Mo=10. No percentil 50 e 75, verifica-se uma igualdade nos valores obtidos (P50 e P75= 10 pontos). No percentil 25 o resultado difere, com as raparigas a apresentarem um resultado de P25=9 e os rapazes com P25=8. As frequências de respostas apresentam uma ligeira variação de resultados, com as raparigas a terem um valor de 63,3% nos 10 pontos; 9= 16,7%; 8= 6,7% e 7= 5% das respostas obtidas. Nos rapazes verifica-se 10= 53,3%; 8= 21,7%; 7=10% e 9= 8,3%. Em comparação com a escala anterior verifica-se que embora as raparigas tenham menos preocupação com as IST's, quando toma a decisão de uso do preservativo, elas apresentam uma média superior de valores, na sub-escala de discussão do preservativo, exactamente porque ligam esse uso, a possibilidade de evitar gravidezes indesejadas.

- **Análise Comparativa das cinco Sub-Escalas da escala de Auto-Eficácia de Marín et al. (1998) e Dados Sócio-Demográficos**

Após a verificação dos resultados obtidos nos dados sócio-demográficos e nos dados obtidos nas diversas sub-escalas que compõem o questionário de uso do preservativo de Marín et al., (1998), em cada um dos géneros, foi feita a análise do cruzamento de ambos os dados em cada género. Foram seleccionadas as questões dos dados sócio-demográficos que nos pareciam mais pertinentes para este estudo.

Na análise comparativa das diferentes variáveis verificámos qual o nível de significância e qual a diferença significativa das 5 sub-escalas entre ambos os sexos. A 5 sub-escalas são designadas pelas abreviaturas correspondentes. Assim “Parceiro Regular” = P.R. ; “Controlo de Impulsividade” = C.I.; “Resistência ao Parceiro” = R.P.; “Pensamentos de IST’S” = P.IST e por último “Discussão do Preservativo” = D.P. Foi analisado o nível de significância (designado por “p”) de 0,05 ou 5%, em que se $p \leq 0,05$, então existem diferenças significativas entre as variáveis com um nível de confiança de 95%.

Tabela 19. Questão da Religião (Análise das Cinco Sub-Escalas)

	C.P.	C.N.P.	O.R.P.	O.R.N.P.	S.R.
verifica-se gênero grupo analisado	C.P.	0,764	0,450	0,035	0,544
	C.N.P.		0,419	0,011	0,307
	O.R.P.			0,185	0,639
	O.R.N.P.				0,015
	S.R.				

Assim na tabela 19, que existem diferenças significativas para $p \leq 0,05$ no feminino. Este valor do feminino, foi novamente para se verificar

exactamente quais as questões em que se verificam as diferenças significativas entre as várias opções de religião. Verificaram-se os seguintes resultados (as diferentes opções de religião foram colocadas pelas suas abreviatura).

Tabela 20. Análise da Sub-Escala “Resistência ao Parceiro” e da Questão da Religião no Gênero Feminino

	P.R.	C.I.	R.P.	P. IST	D.P.
Masculino n=60	0,140	0,700	0,266	0,303	0,704
Feminino n=60	0,121	0,125	0,047	0,119	0,423

Ao analisarmos os resultados obtidos na tabela 20, verifica-se que na sub-escala “resistência ao parceiro” existem diferenças significativas no gênero feminino na questão da religião, mais especificamente na questão O.R.N.P. (outra religião não-praticante), em que apresenta um nível de significância $p \leq 0,05$ (0,035 com C.P.; 0,011 com C.N.P. e 0,015 com S.R.). Na análise das médias obtidas das várias religiões, verifica-se que nesta sub-escala a religião (O.R.N.P.) apresenta o mais baixo valor médio de uso de preservativo ($\bar{x}=10$ pontos), com um valor de dispersão $s=7,653$, também muito elevado quando comparado com as outras três opções (C.P.- $\bar{x}=14,29$ pontos e $sd =4,628$; C.N.P.- $\bar{x}= 13,60$ pontos e $sd = 4,639$; S.R.- $\bar{x}=14,10$ pontos $sd =4,526$). Assim infere-se que as raparigas de outras religiões não praticantes apresentam uma maior possibilidade de não usarem o preservativo, quando comparadas com as outras religiões.

Tabela 21. Questão do Sexo (Análise das Cinco Sub-Escalas)

	P.R.	C.I.	R.P.	P. IST	D.P.
Sexo	0,845	0,943	0,013	0,943	0,194

Na análise da questão principal deste estudo, verifica-se que na maioria das sub-escalas não há diferenças significativas entre ambos os gêneros com a exceção da sub-escala “Resistência ao Parceiro” onde se verifica um resultado de $p \leq 0,013$. Analisando as frequências de cada gênero verifica-se que as raparigas apresentam valores mais elevados ($\bar{x}=13,366$ com uma Mo/Md de 15 pontos). Nos rapazes os resultados obtidos são inferiores ($\bar{x}=12,783$ com uma moda de 15 pontos também, mas com uma mediana de 13,5 pontos). Com base nos resultados obtidos pode-se inferir que os rapazes são menos resistentes à parceira na utilização do preservativo.

Verifica-se assim pelo menos uma diferença entre ambos os gêneros, na utilização do preservativo masculino. Rejeita-se assim a nossa hipótese principal. Pode-se inferir que a utilização do preservativo é diferenciada em ambos os gêneros pelo factor “resistência ao parceiro” e que esse mesmo factor pode influenciar a tomada de decisão de uso de preservativo na relação sexual., devendo ser aprofundada a sua análise em posteriores estudos.

Esta diferença foi também observada no género feminino na questão da utilização da contraceção em que na resposta “preservativo”, em que todas as sub-escalas apresentam diferenças significativas como se pode observar na tabela 22.

Tabela 22. Questão da Contraceção (Preservativo) na Análise das Cinco Sub-Escalas em Ambos os Géneros.

		P.R.	C.I.	R.P.	P. IST	D.P.	
Masculino		0,072	0,265	0,473	0,538	0,465	
Género Feminino (n=60)							
Feminino		0,000	0,002	0,007	0,009	0,016	
		P.R.	C.I.	R.P.	P. IST	D.P.	
todas	Uso	\bar{x}	22,6	22,3	14,21	14,4	9,61
		Mo	25	23	15	15	10
		Md	24	23	15	15	10
		sd	3,17	2,34	1,9	1,05	0,79
		\bar{x}	16,7	18,2	12,3	12,9	8,3
	Não Uso	Mo	18	21	15	15	10
		Md	18	21	13	14	9
		sd	5,71	5,75	3,53	2,78	2,52

Verifica-se em as sub-escalas no género feminino, um valor de $p \leq 0,05$ logo, com

diferença significativa. Numa verificação dos dados estatísticos de ambas as possibilidades na tabela 23 (“Uso” ou “Não Uso” preservativo como contraceção), verifica-se que as raparigas que respondem que não usam preservativo como método de contraceção apresentam valores de mediana mais baixos (18 pontos na sub-escala P.R.; 21 pontos na C.I.; 13 pontos na R.P.; 14 pontos nos P. IST; e 9 pontos na D.P.) comparativamente com as raparigas que respondem uso preservativo como método de contraceção que apresentam valores da mediana superiores (24 pontos no P.R.; 23 pontos em C.I.; 15 pontos em R.P.; 15 pontos em P. IST; e 10 pontos em D.P.). Em ambas as respostas o valor da “Discussão de Preservativo” é o mais baixo. O valor da moda é também mais baixo nas respostas “Não Uso” com 18 pontos no P.R.; 21 pontos no C.I.; 15 pontos no R.P.; 15 pontos no P. IST; e por último 10 pontos no D.P. comparativamente ao valor das respostas “uso” com 25 pontos no P.R.; 23 pontos no C.I.; 15 pontos no R.P. e no P. IST; e 10 pontos na D.P.

Tabela 23. Análise da Questão do Método de Contraceção (Preservativo) no Género Feminino nas Cinco Sub-Escalas

Os valores da mediana (Md) de uso de preservativo como método de contracepção em todas as sub-escalas são superiores (P.R.= 24; C.I.= 23 R.P.= 15; P. IST= 15; D.P.= 10) aos valores da mediana (Md) da não utilização do preservativo como método contraceptivo (P.R.= 18; C.I.= 21; R.P.= 13; P. IST= 14; D.P.= 9), o que indica que 50% dos resultados estão acima dos 24 pontos no “P.R.” e acima das outras respectivas correspondências. Poder-se-á assim verificar que as diferenças significativas observadas se relacionam com o facto de as raparigas na sua maioria assumirem o uso de preservativo como facto de protecção de uma gravidez indesejada e não encararem a utilização do preservativo como meio de protecção contra IST's. Estas diferenças significativas na forma de encarar o uso do preservativo nas raparigas deixa a possibilidade de serem realizados estudos aprofundados sobre estas diferenças, a sua origem e as suas consequências práticas.

Tabela 24. Comparação das Questões Sócio-Demográficas e as Cinco Sub-Escalas de Uso de Preservativo no Género Masculino (valores do nível de significância)

Masculino (n=60)		P.R.	C.I.	R.P.	P.IST	D.P.
	Drogas	0,84	0,22	0,17	0,79	0,82
	Tipo de Relação	0,2	0,58	0,69	0,61	0,73
	Naturalidade	0,68	0,31	0,26	0,77	0,08
	Contracepção (Preservativo)	0,07	0,27	0,47	0,54	0,47
	Contracepção (Pílula)	0,22	0,39	0,5	0,89	0,7

Tabela 25. Comparação das Questões Sócio-Demográficas e as Cinco Sub-Escalas de Uso de Preservativo no Género Feminino (valores do nível de significância)

Como é possível observar nas tabelas 24 e 25, que correspondem à análise das questões sócio-demográficas e das sub-escalas da escala de uso de preservativo em

relação a
gêneros, que
pertinentes
estudo,
no género
há diferenças
assinaláveis,
valores

Feminino (n=60)		P.R.	C.I.	R.P.	P.IST	D.P.
	Drogas	0,14	0,21	0,18	0,56	0,76
	Tipo de Relação	0,65	0,56	0,71	0,74	0,65
	Naturalidade	0,79	0,27	0,31	0,69	0,65
	Contraceção (Preservativo)	0	0,002	0,007	0,009	0,016
	Contraceção (Pílula)	0,89	0,4	0,37	0,68	0,37

ambos os
considerámos
analisar neste
verifica-se que
masculino não
significativas
pois todos os
apresentam

um resultado de $p \geq 0,05$. Não se verifica diferença significativa quanto à naturalidade dos sujeitos, da mesma forma, não se verifica qualquer diferença no uso/não uso de substâncias psicoactivas (drogas), na análise do tipo de relacionamento (ocasional/regular) não se verifica igualmente qualquer diferença significativa, e nos métodos de contraceção escolhidos (preservativo e pílula) não se verifica qualquer diferença significativa entre quem usa e quem não usa.

Na análise do género feminino as diferenças significativas surgem apenas na utilização do método contraceptivo (preservativo) em todas as sub-escalas da escala de uso de preservativo, que como já referimos permite abrir uma linha de investigação mais aprofundada em estudos posteriores. Nas restantes questões analisadas, os resultados que se verificam não apresentam diferenças significativas tal com se verifica no género

masculino. Pode-se assim inferir que a utilização do preservativo em homens e mulheres jovens não apresenta diferenças significativas em relação aos factores externos de naturalidade, uso ou não de substâncias psicoactivas, tipo de relação, métodos contraceptivos mais tradicionais (pílula) mas sim, em relação a factores internos (concepção do uso do preservativo nas raparigas como método de prevenção de transmissão de IST'S) e aos factores culturais de poder negocial dentro da relação (e.g. teoria de género e poder).

DISCUSSÃO

O principal objectivo deste estudo era o de averiguar se o uso do preservativo masculino era diferenciado entre ambos os géneros e de construir uma forma de observação dessas possíveis diferenças, de forma a poder aumentar a informação sobre esta temática, deveras importante e que está em permanente estudo em vários países afectados pelas muitas IST's, em especial o VIH e o HPV.

Tentámos observar e analisar algumas das muitas variáveis que interferem na atitude de uso ou não do preservativo masculino. Deparámo-nos com a falta de dados comparativos, nesta análise específica na população portuguesa. Mesmo a nível internacional, os estudos dirigidos para esta área de estudo, são reduzidos. Um dos estudos que nos deixa algumas orientações foi o estudo de Marín et al. (1998). Escolhemos este meio de contracepção e de protecção contra as IST's pois é considerado unanimemente pelos vários investigadores desta área, ser não só o meio de ter sexo seguro mais prático, mas também mais barato e de mais fácil distribuição. Esta é sem dúvida uma temática de estudo que implica um esforço de análise cuidadoso e persistente, uma vez que o comportamento de uso do preservativo, como se verificou ao longo dos diversos estudos aqui referenciados implica um sem número de variáveis, algumas delas de análise complexa. Pensamos que o objectivo foi atingido na medida em que se mostra que embora haja diferenças entre ambos os sexos, elas não foram de grande amplitude, aproximando os resultados em quase todas as variáveis observadas.

Olhando para a nossa principal questão, se entre homens e mulheres existiam diferenças no uso do preservativo, verificámos que sim. Aliás estes resultados vêm de encontro a um grande estudo realizado no mesmo momento em Portugal (ICSUL, 2008), onde se verifica igualmente uma diferença de uso do preservativo entre o género masculino

e feminino em que a maioria das mulheres afirma nunca ter usado o preservativo. No nosso estudo, os resultados demonstram que as raparigas em geral têm uma auto-eficácia do uso de preservativo muito semelhante aos rapazes, sendo que no factor “resistência ao parceiro” apresentam uma diferença significativa embora muito aproximada do limite a partir do qual não haverá diferenças com os rapazes.

No entanto, como já referimos essa diferença existe. Verifica-se que as raparigas apresentam uma maior auto-eficácia que os rapazes, na resistência ao parceiro quando se trata de escolher o uso do preservativo. Nesta área verifica-se uma similitude aos resultados obtidos pela autora da escala de auto-eficácia, no seu estudo. Verifica-se que embora nas outras sub-escalas não exista uma diferença significativa da auto-eficácia entre ambos os sexos, pode-se observar alguns aspectos analisados que tem importância na análise geral deste estudo e que podem ser importantes nos estudos que se possam seguir, nesta temática.

Uma destas situações é o facto de as raparigas apresentarem uma maior percentagem de parceiro regular, enquanto os rapazes apresentam uma maior percentagem de parceiras ocasionais, o que se verifica na maioria dos estudos realizados em Portugal, e que implica uma menor utilização do preservativo por parte dos rapazes, (CNLCS, 2004).

Nesta perspectiva o nosso estudo mostra que os rapazes associam mais o uso de preservativo à prevenção das IST's, enquanto as raparigas o associam mais á contraceção, deixando-nos a hipótese em aberto de se as raparigas pensarem que por algum motivo não poderão engravidar, mantém a opção de uso do preservativo. Ao analisarmos a sub-escala “Parceiro Regular” verifica-se que embora não haja diferenças significativas entre ambos os sexos, os homens apresentam uma percentagem superior de uso do preservativo comparativamente às raparigas nestas situações. Segundo o estudo recente do ICSUL (2008), nas relações sexuais regulares o comportamento adoptado é o não uso nessas situações, sendo que nas relações regulares é prática comum o não uso de preservativo, muitas vezes optando-se por outro método contraceptivo, o que aliás verificamos ser uma opção prioritária no género feminino. O coito interrompido, embora não seja um método contraceptivo, é ainda visto como uma forma eficaz de evitar a gravidez, sendo um método preferido pelos rapazes.

Na sub-escala de “Controlo da impulsividade” verifica-se uma percentagem superior nas raparigas, bem como na sub-escala “Discussão do Preservativo”, ou seja uma maior auto-eficácia, sendo que estes valores estão mais associados mais à preocupação com a contracepção do que à transmissão das IST's, pois na sub-escala de “Pensamentos com IST's” os rapazes apresentam percentagens superiores de auto-eficácia de uso do preservativo. Com as novas medicações as IST's perderam muito do seu impacto na vida sexual das pessoas, muitas delas sendo quase inexistentes ou de muito reduzido contágio, deixando assim uma sensação de falsa protecção.

A IST de maior impacto é sem dúvida o VIH, que no entanto passou a ser considerada pela comunidade como uma doença crónica e não letal, quando tratada. Surgiram vários estudos desde os anos 90, indicando que mesmo seropositivos (pessoas portadoras do VIH) podem já ter relações sexuais com parceiros (as) não portadoras do vírus sem uso de preservativo, sem risco de poderem contágio, desde que determinados requisitos sejam cumpridos. Em 2008, na conferência mundial sobre VIH, um estudo suíço voltou a declarar esta situação (Eurosurveillance, 2008).

Verificámos também a emergência de uma “nova” IST que ganhou uma visibilidade devido ao seu aumento exponencial, referimo-nos ao HPV. Esta é também uma doença transmissível pela relação sexual, e que poderá ser combatida de várias formas (vacina), entre as quais se encontra o preservativo como método preventivo. Acima de tudo a informação sobre o uso do preservativo deve ser consistente dentro da sociedade de forma a poder alcançar todos os extractos sociais, todas as zonas do país, e todas as faixas etárias.

Os jovens nos dias de hoje têm um maior acesso aos meios de comunicação em particular à televisão e internet, logo muito cedo entram em contacto com a realidade das IST's e dos métodos contraceptivos, podendo deixar a ideia de que desta forma poderiam ter comportamentos adequados a essa informação. Com os resultados obtidos neste estudo, verifica-se que ainda existem enormes desfasamentos entre a informação recebida e os comportamentos seguros realmente adoptados.

Este estudo incidiu essencialmente com uma amostra de jovens universitários, logo com acesso a uma informação mais cuidada e mais actualizada, bem como a uma maior capacidade de compreensão dos riscos envolvidos na tomada de decisão de uso ou não do

preservativo. O nível cultural é sem dúvida um dos factores que pode influenciar a auto-eficácia do uso de preservativo, bem como outros factores aqui descritos no estudo.

Não sendo um estudo representativo da população portuguesa, foi no entanto elaborado e levado a cabo, no sentido de demonstrar que o género é um factor fundamental na auto-eficácia do uso do preservativo. Através dos resultados obtidos, e dos vários estudos corroborativos que consultámos, tentámos demonstrar que há diferenças entre rapazes e raparigas na sua forma de pensar o preservativo, e de encarar o seu uso, diferenças essas que se prendem com factores culturais, comportamentais, que estão cristalizados, e que mantêm os comportamentos e pensamentos observados.

A juntar a estes resultados surgem factores colaterais como a religião, que neste caso apresentou também resultados da existência de diferenças significativas entre a religião dominante no país e outras religiões emergentes ou a falta dela, neste caso no género feminino. Podemos assim inferir que entre as raparigas a religião ainda é um factor que influencia o uso do preservativo, enquanto os rapazes não apresentam qualquer alteração significativa do seu comportamento em face da religião.

Demonstrámos neste estudo que existem diferenças entre ambos os géneros na auto-eficácia do uso de preservativo masculino, desta forma podemos referir que cada género possui as suas idiossincrasias, e que não deverá ser possível continuar a generalizar a mensagem transmitida aos jovens na prevenção das IST's e da contracepção, correndo o risco de continuar a perder o efeito desejado, ou seja o da mudança de comportamentos a nível da sua sexualidade. Os programas e a informação deverão ser adoptados a estas diferenças, não tratando por igual aquilo que não o é.

Desta forma os rapazes terão uma informação adequada à sua forma de pensar e agir na sexualidade, que difere em comparação com as raparigas, como aqui vimos pelos resultados obtidos. Consideramos que este estudo poderá contribuir para encorajar a realização de novas pesquisas, deixando para as mesmas todos os aspectos que ficaram por analisar nesta temática, bem como aprofundar outros que aqui foram abordados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo serviu para tentar verificar alguns dos processos que são inerentes à escolha de uso do preservativo masculino e que mecanismos podem influenciar essa mesma escolha.

Tendo em conta as dificuldades de recolha da amostra, e a dificuldade de conseguir uma amostra mais heterogénea possível, consideramos importante que possam ser realizados mais estudos dentro desta temática e desta especificidade em particular, em que a amostra possa ser superior em número e em diversidade, de forma a se poder obter dados mais representativos da população portuguesa, e das possíveis diferenças de género, obtendo assim uma visão mais próxima da realidade. Portugal continua a liderar a tabela dos países europeus no que diz respeito à transmissão do VIH (WHO, 2008), e mesmo noutras situações como a gravidez precoce em que Portugal continua a ser um dos países mais afectados (Loreno, Gomes & Faria, 1996; Oliveira, 2007).

REFERÊNCIAS

- Aggleton, P., O' Reilly, K., Slutkin, G. & Davies, P. (1994). Risking everything? Risk behavior, behavior change, and AIDS. In R. S. Feldman (Ed.), *Compreender a Psicologia*. (pp. 390-392). Lisboa: McGraw-Hill.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. (p. 4). Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A., (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Albarracin, D., McNatt, P. S., Klein, C. T., Ho, R. M., Mitchell, A. L., & Kumkale, G. T., (2003). Persuasive communications to change actions: An analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology*, 22, 166-177.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da Sexualidade*. Porto: Afrontamento.

- Amaro, H., (1995). Love, Sex and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. *American Psychologist*, 50, 437-447.
- Ballone G. J. (2006). O desejo sexual. Retirado em 23 Junho de 2008, em <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=82&sec=23>
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003) Sexual risk taking in gay men: The relevance of sexual arousability, mood and sensation seeking. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 555-72.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Orgs.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). New York: Harwood.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Org.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1995a). On rectifying conceptual ecumenism. In J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 347-375). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1995b). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp.1-45), Melbourne: Cambridge University Press
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Basen-Engquist, K. (1992). Psychosocial Predictors of "Safer Sex" Behaviors in Young Adults. *AIDS Education and Prevention*, 4, 120-134.
- Basen-Engquist, K., Masse, L. C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G. S., & Banspach, S. (1999). Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD-related risk behaviour in adolescents. *Health Education Research*, 14, 25-38.
- Berkow, R. (1982). The Merck manual of diagnosis and therapy. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. In A.P. Coelho, J. Brites & A. Baptista, (Eds.), Estudo das Qualidades Psicométricas do Questionário de Avaliação de Crenças, Atitudes e Intenções relacionadas com o uso de Preservativos numa amostra feminina. *Avaliação Psicológica*, VI, 671-679.

- Berscheid, E., & Reis, H.T. (1998). Attraction and close relationships. In D.T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol. 2, pp. 193-281). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Bosch, F. X., Lorincz, A., Munoz, N., Meijer, C. J., & Shah, K. V. (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Clinical Pathology*, *55*, 244-265.
- Bryan, A., Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2002). Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behavior in the context of the theory of planned behavior. *Health Psychology*, *21*, 71-80.
- Byrne, D. (1977). Social Psychology and the study of sexual behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 3-30.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Antilla, A., Bellis, M. A., Bohm, K., Fenk, R., et al., (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*. Palma de Maiorca: IREFREA, España.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Antilla, A., Bellis, M. A., Bohm, K., Fenk, R., et al., (2004). *Cultural mediators in a hegemonic nightlife. Opportunities for drug prevention*. Palma de Maiorca: IREFREA, España.
- Carpenter, L. M. (2005). Virginty lost: An intimate portrait of first sexual experiences. In J. A. Higgins, & I. Browne (Eds.), *Sexual Needs, Control, and Refusal: How "Doing" Class and Gender Influences Sexual Risk Taking*. *Journal of Sex Research*, *45*, 233-245.
- Catania, J. A.; Coates T. J., Stall, R., Turner, H., Peterson, J., Hearst, N., Dolcini, M. M., Hudes, E., Gagnon, J., Wiley, J., & Groves, R. (1992). Prevalence of AIDS-related risk factors and condom use in the United States. In R. S. Feldman (Ed.), *Compreender a Psicologia*, (pp. 390-392). Lisboa: McGraw-Hill.
- Center for Disease Control and Prevention (2004). *Genital HPV infection: CDC fact sheet*. Retirado em 23 Junho de 2008, em <http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm>
- Center for Disease Control and Prevention (2006). *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines*. Retirado em 23 Junho de 2008, em <http://www.cdc.gov/STD/treatment/2006/tr5511.pdf>
- Centro Nacional de Luta contra a Sida, (2004). *Sensibilização nacional: Estudantes do Ensino Superior: análise crítica*. Ministério da saúde: Lisboa.
- Cooper, M. L., Shapiro, C. M., & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: A functional perspective. *Journal Personality & Social Psychology*, *75*, 1528 -1558.
- Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C., Hotz, S. B., & Birkett, N. J. (2000). Social support and the theory of planned behavior in the exercise domain. *American Journal of Health Behavior*, *24*, 300-308.

- Culos-Reed, S. N., Bray, S. R., Gyurcsik, N. C., & Martin, K. A. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6, 425-434.
- De Soto, R. (2007). Should HPV Vaccination be mandatory? *The Journal of Family Practice*, 56, 4.
- Dishman, R.K. (1993). Exercise adherence. In R. N. Singer, & L. K. Tennant (Eds.), *Handbook of research in sport psychology*. (pp.779-797). New York: Mcmillan.
- Du Guerny, J., & Sjoberg, E. (1993), Inter-relationship between gender relations and the HIV/AIDS epidemic: Some possible considerations for policies and programs. *AIDS*, 7, 1027-1034.
- Ehrhardt, A. & Wasserheit, J. N. (1991). Age, gender, and sexual risk behaviours for sexually transmitted diseases in the United States. In A. I. Giacomozzi (Eds.), *A utilização do preservativo em envolvimentos sexuais eventuais: estudo de representações sociais*. *Revista Psicológica*, 41, 297-315.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Foleno, A., & Frye, V. (2000). Fear and violence: Raising the HIV stakes. *AIDS Education & Prevention*, 12, 154-170.
- Eurosurveillance, (2008). *Swiss study suggests condom use not necessary for some HIV-positive patients*. Retirado em 23 de Junho de 2008 em <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=8035>
- Fishbein, M. e Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An Introduction to theory and research*. Retirado em 24 de Junho de 2008 em <http://people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html>
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population. *Health Psychology*, 15, 114-123.
- Fullilove, M. T., Fullilove, R. E., Haynes, K., & Gross, S. (1990). Black women and AIDS prevention: A view towards understanding the gender rules. *Journal of Sex Research*, 27, 47-64.
- Gaskins, S. W., Beard, S. R. & Wang, M. Q. (2002). An HIV/AIDS education program for children in grades K-5. *Journal of HIV/AIDS: Prevention and Education for Adolescents & Children*, 5, 31-43.
- Gilliam, G. A., Eke, A., Aymer, F., & O'Neil, C. (2001). Developing a theory-based, culturally sensitive intervention for adolescents: The Antigua School Project. In B. A. Dicks (Ed.), *HIV/AIDS and children in the English speaking Caribbean* (pp. 105-126). New York: Haworth Press.
- Gonçalves, O. (2003). *Formação e Mudança de Atitudes*. Retirado em 25 de Junho de 2008 em <http://psicologiaefilosofia.no.sapo.pt/docs-ps6.html>

- Grimley, D. M., Riley, G. E., Bellis, J. M., & Prochaska, J. O. (1993). Assessing the Stage of Change and Decision-Making for Contraceptive Use for the Prevention of Pregnancy, Sexual Transmitted Diseases, and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Health Education Quarterly*. Winter.
- Haar, M. (2005). *Introdução à Psicanálise – Freud*. Lisboa: Edições 70.
- Hall, T., Hogben, M., Carlton, A. L., Liddon, N., Kougans, E. H. (2008). Attitudes Toward Using Condoms and condom Use: Difference Between sexual Abused and Nonabused African American Female Adolescents. *Journal of American College Health*, 34, pp. 45-52.
- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13, 224-237.
- HispanicAids, (2008). *Condom - História*. Retirado em 24 de Junho de 2008 em http://www.emservices.com/haap/haap_0108/condom_port.html
- Hynie, M. & Lydon, J. E. (1995). Women's perceptions of female contraceptive behavior: Experimental evidence of the sexual double standard. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 563-581.
- Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, (2008). *Hábitos Sexuais. Poucas novidades neste lado do paraíso*. Retirado em 17 de Junho de 2008 em http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=263&Itemid=27
- Kelley, H. H., & Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kelly, J. A. (1995). Changing HIV risk behavior: Practical strategies. . In R. S. Feldman, (Ed.), *Compreender a Psicologia*. (pp. 390-392). Lisboa: McGraw-Hill.
- Kiene, S. M., & Barta, W. (2003). Personal narrative as a medium for STD/HIV intervention: A preliminary study. In S. Kiene, S. Armeli & H. Tennen, (Eds.), *Today I'll Use a Condom, But Who Knows About Tomorrow: A Daily Process Study of Variability in Predictors of Condom Use*. *Health Psychology*, 27, 463-472.
- Kiene, S. M., Barta, W. D., Zelenski, J. M., & Cothran, D. L. (2005). Why are you bringing up condoms now? The effect of message content on framing effects of condom use messages. In S. Kiene, S. Armeli & H. Tennen, (Eds.), *Today I'll Use a Condom, But Who Knows About Tomorrow: A Daily Process Study of Variability in Predictors of Condom Use*. *Health Psychology*, 27, 463-472.
- Kiene, S. M., & Barta, W. D. (2006). A brief individualized computer delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. In S. Kiene, S. Armeli, H. Tennen, (Eds.), *Today I'll Use a Condom, But Who Knows About Tomorrow: A Daily Process Study of Variability in Predictors of Condom Use*. *Health Psychology*, 27, 463-472.

- Kiene, S. M., Tennen, H. & Armeli, S., (2008). Today I'll Use a Condom, But Who Knows Tomorrow: A Daily Process Study of Variability in Predictors of Condom Use. *Health Psychology, 27*, 463-472.
- Kolata, G. (1991). Drop in casual sex tied to AIDS peril. In R. S. Feldman, (Ed.), *Compreender a Psicologia*. (pp. 390-392). Lisboa: McGraw-Hill.
- Leah, L., (2008). Reproductive liberty and social reform in the shape of a pill. *HemOnc Today, 9*, 31-31.
- Lear, D. (1995). Sexual communication in the Age of AIDS: The Construction of risk and Trust among Young Adolescents. *Soc. Sci. Med., 9*, 1311-1323.
- Lereno, I, Gomes, C., & Faria, P. (1996). Mães Adolescentes. Alguns aspectos da sua inserção social. *Arquivos da medicina, 10*, 9-14.
- Lescano, C. M., Elizabeth, A. V., Brown, L. K., Litvin, E. B., Pugatch, D., & Project SHIELD Study Group, (2006). Condom Use "casual" and "Main" Partners: What's in a Name? *Journal of Adolescent Health, 39*, 443.e1-443.e7.
- Lopes, O. (2004). Crenças e atitudes como Co-Factores do VIH/SIDA. Retirado em 25 de Junho de 2008 em http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=232
- MacDonald, N., Wells, G., Fisher, W., Warren, W., & King, M. (1990). High-risk STD/HIV behavior among college students. *Journal of the American Medical Association, 263*, 3155-3159.
- Maddux, J. E. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment basic principles and issues. In J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 37-68). New York: Plenum Press.
- Maddux, J. E. & Meier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. In J. E. Maddux (Org.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 143-169). New York: Plenum Press.
- Mann, J. M. (1991). AIDS: Challenges to epidemiology in the 1990s. In L. C. Chen, J. Sepulveda Amor, & S. J. Segal (Eds.), *AIDS and women's reproductive health* (pp. 11-16). New York: Plenum Press.
- Marín, B., Tschann, J. M., Gomez, C. A., & Gregorich, S., (1998). Self- Efficacy to Use Condoms in Unmarried Latino Adults. *American Journal of Community Psychology, 26*, 53-71.
- Marshall, K. (2008). The ABC's of AIDS. *First Things: A Monthly Journal of Religion & Public Life, 185*, 2-4.
- Maypole, J. S., Schonfeld, D. J., O'Hare, L. L., Showalter, D. R., & Cicchetti, D. V. (1998). Perceptions of vulnerability and fears of AIDS: A survey of elementary school children. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children, 2*, 107-128.

- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by Black and Hispanic/Latina women. *American Psychologist*, *43*, 949-957.
- Medeiros, R. (2005). Vírus, rastreio do cancro do colo do útero e vacinação. *O Mundo Médico*, *38*, 45-48.
- Moses, S., Bailey, R. C., & Ronald, A. R. (1998). Male circumcision: assessment of health benefits and risks. *Sexually Transmitted Infections*, *74*, 368-373.
- Mosher, W. D., Chandra, A., & Jones, J. (2004). Sexual behavior and selected health measures: Men and women ages 15-44 years of age. In J. A. Higgins, & I. Browne, (Eds.). *Sexual Needs, Control, and Refusal: How "Doing" Class and Gender Influences Sexual Risk Taking*. *Journal of Sex Research*, *45*, 233-245.
- Mossuz-Lavau, J. (2005). Sexualidade e Religião: O Caso das Mulheres Muçulmanas na França. *Revista de Estudos Feministas*, *13*, 337-386.
- Mota, A. C., (2006). *A Influência do Factor Estético no Desejo e no Desempenho Sexual em Mulheres Pré-menopausadas*. (Monografia de Pós-Graduação em Sexualidade). Belo Horizonte: Universidade Unimed.
- Nichols, M. (1990). Women and Acquired Immunodeficiency Syndrome: Issues for Prevention. In B. Voeller, J. Reinisch, & M. Gottlieb (Eds.), *AIDS and sex: An integrated biomedical and behavioural approach*. New York: Oxford University Press.
- Noar, S. M., Zimmerman, R. S., Palmgreen, P., Lustria, M. L. A., & Horosewski, M. L. (2006). Integrating personality and psychosocial approaches to understanding safer sexual behavior: Implications for message design. *Health Communication*, *19*, 165-174.
- Noar, S. M. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care*, *19*, 392-402.
- Nodin, N., (2000). Sexualidade e Relações Afectivas em Jovens Adultos, Uma Revisão. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, *25/26*, 16-19.
- O'Leary, A., Goodhart, F., Jemmott, L., & Boccher-Lattimore, D. (1992). Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis. *Journal of American College Health*, *40*, 254-263.
- O'Leary, A. (1992). Self-Efficacy and Health: Behavioural and Stress - Psychological Mediation. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 229-245.
- Oliveira, I. (2007). Fertilidade e Educação. *Revista de Estudos Demográficos*, *40*, 5.
- Pais, J. M. (1996). Sexualidade. In *Jovens de Hoje e de Aqui*. (pp.195-221). Cadernos Estudos Locais. Loures: Dep. Sócio-Cultural, C.M. Loures.
- Pajares, M. F. (1996). Self-Efficacy in Academic Settings. *Review of Educational Research*, *66*, 543-578.

- Prochaska, J. O., Harlow, L. L., Redding, L. A., Snow, M. G., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1990). *Stages of change self-efficacy, and decisional balance for condom use and high risk samples*. Atlanta: Center for Disease Control Contract Grant.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rogado, T. (1999). *Auto-eficácia e crenças em mulheres jovens – o caso específico do preservativo / kamisinha (um estudo comparativo)*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Rosen, R. C., Catania, J. A., Ehrhardt, A. A., Burnet, A. L., Lue, T. F., McKenna, K. et al. (2006). The Bolger Conference on PDE-5 Inhibition and HIV Risk: Implications for Health Policy and Prevention. *Journal of sexual Medicine*, 3, 960-975.
- Rosengard C., Adler N. E., Gurvey J. E., Dunlop, M. B. V., Tschann, J. M., Milltein, S. G. et al. (2001). Protective role of health values in adolescents future intentions to use condoms. *Journal of Adolescent Health*, 20, 200-207.
- Santelli, J. S., Brener, N. D., Lowry, R., Bhatt, A., & Zabin, L. S. (1998). Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. In J. A. Higgins, & I. Browne (Eds.). *Sexual Needs, Control, and Refusal: How “Doing” Class and Gender Influences Sexual Risk Taking*. *Journal of Sex Research*, 45, 233-245.
- Schunk, D. H. (1991). Self-Efficacy and Academic Motivation. *Educational Psychologist*, 26, 207-231.
- Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 513-523.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-Efficacy and Health Behaviours. In M. Conner and P. Norman (Eds.). *Predicting Health Behaviour*. (pp.163-196). Buckingham: Open University Press.
- Semenza, J. C & Giesecke, J. (2008). Intervening to Reduce Inequalities in Infections in Europe. *American Journal of Public Health*, 98, 788.
- Sheeran, P., & Abraham, C., (2003). Mediator of moderators: Temporal stability of intention and the intention-behavior relation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 205-215.
- Silva, S. (2007). Classificar e silenciar: vigilância e controlo institucionais sobre a prostituição feminina em Portugal. *Análise Social*, XLII, 789-810.
- Smith, B. N., & Stasson, M. F. (2000). A comparison of health behavior constructs: Social psychological predictors of AIDS-preventive behavioural intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 443-462.
- Stengel, M. (2005). *Sexualidade humana na infância e adolescência*. Apostila do curso de pós-graduação em sexologia. Fundação Unimed: Belo Horizonte.

- Stevens-Simons, C. & Kaplan, D. (1998). Teen Childbearing Tends: Which Tide Turned When and Why? *Pediatrics*, *102*, 1205-1207.
- Swearingen, S. G., & Klausner, J. D. (2005). Sildenafil use, sexual risk behavior, and risk for sexually transmitted diseases, including HIV infection. *American Journal of Medicine*, *118*, 571-577.
- Tiba, I. (1994). *Adolescência: o despertar do sexo*. São Paulo: Gente.
- Tolman, D. L. (2002). Dilemmas of desire: Teenage girls talk about sexuality. In J. A. Higgins, & I. Browne (Eds.) *Sexual Needs, Control, and Refusal: How "Doing" Class and Gender Influences Sexual Risk Taking*. *Journal of Sex Research*, *45*, 233-245.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In M. Cabral, A. Fernandes, & J. Nunes (Orgs.). *Jovens portugueses de hoje*. (pp. 215-305). Oeiras: Celta.
- Wingood, G. M., Hunter-Gamble, D., & DiClemente, R. J. (1993). A pilot study of sexual communication and negotiation among young African American women: Implications for HIV prevention. *Journal of Black Psychology*, *19*, 190-203.
- Wingood, G. M., & DiClemente R. J. (1997). Effects of having a physically abusive partner on the condom use and sexual negotiation practices of young adult African American women. *American Journal of Public Health*, *87*, 1016-1018.
- Wingood, G. M., & DiClemente R. J. (1998). Partner Influences and Gender-Related Factors Associated with Noncondom Use Among Young Adult African American Women. *American Journal of Community Psychology*, *26*, 1.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., (2000). Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women. *Health Education & Behavior*, *27*, 539-565.
- World Health Organization, (2003). *HIV/AIDS: confronting a killer*. Retirado em 24 de Junho de 2008 em <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3.pdf>
- World Health Organization, (2004). Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Métodos Anticoncepcionais. Retirado em 24 de Junho de 2008 em http://www.who.int/reproductive-health/publications/pt/mec/mec_brazil_pt.pdf
- World Health Organization, (2005). *Statistical Information System. Core Health Indicators*. Retirado em 17 de Junho de 2008 em http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?countries=prt&indicators=HIVPrevAdults
- World Health Organization, (2006). *The UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Assessment of the epidemiological situation 2006*. Retirado em 24 de Junho de 2008 em http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2006/EFS_PDFs/EFS2006_PT.pdf
- Wulfert, E. & Wang, C. (1993). Condom Use: A Self - Efficacy Model. *Health Psychology*, *12*, 346-353.

Zimmerman, R. S., Noar, S. M., Feist-Price, S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K., Anderman, E., & Lock, S., (2006). *Longitudinal test of a multiple domain model of adolescent condom use*. Manuscript submitted for publication.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezado Participante

Agradecemos a sua participação voluntária neste estudo, que tem como objectivo a avaliação da utilização do preservativo masculino nos relacionamentos sexuais de jovens adultos masculinos/femininos.

Todos os dados recolhidos são confidenciais.

Trata-se de uma pesquisa vinculada à cadeira de Dissertação de Mestrado do curso de Psicologia Clínica, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. O responsável deste estudo é o aluno Henrique Paulo Ferreira, sob a orientação da Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira.

- **Não existem respostas certas ou erradas;**
- **É garantido o ANONIMATO aos participantes;**
- **Lembramos que o sucesso desta pesquisa depende da sua sinceridade;**
- **Não deixe nenhuma questão sem resposta;**
- **A qualquer momento pode desistir de participar no estudo.**

Lisboa, ___/___/2008

ANEXO 2

O Instituto Superior de Psicologia Aplicada está a realizar um estudo sobre a utilização do preservativo masculino nos relacionamentos sexuais de jovens adultos masculinos/femininos. Neste âmbito, solicito a vossa autorização e colaboração para o preenchimento de um questionário confidencial e anónimo. Desde já agradeço a sua disponibilidade. **Por favor responda escrevendo os seus dados e coloque uma cruz na opção que considera correcta.**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

IDADE: _____

SEXO: Feminino () Masculino ()

NATURALIDADE: Meio Urbano () Meio Rural ()

ÁREA DE RESIDÊNCIA: _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

Trabalhador(a) por conta de Outrem () Desempregado(a) () Trabalhador(a)
Independente () Nunca Trabalhou ()

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

1º Ciclo () 2º Ciclo () Ensino Secundário () Freq. Universitária ()

Licenciatura () Mestrado () Doutoramento ()

ORIENTAÇÃO SEXUAL:

Exclusivamente Heterossexual () Exclusivamente Homossexual ()

Bissexual () Preferencialmente Heterossexual ()

Preferencialmente Homossexual ()

ESTADO CIVIL:

Solteiro(a) () Casado(a) () União de Facto () Viúvo(a) ()

Divorciado(a) / Separado(a) ()

V.S.F.F.

RELIGIÃO?

Católico(a) Praticante () Católico(a) Não-Praticante ()

Outra Religião Praticante () Outra Religião Não-Praticante ()

Sem Religião ()

TEVE OU TEM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS?

Sim () Não ()

USA OU JÁ USOU SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS (DROGAS)?

Já usei ()

Uso ()

Nunca Usei ()

JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?

Sim ()

Não () A sua participação termina aqui. Obrigado.

UTILIZA ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO NAS RELAÇÕES SEXUAIS?

Não uso Contraceção () Preservativo () Pílula () Anel Vaginal ()

Implante () DIU () Coito Interrompido (embora não seja um método contraceptivo) ()
Outro ()

MANTÉM ALGUMA RELAÇÃO DE COMPROMISSO?

Sim ()

Não ()

PRESENTEMENTE TEM ALGUM PARCEIRO (A) SEXUAL?

Não () A sua participação termina aqui. Obrigado

Sim, tenho parceiro(a) sexual ocasional ()

Sim, tenho parceiro(a) sexual regular ()

Sim, tenho parceiros(as) sexuais ocasionais ()

Sim, tenho parceiros(as) sexuais regulares ()

OBRIGADO PELA TUA AJUDA

ANEXOS 3

Coloca um X no rectângulo que pensas ter a ver com aquilo em que acreditas e em que praticas. Não há respostas certas ou erradas, queremos apenas saber a tua opinião.

	Definitivamente Sim	Provavelmente Sim	Talvez	Provavelmente Não	Definitivamente Não
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo quando tenho pouco tempo para fazer sexo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de começar a insistir no uso do preservativo com um parceiro com quem habitualmente tenho tido relações sexuais. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de começar a insistir no uso do preservativo mesmo que o meu parceiro possa vir a pensar “mal” de mim. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo se o meu parceiro estiver sob a influência do álcool ou droga. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo se estiver com uma pessoa que rapidamente quer ter sexo. 					

<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo quando estou sob a influência do álcool ou droga. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de parar e procurar preservativos quando já estou excitada. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de pôr um preservativo no meu parceiro todas as vezes que temos sexo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa com quem estou apareça bem arranjada e cheirosa. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de pôr um preservativo no meu parceiro sem estragar o “ambiente”. 					

V.S.F.F.

	Definitivamente Sim	Provavelmente Sim	Talvez	Provavelmente Não	Definitivamente Não
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa me diga que tem uma doença infecciosa. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que o meu parceiro não queira usá-lo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo que já use outro método para evitar a gravidez. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de sugerir o uso do preservativo com um parceiro mesmo que ele venha a pensar que eu tenho alguma doença sexualmente transmissível. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de continuar a insistir com uma pessoa para ela usar preservativo mesmo quando ela se chateia ao falar no assunto. 					

<ul style="list-style-type: none"> • Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo se estiver com uma pessoa por quem estou apaixonada. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Sou capaz de discutir o uso do preservativo com qualquer parceiro sexual que possa vir a ter. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Se me sinto insegura quanto à opinião do meu parceiro acerca do uso do preservativo, sou capaz de lhe pedir que use um. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Sou capaz de continuar a insistir no uso do preservativo com uma pessoa que ameaça ir embora se tiver de vir a usá-lo. 					
<ul style="list-style-type: none"> • Se o meu parceiro quiser ter um filho e eu não, sou capaz de continuar a convence-lo de que é necessário usar preservativo. 					

OBRIGADO PELA TUA AJUDA

Coloca um X no rectângulo que pensas ter a ver com aquilo em que acreditas e em que praticas. Não há respostas certas ou erradas, queremos apenas saber a tua opinião.

	Definitivamente Sim	Provavelmente Sim	Talvez	Provavelmente Não	Definitivamente Não
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo quando tenho pouco tempo para fazer sexo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de começar a insistir no uso do preservativo com uma parceira com quem habitualmente tenho tido relações sexuais. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de começar a insistir no uso do preservativo mesmo que a minha parceira possa vir a pensar “mal” de mim. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo se a minha parceira estiver sob a influência do álcool ou droga. 					

<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo se estiver com uma pessoa que rapidamente quer ter sexo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo quando estou sob a influência do álcool ou droga. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de parar e procurar preservativos quando já estou excitado. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de pôr um preservativo, todas as vezes que temos sexo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa com quem estou apareça bem arranjada e cheirosa. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de pôr um preservativo, sem estragar o “ambiente”. 					

V.S.F.F

	Definitivamente Sim	Provavelmente Sim	Talvez	Provavelmente Não	Definitivamente Não
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a pessoa me diga que tem uma doença infecciosa. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo que a minha parceira não queira usá-lo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir regularmente no uso do preservativo mesmo que a minha parceira já use outro método para evitar a gravidez. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de sugerir o uso do preservativo com uma parceira mesmo que ela venha a pensar que eu tenho alguma doença sexualmente transmissível. 					

<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de continuar a insistir com uma pessoa para ela usar preservativo mesmo quando ela se chateia ao falar no assunto. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de insistir no uso do preservativo mesmo se estiver com uma pessoa por quem estou apaixonado. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de discutir o uso do preservativo com qualquer parceira sexual que possa vir a ter. 					
<ul style="list-style-type: none"> Se me sinto inseguro quanto à opinião da minha parceira acerca do uso do preservativo, sou capaz de lhe pedir que eu use um. 					
<ul style="list-style-type: none"> Sou capaz de continuar a insistir no uso do preservativo com uma pessoa que ameaça ir embora se eu tiver de vir a usá-lo. 					
<ul style="list-style-type: none"> Se a minha parceira quiser ter um filho e eu não, sou capaz de continuar a convence-la de que é necessário usar preservativo. 					

OBRIGADO PELA TUA AJUDA

Exm.º Sr.

Director do ISPA

Professor Doutor Frederico Pereira

Lisboa, 03 de Abril 2008

Vimos por este meio informar o I.S.P.A., que iremos realizar um estudo científico e que irá decorrer nas instalações do I.S.P.A., requerendo a colaboração dos seus alunos. Trata-se de uma pesquisa vinculada à cadeira de Dissertação de Mestrado do curso de Psicologia Clínica, do próprio Instituto Superior de Psicologia Clínica. O responsável deste estudo é o aluno Henrique

Paulo Ferreira, sob a orientação da Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira, que tem como objectivo a avaliação da utilização do preservativo masculino nos relacionamentos sexuais de jovens adultos masculinos/femininos.

Pretende-se fazer a recolha da amostra no I.S.P.A., nomeadamente nas aulas onde os alunos possam participar voluntariamente sem alterar o funcionamento normal das mesmas. É garantido o anonimato e total confidencialidade dos dados obtidos. Da mesma forma se assegura que as respostas aos questionários serão dadas pelos alunos de forma voluntária. Desde já com os nossos agradecimentos.

ANEXO 6

