



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

## Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade: Diferenças de Género nos Estudantes Universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Cátia Sofia da Costa Alves**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
OUTUBRO 2013



# Universidade Católica Portuguesa

## Centro Regional de Braga

### Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade: Diferenças de Género nos Estudantes Universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Cátia Sofia da Costa Alves**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
OUTUBRO 2013

## **Agradecimentos**

*À minha família pelo precioso sentimento, orgulho e apoio incondicional.*

*Ao Luca por todo amor, lealdade, paciência e apoio nesta caminhada.*

*À minha querida Tânia, companheira de alegrias e dificuldades.*

À Professora Doutora Eleonora Costa, orientadora deste projeto, por me ter guiado com rigor na concretização do meu trabalho e na partilha os seus conhecimentos.

Ao Dr. Domingos pelo apoio para um aproveitamento melhor.

À Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, pela disponibilidade de todos os recursos que tornaram possível a realização desta preciosa etapa de vida profissional.

## **Resumo**

O sexo constitui um aspecto central na vida do ser humano e apesar de se verificar uma evolução em termos de saúde sexual, ainda se observam comportamentos de risco. O presente estudo tem como objectivo estudar os comportamentos face a estes riscos, conhecimentos sexuais face ao sexo seguro e ao VIH\SIDA. Torna-se relevante estudar junto de uma população vulnerável a estes riscos, nomeadamente os jovens universitários.

O presente estudo é constituída por uma amostra de 135 sujeitos de ambos os sexos. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, correlacional, de carácter transversal. Para a obtenção dos dados foram utilizadas seis escalas, o Questionário Sociodemográfico, a Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH, o Questionário de comportamento sexual passado, a escala Atitudes e outros comportamentos relacionados com SIDA, o Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro e o Questionário sobre o uso de álcool e drogas.

Este estudo demonstra que os estudantes universitários portugueses detêm conhecimentos sobre o sexo seguro e os seus riscos, embora não revelam a adopção de comportamentos preventivos e mencionam possuir barreiras face ao sexo seguro. Os estudantes evidenciam que ter relações sexuais após terem consumido bebidas alcoólicas, constitui uma barreira ao sexo seguro.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, Comportamentos de Risco, Sexualidade, VIH, Estudantes Universitários

## **Abstract**

Sex constitutes a central aspect in the human being throughout his life cycle and even after an evolution on his sexual health was verified, we can still observe risk behaviors in young people. The present study has as an objective to study the variables underlining the behaviors and sexual attitudes towards safe sex, knowledge about HIV/AIDS as well as adopted consumptions. It becomes relevant to study by a population vulnerable to these risks, namely, young college students.

The present study is constituted by a whole of 135 (one hundred and thirty five) subjects from both genders. It's a study with a quantitative, correlational, and with a transverse character. For the data collection, six steps were used; Sociodemographic questioning; Scale of knowledge about transmission and prevention of HIV; Past sexual behavior questioning; Scale of attitudes and other AIDS related behaviors; The Barriers questioning; Reasons for not practicing safe sex; and the alcohol and drug use questioning.

This study shows that's Portuguese college students have the knowledge about safe sex and the risks of not practicing it, although no adoption of said prevention methods is shown. They mention barriers towards safe sex, and even so they may not adopt safe sexual behaviors. College students show that the use of alcohol constitutes a barrier to safe sex.

**Keywords:** Knowledge, Risk Behaviors, Sexuality, HIV, College Students

## Índice Geral

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Índice.....	IV
Índice de Quadros.....	VI
Índice de Anexos.....	VI

## Índice

Introdução.....	1
-----------------	---

### Parte I – Enquadramento teórico

<i>Capítulo I- Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade.....</i>	<i>4</i>
1.1. O sexo como risco para a saúde.....	5
1.2. O sexo como risco no contexto de IST'S/VIH/SIDA.....	8
1.3. As Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	9
1.3.1. Manifestação.....	9
1.3.2. Epidemiologia.....	11
1.4. A importância no foco nos jovens universitários.....	13
1.5. Factores biopsicossociais de risco para aquisição de IST'S/VIH nos jovens universitários	
1.5.1. Género.....	15
1.5.2. Religião.....	17
 <i>Capítulo II - Conhecimentos, comportamentos e atitudes face ao sexo seguro.....</i>	 <i>20</i>
2.1. Conhecimentos sobre VIH e uso de preservativo.....	21
2.2. Crenças e atitudes face ao sexo seguro:	
2.2.1. Percepção de risco e barreiras face ao sexo seguro.....	23
2.3. Consumo de álcool e droga.....	25

## Parte II- Estudo Empírico

### Capítulo III - Metodologia

3.1. Objectivo e Tipo de estudo ( <i>Desing</i> ).....	31
3.2. Hipóteses.....	32
3.3. Variáveis.....	32
3.4. Procedimentos de Recolha de Dados.....	33
3.5. População e Amostra.....	33
3.5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	34
3.5.2. Caracterização Clínica da Amostra.....	35
3.6. Instrumentos	
3.6.1. Questionário Sociodemográfico.....	36
3.6.2. Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH.....	37
3.6.3. Questionário de comportamento sexual passado.....	39
3.6.4. Atitudes e outros comportamentos relacionados com SIDA.....	40
3.6.5. Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro.....	40
3.6.6. Questionário sobre o uso de álcool e drogas.....	43
3.7. Procedimentos Estatísticos.....	43

### Capítulo IV – Apresentação dos Resultados

4.1. Resultados dos testes das Hipóteses	
4.1.1. Hipótese 1.....	46
4.1.2. Hipótese 2.....	47
4.1.3. Hipótese 3.....	49
4.1.4. Hipótese 4.....	50

### Capítulo V – Discussão dos Resultados

5.1. Discussão dos Testes de Hipóteses	
5.1.1. Hipótese 1.....	55
5.1.2. Hipótese 2.....	56
5.1.3. Hipótese 3.....	57
5.1.4. Hipótese 4.....	58
5.2. Considerações Finais e Limitações de Estudo.....	59

Referencias Bibliográficas.....	62
---------------------------------	----

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	34
<b>Quadro 2:</b> Caracterização Clínica da Amostra.....	36
<b>Quadro 3:</b> Resultados da análise de consistência interna da escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção sobre VIH.....	38
<b>Quadro 4:</b> Resultados da análise da consistência interna do Questionário de Barreira: Razões para não praticar sexo seguro.....	41
<b>Quadro 5:</b> Resultados da análise da consistência interna do Questionário de Barreira: Razões para não praticar sexo seguro – Subescalas.....	42
<b>Quadro 6:</b> Correlação da <i>Speraman</i> entre os conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH e comportamento Sexual Seguro.....	47
<b>Quadro 7:</b> Correlação de <i>Searman</i> entre as variáveis Barreiras face ao sexo seguro e comportamento Sexual seguro.....	48
<b>Quadro 8:</b> Correlação de <i>Spearman</i> do consumo de drogas e álcool e comportamento sexual seguro.....	50
<b>Quadro 9:</b> Resultados do teste de <i>U Mann-Whitney</i> para as diferenças de género.....	52

## Índices de Anexos

<b>Anexo I:</b> Pedido de Autorização para recolha de dados.....	76
<b>Anexo II:</b> Consentimento Informado.....	78
<b>Anexo III:</b> Questionário sociodemográfico.....	80
<b>Anexo IV:</b> Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção de VIH.....	82
<b>Anexo V:</b> Questionário de comportamento sexual passado.....	84
<b>Anexo VI:</b> Atitudes e outros comportamentos relacionados com SIDA (ACS).....	90
<b>Anexo VII:</b> Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro (BASSB).....	92
<b>Anexo VIII:</b> Questionário sobre o uso de álcool e drogas.....	94

## Introdução

A sexualidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é “uma energia que nos leva a procurar afecto, contacto, prazer, ternura e intimidade (...) a sexualidade transmite-se nos pensamentos, sentimentos, ações e interações e como tal, domina a saúde física e mental” (Vilelas, 2009, p.12). Esta nasce com o indivíduo e mantém-se até ao resto da sua vida (Vilelas, 2009).

As atitudes e os valores relativos a sexualidade, podem ser moldados pela cultura, pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, pelos grupos e pares, pelos órgãos de comunicação social e estabelecimentos de ensino (Matos, 2011).

Apesar de se verificar uma evolução em termos de saúde sexual, ainda se observam comportamentos não preventivos e de risco (Reis, Ramiro, Matos & Diniz, 2011). Segundo vários autores (Hite, 1976, 1987; Kinsey, 1948, 1953; Masters & Jonhson, 1966; Wang & Dekker, 1993; cit in Costa, 2006), o sexo, constitui atualmente um factor preocupante na sociedade, pois assume-se como risco.

O sexo é um factor relevante na influência dos comportamentos de risco e padrões de consumo (Ahlstrom, Bloomfield & Knibbe, 2001). Neste sentido, torna-se relevante abordar um grupo vulnerável, os jovens, pois “constituem um grupo de alto risco no que refere aos comportamentos sexuais” (Foucaul 1994, cit in Roque, 2001, p, 27). De acordo com vários autores (Adedeji, Abiona, Balogun & Lukobo-Durrell, 2009), o ambiente universitário oferece grande oportunidade para comportamentos de alto risco, como sexo inseguro e contração de Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), consequência de comportamentos aventureiros, múltiplos parceiros sexuais, não uso consciente do preservativo e elevados consumos.

Os comportamentos de risco, compõem uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos jovens, sendo que estes se estabelecem durante a juventude e mantêm esses mesmos comportamentos na idade adulta (Ferreira, 2008).

Que por sua vez, constitui um problema importante de Saúde Publica (UNAIDS, 2011; WHO, 2011).

Roque (2001), menciona que os jovens, vivenciam o início da sua atividade sexual mais cedo e a sociedade revela-se cada vez mais permissiva. O que se traduz num comportamento de risco. Mediante, Reis (2012) quanto mais cedo os jovens vivenciarem a sua atividade sexual, maior a probabilidade de terem um número mais elevado de parceiros

sexuais ao longo da vida, aumentando também, conseqüentemente, a possibilidade de contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e VIH.

Sabe-se que o uso do álcool se revela um problema de comportamento de risco nos jovens, com inúmeras conseqüências, como a condução de veículos e o uso de substâncias prejudiciais para a saúde (Ferreira, 2008), a procura de sensações sexuais (Turchik, Garske, Probst & Irvin, 2010), e também para melhorar as suas experiências sexuais (Gilchrist, Smith, Magee & Jones, 2012)

No que concerne aos conhecimentos que os estudantes universitários possuem, Lewis, Malow e Ireland (1997), evidenciam que estes fazem esforços para reduzir o risco de VIH, no entanto também relatam ter múltiplos parceiros e a ausência consistente do uso do preservativo. Num estudo de Gullette e Lyons (2005), os estudantes revelam usar o preservativo, porém apenas para proteger da gravidez não desejada.

Stimson (1990 cit in Rhodes, 1997), revela que o VIH é uma doença comportamental. Neste sentido torna-se pertinente que os jovens possuam atitudes positivas em relação à sexualidade e que estejam dispostos a discutir os métodos de contraceção com os parceiros (Roque, 2001).

De acordo com o relatório global da UNAIDS (2008; cit in Gomes e Nunes, 2011) Portugal é um dos países da Europa onde se verificam mais novos casos de infecção de VIH. Na Europa, como em Portugal, o contacto sexual desprotegido é, neste momento, uma das causas mais comuns de infecção pelo VIH.

No que concerne à SIDA e aos seu tratamentos, deparamo-nos com um paradoxo, em que é visível que quanto mais se avança no desenvolvimento de um tratamento cada vez mais eficaz para combater o vírus VIH, mais aumenta o numero de indivíduos infectados (Reis, 2012). A patologia SIDA, que tem por base o retrovírus VIH, é a quarta causa de morte a nível mundial (WHO, 2009).

Mediante esta problemática é pertinente, estudar as variáveis subjacentes aos comportamentos e atitudes sexuais de risco bem como os conhecimentos face ao VIH\SIDA.

A nível estrutural, a presente dissertação, divide-se em duas partes distintas. A primeira parte patenteia a revisão literária sobre a temática e a segunda parte apresenta a parte empírica.

A Parte I, divide-se em dois capítulos, o capítulo I - Conhecimentos, comportamentos e atitudes face à sexualidade e o capítulo II - Conhecimentos, comportamentos e atitudes face ao sexo seguro.

A Parte II, apresenta-se com três capítulos, a metodologia de estudo, a apresentação dos resultados e a discussão dos resultados.

**Parte I – Enquadramento Teórico**  
**Capítulo I - Comportamentos face à Sexualidade**

---

O capítulo I, Comportamentos face à sexualidade, começa por definir termos com relevância neste estudo, como a Sexualidade, o que assume no ser humano e o que influencia este comportamento, bem como o que abrange, como experimentação de prazer, afecto, necessidade de valorização entre outros. Porém, mediante a literatura esta temática, acarreta benefícios, mas também pode implicar riscos. Neste sentido, surge com pertinência, a definição do termo, risco, e das consequências que estes têm na vida do ser humano. Enumeram-se os comportamentos considerados como risco para o ser humano e o que os influencia. Evidenciando um dos maiores riscos, o VIH, os comportamentos que levam à contração, epidemiologia e como se manifesta.

Está patente neste capítulo, a importância do foco nos jovens universitários, visto que é uma população alvo à adopção de comportamentos de risco. Dentro deste grupo, são enunciados factores biopsicossociais como o género, enumerando as diferenças que existem em cada um deles perante a sexualidade. E também a religião, pois pode ter influências nos comportamentos de risco.

### **1.1.O Sexo como Risco para a Saúde**

A sexualidade é uma temática que tem sido alvo de estudo nas mais diversas áreas das ciências sociais e da saúde (Dorros, Hanzal & Segrin, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), entende-se por sexualidade “um aspecto central no ciclo de vida do ser humano que engloba o sexo, a identidade sexual, os papéis sexuais, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. É vivida e expressa em sonhos, fantasias, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos” (p.17). A sexualidade é influenciada pela interação de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2004).

O comportamento sexual pode ser influenciado por uma variedade de sistemas biológicos, factores sociais, culturais, familiares e relacionais (Fisher, 2009), resulta da interação de aspectos biológicos relacionados com a procura da satisfação e motivação para a ação, aspectos cognitivos, como as ideias e crenças que estão subjacentes às atitudes e aspectos afectivos que vão resultar na atividade sexual (Lopez & Fuertes, 1999; cit in

Filipe, 2012). Sendo as motivações, os antecedentes mais próximos do comportamento, Patrick e Maggs (2010) referem que para compreender melhor os comportamentos é fundamental verificar quais as motivações subjacentes que resultam no comportamento adotado, como o afecto, o experimentar do prazer, a necessidade de valorização, a busca da identidade e o desejo da intimidade (Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2005).

Apesar da sexualidade ser vista como uma parte natural e saudável do desenvolvimento, ela não vem sem riscos (Weinstein, Walsh & Ward, 2008). Atualmente encara-se o sexo, enquanto atividade e prática sexual, como uma atividade perigosa e de risco (Costa, 2006), causando significativas consequências para a saúde física (Centro de prevenção de doenças, 2000; cit in Patrick e Maggs, 2010).

O conceito risco provém do latim *riscum*, define a manifestação de uma ideia de sorte ou azar (Ferreira, 2008). De acordo com Jessor (1991; cit in Rocha, 2011) o termo *risco* refere-se a comportamentos adversos que constituem as principais causas relacionadas com a morbilidade e a mortalidade nos jovens, dos quais comprometem a sua saúde, a sua qualidade de vida e mesmo a própria vida (Ferreira, 2008). O comportamento de risco é conceptualizado como produto do indivíduo, que engloba cognições, decisões e ações (Singleton e Hoyden 1994; cit in Rhodes, 1997).

Enumeram-se como comportamentos sexuais de risco, a participação em sexo causal, a frequente mudança de parceiros sexuais e a falta de uso de preservativo (Svenson, Carmel & Varnhagen, 1997; Reis, 2012), observa-se também riscos associados à saúde sexual ao nível da gravidez não desejada, da interrupção voluntária da gravidez, do VIH/SIDA e de outras ISTs, que podem comprometer o projeto de vida ou até a própria vida dos jovens (Matos, Simões, Tomé, Camacho, Ferreira, Reis, Ramiro, Pereira e Morais, 2010).

Os jovens que possuem uma identidade sexual aventureira e apresentam uma autoestima e uma autoeficácia elevadas, com atitudes positivas em relação à excitação, como prováveis integrantes em comportamentos de risco, e frequentemente servem-se do outro para obtenção do prazer e recurso a comportamentos de risco (Hill, 2008).

São realçadas variáveis que influenciam os comportamentos sexuais de risco, variáveis sociodemográficas, socioeconómicas, interpessoais, intrapessoais. Variáveis sociodemográficas, caracterizam-se pela origem do indivíduo, como a cultura, o nível socioeconómico, variáveis intrapessoais que concerne nas crenças, atitudes, expectativas, percepções do próprio indivíduo, variáveis interpessoais, originadas pela influência de

outros indivíduos como os pais, os pares e o parceiro e variáveis de carácter situacional, que envolvem o consumo de substâncias que podem promover uma alteração do estado de consciência (Gomes, 2008).

Dentro dos factores de risco, os autores Rahiouni e Reynaud (2008) realçam factores individuais e sociais constituintes na vulnerabilidade dos jovens que levam à adopção de comportamentos desviantes e ao consumo de substâncias psicoativas. Como os factores individuais, caracterizam-se pelas questões temperamentais, como o elevado nível de procura de sensações e de reacção emocional, dificuldade em evitar o perigo, timidez, autoestima reduzida, dificuldade em resolver problemas interpessoais, difícil recuperação do equilíbrio após um momento de stress, dificuldade em enfrentar situações difíceis e estabelecer relações estáveis e satisfatórias. Nos factores ambientais, documentam factores socioculturais que desempenham um papel importante na regulação dos consumos, na medida em que influenciam as expectativas do indivíduo relativamente aos padrões de consumo. Os factores familiares, cingem os hábitos da família, aceitação ou rejeição de comportamentos, proibições religiosas, funcionamento familiar conflituoso e a influência dos pares.

LaBrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen e Marriot (2010) evidenciam no seu estudo, que 90% dos jovens universitários são sexualmente ativos e relatam ter múltiplo parceiros. De acordo com Reis (2012), quanto mais cedo os jovens iniciarem a atividade sexual, maior a probabilidade de terem um maior número de parceiros sexuais ao longo da vida, aumentando também consequentemente a possibilidade de contrair ISTs.

A prevalência da adopção de comportamentos de risco tende a aumentar, sendo que Negreiros (2007), relata que os estudantes tendem a relacionar-se sexualmente segundo uma falsa estabilidade sexual, apresentando vários parceiros durante um longo período, não de uma forma simultânea, mas de uma forma sequencial (monogamia serial), e encaram este mecanismo como possível prevenção das Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e principalmente do vírus VIH.

Num estudo português realizado por Nodin (2001), a jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, verificou que 42,7% dos rapazes e 6,2% das raparigas afirmam ter parceiros ocasionais. Em 2008, Eaton, Kann, Kinchen, Shanklin, Ross, Hawkins, Harris, Lowry, McManus, Cheyen, Lim, Brenner, & Wechsler, (2008; cit in Reis, 2012)., no estudo “Youth Risk Behavior Surveillance” verificaram que 17,9% dos

homens afirmam ter quatro ou mais parceiros sexuais e as mulheres apresentam uma percentagem de 11,8%.

No que concerne às barreiras anticoncepcionais para a redução de risco, Siegel, Debora, Klaus e Rogmann (1999) revelam que os estudantes universitários usam apenas como método barreira anticoncepcional, os métodos orais, percebendo como estratégia global eficaz, quando na realidade apenas reduz o risco de gravidez. Em 2001, Nodin realizou uma investigação a jovens com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, tendo verificado que os métodos contraceptivos mais utilizados pelos jovens eram o preservativo (73,8%) e a pílula (44,2%). A maioria dos rapazes (82,9%) mencionam maior utilização do preservativo que as raparigas (65,2%). O sexo feminino revela maior utilização da pílula (62,6%) comparativamente ao sexo masculino 24,9%.

Atualmente, Reis, Ramiro e Matos (2009) relativamente à existência e parceiros ocasionais, verificaram no seu estudo que 42,7% dos rapazes e 6,2% das raparigas revelaram ter parceiros ocasionais.

## **1.2. O Sexo como Risco no Contexto de IST'S/VIH/SIDA**

O termo *Risco* e *Comportamentos de risco* tornaram-se palavras chave, quando se trata de VIH/SIDA ( Grover, 1998; cit in Rhodes, 1997).

Distinguem-se por comportamentos de risco referentes à transmissão do VIH, os comportamentos e ações que põe em perigo a saúde física e social do individuo, particularmente ao ter relações sexuais desprotegidas, sendo oral, anal ou com múltiplos parceiros, e a utilização de drogas injetáveis, com seringas compartilhadas com outras pessoas (Suominen, Karanja-Pernu, Kylma, Houtsonen & Vailimaki, 2011).

Apesar de a maioria das pesquisas relacionadas com as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) revelarem que se observa maior incidência em grupos de risco, como prostitutas, homossexuais e toxicodependentes, não invalida a preocupação com estudantes universitários, visto que se tem observado um aumento neste sentido (Rangel, Gavin, Reed, Fowler, & Lee, 2006).

Os estudantes universitários têm um elevado risco para o VIH, porque embora sejam muitas vezes informados sobre as suas causas e consequências não significa que estes adotem automaticamente um comportamento seguro (Marsiglia, Jacobs, Nieri,

Smith, Salamone & Booth, 2013). Os jovens consideram que o VIH é uma epidemia e têm a consciência de que é um vírus sexualmente transmissível, podendo ser evitada através do uso do preservativo. Por vezes, a falta de exposição pessoal a pessoas com VIH/SIDA e a sua percepção de ser invencível para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), os jovens não se sentem muito vulneráveis ao VIH, e não se vêem como suscetíveis à sua contração (Polacek, Hicks & Oswalt, 2007).

Roberts, Boker, Oh e DiClemente (2000) concluíram que apesar dos indivíduos se preocuparem com o risco de contrair VIH não falam sobre essa questão com o parceiro. Um outro factor e defendido por vários autores, é a antecipação na idade da primeira relação sexual, estes revelam que é uma variável cada vez mais observada nos países mais desenvolvidos WHO, 2010; cit in Reis, 2012). A antecipação das primeiras experiências sexuais, está associada negativamente ao facto de os primeiros relacionamentos longos e estáveis se iniciarem numa idade cada vez mais tardia, por conseguinte alarga o período de relações sexuais instáveis. Aumentando, a vulnerabilidade dos jovens às ISTs, ao VIH/SIDA, a gravidez não desejada e a interrupção voluntária da gravidez (Dgs, 2011; cit in Reis, 2012).

### **1.3. As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S)**

#### **1.3.1. Manifestação**

Interpreta-se por ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) todas aquelas infecções possíveis de serem transmitidas através de contacto pessoal por via sexual.

As infecções sexualmente transmissíveis, resultam do contacto íntimo com órgãos genitais, boca ou recto, nas relações heterossexuais e homossexuais (WHO, 2011 a).

São conhecidos mais de 30 agentes infecciosos entre bactérias, vírus e parasitas (WHO, 2011 a). As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) mais referenciadas são a sífilis, a gonorreia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal, herpes genital, a uretrite inespecífica, a tricomoníase, a candidíase, a pediculose púbica, a escabiose, as verrugas genitais ou venéreas, o vírus da hepatite B, o condiloma subcutâneo e a vaginose bacteriana e VIH (UNAIDS, 2008).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é o exemplo clássico das ISTs de nova geração (Reis, 2012). Trata-se de um retrovírus que torna vulneráveis as defesas do corpo humano destruindo os linfócitos CD4 (células-T) (Straub, 2002; cit in Costa, 2006). Assim sendo, o indivíduo fica susceptível à contração diversas infecções devido ao enfraquecimento das defesas imunitárias (Costa, 2006). O vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH) após um período mais ou menos prolongado de tempo leva ao chamado Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA) e eventualmente à morte do indivíduo infectado (Reis, 2012). Mais especificamente é “ o espectro lato de sintomas e doenças que podem ocorrer na eventualidade de infecção pelo VIH e que destroem de modo significativo as defesas imunitárias, é designado por SIDA (Síndroma da Imunodeficiência Adquirida) (Bauman, 2001; Havard Medical School, 2004; cit in Costa, 2006, p.35).

A transmissão do VIH sucede por via horizontal, que se caracteriza por contacto sexual e sanguíneo, e por via vertical, nomeadamente a transmissão materno-fetal. Assim sendo, quanto à via de transmissão sexual, ocorre sempre que exista uma relação sexual com penetração vaginal, anal ou oral, sem preservativo, e que impliquem contacto direto do esperma, do líquido pré-ejaculatório ou das secreções vaginais com as mucosas (ânus, vagina e boca) de uma pessoa infectada, em contacto com uma pessoa saudável, podem com grande probabilidade, transmitir VIH ((CVEDT, 2011; UNAIDS, 2008; 2010; 2011; cit in Reis, 2012; Alvarez, 2005). A transmissão sanguínea, ocorre por qualquer contacto de sangue com mucosas ou com feridas abertas. Verifica-se que a principal causa de transmissão por esta via ocorre através da partilha de agulhas, seringas e outros objetos contaminados entre toxicodependentes (UNAIDS, 2008).

Quanto à transmissão materno-fetal, este ocorre durante a gravidez, parto ou período de aleitamento (Reis, 2012). Portanto a amamentação, deve ser evitada. Para evitar a transmissão do VIH ao feto é aconselhável que as grávidas tomem medicamentos antirretrovirais durante a gravidez (UNAIDS, 2008).

O preservativo, é conhecido como método mais eficaz para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre os indivíduos sexualmente ativos (Reis, 2012).

O desenvolvimento da infecção não parece apresentar diferenças no género, no entanto, a idade surge como factor que influencia seu o avanço, sendo visivelmente mais rápida, em particular nas mulheres mais velhas (Castro, Valdisseri e Curran, 1992; cit in Alvarez, 2005).

Na maioria dos países, a epidemia de VIH está relacionada com comportamentos que expõem os indivíduos para o vírus e assim aumentaram o risco de infecção (Suominen, Karanja-Pernu, Kylmä, Houtsonen & Mälimäki, 2011). Na perspectiva de alguns autores, uma das principais variáveis do VIH/SIDA, que faz com que seja foco de investigação e intervenção por parte das mais diversas ciências e da psicologia, é o facto de o vírus se transmitir através de um factor comum que é o comportamento (Matos, Reis, Ramiro, Brolié, Berner, Vázquez, Gonzalez, Messas, Eisenstein, Pons, Tuzzo, Livia, Salazar, Vilar & Rosário, 2010; cit in Reis, 2012).

Após detectados os primeiros casos, o desconhecimento acerca da doença era enorme e, desde então, tem-se vindo assistir a avanços neste sentido e acerca dos efeitos que provoca no organismo, da sua epidemiologia e dos seus principais determinantes sociais (Ayres, 2002; cit in Reis, 2012). Atualmente existe tratamento disponível para a maioria das ISTs, no entanto a melhor opção passa pela prevenção, pois consequentemente as ISTs podem, a longo prazo, dar origem graves implicações para a saúde e para a sociedade (Reis, 2012). A terapia antirretroviral tem permitido um decréscimo do número de mortes de indivíduos infectados e assim permitindo uma maior esperança de vida nos doentes desde os anos 90 (Mocroft, Brettle, Kirk, Parkin, Antunes, Francioli, D'Arminio-Monforte, Fox, Lundgren & The Euro-Sida Group, 2002). O conhecimento do VIH/SIDA tem sido pesquisado amplamente e em todo o mundo desde o começo da epidemia como busca permanente de uma cura ou vacina continua. É visível que houve grande avanço no que respeita ao conhecimento e as pessoas estão mais bem informadas sobre o contacto com uma pessoa infectada (Suominen, Karanja-Pernu, Kylmä, Houtsonen & Mälimäki, 2011).

### **1.3.2. Epidemiologia**

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), é causada pelo vírus do VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), e foi pela primeira vez detectada nos Estados Unidos da América, em 1981 (Gottlieb et al, 1981; cit in Svenson, Carmel & Varnhagen, 1997), apesar da descoberta definitiva ter sido em 1983 quando foram obtidos os dados conclusivos de que o Vírus VIH estava na base da doença SIDA, mediante os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos da América e o Instituto Pasteur em França

(Straub, 2002; cit in Costa, 2006). A partir de tal descoberta, a SIDA tem crescido numa pandemia internacional (Svenson, Carmel & Varnhagen, 1997).

De acordo com Mertens e Burton (1996; Alvarez, 2005), a infecção não é generalizada em todas as partes do globo, pois nem todos os indivíduos são afectados de igual modo pela doença e, no interior de cada continente, podem também existir também diferenças acentuadas.

Em 1990 havia 1.3 milhões de pessoas diagnosticadas com SIDA e oito a dez milhões de pessoas que possivelmente estavam infectados com VIH (Fisher, Fisher, Williams e Malloy, 1994). Anos depois, em 1995, os casos de SIDA ascendiam a 4.5 milhões e previa-se que existissem 19.5 milhões com o vírus VIH (Misovich, Fisher, & Fisher, 1997).

Nos anos 1994 e 1995, deu-se um decréscimo no número de casos registados que continuou até 1999 (Doc. 115 CVEDT/CNLCS, 1999; Doc. 122 CVEDT/CNLCS, 2000; Hamers et al., 1998; cit in Alvarez, 2005). Apesar de ter continuado a decrescer em 2000 e em 2001, a descida não foi tão acentuada como o foi em 1997 (Doc. 126 CVEDT/CNLCS, 2001; cit in Alvarez, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que existem cerca de 340 milhões de novos casos de Infecções sexualmente transmissíveis e SIDA, todos os anos em todo o mundo (WHO, 2002) e que as observadas são a sífilis, a gonorreia, a candidíase e trimoníase, em idade compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Mais de 100 milhões de ISTs ocorrem atualmente com menos de 25 anos (WHO, 2011; cit in UNAIDS, 2008).

Em 2010, foram infectados mundialmente 2.7 milhões de pessoas e 42% de novos casos de infecção ocorreram em jovens entre os 15 e 24 anos (UNAIDS, 2011; cit in Reis, 2012). Segundo os dados de 2011, existem no mundo 34 milhões de pessoas que vivem com VIH/SIDA (UNAIDS, 2011; cit in Reis, 2012).

Por exemplo no EUA, os dados revelam que a realidade aponta para a existência cerca de doze milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis e cerca de quatro milhões destes, são diagnosticados na idade da universidade (Brown & Vanable, 2007).

Na Península Ibérica a incidência de novos casos VIH (vírus da imunodeficiência humana) entre os 15 a 24 anos é de 40 % (UNAIDS 2006).

Em Portugal, segundo os dados disponíveis pela Direcção-Geral de Saúde (2004; cit in Reis, 2012) indicam que a maior incidência das ISTs se verifica no sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e 44 anos e na região de Lisboa e Vale do Tejo. E

8% dos jovens portugueses com idades entre os 16 e os 20 anos já teve uma IST. No entanto, não são conhecidos os números reais de ISTs em Portugal (Reis, 2012). No ano de 2007, em junho, em Portugal eram conhecidos 31677 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção (EuroHIV, 2006). Anos depois, Portugal assume uma alta taxa de VIH (Vírus da imunodeficiência humana) 0,4 %, comparativamente com os resultados revelados da Europa Ocidental, 0,3% nas idades compreendidas entre 15 a 49 anos (UNAIDS, 2006).

Atualmente de acordo com os últimos dados referidos pelo Centro de vigilância das doenças sexualmente transmissíveis (CVEDT, 2011; cit in Reis, 2012) em Portugal, o numero total de casos notificados com VIH/SIDA a 31 de Dezembro de 2010 eram de 39347, sendo que, 16370 são casos de SIDA, dos quais 83% correspondem ao grupo de indivíduos com idade entre os 20 e 49 anos, com mais infectados no sexo masculino (81,1%).

Em dezembro de 2011, em Portugal foram detectados cerca de 41035 casos de infecção de VIH/SIDA, nos distintos estádios de infecção. Neste mesmo ano, no período de Janeiro a Dezembro, foram diagnosticados cerca de 1151 novos casos (Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge, 2011).

Reis (2012), documenta que o VIH/SIDA está associado a indivíduos que consomem drogas por via endovenosa ou toxicodependentes (45,5%) seguindo-se os casos associados à transmissão por via heterossexual (37,3%) e por via homossexual masculina (12,4%).

#### **1.4. A Importância do Foco nos Jovens Universitários**

A transição do ensino secundário para o ensino superior é marcada por diversas exigências, nomeadamente a nível pessoal, social e académico que implica a passagem para a um estado de maior independência e autonomia, o que exige ao estudante um processo de separação e individuação (Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005; Rocha, 2011). Na transição para o mundo adulto, o jovem vai deparar-se com novos contextos de vida e desafios, com tarefas desenvolvimentais normativas, nomeadamente, a emancipação dos progenitores, a capacidade de adquirir e modificar rotinas, a capacidade de estabelecer relações amorosas, além de uma maior autonomia e o comprometimento

com objectivos de vida ( Seco, Casimiro, Pereira, Dias & Custódio, 2005; Rocha, 2011; Reis, 2012).

Esta nova etapa vai proporcionar ao jovem, capacidade em conciliar novas metodologias de ensino e de avaliação, hábitos de estudo e gestão de tempo, além da necessidade de ter sucesso académico (Diniz, 2005; cit in Ferreira, 2008).

Segundo Lewis, Malow e Ireland (1997) os estudantes universitários são um grupo que tendem para aventuras. Neste sentido, Rocha (2011), documenta que estes constituem um grupo homogéneo, com uma cultura própria, que se agrupam com o propósito de se divertir.

Para muitos jovens universitários, os anos da faculdade são caracterizados pelo período de liberdade pessoal sem precedentes e várias novas experiências sociais e relacionamentos. Com esta nova liberdade, muitos alunos irão abusar do álcool, do sexo sem protecção e ter vários parceiros sexuais, colocando-os em risco de contrair uma ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), uma gravidez ou infecções com o Virus da Imunodeficiência Humana (VIH) (Chapin, 2001; Kalichman & Rompa, 1995; Rolison, 2002; Smith & Brown, 1998; cit in Gullette & Lyons, 2005).

Factores como a mudança de estilo de vida, novos padrões de atividade sexual e uso de drogas, contribuem para que os jovens universitários sejam considerados um grupo vulnerável à contração do VIH e, portanto, considerados um grupo de risco, onde se deve promover a intervenção, a fim de impedir o aumento de SIDA (Chaves, Duarte, Nelas, Coutinho, Dionísio, Martins & Cunha, 2011). Assim, de acordo com vários autores (Adedeji, Abiona, Balogun & Lukobo-Durrell, 2009), o ambiente universitário oferece grande oportunidade para comportamentos de alto risco, como o sexo inseguro e a contração do VIH, em consequência de comportamentos aventureiros, múltiplos parceiros sexuais e o não uso consciente do preservativo.

A tradição académica reflete-se na testagem dos limites e na capacidade de tolerância às substâncias psicoativas, incluindo bebidas alcoólicas (Rocha, 2011). O período que abrange os anos de faculdade, são para a maioria dos estudantes universitários um marco para a primeira experiência sexual (Patrick, Maggs & Abar (2007).

Brown e Vanable (2007) revelam no seu estudo que os altos índices de sexo sem protecção são intensamente observados, confirmando a tese de que os estudantes universitários constituem um grupo vulnerável a uma série de consequências indesejáveis associados à actividade sexual, incluindo ISTs e gravidez indesejada. Portanto de acordo

com vários autores, o comportamento de risco do VIH, como o sexo desprotegido, o uso de drogas durante o sexo e o sexo com múltiplos parceiros, entre estudantes universitários, faz deles o alvo de preocupação pública (Roberts & Kennedy, 2006; cit in Marsiglia, Jacobs, Nieri, Smith, Salamone & Booth, 2013) e torna os jovens universitários um grupo especial de risco e alvo de investigação sobre consumos e atitudes face ao álcool (Ferreira, 2008).

## **1.5. Factores biopsicossociais de risco para aquisição de IST'S/VIH nos jovens universitários:**

### **1.5.1. Género**

Relativamente à experiência sexual, quanto ao género, o género feminino foca-se no amor em detrimento do desejo sexual (Costa, Lopes, Souza & Patel, 2001). As fantasias tem características sobretudo românticas, com especial entrega, modificações súbitas de estado de humor, compaixão ou prazer com a estimulação direta do corpo, particularmente das zonas erógenas, apesar do principal objectivo não estar focado no orgasmo (Reis, 2012). Por sua vez, o género masculino, dá ênfase aos impulsos sexuais que não são subjacentes ao sentimento amor, sendo claramente o desejo sexual experienciado nos órgãos genitais. De igual forma, as fantasias eróticas fixam-se em atributos físicos específicos como seios, pernas e genitais. (Costa, Lopes, Souza & Patel, 2001). Portanto, a sexualidade masculina é mais focada no orgasmo, sendo que os homens apresentam maior predisposição a se envolver em relações sexuais sem envolvimento emocional e potencial conjugal. No mesmo sentido, os jovens do sexo masculino ostentam maior propensão para relações sexuais com vários parceiros (Schmitt, 2005).

Na sexualidade, denotam-se que os perfis de personalidade mediante o género manifestam diferente relevância para a propensão ao risco sexual (Turchik, Garske, Probst & Irvin, 2010). Assim, os autores documentam que se prevê risco sexual em homens com maior extroversão e menor delicadeza e em mulheres com maior excitação sexual e menor inibição sexual (Carpenter, Janssen, Graham, Vorst & Wicherts, 2008).

Petersen e Hyde (2010) fundamentam no seu estudo que os homens relataram mais atividade sexual e atitudes mais permissivas do que as mulheres. Diferentes pesquisas têm

demonstrado que o género apresenta diferenças no que concerne a padrões de comportamento de risco relacionados à saúde sexual e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida (Babikian, Freier, Hopkins, DiClemente, McBride, & Riggs, 2004). Assim, o género feminino mostra maior preocupação em adoptar estratégias preventivas, como envolver-se com menos parceiros sexuais. No entanto, de acordo com a literatura, não usam preservativo de forma consistente (Mewman & Zimmermann, 2000). Por sua vez, o sexo masculino distingue-se pelo contacto com mais parceiros sexuais, definindo-se com reduzida preocupação com a vulnerabilidade (Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins & Nunes, 2009). No entanto observa-se um aumento do comportamento sexual casual com aumento de número de parceiros para os dois sexos, embora seja mais acentuado no género masculino (Fielder & Carey, 2010).

Na perspectiva de Owen e Fincham (2011), as mulheres são mais propensas a envolver-se em sexo casual com o intuito de aumentar as probabilidades de encontrar um parceiro para compromisso relacional.

Quanto ao consumo de álcool, Vaughan e Corbin (2009) divulgam que no género masculino, existe uma associação positiva entre o consumo e as pressões académicas, e que, por vezes, existe uma grande probabilidade do consumo ser adoptado como estratégia de *coping*.

Verifica-se que existem diferenças ao nível do ambiente social, relativamente a atitudes e comportamento sexuais, mediante o género Schmitt (2005). Assim, Townsend & Wasserman (2011), revela que em ambientes que têm por base a hostilidade e existe dependência económica do sexo feminino no sexo masculino, as mulheres movem-se em direção à monogamia, enquanto os homens permanecem relativamente promíscuos. Contudo em ambientes mais liberais, em que as mulheres experienciam uma maior independência, as diferenças entre sexos em atitudes e comportamentos sexuais, não são tão visíveis (Townsend & Wasserman, 2011).

### **1.5.2. Religião**

A religiosidade, ou vários aspectos da religião, podem desempenhar influência na vida de um indivíduo, ao nível da sexualidade (Ahrold, Fazendeiro, Trapnell & Meston,

2010). Neste sentido, entende-se que existem várias razões para se acreditar que diferentes grupos étnicos com valores sexuais, políticos, históricos e socioeconómicos, podem influenciar a sexualidade em cada grupo (Amaro, Navaro, Conron, Raj & On, 2002; cit in Ahrold & Meston, 2010).

Beckwith e Marrow (2005), descobriram que assim como a religiosidade, a espiritualidade também cinge atitudes mais conservadoras em relação a práticas sexuais específicas, como o sexo oral. No entanto, ao contrario da religiosidade intrínseca, a espiritualidade previu atitudes mais liberais em relação à contracepção, educação sexual e no papel do género no relacionamento sexual.

Denota-se também que a religiosidade está correlacionada negativamente com as atitudes sexuais liberais (Ahrold & Meston, 2010), como a homossexualidade e relações sexuais não maritais (Bassett, Smith, Newel & Richards, 1999). No mesmo sentido, Byers, Henderson e Hobson (2009), no seu estudo, previram que as mulheres para quem a religião era mais importante, eram mais conservadoras sexualmente e adoptam definições mais amplas de abstinência.

No que concerne à cultura, Meston e Ahrold (2010), verificaram que os indivíduos aculturados tendem a adoptavam práticas sexuais semelhantes aos da cultura dominante.

## **Conclusão ao Capítulo I**

Entende-se que a sexualidade está presente na vida do ser humano, é influenciada por vários fatores como, biológicos, culturais, entre outros e expressa-se através em atitudes e comportamentos. Apesar de ser natural e essencial, pode implicar riscos, como sexo casual, frequente mudança de parceiro. Estes comportamentos de risco podem ser consequência de vários factores inerentes à vida do individuo como factores socioeconómicos, sociodemográficos, bem como o consumo de substâncias (álcool e droga). É notável na literatura que os jovens universitários constituem um grupo vulnerável a estes risco. É considerado um período mudança de vida, onde experienciam maior autonomia e novos contextos de vida. Sendo uma idade de novas experiencias, desafios e aventuras, como novos relacionamentos, novas experiencias sexuais e contacto com os consumos. Estas novas experiencias pode acarretar riscos, como a contração de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Vários autores revelam que estes jovens têm noção

destes riscos, porém não se vêem susceptíveis a eles. Sabe-se mediante vários estudos, que os jovens do sexo masculino têm mais tendência a expor-se a riscos, como maior número de parceiros sexuais e atitudes mais permissivas do que as mulheres. No que concerne à proteção dos riscos sexuais as mulheres mostram maior preocupação relativamente aos homens. Relativamente ao factor religião, esta pode surgir como factor influenciador nos comportamentos sexuais. Na medida em que os sujeitos mais religiosos não possuem muitas atitudes liberais.

**Capítulo II – Conhecimentos,  
Comportamentos e Atitudes face ao Sexo Seguro**

---

O capítulo II, Conhecimentos, comportamentos e atitudes face ao sexo seguro, revela o nível de conhecimentos dos jovens universitários, o que se entende por comportamento e atitudes. Enumeram-se os conhecimentos que os jovens universitários revelam relativamente ao VIH e uso do preservativo. A percepção de risco que estes possuem e as barreiras que persistem face ao sexo seguro. E também, os consumos de álcool e droga, visto que um dos maiores factores para o comportamento de risco, entre os jovens universitários.

## **2. Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes face ao Sexo Seguro**

Estudos revelam que os conhecimentos entre os jovens sobre saúde sexual são adquiridos pelas mais diversas fontes, distinguem-se em educação, formal como facultada na escola, e informal, pelos familiares, colegas e mídia (L'Engle, Brown & Kenneavy, 2006).

Weinstein, Walsh & Ward (2008) relatam no seu estudo que os estudantes mostram um aumento nos seus conhecimentos, mas revelam pouco efeito sobre a intenção de autoeficácia segura nos comportamentos sexuais (Siegel, Klein & Roghmann, 1999). Segundo as pesquisas, o conhecimento não resulta como fator motivador para adoptar um comportamento saudável e seguro, de acordo com os relatos de Reis, Ramiro, Matos, e Diniz (2011), embora em Portugal se tenha observado, nos últimos anos, um enriquecimento na área sexual e uma evolução em termos de saúde sexual nos jovens. Porém, nem todos afirmam adoptar um comportamento sexual preventivo, nem comportamentos sexuais que podem ter consequências graves em termos de saúde pública.

Quanto ao conhecimento sobre o preservativo, revelam saber que é um meio eficaz para a proteção de infecções sexualmente transmissíveis o que não implica, na prática, que procuram comportamento de prevenção (Gomes, 2008).

O comportamento sexual humano é simultaneamente resultado das diversas variáveis biológicas, da dimensão psicológica de cada individuo e dos aspectos culturais que envolvem a pessoa (Filipe, 2012). Segundo Lopez e Fuertes (1999; cit in Filipe, 2012), resulta da interação de aspectos biológicos relacionados com a procura da satisfação e elementos de motivação para a ação, aspectos cognitivos, nomeadamente as ideias e

crenças subjacentes às atitudes e aspectos afectivos, que vão modular toda a atividade sexual entre duas pessoas.

Por atitudes sexuais entendem-se todas as atitudes que reflitam aspectos da vida sexual da pessoa, incluindo aspectos sociais, biológicos e psicológicos. (Filipe 2012). As atitudes sexuais e o comportamento sexual têm origem em esquemas complexos que relacionam aspectos culturais, interpessoais e psicológicos, que vão depender das normas da sociedade, das estratégias de relacionamento e da forma como a pessoa lida com a sexualidade (Davidson, Moore, Earle & Davis, 2008).

Para Thorton, Gibbons e Gerrerd (2002) os comportamentos sexuais de risco passam por uma gestão do risco. Como tal, os indivíduos só se protegem se reconhecerem perigo nas suas ações.

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

## **2.1. Conhecimentos sobre VIH e Uso de Preservativo**

Enumeram-se vários factores considerados importante para o comportamento de utilização consistente do preservativo, como o papel das atitudes, as normas sociais e o controlo comportamental percebido (Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins & Nunes, 2009). Neste sentido, de acordo com alguns autores a atitude em relação ao preservativo constitui um determinante primordial na influência para o seu uso e sobre a intenção de uso (Albarracin, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), o uso do preservativo de forma consistente e correta, é um dos principais meios para garantir a saúde física, psíquica, individual e colectiva.

Sabe-se no entanto, que existe uma variedade de factores psicológicos que afectam o uso do preservativo, nomeadamente, o estado mental, a autoconfiança, a assertividade, as barreiras percebidas ao uso do preservativo e a autoeficácia na prática de sexo seguro (Keneko, 2007). Neste sentido, Gomes (2008), distingue quatro variáveis que afectam o uso do preservativo, variáveis sociodemográfica, interpessoais, intrapessoais e situacionais. As variáveis sociodemográficas estão circunscritas ao capital social e ao estatuto

socioeconómico que, por sua vez, estão positivamente correlacionadas com os comportamentos sexuais de risco (Corsby, Holtgrave, DiClemente, Wingood & Gayle, 2003). As variáveis interpessoais, caracterizam-se pelos traços de personalidade, as atitudes, os conhecimentos, as competências e as auto-percepções associadas à utilização do preservativo (Farmer & Meston, 2006). A vertente intrapessoal define-se pelo risco percebido e para os factores que podem constituir enviesamento na avaliação do mesmo (Desrichard & Denaire, 2005).

Nesta perspectiva, segundo vários autores, destacam-se outras variáveis que afectam o uso do preservativo, como a dificuldade que existe na comunicação com o parceiro sexual acerca dos aspectos sexuais (Reis e Matos, 2007; Muñhoz-Silva, Sánchez-Garcia, Nunes & Martins, 2007; Gomes, 2008), a existência de relacionamentos mais estáveis (Fortenberry, Tu, Harezlak, Katz, & Orr, 2002), e o consumo de álcool e substâncias aditivas, que favorecem a prática do sexo desprotegido (Labrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen, Marriot, 2005).

Consideram-se ainda, na vivência dos comportamentos sexuais de risco e no uso irregular do preservativo, factores como as atitudes desfavoráveis face ao preservativo (Czoop, Montheith, Zimmerman & Ltnam, 2004) e a enviesada percepção de elevados custos e pouco benefício no seu uso (Parsons, Halkitis, Bimbi & Borkowski, 2000). Outra barreira revelada na ausência de uso do preservativo é o facto dos estudantes universitários acreditarem que os preservativos interrompem a experiência sexual e constitui um entrave no prazer (Bolton, McKay & Schneider, 2010).

Apesar dos estudantes universitários possuírem conhecimentos acerca do impacto do preservativo na redução do risco de infecção pelo VIH, o comportamento de uso mencionado por eles, ainda é notoriamente reduzido (Svenson, Carmel & Varnhagen, 1997). No entanto, os autores Reis, Ramiro e Matos (2009), referem que o preservativo é o método mais utilizado pelos jovens estudantes universitários, e que se verifica uma tendência decrescente com o aumento da idade, sendo mais comum nos homens. Neste sentido, Gomes e Nunes (2011), documentam atualmente que 39% dos jovens com idades compreendidas entre os 20 e 24 anos, não utilizam o preservativo de forma consistente.

No que respeita aos métodos contraceptivos mais utilizados entre a população universitária, um estudo com 2741 indivíduos, revela que 64% dos jovens mencionaram usar apenas um método, sendo ele o preservativo, com 49% dos jovens, ou a pílula, com 38%. A nível nacional os dados revelam que os métodos mais mencionados pelos jovens,

são o preservativo masculino (82,5%) e a pílula (53,5%). Referente à última relação sexual neste mesmo estudo observou-se que os rapazes (81,4%) afirmaram ter usado de forma consistente o preservativo e as raparigas cerca de 84,1% (HBSC 2010; cit in Reis, 2012).

Relativamente ao género, homens e mulheres apresentam resultados distintos nas escalas de atitudes face ao preservativo e na autoeficácia (Silva, 2008). Assim sendo, os jovens do sexo masculino apresentam uma atitude mais desfavorável do que as mulheres. No entanto, revelam uma autoeficácia mais elevada para o uso e compra do preservativo, enquanto as jovens do sexo feminino têm mais facilidade em recusar relações sexuais desprotegidas, em negociar o uso do preservativo e por conseguinte ter um atitude mais favorável ao uso do preservativo (Giacomozzi, 2006). Os homens são menos propensos a usar preservativo quando, bebem comparativamente com as mulheres (Scott-Sheldon & Carey, 2010). Mediante o que relatam os mesmos autores, o preservativo é utilizado mais vezes quando se trata de relações sexuais casuais do que em atividades sexuais com parceiros fixos, e é observável a redução na sua utilização quando é utilizado outro método contraceptivo para controlo da natalidade (Scott-Sheldon & Carey, 2010).

## **2.2. Crenças e Atitudes face ao Sexo Seguro:**

### **2.2.1 Percepção de Risco e Barreiras face ao Sexo Seguro**

Para adoptar comportamentos sexuais seguros, é importante consciencializar para as barreiras face ao sexo seguro, como a proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), o correto uso do preservativo e a percepção de comportamentos de risco (Kanekar & Sharma, 2010), que naturalmente se traduzem em atitudes na vida sexual, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, como atitudes face à homossexualidade, o aborto, o relacionamento afectivo e o prazer (Filipe, 2012).

As interações sexuais ocorrem no contexto de vida social interpessoal e são mediadas por emoções e cognições (Hiller, 2005). Neste sentido, o que individuo sente ou acha, consciente ou inconscientemente, sobre o parceiro vai influenciar os mecanismos psicofisiológicos na percepção da experiência sexual (Hiller, 2005).

Os estudantes universitários praticam escolhas racionais e envolvem-se em comportamentos com base nas percepções de potenciais riscos e benefícios (Goldberg,

Halpern-Felsher e Millstein, 2002; cit in Patrick & Maggs, 2010). Neste seguimento, mediante a literatura, a percepção de risco é estimada pelos jovens estudantes, como cerca de metade do risco real, com base nas consequências dos seus comportamentos sexuais experienciados (Roberts & Kennedy, 2006).

Quando o comportamento de risco vivenciado não acarreta consequências negativas, irá produzir ao indivíduo uma falsa sensação de segurança, resultando na possibilidade de se aliciar a repeti-lo (Weinstein, 1989; cit in Johnson, McCaul & Klein, 2001).

De acordo com Gomes (2008) quanto maior for a percepção de risco, maior serão adotados o uso de métodos contraceptivos, como o uso do preservativo. Por conseguinte, quando a percepção de risco está enviesada, traduz-se na adoção de comportamentos de risco como envolvimento em relações desprotegidas, o uso de substâncias alcoólicas e a relação com múltiplos parceiros sexuais (Roberts & Kennedy, 2006). Portanto uma baixa percepção de risco, conseqüentemente se traduz num sentimento de invulnerabilidade ao perigo (Reis, Ramiro & Matos, 2009).

No entanto, vários autores, concluíram que apesar dos indivíduos perceberem que são vulneráveis ao risco de contrair VIH, não falam sobre essa questão com o parceiro (Adebeji, Abiona, Balogun & Lukobo-Durrel, 2009).

As investigações afirmam que a comunicação entre parceiros, constitui um dos factores fundamentais na negociação com o uso do preservativo, como também a confiança entre parceiros, incentiva à prática de sexo seguro (MC-Quiston & Gordon, 2000; cit in Weinstein, Walsh & Ward, 2008).

Quanto ao risco na comunidade, Roberts, Boker, Oh e DiClemente (2000), revelam que os jovens universitários são indivíduos conscientes aos perigos face ao VIH e evidenciam que os jovens do sexo masculino apresentam maior percepção.

As mulheres são mais propensas a adoptar estratégias para a redução de consequências na interação sexo-álcool. Além disso, são as mais evidenciadas com características em evitar os riscos sexuais, tais como a gravidez não desejada e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (CDC, 2008; cit in Lewis, Rees, Logan, Kaysen & Kilmer, 2010).

### **2.3. Consumo de Álcool e Droga**

Brown e Vanable (2007), acrescentam uma variável indispensável como consequência de comportamento sexual de risco, o álcool, citando que o consumo é altamente prevalente entre estudantes universitários e que pode contribuir para altos índices de risco sexual. Neste seguimento, há evidências de uma forte relação entre o consumo de álcool e o comportamento sexual de risco entre estudantes universitários (Parks, Hsieh, Bradizza, & Romosz, 2008).

Estudos revelam que é importante estabelecer ligação entre consumos de álcool e comportamentos sexuais de risco em jovens adultos, uma vez que este tema assume preocupação relevante de saúde pública (Brown & Vanable, 2007).

Na transição para o ensino superior, os jovens universitários deparam-se com um novo contexto sociocultural com festas académicas com a finalidade de integrar os alunos, marcadas pelo o aumento significativo do consumo de álcool (Vaughan & Corbin, 2009). De acordo com Rocha (2011) as festas académicas são contextos favoráveis ao consumo abusivo de álcool e de outras substâncias psicoativas.

Existem evidências de que não há uma única razão que leve ao consumo de drogas, mas vários factores que podem influenciar o consumo, nomeadamente individuais, sociais, familiares e ambientais (Negreiros, 2006; cit in Silva, 2008).

Os estudantes universitários revelam, nas mais diversas investigações, expectativas positivas relativamente ao consumo de álcool, como, beber para obter recompensas sociais, para melhorar o humor e para evitar a alienação social. Segundo Patrick e Maggs (2010), possuem a crença de que o álcool possibilita experiências agradáveis (NIAAA, 2006; cit in Rocha 2011), aumenta a sociabilidade e reduz o stress e a tensão (LaBrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen & Marriot, 2010), de busca de sensações (Carlson, Johnson & Jacobs, 2010), menor inibição na tomada de decisão, aumentando a possibilidade de estar fisicamente íntimo (Owen & Fincham, 2011), aumento do desejo sexual (Peuker, Fogaça & Bizarro, 2006; cit por Rocha, 2011), desinibidor e estimulante da excitação e facilitador de possíveis contactos sociais e sexuais com o sexo oposto (Lorga, 2003; cit in Silva, 2008).

O álcool, ao contrário da valorização dos jovens, acarreta consequências negativas, como o facto de prejudicar a atividade motora e habilidades cognitivas (LaBrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen & Marriot, 2010), além de afectar o comportamento

sexual (Cooper, 2002; George & Stoner, 2000; Kaly, Heesacker & Frost, 2002; cit in Brown & Vanable, 2007), e proporcionar a agressão (Zuckerman, 2006; cit in Carlson, Johnson & Jacobs, 2010). E de acordo com vários autores, evidenciam que apesar do facto do álcool produzir depressão do sistema nervoso central, muitos abusadores de álcool, tanto homens como mulheres, revelam que obtém melhoria no funcionamento sexual (Rawson, Washton & Domier, 2002) concluem que o uso de álcool aumenta a excitação sexual subjetiva e o prazer das mulheres, enquanto diminui a sua excitação fisiológica.

No que concerne ao género, o álcool parece desempenhar um papel central nos relacionamentos interpessoais no sexo masculino, como forma de cultivar amizades, suporte e intimidade (Gilchrist, Smith, Magee & Jones, 2012). Amaral e Saldanha (2006; cit in Reis, 2012), advogam que os rapazes representam a bebida como ligada à festa e ao prazer (mulher e festa). Deste modo, tal não se verifica nas mulheres, pois, evidenciam maior contacto na amizade, que tendem a ser mais íntimas do que os homens (Capone & Wood, 2007) e também apresentam maior predisposição à necessidade de se proteger de riscos sexuais causados pelo consumo de álcool (Lewis, Rees, Logan, Kaysen & Kilmer, 2010).

Segundo alguns estudos de Moreira (2000; cit in Ferreira 2008), referem que o consumo de álcool ou de drogas é comum entre os universitários.

O consumo de álcool assume a problemática nos estudantes do ensino superior, todos os anos, cerca de 40% dos estudantes iniciam consumos abusivos (Devos-Comby & Lange, 2008). Refletindo-se no excessivo consumo de quantidades de álcool, revelam consumir quatro ou mais bebidas de uma vez (Hillman, Berkley-Patton, Mosher & McCluskey-Fawcett, 2002; cit in Gullette & Lyons, 2005) e cerca de dois em cada cinco estudantes universitários consomem álcool frequentemente, sendo observável mais no sexo masculino (Wechsler et al, 2002; cit in Carlson, Johnson & Jacobs, 2010). Num estudo realizado pelo NIAAA (2006; cit in Rocha, 2011), 45% dos jovens do sexo masculino revelam ter tido ingerido cinco ou mais bebidas em pelo menos três ocasiões, comparativamente com o sexo feminino (26%), nas últimas duas semanas. Matos e colaboradores (2006; cit in Silva, 2008) demonstraram, que os jovens portugueses do sexo masculino apresentam maiores consumos de álcool do que as jovens portuguesas do sexo feminino.

Segundo o relatório do ESPAD (2007; cit in Rocha, 2011), a bebida mais consumida em contexto académico é a cerveja (40%), as bebidas espirituosas (30%) e o

vinho (13%). Deste modo, pode-se concluir mediante os inúmeros resultados obtidos em alguns estudos (Ferreira, 2008), que o álcool constitui um problema para os estudantes universitários, pois pode levar a consequências nefastas como os comportamentos de risco, ter o impacto no desempenho académico (McGee & Kypri, 2004). Assim, pode potenciar o consumo de substâncias ilícitas, e o comportamento sexual, como gravidez não planeada, e os riscos de infecções do VIH e outras ISTs (Ferreira, Pereira & Albuquerque, 2008; cit in Silva, 2008), relações sexuais desprotegidas, envolver-se em brigas (Ferreira, 2008; cit in Gullette & Lyons, 2005), o não uso do preservativo com múltiplos parceiros (LaBrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen & Marriot, 2010) e conduzir alcoolizado (Schwartz, 2008; cit in Beck, Kasperski, Caldeira, Vincent, O'Grady & Arria, 2010).

Mediante o estudo de Brown e Venable (2007), verifica-se que 47% dos participantes que bebiam antes de se envolver em relações sexuais, tinham sexo sem proteção (Labrie & colaboradores, 2005; cit in Reis & Matos, 2007). Neste âmbito, num estudo efectuado em Portugal a 666 estudantes do ensino superior, revelou que 13% dos inquiridos afirmaram ter tido relações sexuais depois de terem consumido álcool, confessando que tal comportamento não teria acontecido se não tivessem bebido, sendo a percentagem visivelmente superior nos homens (20,4%) do que nas mulheres (5,8%) (Santos, 2011; Reis, 2012).

Segundo os dados obtidos no “*Youth Risk Behavior*” (Eaton et al, 2008; cit in Reis, 2012), 22,5% dos jovens com experiências sexuais consumiram álcool ou drogas na última relação sexual, sendo os homens (27,5%) e as mulheres (17,7%).

Num estudo efectuado sobre o consumo de drogas, em nove cidades europeias, verificou-se que o sexo masculino e o sexo feminino consomem álcool, tabaco, cannabis, cocaína, LSD e ecstasy, contudo verifica-se consumos mais elevados com mais frequência (Calafat, Juan, Becona, Fernández, Carmena, Palmer, Sureda & Torres, 2000; cit in Rocha, 2011).

No que concerne ao consumo de álcool em relação ao sexo e idade, observa-se que a frequência de consumo aumenta com a idade e apresenta-se mais acentuada no sexo masculino do que no sexo feminino (Ferreira, 2008).

O estudo feito por Andrad, Ken-Correa, Tonhon, Boscovitz e Cabral (1997; cit in Rocha 2011), sobre as atitudes e o comportamento de estudantes universitários relativamente ao consumo de drogas e álcool, evidenciou que a variável “viver deslocados

de casa” assume-se como preditor de consumos mais elevados de álcool (82,3%), sendo verificado com menor prevalência no sexo masculino.

Os estudantes possuem conhecimentos e percebem o álcool como um factor de risco nas infecções sexualmente transmissíveis, como o VIH, mas continuam a utilizá-lo como forma de desinibição e facilitação do ato sexual (Simbayi, Mwaba & Kalichman, 2006; cit in Gomes, 2008)

Os jovens universitários demonstram em diversos estudos, que consideram as festas sem álcool, “Chatas” (Calvario, 1997; cit in Ferreira, 2008), nos primeiros encontros, muitas vezes activam altos níveis de restrição sexual e inibição nos comportamentos desejados, por causa da familiaridade reduzida do parceiro e preocupação sobre a história sexual do parceiro (MAluso, Demand, Arts & Hook, 2000; cit in Brown & Venable, 2007).

## **Conclusão ao capítulo II**

Verifica-se que os jovens universitários possuem conhecimentos face ao sexo seguro, no entanto não se traduz na adopção de comportamentos preventivos, como o uso do preservativo. De acordo com vários autores, existem vários factores que podem influenciar a ausência do uso consistente do preservativo, como a dificuldade de comunicação com o parceiro sexual, o consumo de substâncias, atitudes desfavoráveis e barreiras ao uso deste, percepções negativas ao seu uso como interrompem a experiência sexual, diminuição de prazer e autoeficácia. No entanto, este é o método contraceptivo mais mencionado entre estes jovens.

No que concerne às percepções de risco, a literatura evidencia que os jovens envolvem-se em comportamentos de risco, pois não percebem o risco na totalidade mas sim pela metade. E ao envolver-se nestes comportamentos que não tenham tido consequências negativas, continuam a repeti-los, traduzindo-se em envolvimento em relações desprotegidas, múltiplos parceiros.

Os consumos entre a população académica é acrescido e envolve a adopção de comportamentos de risco. De acordo com a literatura, estes bebem para obter recompensas, como experiências relacionais agradáveis, desinibição, busca de sensações e aumento do desejo sexual. Todavia, eles percebem o álcool como factor de risco para o VIH, mas

continuam a utiliza-lo como desinibidor. Quanto às quantidades nos consumos, verifica-se maiores taxas entre a população masculina.

No próximo capítulo, na parte empírica, vamos demonstrar se a problemática encontrada na revisão da literatura, relativamente aos jovens universitários, é homogénea entre a população académica portuguesa. Para tal quisemos perceber, os conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH, as barreiras face ao sexo seguro que os jovens possuem, os comportamentos sexuais face ao sexo seguro, se os jovens percebem o seu próprio risco e o da comunidade e se existe consumos antes de envolvimento em relações sexuais. E também tivemos o intuito de observar a diferença entre os géneros nestas variáveis.

**Parte II- Estudo Empírico**  
**Capitulo III - Metodologia**

---

O capítulo III, tem como intuito apresentar a parte empírica deste estudo, patenteando o objetivo e tipo de estudo, as hipóteses de investigação, as variáveis em estudo, a amostra e a sua caracterização, os instrumentos e os procedimentos de recolha e análise de dados e procedimentos estatísticos.

### **3.1. Objectivo e Tipo de Estudo**

Dada a importância que o sexo assume atualmente na comunidade e a influência que este exerce como factor relevante para comportamentos de risco e padrões de consumo (Ahlstrom, Bloomfield & Knibbe, 2001; cit in Rocha, 2011), torna-se relevante estudá-lo num grupo vulnerável, os estudantes universitários. Assim sendo para o presente estudo foram delineados os seguintes objectivos:

- Avaliar os conhecimentos dos jovens universitários face à prevenção e transmissão do HIV;
- Avaliar comportamentos sexuais dos jovens universitários;
- Avaliar a percepção de risco e as barreiras face a sexo seguro, dos estudantes universitários;
- Avaliar o consumo de álcool e drogas;
- Avaliar a relação entre as variáveis, conhecimentos, comportamento, percepção de risco e barreiras face ao sexo seguro, nos estudantes universitários;
- Contribuir para a criação e implementação de programas de intervenção junto de estudantes universitários.

No que concerne o design de estudo, trata-se de um estudo de natureza quantitativa, sendo que o carácter dos dados são de cariz numérico. Quanto ao momento de avaliação distingue-se como transversal, dado que apenas possui um momento de avaliação (Almeida & Freire, 2007).

Trata-se de um estudo correlacional, uma vez que visa estudar as variáveis e conhecer quais as relações entre si. Permitindo compreender e descrever fenómenos e possibilita explicar o comportamento humano por referencia das variáveis.

### 3.2. Hipóteses de Investigação

De acordo com a revisão teórica e os objectivos, foram construídas as seguintes hipóteses de estudo:

*Hipótese 1:* Espera-se uma relação positiva entre conhecimentos de transmissão e prevenção do HIV e comportamento sexual seguro (utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais);

*Hipótese 2:* Espera-se uma relação negativa entre barreiras face ao sexo seguro e comportamentos de risco;

*Hipótese 3:* Espera-se uma relação negativa entre a utilização de álcool, drogas e o comportamento sexual seguro;

*Hipótese 4:* Espera-se que existam diferenças significativas nas variáveis sociocognitivas e de comportamento (conhecimentos, consumo de drogas comportamentos, percepção de risco e barreiras face ao sexo seguro) em função do sexo.

### 3.3. Variáveis de Estudo

O presente estudo abarca variáveis Sociodemográficas para a caracterização da amostra, contendo itens como: sexo, idade, origem étnica, estado civil, escolaridade, residência, religiosidade, número de parceiros, se está grávida ou esteve e numero de filhos.

Com base na literatura foram distinguidas as variáveis *Sociocognitivas e de comportamento*, patenteiam os conhecimentos face à transmissão e prevenção de HIV, os comportamentos sexuais, a percepção de Risco (pessoal, comunitário e no parceiro), as barreiras face ao sexo seguro e o álcool e drogas. E *Variáveis Clínicas* que abarcam as Infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e VIH\SIDA.

### **3.4.Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados**

No que respeita aos procedimentos, o presente estudo obedecerá de forma cronológica às seguintes etapas, após definição da metodologia de estudo que compreende a delineação do desenho de estudo, as variáveis, a seleção da amostra e dos instrumentos, que foram definidos com base no método e fundamentalmente com base nos objectivos de estudo, foi seleccionada uma universidade, Universidade do Minho, de seguida foi requerida a autorização, efectuada por email, patenteando, a identificação, os objectivos de estudo e solicitação da autorização para a recolha de dados (Anexo I). Após a autorização e de delinear com a com a universidade a melhor estratégia para recolha dos dados, esta foi efectuada em dois momentos no campus universitário durante os intervalos e pausas de aulas. Assim, foi solicitada a participação a cada individuo e distribuídos os consentimentos informados (Anexo II), que transmitem ao sujeito que a participação é voluntária, bem como todos os aspectos éticos e deontológicos de forma a salvaguardar os direitos e deveres dos participantes e do examinador. Aceite a participação prosseguiu-se à distribuição dos instrumentos.

Posteriormente procedeu-se ao tratamento de dados de forma a obter os resultados estatísticos da amostra. Neste sentido, a análise de dados é efectuada respeitando o método de estudo, portanto, uma vez que se trata do método quantitativo, os dados recolhidos serão convertidos em ordem numérica.

É de salientar que foram tidas em conta em todo o processo nesta investigação, todas as questões éticas, bem como a responsabilidade, o respeito pelos outros, respeito pela dignidade humana, integridade, privacidade, confidencialidade bem como todas as responsabilidades éticas, no contacto com os participantes, na recolha de dados, análise e armazenamento e na divulgação dos resultados.

### **3.5.População e Amostra**

A população deste estudo é constituída por estudantes universitários. Para a seleção da amostra foi utilizado o método de amostragem não probabilístico ou não aleatório, com o intuito de efetuar uma amostragem objectiva. A amostra é constituída por 135 participantes do sexo feminino e masculino.

Os critérios de inclusão definidos de forma a corresponder aos objectivos delineados, foram os sujeitos que frequentam o ensino superior, sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos e a participação de ambos os sexos.

### 3.5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

No quadro 1, demonstram-se as características sociodemográficas da amostra com 135 sujeitos, sendo que 84 são do sexo feminino (53.2%) 51 sujeitos são do sexo masculino, (32.3%). A idade dos sujeitos é compreendida entre os 18 e 25 anos, com uma média de 21.09 anos e com um desvio padrão 1.93.

83,5% da amostra é de origem caucasiana (132 sujeitos), 1.3% de origem africana (1 sujeito) e 0.6% de origem afro-americana (1 sujeito).

Quanto ao estado civil, 83.5% dos participantes são solteiros (132 indivíduos), verifica-se que apenas um está casado, (0,6%) e 2 sujeitos vivem em união de facto (1,3%).

No que concerne à religião, 119 participantes mencionam ser cristãos (75,3%), 15 sujeitos referem ser de outra religião que não especificaram (9,5%). Considerando-se 14.6 % praticante, 32.9% não praticante e 37.3% mais ou menos.

No que concerne à variável residência 49.4% dos participantes vivem com os pais (78 sujeitos), 3.2% vive com familiares (5 indivíduos), 15.2% vive com amigos (24 sujeitos), 3.8% com o companheiro (6 sujeitos), 9.5% vive na residência (15 indivíduos) e 4.4% vive sozinho (7 sujeitos).

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=135)

	N	%	M	DP	Mínimo	Máximo
<b>Sexo</b>						
Feminino	84	53.2				
Masculino	51	32.3				
<b>Idade</b>			21.09	1.93	18	25
<b>Origem Étnica</b>						
Caucasiana	132	97.8				
Africana	1	1.5				

Afro-Americana	1	0.7
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	132	83.5
Casado	1	0.6
União de Facto	2	1.3
<b>Religião</b>		
Cristão	119	75.3
Outra	15	9.5
<b>Considera-se:</b>		
Praticante	23	14.6
Não Praticante	52	32.9
Mais ou Menos	59	37.3
<b>Vive com:</b>		
Com os pais	78	49.4
Com familiares	5	3.2
Com amigos	24	15.2
Com companheiro	6	3.8
Residência universitária	15	9.5
Sozinho (a)	7	4.4

### 3.5.2. Caracterização Clínica da Amostra

No quadro 2, apresenta-se a caracterização clínica da amostra (N=135). Pode-se constatar quanto ao nível de parceiros atuais revelam no mínimo 0 e no máximo dois parceiros (.56%). Quanto ao número de parceiros no último ano, observa-se no mínimo 0 e máximo 4 (1.0%) e número de parceiros ao longo da vida verifica-se no mínimo 0 e no máximo 17 (2.2%).

De acordo com o quadro não se verificam participantes com gravidez (100%). Relativamente à possibilidade de ter estado grávida, 2 dos participantes tiveram resposta positiva (1.3%) e 133 dos participantes revelaram que nunca estiveram grávidas (84,2%).

No que concerne ao número de filhos, os resultados demonstram que no mínimo foram divulgados 0 filhos e no máximo 2 filhos.

Quadro 2 – Caracterização Clínica da Amostra (N=135)

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b><i>Nº de Parceiros</i></b>						
Nº Parceiros Sexuais Atuais	135	100	0.56	0.54	0	2
1 ou nenhum	132	97.8				
Mais do que 1	3	2.2				
Nº Parceiros no último ano	135	100	1.00	0.91	0	4
1 ou nenhum	106	78.5				
Mais do que 1	29	21.5				
Nº Parceiros ao longo da vida	135	100	2.20	2.17	0	17
1 ou nenhum	67	49.6				
Mais do que 1	68	50.4				
<b><i>Grávida:</i></b>						
Sim	0	0				
Não	135	100				
<b><i>Já esteve Grávida</i></b>						
Sim	2	1.5				
Não	133	98.5				
<b><i>Nº de Filhos</i></b>	135	100	0.03	0.21	0	2

### **3.6. Instrumentos**

#### **3.6.1. Questionário Sociodemográfico (Alves & Costa, 2012)**

O Questionário Sociodemográfico, apresenta-se como relevante para a caracterização sócia-demográfica e clínica da amostra em estudo. É constituída por 12 itens, de autorresposta. Os itens para caracterização sociodemográfica são, sexo, idade,

origem étnica, estado civil, nível de escolaridade, local de residência e religiosidade. Para a caracterização clínica da amostra é constituídos pelos itens, número de parceiros sexuais em três momentos, parceiros atuais, no último ano e ao longo da vida, se está grávida ou alguma vez teve e o número de filhos (Anexo III).

### **3.6.2. Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH (ECTP\VIH)**

A Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH (ECTP\VIH), construída por Hobfoll e col. (1993, 2002), adaptado por Costa e McIntyre (2002; cit in Costa, 2006). Avalia os conhecimentos sobre os comportamentos que incitam a transmissão bem como a prevenção do VIH. Consiste numa escala de 14 itens selecionados a partir de 16, construídos num estudo do Serviço Nacional de Saúde Pública dos EUA (U.S. Public Health Service – AIDS Information Survey, 1988; Hobfoll et al., 1993; Hobfoll et al., 2002)

Os 14 itens dividem-se em duas subescalas, em que 8 itens são referentes ao conhecimento face ao risco de transmissão, patenteiam itens de que a infecção de VIH é plausível a partir de partilha de seringas (como, Partilhar seringas para uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?), simples contacto físico que não implicam contacto de risco sanguíneo (como, trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?; comer num restaurante em que o cozinheiro tem VIH/Sida?) ou questões ambientais (como, usar casas de banho públicas?). E 6 itens que calculam o conhecimento dos métodos de prevenção relativos ao contacto sexual, contém questões sobre os métodos adoptados eficazes para evitar o contágio (como, usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA; usar apenas gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar a SIDA). Cotadas numa escala de *likert* de três possíveis respostas, Verdadeiro, Falso e Não sei (Costa, 2006).

Em termos de fidelidade do instrumento aferido à população portuguesa, de forma a avaliar a consistência interna, foi calculado o *alfa de Cronbach*, revelando boa consistência interna com um coeficiente elevado (.89) (Costa, 2006) (Anexo IV).

## Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para proceder à análise das características psicométricas de modo a determinar a avaliação da fidelidade, foi utilizado o teste de *Alpha Cronbach*. Neste sentido verifica-se mediante o quadro 3, que a nível de consistência interna para a Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH, é na totalidade de .58 revelando um nível baixo traduzindo-se apenas num instrumento aceitável.

Quadro 3 – Resultados da análise da Consistência interna da Escala de Conhecimentos sobre a Transmissão e Prevenção de VIH

<b>Itens</b>	<b>Correlação com o Total da Escala (corrigida)</b>	<b>Alfa de o item for eliminado</b>
...trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?	,27	,51
...comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?	,25	,52
...apertar as mãos, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?	,20	,53
..partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?	,44	,47
..usar casas de banho públicas?	,27	,51
..partilhar seringas para uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?	,26	,52
..apanhar com a tosse ou com o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?	,28	,51
..através de mosquitos ou outros insectos infectados com o VIH/SIDA?	,02	,57
Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para evitar a SIDA	,05	,56
Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA	,32	,51

Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA	,17	,54
Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar a SIDA	,12	,55
O coito interrompido é um método eficaz para evitar a SIDA	,26	,52
Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz	,14	,54
<b>Total da Escala</b>		<b>,58</b>

### 3.6.3. Questionário de comportamento sexual passado

O Questionário de comportamento sexual passado, adoptados por Hobfoll e col. (2002) de um estudo de Kelly, St. Lawrence, Hood e Bransfield (1989), utilizado para um estudo de preditores de comportamento de risco, no estudo *Women's Health Study Questionnaire*, foi adaptado para a versão portuguesa por Costa e McIntyre (2002; cit in Costa, 2006).

Caracteriza-se por avaliar o comportamento sexual em distintos períodos de tempo. Contém cerca de 25 itens, repartidos pelas dimensões, atividade sexual de risco (como, relação vaginal, anal e oral), a atividade Sexual segura com práticas preventivas, como a utilização do preservativo, a pratica de sexo em troca de dinheiro ou droga e a utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais. Num formato de resposta de indicação do número de vezes em que o comportamento ocorreu, em três momentos diferentes, duas semanas, dois meses e seis meses (Costa, 2006).

Para a caracterização da amostra em termos da sua atividade sexual, dividiu-se as respostas em dois índices parciais 1: atividade sexual de risco (relação vaginal, oral e anal) e a 2: atividade sexual segura com praticas preventivas (utilização do preservativo) (Costa, 2006).

A nível de consistência interna da escala aferida à população portuguesa, no estudo que adaptou o instrumento, não foi efectuado um estudo de fidelidade, uma vez que o instrumento não constituía uma variável para o teste de hipóteses (Costa, 2006).

### **3.6.4. Atitudes e outros comportamentos relacionados com SIDA (ACS)**

A Escala Atitudes e outros Comportamentos relacionados com SIDA (ACS), de Hobfoll e col. (2002), adaptada para a versão portuguesa por Costa e McIntyre (2002; cit in Costa, 2006).

Consiste num questionário constituído por itens de percepção de risco, de risco pessoal (como, acredito que o meu comportamento sexual atual implica a seguinte probabilidade de eu contrair SIDA:) e de risco na comunidade (como, Acredito que o meu contacto sexual entre um homem e uma mulher na minha comunidade envolve a seguinte probabilidade de contrair SIDA:), numa escala de *likert* de 4 pontos, sem risco, baixo risco, risco moderado e risco elevado. A estes dois itens agrupa-se outro, “Converso sobre SIDA e sobre a prevenção da SIDA”, com três possibilidades de resposta. E um item referente à discussão com os parceiros sobre SIDA (como, Converso sobre SIDA e sobre prevenção da SIDA:), numa escala de *Likert* de três respostas possíveis, Com todos os parceiros, com alguns parceiros mas não com os outros e raramente ou nunca (Costa, 2006).

### **3.7.1. Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro (BASSB)**

O Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro (BASSB), foi desenvolvido por Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994), com o intuito de observar as barreiras que as mulheres possuíam face ao sexo seguro e adaptado para a população portuguesa por Costa e McIntyre (2002; cit in Costa (2006).

Consiste numa escala que avalia as razões para não praticar comportamentos sexuais seguros na relação (como, Acho que o sexo seguro tira o prazer; Estou numa relação com um parceiro(a) não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa). O questionário é constituída por 11 itens, com quatro possibilidades de resposta, Discordo totalmente, Discordo, Concordo e Concordo totalmente. Para uma melhor caracterização da amostra os itens foram agrupados em quatro dimensões, ausência de percepção de risco, atitudes negativas em relação ao sexo seguro, percepção da atitude do parceiro como negativa e percepção de baixa autoeficácia na comunicação (Costa, 2006).

A nível de consistência interna, esta escala apresenta os *Alpha de Cronbach* distinguidos por dimensões, assim sendo para a ausência de percepção de risco (.79), nas atitudes negativas em relação ao sexo seguro (.66), na percepção negativa da atitude do parceiro (.78) e na percepção de baixa autoeficácia na comunicação (.56), mediante os estudos os níveis revelam-se como aceitáveis, apesar de uma delas apresentar valores mais baixos (Costa, 2006).

### Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para proceder à análise das características psicométricas de modo a determinar a avaliação da fidelidade, foi utilizado o teste de *Alpha Cronbach*, tanto para observar o nível de consistência na totalidade dos itens como das subescalas. Assim, verifica-se de acordo com o quadro 4, que a nível de consistência interna para o questionário de barreiras: razões para não praticar sexo seguro, apresenta na totalidade dos itens um alfa de .74, o que revela um nível razoável traduzindo-se num instrumento aceitável.

Quadro 4 – Resultados da análise da Consistência interna do Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro

<i>Itens</i>	<b>Correlação com o Total da Escala (corrigida)</b>	<b>Alfa de o item for eliminado</b>
Escolhi ser abstinente (ou seja, optei por não ter relações sexuais)	-,15	,78
Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa	,19	,73
Por vezes, não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais	,24	,72
Sou demasiado envergonhada	,19	,72
Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e	,39	,70

fazer o que eu quero		
Acho que o sexo seguro tira o prazer	,59	,67
Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para o VIH.	,56	,63
O meu parceiro(s) não está em risco	,44	,69
O meu parceiro(s) não gostaria de práticas sexuais seguras	,66	,66
O meu parceiro(s) iria opor-se	,67	,67
Não posso falar com o meu parceiro(s) sobre isso	,48	,69
<b>Total da Escala</b>		<b>,74</b>

No que concerne, ao nível de fidelidade nas subescalas, verifica-se na subescala *Ausência de Percepção de risco* .69 de consistência interna, revelando um nível baixo mas aceitável, na subescala *atitudes negativas em relação ao sexo seguro* observa-se um valor muito baixo o que revela o coeficiente fraco (.37), na *Percepção negativa da atitude parceiro*, verifica-se um nível de consistência interna Bom, com um Alfa de .86 e na *Percepção de baixa autoeficácia na comunicação*, o nível de consistência interna é de .50 que se traduz em aceitável, apesar de valor baixo.

Quadro 5 – Resultados da análise da Consistência interna do Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro – Subescalas

<i>Subescalas</i>	<i>Consistência Interna</i> <i>Alfa de Cronbach</i>
Ausência de Percepção de risco	,69
Atitudes negativas em relação ao sexo seguro	,37
Percepção negativa da atitude parceiro	,86
Percepção de baixa autoeficácia na comunicação	,50

### 3.7.2. Questionário sobre o uso de álcool e drogas

O Questionário sobre o uso de álcool e drogas de Hobfoll e col. (2002), desenvolvido por Hobfoll et al (2002) e adaptado para a população portuguesa por Costa e McIntyre (2002; cit in Costa, 2006).

Consiste na frequência de ingestão de bebidas alcoólicas e consumo de drogas. Contém 10 itens, relativos à quantidade de uso de álcool e drogas (como, durante as últimas duas semanas, bebeu uma ou mais tipos de bebida com álcool?; durante os últimos dois meses quantas vezes usou drogas?) e ao número de vezes que teve relações sexuais após os consumos (como durante as últimas duas semanas, quantas vezes, usou drogas antes de ter relações sexuais), distribuídas por diferentes períodos de tempo, nas e últimas duas semana e últimos dois meses (Costa, 2006).

Quanto o nível de consistência interna, no estudo no qual foi utilizado o instrumento aferido à população portuguesa, não é revelado (Costa, 2006).

### 3.8. Procedimentos Estatísticos

Quanto à análise e tratamento de dados, de acordo com o carácter quantitativo do estudo, foi efectuada através do programa estatística descritiva, *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.

Inicialmente, para a caracterização da amostra foi efectuada a estatística descritiva de forma a descrever variáveis nominais e intervalares.

Foi realizado o teste *Alpha de Cronbach*, para análise dos índices psicométricos, de forma a compreender os níveis de consistência interna dos instrumentos.

Posteriormente passou-se à realização da análise exploratória com o intuito de observar se amostra em estudo segue a normalidade, assim, foi efectuada o teste *kolmogorov-Smirnov*. De acordo com os resultados obtidos na análise exploratória dos dados, estes revelaram a não existência de normalidade e homogeneidade na distribuição, assim sendo recorreremos a testes não paramétricos na análise dos dados recolhidos. Ou seja, a amostra em estudo apresenta um valor de significância  $<.05$ , que se traduz numa distribuição não normal.

Após a análise exploratória, os testes utilizados foram o teste de *Spearman Rho* para analisar a correlação das variáveis e o teste de *Mann-Whitney* para observar as diferenças de género.

**Capitulo IV**  
**Apresentação dos Resultados**

---

Este capítulo, caracteriza-se pela apresentação dos resultados tratados estatisticamente a partir dos dados recrutados da amostra, de forma a apresentar a descrição dos testes das hipóteses de estudo.

## **4.2. Resultados dos Testes de Hipóteses**

### **4.2.1. Hipótese 1:**

*Espera-se uma relação positiva entre conhecimentos de transmissão e prevenção do VIH e o comportamento sexual seguro (utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais);*

De forma analisar a correlação evidenciada na hipótese de estudo, entre os conhecimentos de transmissão e prevenção do VIH e os comportamento sexuais seguros, observados através da questão que aborda utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais, efetuamos um teste não paramétrico uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal, o teste de *Spearman*.

A *Hipótese 1*, mediante os resultados obtido, é rejeitada, logo não se observa uma relação positiva entre o conhecimento de transmissão ( $r=.157$ ,  $p\leq.05$ ) e prevenção ( $r= .027$ ,  $p\leq .05$ ) do VIH e o comportamento sexual seguro. Portanto não se confirma que pelo facto de possuir conhecimentos a cerca da transmissão e prevenção do VIH, os participantes adotem comportamentos sexuais seguros, isto é, o uso preservativo.

De acordo com os resultados obtidos representados no quadro 6, foram encontradas correlações baixas nas duas subescalas, portanto na subescala de Conhecimento sobre a Transmissão do VIH e comportamento sexual seguro e uso do preservativo (.157) e na subescala Conhecimentos sobre a Prevenção do VIH e a adopção de comportamentos sexuais seguros e uso do preservativo (.027).

Quadro 6 – Correlação de *Spearman* entre os Conhecimentos sobre transmissão e prevenção do VIH e o Comportamento sexual seguro

	Comportamento Sexual Seguro/Use do Preservativo, nos últimos quatro atos sexuais	
	Coefficiente de Correlação	Sig.
Conhecimento sobre a Transmissão do VIH	.157	.068
Conhecimentos sobre a Prevenção do VIH	.027	.757

\*Correlação com significância de 0,05

#### 4.2.2. Hipótese 2:

*Espera-se uma relação negativa entre barreiras face ao sexo seguro e comportamentos sexuais seguros/uso do preservativo;*

De modo a analisar uma correlação negativa entre as barreiras face ao sexo seguro e os comportamentos de risco, foi utilizado o teste de *Spearman*, caracterizado por um teste não-paramétrico visto que a análise exploratória dos dados não segue uma distribuição normal. Neste sentido foram utilizados o Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro (BASSB) e o Questionário dos comportamentos sexuais seguros, observado através de uma questão que aborda utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais.

De acordo com os resultados obtidos, representados no quadro 7, a *hipótese 2* é parcialmente aceite, assim sendo, observa-se uma relação negativa entre o comportamento face ao sexo seguro/uso do preservativo e as barreiras face ao sexo seguro, na subescala Percepção de Baixa Autoeficácia na Comunidade. Então podemos concluir que os resultados obtidos foram estatisticamente significativos (.012) e que se verifica uma correlação em que as barreiras face ao sexo seguro, não interferem no comportamento

sexual seguro/uso do preservativo. Logo, não significa que as barreiras ao uso do preservativo vão interferir na adoção de comportamentos sexuais seguros.

No entanto, mediante os resultados, não parece existir uma correlação negativa nas restantes subescalas, Ausência de percepção de risco, Atitudes negativas em relação ao sexo seguro, Percepção negativa da atitude do parceiro e Comportamento sexual seguro/uso do preservativo. Ou seja quem possui barreira face ao sexo seguro, parece não adoptar comportamentos sexuais seguros ou seja não usa preservativo.

De acordo com o quadro 9, verificamos a existência de correlações baixas entre as barreiras face ao sexo seguro e o comportamento sexual seguro. Evidenciando na subescala ausência de percepção de risco e o comportamento sexual seguro ( $r=.044, p \leq .05$ ), na subescala atitudes negativas em relação ao sexo seguro e o comportamento sexual seguro ( $r=.083, p \leq .05$ ), na percepção negativa da atitude do parceiro e o comportamento sexual seguro ( $r=.137, p \leq .05$ ) e na subescala percepção de baixa autoeficácia na comunidade e o comportamento sexual seguro ( $r=.216 p \leq .05$ ).

Quadro 7 - Correlação de *Spearman* entre as variáveis barreiras face ao sexo seguro e comportamentos sexuais seguros/uso do preservativo;

	Comportamento Sexual Seguro/Usado do Preservativo, nos últimos quatro atos sexuais	
	Coeficiente de	
	Correlação	Sig.
Ausência de Percepção de Risco	.044	.611
Atitudes Negativas em Relação ao Sexo Seguro	.083	.336
Percepção Negativa da Atitude do Parceiro	.137	.113
Percepção de Baixa Autoeficácia na Comunidade	.216*	.012

\*Correlação com significância de 0,05

### 4.2.3. Hipótese 3:

*Espera-se uma relação negativa entre a utilização de álcool, drogas e o comportamento sexual seguro;*

Para testar a *hipótese 3*, foi utilizado o teste não paramétrico de *Spearman*, uma vez que após a análise exploratória os dados obtidos através dos sujeitos da amostra, não evidenciam uma distribuição normal.

A correlação foi efectuada entre as escalas, Questionário de comportamento sexual passado, com uma questão que aborda a utilização do preservativo nos últimos atos sexuais e o Questionário sobre o uso de álcool e drogas, com os itens relativos aos consumos de drogas e álcool antes dos atos sexuais.

De acordo com o quadro 8, podemos verificar que a *hipótese 3*, é rejeitada, uma vez que não existe uma relação significativa entre as variáveis, logo, não se verifica que o consumo de drogas e álcool não interferem na adopção de comportamentos sexuais seguros ou na utilização do preservativo nas relações sexuais após os consumos.

Podemos analisar no quadro abaixo descrito que se verifica correlações com nível negativo entre os factores de comportamento sexual seguro e o consumo de drogas antes de ter relações sexuais nos dois períodos de tempo, nas últimas duas semanas ( $r=-,135, p\leq ,05$ ) e nos últimos dois meses ( $r=-,138, p\leq ,05$ ).

Pode-se verificar a existência de correlações com um nível de baixo entre as variáveis, comportamentos sexuais seguros e o consumo de álcool antes de ter relações sexuais nos dois períodos de tempo, nas últimas duas semanas ( $r=,135, p\leq ,05$ ) e nos últimos dois meses ( $r=,068, p\leq ,05$ ).

Quadro 8 - Correlação de *Spearman* do Consumo de drogas e álcool e comportamento sexual seguro

	Comportamento Sexual Seguro/ Uso do Preservativo, nos últimos quatro atos sexuais	
	Coefficiente de Correlação	Sig.
Consumo de álcool, antes de ter relações sexuais, nas duas últimas semanas	,135	,119
Consumo de droga, antes de ter relações sexuais, nas últimas duas semanas	-,135	,125
Consumo de álcool, antes de ter relações sexuais, nos últimos dois meses	,068	,432
Consumo de droga, antes de ter relações sexuais, nos últimos dois meses	-,138	,112

\*Correlação com significância de 0,05

#### 4.2.4. Hipótese 4:

*Espera-se que existam diferenças significativas nas variáveis sociocognitivas e de comportamento (conhecimentos, consumo de álcool e drogas, comportamentos, percepção de risco e barreiras face ao sexo seguro) em função do sexo.*

Para testar a hipótese número quatro também se recorreu a testes não paramétricos, sendo que através da análise exploratória dos dados não se verificou uma distribuição normal na amostra. Neste sentido foi utilizado o teste de *U Mann-Whitney* de forma a observar se existe diferença entre dois grupos, entre géneros.

Foram utilizadas as variáveis, conhecimentos com Escala de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH, a variável consumo de álcool e drogas através do Questionário sobre o uso de álcool e drogas, a variável comportamentos com a questão utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais, do Questionário de

comportamento sexual passado, a variável percepção de risco com a escala Atitudes e outros comportamentos relacionados com SIDA e as barreiras face ao sexo seguro através Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro, de modo a verificar as diferenças existentes em função do sexo.

Através do quadro 9, podemos verificar que a hipótese 4 é parcialmente aceite, logo existe diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino, em algumas variáveis. Numa análise discriminativa, podemos concluir que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros, nas variáveis comportamento sexual seguro  $p.023$  ( $Z(U) = -2.27, p \leq .05$ ); numa questão da variável, percepção de risco, isto é, existe diferenças na percepção de risco na comunidade  $p.038$  ( $Z(U) = -2.07, p \leq .05$ ); no consumo de álcool antes de ter relações sexuais, nos dois períodos de tempo, duas semanas  $p.015$  ( $Z(U) = -2.431, p \leq .05$ ) e dois meses  $p.020$  ( $Z(U) = -2.33, p \leq .05$ ) mediante o género.

No entanto não se verificam diferenças significativas entre as variáveis conhecimento de transmissão face ao VIH  $p.834$  ( $Z(U) = -.209, p \leq .05$ ) e conhecimento de prevenção face ao VIH  $p.262$  ( $Z(U) = -1.12, p \leq .05$ ); no consumo de drogas antes de ter relações sexuais, nos dois períodos de tempo, duas semanas  $p.334$  ( $Z(U) = -.966, p \leq .05$ ) e dois meses  $p.300$  ( $Z(U) = -1.03, p \leq .05$ ), em função do género; na percepção de risco pessoal  $p.342$  ( $Z(U) = -.950, p \leq .05$ ); nas barreiras ao uso do preservativo, na subescala Ausência de Percepção de Risco  $p.271$  ( $Z(U) = -1.10, p \leq .05$ ), na subescala Atitudes negativas em relação ao sexo seguro  $p.687$  ( $Z(U) = -.403, p \leq .05$ ), na subescala Percepção negativa da atitude do parceiro  $p.669$  ( $Z(U) = -.427, p \leq .05$ ), e na subescala Percepção de baixa autoeficácia na comunidade  $p.634$  ( $Z(U) = -.477, p \leq .05$ ) e o género.

No que respeita as diferenças entre géneros, os sujeitos do sexo masculino da amostra, evidenciam valores acima dos valores obtidos pelos sujeitos do sexo feminino, em quase todas as variáveis, à exceção da variável conhecimento de transmissão e nas barreiras na subescala Percepção de baixa autoeficácia na comunidade, em que o sexo feminino obteve valor superior. Assim sendo, os sujeitos do sexo masculino revelam ter maior conhecimentos na prevenção do VIH ( $72.67 > 65.17\%$ ), evidenciam maior tendência a consumir álcool nas duas semanas ( $70.34 > 66.58$ ) e nos dois meses ( $75.83 > 63.24$ ) e drogas nas duas últimas duas semanas ( $70.34 > 66.58$ ) e nos últimos dois meses ( $70.51 > 66.48$ ) antes de terem relações sexuais. têm mais comportamentos sexuais seguros com maior utilização do preservativo ( $77.03 > 62.52$ ), possuem maior percepção de risco tanto nos próprios ( $71.60 > 65.82$ ) como na comunidade ( $75.98 > 63.15$ ) e detêm mais

barreiras ao uso do preservativo, subescala Ausência de Percepção de Risco (72.71 > 65.14), na subescala Atitudes negativas em relação ao sexo seguro (69.70 > 66.97), na subescala Percepção negativa da atitude do parceiro (69.70 > 66.94). E o sexo feminino demonstra ter maior conhecimentos de transmissão (68.54 > 67.12) e na subescala Percepção de baixa autoeficácia na comunidade (69.22 > 65.99).

Quadro 9 – Resultados do teste *U Mann-Whitney*, para diferenças de gênero

	<i>Sig</i>	<i>Feminino Mean Rank</i>	<i>Masculino Mean Rank</i>	<i>Z</i>
Conhecimentos sobre a Transmissão do VIH	.834	68.54	67.12	-.209
Conhecimentos sobre a Prevenção do VIH	.262	65.17	72.67	-1.12
Consumo de álcool, antes de ter relações sexuais, nas duas últimas semanas	.015	66.58	70.34	-2.43
Consumo de droga, antes de ter relações sexuais, nas últimas duas semanas	.334	66.58	70.34	-.966
Consumo de álcool, antes de ter relações sexuais, nos últimos dois meses	.020	63.24	75.83	-2.33
Consumo de droga, antes de ter relações sexuais, nos últimos dois meses	.300	66.48	70.51	-1.03
Comportamento sexual nos últimos quatro atos sexuais	.023	62.52	77.03	-2.27
Percepção de Risco à comunidade:	.038	63.15	75.98	-2.07
Percepção de Risco Pessoal	.342	65.82	71.60	-.950
Ausência de Percepção de Risco	.271	65.14	72.71	-1.10

Atitudes Negativas em Relação ao Sexo Seguro	.687	66.97	69.70	-.403
Percepção Negativa da Atitude do Parceiro	.669	66.94	69.70	-.427
Percepção de Baixa Autoeficácia na Comunidade	.634	69.22	65.99	-.477

---

\*Correlação com significância de 0,05

**Capítulo V**  
**Discussão dos Resultados**

---

Este capítulo Discussão de resultados, tem como intuito apresentar os resultados descritos no capítulo anterior, integrados com a informação descrita na primeira parte desta dissertação, a revisão da literatura. Sendo a descrição efectuada pela ordem de apresentação de resultados.

## **5.1. Discussão dos Testes de Hipóteses**

### **5.1.1. Hipótese 1**

De acordo com a revisão da literatura, verifica-se homogeneidade entre os diversos estudos. Assim, relativamente à relação conhecimento/comportamento os estudos revelam que os estudantes universitários manifestam conhecimentos e mesmo quando se verifica um aumento destes, os jovens universitários evidenciam pouco efeito sobre a intenção de adoptar comportamentos sexuais seguros, Weinstein, Walsh & Ward (2008). No mesmo sentido, no que concerne aos conhecimentos sobre os comportamentos sexuais preventivos como o uso do preservativo, os estudantes mostram que possuem conhecimento sobre o preservativo e revelam saber que é um meio eficaz para a protecção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no entanto, não implica, na prática de comportamento de prevenção (Gomes, 2008). Lewis, Malow e Ireland (1997), revelam que os estudantes fazem esforços para reduzir o risco de VIH, mas relatam o não uso do preservativo. No mesmo sentido, vários autores mostram que estes jovens estão informados sobre as suas causas e consequências do sexo inseguro (Marsiglia, Jacobs, Nieri, Smith, Salamone & Booth, 2013), porém não significa que estes adoptem automaticamente um comportamento seguro (Ccholly et al., 2005; cit in Marsiglia, Jacobs, Nieri, Smith, Salamone & Booth, 2013).

Relativamente ao nosso contexto, em Portugal, tem se observado nos últimos anos um enriquecimento na área sexual e uma evolução em termos de saúde sexual nos jovens, no entanto, nem todos afirmam adoptar comportamento sexuais saudáveis nem preventivos, que consequentemente podem implicar problemas graves em termos de saúde pública (Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2011).

Neste sentido, o presente estudo tem por base o que é defendido na literatura, isto é, não se verifica que o facto de os estudantes universitários possuírem conhecimentos acerca

da transmissão e prevenção do VIH, adoptem comportamentos sexuais seguros ou adoptem o uso do preservativo.

Concluindo, o conhecimento entre os jovens universitários não resulta como um factor motivador para adoptar comportamentos saudáveis (Siegel, Aten, Roghmann & Enaharo, 1998).

### **5.1.2. Hipótese 2**

Apesar de os estudantes universitários possuírem conhecimentos acerca do preservativo reduzir o risco de infecção pelo VIH, o comportamento do uso mencionado pelos estudantes do ensino superior ainda é notoriamente reduzido (Svenson, Carmel & Varnhagen, 1997; Gomes & Nunes, 2011), apesar de ser o método mais utilizado pelos jovens estudantes (Reis, Ramiro & Matos, 2009).

A literatura enumera várias barreiras ao uso do preservativo que os estudantes universitários apresentam, como acreditam que os preservativos interrompem a experiência sexual e constitui um entrave ao prazer (Bolton, McKay & Schneider, 2010), dificuldade na comunicação com o parceiro sexual acerca dos aspectos sexuais (Gomes, 2008), e uma variedade de factores psicológicos que afetam o uso do preservativo, são elas, o estado mental, a autoconfiança, a assertividade, as barreiras percebidas ao uso do preservativo e a autoeficácia na prática de sexo seguro (Kanekar & Sharma, 2010).

Em conformidade com a literatura, no presente estudo, os estudantes universitários evidenciam barreiras aos comportamentos sexuais seguros, como ausência de percepção de risco, atitudes negativas em relação ao sexo seguro, percepção negativa da atitude do parceiro, e revelam, que estas constituem um obstáculo ao comportamento sexual seguro/uso do preservativo.

De acordo com Roberts e Kennedy (2006), os jovens envolvem-se em comportamentos de risco sexual, resultado do facto de estes estimarem a percepção de risco como cerca de metade do risco real, levando-os à ausência de percepção de risco e atitudes negativas em relação ao sexo seguro. Portanto, uma falsa sensação de segurança leva-os a repetir o comportamento sexual de risco (McCaul & Klein, 2001).

À barreira, percepção negativa da atitude do parceiro, Weinstein, Walsh e Ward (2008), defendem que uma consequência de sexo desprotegido, é a ausência de comunicação e de confiança entre parceiros.

Contudo, o presente estudo revela que o facto de os estudantes universitários possuírem barreiras face ao sexo seguro, não constitui consequência na adopção do uso do preservativo, de comportamentos sexuais seguros.

### **5.1.3. Hipótese 3**

São apresentados vários estudos que expõem que o consumo de álcool ou de drogas é comum entre os universitários (Ferreira, 2008). Constituindo assim, uma problemática para estes, pois pode levar a consequências nefastas, como os comportamentos de risco (McGee & Kypri, 2004), favorecendo a prática do sexo desprotegido (Reis e Matos, 2007), como o não uso do preservativo e/com múltiplos parceiros (LaBrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen & Marriot, 2010).

Neste estudo, os resultados são congruentes com a literatura, concluindo que não se verifica que o consumo de drogas e álcool não interferem na adopção de comportamentos sexuais seguros ou na utilização do preservativo nas relações sexuais, após os consumos. Tal facto pode dever-se às expectativas positivas que os jovens apresentam para os consumos, tais como melhor o humor (Patrick & Maggs, 2010), possibilitam experiências agradáveis (NIAAA, 2006; cit in Rocha, 2011) e busca de sensações (Johnson & Jacobs, 2010), e aumenta a possibilidade de relações íntimas (Owen & Fincham, 2011). Relativamente ao uso de álcool antes de relacionamentos sexuais, os estudantes possuem conhecimentos e percebem o álcool como um factor de risco para infecções sexualmente transmissíveis, como o VIH, no entanto continuam a utilizá-lo como forma de desinibição e facilitação do ato sexual (Simbayi, Mwaba & Kalichman; 2006; cit in Gomes, 2008). Deste modo, pode-se concluir, mediante os resultados obtidos em alguns estudos (Ferreira, 2008), que uma grande parte dos estudantes do ensino superior, bebem antes de se envolverem em relações sexuais sem protecção (Brown & Vanable, 2007).

Tal como nas outras nações, também em Portugal se verifica o consumo de álcool antes de práticas sexuais, revelando que se tivessem bebido, tal comportamento não teria acontecido (Reis, 2012).

#### 5.1.4. Hipótese 4

Diferentes pesquisas têm demonstrado que o gênero apresenta diferenças no que concerne aos padrões de comportamento de risco relacionados à saúde sexual e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida) de conhecimentos, consumos e na percepção de risco e barreiras. Segundo Roque (2001), estas diferenças de gênero continuam a marcar a sexualidade, que se traduz em comportamentos de risco.

Na sexualidade, denota-se que os perfis de personalidade mediante o gênero manifestam diferente relevância para a propensão do risco sexual (Turchik, Garske, Probst & Irvin, 2010), demonstrando que homens e mulheres apresentam resultados distintos nas atitudes face ao preservativo e de autoeficácia (Silva, 2008).

Neste sentido, neste estudo em concomitância com outros estudos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros, como no comportamento face ao sexo seguro, na percepção de risco e consumos de substâncias como o álcool e drogas.

No que respeita ao comportamento sexual seguro, de acordo com a literatura os jovens do sexo masculino são os que apresentam uma atitude mais desfavorável do que as mulheres, porém, revelam uma autoeficácia mais elevada para o uso e compra do preservativo, enquanto as jovens do sexo feminino têm mais facilidade em recusar relações sexuais desprotegidas, em negociar o uso do preservativo e por conseguinte ter um atitude mais favorável ao uso do preservativo (Giacomozzi, 2006). Embora de acordo com Mewman & Zimmermann, (2000; cit in Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins & Nunes, 2009), o gênero feminino mostra-se com maior preocupação em adoptar estratégias preventivas como envolver-se com menos parceiros sexuais, mas não usam preservativo de forma consistente.

Quanto à percepção de risco, neste estudo foram encontradas diferenças entre o gêneros, no que concerne à percepção de risco na comunidade, sendo que os homens apresentam maior percepção a estes riscos. Neste sentido, as conclusões evidenciadas na literatura são homogêneas com este estudo, indicam que são os jovens do sexo masculino que revelam maior percepção de risco na comunidade (Roberts, Boker, Oh & DiClemente, 2000).

Neste estudo no que respeita aos consumos antes de ter relações sexuais mediante o género, encontram-se diferenças, apenas no consumo de álcool. Os dados obtidos neste estudo mostram congruência com a revisão da literatura, que revelam que os jovens consomem antes de ter relacionamento sexuais, revelando maior propensão neste comportamento no sexo masculino, nos dois períodos de tempo. Segundo Simbayi, Mwaba e Kalichman (2006; cit in Gomes, 2008), os estudantes utilizam o álcool como forma de desinibição e facilitação do ato sexual. Ferreira (2008), indica que se verificam consumos mais acentuados no sexo masculino. Estes revelam que bebem porque este surge ligada à festa e ao prazer (Amaral e Saldanha, 2006; cit in Reis, 2012). Denota-se que os homens são menos propensos a usar preservativo, quando bebem comparativamente às mulheres (Scott-Sheldon & Carey, 2010). No entanto as mulheres apresentam maior predisposição à necessidade de se proteger de riscos sexuais causados pelo consumo de álcool (Lewis, Rees, Logan, Kaysen & Kilmer, 2010).

## **5.2. Considerações Finais e Limitações de Estudo**

O sexo constitui um aspecto central do ser humano durante o seu ciclo de vida (Organização Mundial de Saúde, p.17) e apesar de se verificar uma evolução em termos de saúde sexual, ainda se observam comportamentos não preventivos e de risco (Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2011). Segundo vários autores (Hite, 1976, 1987; Kinsey, 1948, 1953; Masters & Jonhson, 1966; Wang & Dekker, 1993; cit in Costa, 2006), o sexo constitui atualmente um factor preocupante na sociedade pois assume-se como risco.

Assim, foi pertinente estudar variáveis subjacentes aos comportamentos e atitudes sexuais de risco e conhecimentos face ao VIH\SIDA e tornou-se relevante estudar junto de uma população vulnerável a estes riscos, os jovens universitários. Portanto, de acordo com vários autores (Adedeji, Abiona, Balogun & Lukobo-Durrell, 2009), o ambiente universitário oferece grande oportunidade para comportamentos de alto risco, como sexo inseguro e contração do VIH, consequência de comportamentos aventureiros, múltiplos parceiros sexuais e não uso consciente do preservativo.

Portanto, este estudo surge com pertinência, pois tem como objectivo avaliar os conhecimentos dos jovens universitários face à prevenção e transmissão do HIV, avaliar

comportamentos sexuais dos jovens universitários, avaliar a percepção de risco e as barreiras face a sexo seguro, dos estudantes universitários, avaliar o consumo de álcool e drogas, avaliar a relação entre as variáveis, conhecimentos, comportamento, percepção de risco e barreiras face ao sexo seguro, nos estudantes universitários.

No que concerne ao primeiro objectivo, este estudo demonstra que os estudantes universitários detêm conhecimentos sobre o sexo seguro e os riscos que este pode acarretar para a sua saúde, a do parceiro e da comunidade. Revela também que o facto de estes se apresentarem informados a cerca da transmissão e prevenção do VIH, não revelam uma consequência positiva, isto é, o conhecimento não surge como motivação a adopção de comportamentos sexuais seguros ou à utilização do preservativo.

Relativamente aos comportamentos sexuais seguros e uso do preservativo, parte dos resultados obtidos pela amostra são satisfatórios, revelam que os sujeitos, apresentam muitas barreiras ao uso do preservativo. No entanto, possuem algumas, evidenciam beber antes de ter relações sexuais e que consequentemente não praticam sexo seguro, não usam o preservativo, revelam que uma das barreiras ao uso do preservativo, é pensarem que este reduz o prazer sexual e a falta de comunicação com o parceiro. No que respeita à percepção, os sujeitos da amostra, perceberam o risco às IST e SIDA, sendo mais visível nos sujeitos do sexo masculino.

Quanto aos consumos, os estudantes universitários, continuam a evidenciar altos consumos e a fazê-lo antes de ter práticas sexuais, sendo mais visível nos homens, os homens revelam maior consumo do que as mulheres antes de ter relações sexuais.

Na realização deste estudo foram encontradas algumas limitações, não na revisão da literatura, mas na parte empírica. Assim sendo, a primeira limitação encontrada foi a desejabilidade social, pois uma vez que a recolha de dados teve que ser no período entre as aulas e de almoço, alguns sujeitos recusaram a colaboração. Consequência desta desejabilidade social, denotou-se alguma incoerência nos dados efectuados pelos mesmos sujeitos. Poderá também ser consequência, a extensão dos questionários. A natureza das questões poderá ter feito, de acordo com os relatos a quando da entrega dos questionários pelos sujeitos, com que as respostas tenham sido adulteradas por conveniência, porque poderiam os colegas estar atentos aos resultados. Também o facto dos questionários serem de autorresposta, nos poderá remeter para a subjetividade, devido a possíveis erros de interpretação por parte dos sujeitos.

Pode-se apontar como limitação do estudo, o número reduzido de sujeitos na amostra, uma vez que poderá não ser significativo à população académica, também esta limitação deve-se ao facto de só terem sido inquiridos estudantes de uma determinada região. E também ser um estudo transversal, correlacional não apresenta tanta consistência como um de natureza longitudinal e experimental.

Apesar de serem encontradas limitações, estamos ciente que este estudo reporta credibilidade em todas as partes, portanto, espera-se que se possa contribuir para a criação e implementação de programas de intervenção junto de estudantes universitários e também para estudos futuros que se possam servir das nossas limitações para os enriquecer. Sugerimos que para estudos futuros, devido ao ambiente que se vive em sociedade atualmente, seria pertinente, por exemplo, observar se a crise económica, agrava a adopção a comportamentos sexuais seguros.

## Referências Bibliográficas

- Abdullah, A., Fielding, R., & Hedley, A. (2003). Understanding sexual risk taking behavior in Hong Kong university students. A health promotion perspective. *Preventive Medicine, 37*, 311-318.
- Adedeji, A., Abiona, T., Balogun, J., & Lukobo-Durrell, M. (2009). HIV sexual risk behavior and perception of risk among college students: implications for planning interventions. *BioMed Central, 9*, 1-13.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa
- Alvarez, M., & Nogueira, J. (2008). *Definições sexuais de estudantes universitários* (Vol. XXII). Lisboa: Edições Colibri.
- Ahlstrom, S., Bloomfield, K., & Knibbe, R. (2001). Gender differences in drinking patterns in nine European countries: descriptive findings. *Substance Abuse, 22*, 69-85.
- Ahrold, T., Farmer, M., Trapnell, P., & Meston, C. (2011). The Relationship Among Sexual Attitudes, Sexual Fantasy, and Religiosity. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 619-630.
- Ahrold, T., & Meston, C. (2010). Ethnic Differences in Sexual Attitudes of U.S. College Students: Gender, Acculturation, and Religiosity Factors. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 190-202

- Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M., & Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127*(1), 142–161.
- Babikian, T., Freier, M.C., Hopkins, G.I., DiClemente, R., McBride, D., & Riggs, M. (2004). An assessment of HIV/AIDS risk in higher education students in Yerevan, Armenia. *AIDS Behavior, 8*, 47-61
- Bassett, R., Smith, H., Newell, R., & Richards, A. (1999). Thou shalt not like sex: Taking another look at religiousness and sexual attitudes. *Journal of Psychology and Christianity, 18*, 205–216
- Beck, K., Kasperski, S., Caldeira, K., Vincent, K., O’Grady, K., & Arria, A. (2010). Trends in alcohol-related traffic risk behaviors among college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34*(8), 1472-1478.
- Beckwith, H. D., & Morrow, J. A. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal, 39*, 357–367.
- Bolton, M., McKay, A., & Schneider, M. (2010). Relational influences on condom use discontinuation: A qualitative study of young adult women in dating relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 19*, 91-104.
- Brown, J., & Venable, P. (2007). Alcohol use, partner type, and risk sexual behavior among college students: Findings from an event-level study. *Addictive Behavior, 32*, 2940-2952
- Byers, E., Henderson, J., & Hobson, K. (2009). University Students’ Definitions of Sexual Abstinence and Having Sex. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 665-674
- Capone, C., & Wood, M. (2007). Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: a prospective examination. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 316-327

- Carlson, S., Johnson, S., & Jacobs, P. (2010). Desinhibited characteristics and binge drinking among university student drinkers. *Addictive Behaviors, 35*, 242-251
- Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C., Vorst, H., & Wicherts, J. (2008). Women's scores on the Sexual Inhibition Sexual/Excitation Scales (SIS=SES): Gender similarities and differences. *Journal of Sex Research, 45* (1), 36-48.
- Costa, E. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da Saúde em Mulheres com Risco para HIV*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho
- Costa, M., Lopes, C., Souza, R., & Patel, B. (2001). Sexualidade na Adolescência: Desenvolvimento, Vivência e Propostas de Intervenção. *Jornal de Pediatria, 77* (2), 217-224
- Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P., Coutinho, E., Dionísio, R., Martins, R., & Cunha, M. (2011). The relationship between socio-demographic characteristics and the establishment of close relationships among university students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences 29*, 1577-1586
- Crosby, R., Holtgrave, D., DiClemente, R., Wingood, G., & Gayle, J. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behaviour: a state-level exploratory study. *AIDS and Behaviour, 7* (3), 245-252
- Czooop, A., Montheith, M., Zimmerman, R., & Lynam, D. (2004). Implicit attitudes as potential protection from risk sex: Predicting condom use with IAT. *Basic and Applied Psychology, 26*, 227-236
- Davidson, K., Moore, N., Earle J., & Davis, R. (2008). Sexual attitudes and behavior at four universities: do region, race, and/or religion matter?. *Adolescence, 43* (170), 189-220
- Desiderato, L., & Crawford, H. (1995). Risk Sexual Behavior in College Students:

Relationships Between Number of Sexual Partners, Disclosure of Previous Risk Behavior, and Alcohol Use. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (1), 55- 63

Desrichard, O., & Denarie, V. (2005). Sensation seeking and negative affectivity as predictor of risk behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addictive Behaviors*, 30, 1449-1453

Devos-Comby, L., & Lange, J. (2008). Standardized measures of alcohol-related problems: a review of their use among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 349-361.

Dorros, S., Hanzal, A., Segrin, C. (2008). The big personality and perceptions of touch to intimate and nonintimate body regions. *Journal of Research in Personality*, 42, 1067-1073

Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., McManus, T., Cheyen, D., Lim, C., Brener, N., & Wechsler, H. (2008). *Youth risk behavior surveillance*, United States. MMWR, 57, 1-136

EuroHIV (2006). HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. Obtido a 2 de Abril de 2013, em [http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/hiv/documents/report\\_eurohiv\\_end\\_year\\_2005.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/hiv/documents/report_eurohiv_end_year_2005.pdf)

Farmer, M. A., & Meston, C. M. (2006). Predictors of condom use Self-efficacy in a ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (3), 313-326.

Ferreira, A. (2008). *O Consumo de Álcool e Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro

- Fielder, R., & Carey, M. (2010). Predictors and Consequences of Sexual “Hookups” Among College Students: A short-term Prospective Study. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 1105-1119.
- Filipe, L. (2012). *Abertura à Experiência, Atitudes e Comportamentos Sexuais em Jovens do Ensino Superior*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa
- Fisher, T. (2009). The impact of socially conveyed norms on the reporting of sexual behavior and attitudes by men and women. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*, 567-572.
- Fortenberry, J., Tu, W., Harezlak, L., Katz, B., & Orr, D. (2002). Condom Use as a Function of Time. In *New and Established Adolescent Sexual Relationships*. American Journal of Public Health 92, (pp. 211-213).
- Giacomozzi, A. (2006). A utilização do preservativo em envoltimentos sexuais eventuais: Um estudo de representações sociais. *Psychologica, 41*, 297-315
- Gilchrist, H., Smith, K., Magee, C., & Jones, S. (2012). A hangover and a one-night stand: Alcohol and risky sexual behavior among female students at an Australian University. *Faculty of Health and Behavioural Sciences – Papers, 31 (2)*, 35-43
- Gomes, I. (2008). *Comportamentos Sexuais de Risco: Um estudo com estudantes universitários*. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve
- Gomes, A., & Nunes, C. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. *Análise Psicológica, 4*, 489-503
- Gullette, D., & Lyons, A. (2005). Sexual Sensation Seeking, Compulsivity, and HIV Risk Behavior in College Students. *Journal of Community Health Nursing, 22 (1)*, 47-60

- Hill, C. (2008). *Human sexuality: personality and social psychological perspectives*. London. Sage publications
- Hiller, J. (2005). Gender differences in sexual motivation. *The Journal of Men's Health & Gender*, 2 (3), 339-345
- Hou-S. (2004). Sexual Behavior and Risk Perceptioss Related to HIV infetion among college students. *AEP*, 14, 529-624
- Johnson, R., McCaul, K., & Klein, W. (2001). Risk Involvement and Risk Perception Among Adolescents and Young Adults. *Journal Behavior Medicine*, 25, 67- 82.
- Kanekar, A., & Sharma, M. (2010). Determinants of safer sex behavior among college students. *Acta Didactica Napocensia*, 3, 28-38.
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. (2005) Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841–861.
- LaBrie, J., Earlewine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-level analyses. *Journal of Sex Research*, 42 (3), 259-266.
- Lewis, M., Rees, M., Longan, D., Kaysen, D., & Kilmer, J. (2010). Use of drinking protective behavioral strategies in association to sex-related alcohol negative consequences: the mediating role of alcohol consumption. *Psychol Addict Behav*, 24 (2), 229-238
- L'Engle, K., Brown, J., & Kenneavy, K. (2006). A mídia de massa é um context importante para o comportamento sexual dos adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36 (3), 186-192
- Marsiglia, F., Jacobs, B., Nieri, T., Smith, S., Salamone, D., & Booth, J. (2013). Effects of an Undergraduate HIV/AIDS Course on Students' HIV Risk. *Journal of*

- Matos, M., Simoes, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Reis, M., Ramiro, L., Pereira, S., & Morais, M. (2010). O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo. In Matos M. & equipa do aventura social (eds). *Sexualidade: Afecto, Cultura e Saúde* (pp. 93-158)
- McKay, S. (2003). Adolescent risk behaviors and communication research - current directions. *Journal of Language and Social Psychology, 22 (1)* , 74-82.
- Meston, C., & Ahrold, T. (2010). Ethnic, Gender, and Acculturation Influences on Sexual Behaviors. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 179-189
- Microsoft, A., Brettle, R., Kirk, O., Parkin, J., Antunes, F., Francioli, P., D'Arminio-Monforte, A., Fox, Z., Lundgren, J., & The Euro-Sida Group, (2002). Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: Results from the EuroSida Study. *AIDS, 16*, 1663-1671
- Misovich, S., Fisher, J. e Fisher, W. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behavior evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology, 1*, 72-107.
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Marins, A., & Nunes, C. (2009). Gender Differences in HIV-Related Sexual Behavior among College Students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology, 12*, 485-495
- Negreiros, J. (2007). *Delinências Juvenis: Trajectórias, intervenções e prevenção*. Coimbra. Edições Almedina
- Newman, P.A., & Zimmerman, M.A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African American youth: A multivariate approach. *AIDS Education and Prevention, 12*, 308-325.

- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa. Associação para o planeamento da família.
- Owen, J., & Fincham, F., (2011). Effects of Gender and Psychosocial Factors on “Friends with Benefits” Relationships Among Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 40 (3), 311-320
- Parsons, J., Halkitis, P., Bimbi, D., & Borkowski, T. (2000). Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. *Journal of Adolescence*, 23, 377-391
- Parks, K., Hsieh, Y., Bradizza, C., & Romosz, A. M. (2008). "Factors Influencing the Temporal Relationship Between Alcohol Consumption and Experiences With Aggression Among College Women." *Psychology of Addictive Behaviors* 22(2): 210–218.
- Patrick M., Maggs J., & Abar C. (2007). Reasons to have sex, personal goals, and sexual behavior during the transition to college. *Journal of Sex Research*, 44, 240–249
- Patrick, M., & Maggs, J. (2010). Profiles of motivation for alcohol use and sexual behavior among first-year university students. *Journal of adolescence*, 33, 755-765
- Petersen, J., & Hyde, J. (2010). A Meta-Analytic Review of Research on Gender Differences in Sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136 (1), 21-38.
- Polacek, G. N. L., Hicks, J. A., & Oswald, S. B. (2007). 20 years later and still at risk. *Journal of Hispanic Higher Education*, 6, 73-88.
- Rangel, M., Gavin, L., Reed, C., Fowler, M., & Lee, L. (2006). Epidemiology of HIV and AIDS among Adolescents and young Adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 156-163

- Rawson, R., Washton, A., Domier, C., & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 103-108
- Reis, M. (2012). *Promoção da Saúde Sexual em Jovens Universitários Portugueses – Conhecimentos e Atitudes face à Contraceção e à Prevenção das ISTs*. Tese de Doutoramento. Universidade Técnica de Lisboa
- Reis, M., & Matos, M. (2007). Conhecimento e Atitudes face ao uso de Métodos Contraceptivos e à Prevenção das ISTs em Jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 4 (1)*, 23-35
- Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M. (2009). Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, 6 (2)*, 206-214
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., & Diniz, J. (2013). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health, 25*, 115-127
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M., & Diniz, J. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia - Social and Behavior Sciences, 29*, 477-485.
- Roberts, J., Boker, J., Oh, M., & DiClemente, R. (2000). Health care service use and sexual communication: Past experience and future intention of high-risk male adolescents. *Journal of Adolescent Health, 27*, 298-301
- Rocha, A. (2011). *Álcool e Substâncias Psicoativas no Estudante Universitário*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro
- Roberts, S., & Kennedy, B. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing, 20 (1)*, 32-40.

- Roque, O. (2001). *Semiótica da Cegonha: Jovens, Sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: APF
- Rhodes, T. (1997). Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of “risk behaviour”. *Sociology of Health & Illness*, 19 (2), 208-227
- Siegel, D., Klein, D., & Roghmann, K. (1999). Sexual Behavior, Contraception, and Risk Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 25, 336-343.
- Silva, C. (2008). *Representações Sociais dos Estudantes Universitários face a uma Relação Sexual Ocasional: Procura de Sensações Sexuais e Comportamentos de Risco*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa
- Suominen, T., Karanja-Pernu, C., Kylma, J., Houtsonen, J., & Valimaki, M. (2011). Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour Related to HIV and AIDS: The Case of International Students in Finnish University. *Journal of Community Health*, 36, 910-918.
- Scott-Sheldon, L., Carey, M., & Carey, K. (2010). Alcohol and Risk Sexual Behavior Among Heavy Drinking College Students. *AIDS Behavior*, 14, 845-853
- Schmitt, DP (2005). Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 247-311
- Svenson, L., Carmel, S., & Varnhagen, C. (1997). A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS. *Health Promotion International*, 12 (1), 61-68
- Tapia-Aguirre, V., Arillo-Santillán, E., Allen, B., Angeles-Llerenas, A., Cruz-Valdez, A., & Lazcano-Ponce, E. (2004). Associations among Condom Use, Sexual Behavior,

- and Knowledge about HIV/AIDS. A study of 13,293 Public School Students. *Archives of Mendical Research*, 35, 334-343
- Thorton, B., Gibbons, F., & Gerrard, M. (2002). Risk perception and prototype perception: independent processes predicting risk behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (7) , 986-999.
- Townsend, J., & Wasserman, T., (2011). Sexual Hookups Among College Students: Sex Differences in Emotional Reactions. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 1173-1181
- Turchik, J., Garske, J., Probst, D., & Irvin, C. (2010). Personality, Sexuality, and Substance Use as Predictors of Sexul Risk Taking in College Students. *Journal of Sex Research*, 47 (5), 411-419
- UNAIDS (2006). Report on the global AIDS epidemic. 2006. Obtido a 17 de Abril de 2013, em [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/)
- UNAIDS (2008). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Reporto on the global HIV/AIDS epidemic, Obtido a 14 de Fevereiro de 2013, em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182334>
- UNAIDS (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Reporto on the global HIV/AIDS epidemic. obtido a 14 de Fevereiro de 2013, em [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html)
- Vaughan, E., & Corbin, W. (2009). Academic and social motives and drinking behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 564-576.
- Vilelas, J. (2009). *A influência da Família e da Escola na Sexualidade do Adolescente*. Lisboa: Formasau, Lda.
- Weinstein, R., Walsh, J., & Ward, M. (2008). Testing a New Measure of Sexual Health Knowledge and Its Connection to Students' Sex Education, Communication,

Confidence, and Condom Use. *International Journal of Sexual Health*, 20 (3), 212-219

Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., & Bajos (2006). Sexual Behavior in contexto: a global perspective. *Sexual and Reproductive Health* 2, 368, 1706-1728

World Health Organization (2002). Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization. Data: 24 de Julho de 2002. Obtido a 12 de Abril de 2012, em <http://www.who.int/reproductive-health>

World Health Organization (2004). Sexual health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, 67. Obtido a 10 de Maio de 2013, em <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>.

World Health Organization (2009). Priority interventions HIV/AIDS: prevention, treatment and care in the health sector. Obtido a 14 de Fevereiro de 2013, em [http://www.who.int/hiv/pub/priority\\_interventions\\_web.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf)

World Health Organization (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, obtido a 25 de Janeiro de 2012, em <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2010/adolescent-sexual-reproductive-health/pdf/WHO-mainstreaming-adolescent-pregnancy-efforts-MPS-2010.pdf>

World Health Organization – WHO. (2011). Facts on Induced Abortion Worldwide. Department of Reproductive Health and Research. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, obtido a 10 de Março de 2013, em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501743\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501743_eng.pdf)

World Health Organization (2011a). Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis and

trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, obtido a 18 de Fevereiro de 2013, em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241502450/en/>

## **Anexos**

---

**Anexo I: Pedido de Autorização**



Universidade Católica  
Faculdade de Filosofia



EX.mos Senhores

**Assunto:** Pedido de autorização para a recolha de dados para realização de dissertação de mestrado.

Venho por este meio solicitar a vossa Ex<sup>a</sup>., a autorização para a efetuar recolha de dados junto dos vossos alunos, com o intuito de constituírem a amostra na investigação científica para a conclusão do grau de Mestre. Esta tem como tema Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade: Diferenças de Género nos Estudantes Universitário, surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Filosofia da Universidade Católica, sob orientação da Professora Doutora Eleonora Costa.

Pretende-se através deste estudo avaliar os conhecimentos dos jovens universitários face à prevenção e transmissão do VIH, os comportamentos sexuais, a percepção de risco e o consumo de álcool e drogas.

Serão salvaguardados todas as normas éticas, a participação será voluntária e os dados serão anónimos e estritamente confidenciais.

Agradeço desde já a Vossa atenção  
Com os melhores cumprimentos  
*Cátia Sofia da Costa Alves*

## **Anexo II: Consentimento Informado**



Universidade Católica  
Faculdade de Filosofia



### **Consentimento Informado**

O presente estudo tem como tema Conhecimentos, Comportamentos e Atitudes face à Sexualidade: Diferenças de Género nos Estudantes Universitário, surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Filosofia da Universidade Católica, sob orientação da Professora Doutora Eleonora Costa. Pretende-se através deste estudo avaliar os conhecimentos dos jovens universitários face à prevenção e transmissão do VIH, os comportamentos sexuais, a percepção de risco e o consumo de álcool e drogas.

Neste sentido solicitamos a sua participação nesta investigação. Estão salvaguardados todas as normas éticas, a sua participação é voluntária e os dados que fornecer serão anónimos e estritamente confidenciais. Está também livre de abandonar o estudo, se for esse o seu desejo.

Eu \_\_\_\_\_ dou o meu consentimento para o presente estudo de investigação e autorizo a utilização dos dados fornecidos nesta investigação. Tomei conhecimentos sobre os objectivos de estudo, bem como aspectos éticos como a confidencialidade e anonimato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Anexo III: Questionário Sociodemográfico**

## Questionário

### Sociodemográfico:

---

#### 1. Sexo:

Feminino

Masculino

#### 2. Qual a sua Idade?

\_\_\_\_\_

#### 3. Qual a sua origem Étnica?

Caucasiana (Branca)

Africana

Afro-americana

Hispânica

Asiática

Outra

#### 4. Estado Civil:

Casado(a)

União de Facto

Solteiro(a)

Divorciado(a)

Separado (a)

Viúvo (a)

#### 5. Qual a sua Religião:

Cristão

Islâmico

Budista

Judaísmo

Induísmo

Outra \_\_\_\_\_

#### Considera-se:

Praticante

Não Praticante

Mais ou Menos

#### 6. Qual a sua situação Profissional?

Empregado(a)

Desempregado(a)

Trabalhador estudante

#### 7. Qual a sua Profissão?

Operário

Secretariado/Recepção

Empregado de Mesa

Vendedor

Funcionário Público

Sócio Gerente

Outra \_\_\_\_\_

#### 8. Com quem Vive?

Com os pais

Com os familiares

Com amigos

Com o marido/esposa

Com companheiro(a)

Com crianças/filhos

Residência Universitária

Sozinho(a)

#### 9. Parceiros Sexuais:

nº de parceiros sexuais atuais \_\_\_\_\_

nº de parceiros sexuais no  
último ano \_\_\_\_\_

nº de parceiros sexuais ao longo  
da vida \_\_\_\_\_

#### 10. Está Grávida?

Sim

Não

#### 11. Já esteve Grávida?

Sim

Não

#### 12. Quantos Filhos tem?

\_\_\_\_\_

**Anexo IV: Escala de Conhecimento  
sobre a Transmissão e Prevenção do VIH**

---

**Escala de Conhecimentos sobre a Transmissão e Prevenção do VIH**

As questões seguintes referem-se ao que sabe sobre a SIDA/VIH. Após ler cada uma delas, indique se pensa que a frase é verdadeira ou falsa. Se não souber, por favor responda “não sei”.

	Verdadeiro	Falso	Não sei
<b>Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao...</b>			
1. ...trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?			
2. ...comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?			
3. ...apertar as mãos, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?			
4. ...partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?			
5. ...usar casas de banho públicas?			
6. ...partilhar seringas para uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?			
7. ...apanhar com a tosse ou com o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?			
8. ...através de mosquitos ou outros insectos infectados com o VIH/SIDA?			

Vou ler uma lista de coisas que algumas pessoas fazem para evitarem contrair o VIH quando têm relações sexuais. Diga-me se pensa que a afirmação é verdadeira ou falsa. Se não souber, por favor diga-me.

	Verdadeir	Falso	Não Sei
9. Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para evitar a SIDA			
10. Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA			
11. Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA			
12. Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar a SIDA			
13. O coito interrompido é um método eficaz para evitar a SIDA			
14. Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz			

**Anexo V: Questionário  
de Comportamento Sexual Passado**

---

### *Questionário de Comportamento Sexual Passado*

---

As seguintes questões referem-se ao seu comportamento e experiências sexuais durante as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

1. Durante as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, quantas vezes se envolveu em relações sexuais em que o seu parceiro colocou o pênis na sua vagina?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. Durante as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, quantas vezes se envolveu em sexo oral, onde o seu parceiro colocou o pênis na sua boca?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

5. Durante as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, quantas vezes se envolveu em sexo anal, onde o seu parceiro colocou o pênis no seu ânus (rabo)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

6. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

7. Durante as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, com quantas pessoas teve relações sexuais (vaginal, oral, ou anal)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

8. Durante as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, quantas vezes “vendeu” sexo por dinheiro ou por drogas?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

---

As questões seguintes são sobre o seu comportamento sexual durante os **ÚLTIMOS DOIS MESES**.

9. Durante os **ÚLTIMOS DOIS MESES**, quantas vezes se envolveu em relações sexuais em que o seu parceiro colocou o pênis na sua vagina?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

10. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

11. Durante os **ÚLTIMOS DOIS MESES**, quantas vezes se envolveu em sexo oral, onde o seu parceiro colocou o pênis na sua boca?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

12. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

13. Durante os **ÚLTIMOS DOIS MESES**, quantas vezes se envolveu em sexo anal, onde o seu parceiro colocou o pênis no seu ânus (rabo)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

14. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

15. Durante os **ÚLTIMOS DOIS MESES**, com quantas pessoas teve relações sexuais (vaginal, oral, ou anal)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

16. Durante os **ÚLTIMOS DOIS MESES**, quantas vezes “vendeu” sexo por dinheiro ou por drogas?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

---

As questões seguintes são sobre o seu comportamento sexual e experiências nos **ÚLTIMOS SEIS MESES**.

17. Durante os **ÚLTIMOS SEIS MESES**, quantas vezes se envolveu em relações sexuais em que o seu parceiro colocou o pênis na sua vagina?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

19. Durante os **ÚLTIMOS SEIS MESES**, quantas vezes se envolveu em sexo oral, onde o seu parceiro colocou o pênis na sua boca?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

20. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

21. Durante os **ÚLTIMOS SEIS MESES**, quantas vezes se envolveu em sexo anal, onde o seu parceiro colocou o pênis no seu ânus (rabo)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

22. Destas vezes, com que frequência usou preservativo?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

23. Durante os **ÚLTIMOS SEIS MESES** com quantas pessoas teve relações sexuais (vaginal, oral, ou anal)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

24. Durante os **ÚLTIMOS SEIS MESES** quantas vezes “vendeu” sexo por dinheiro ou por drogas?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

25. Durante os **ÚLTIMOS QUATRO** actos sexuais em que se envolveu, em quantas destas ocasiões usou preservativo?

	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4

**Anexo VI: Atitudes e outros  
Comportamentos Relacionados com SIDA (ACS)**

---

### *Atitudes e outros comportamentos relacionados com SIDA (ACS)*

---

Por favor responda às questões seguintes:

1. Acredito que o contacto sexual entre um homem e uma mulher na minha comunidade envolve a seguinte probabilidade de contrair SIDA:

1. Sem Risco
2. Baixo Risco
3. Risco Moderado
4. Risco Elevado

2. Acredito que o meu comportamento sexual actual implica a seguinte probabilidade de eu contrair SIDA:

1. Sem Risco
2. Baixo Risco
3. Risco Moderado
4. Risco Elevado

3. Converso sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA:

- A. Com todos os parceiros
- B. Com alguns parceiros mas não com outros
- C. Raramente ou nunca

**Anexo VII: Questionário de Barreira:  
Razões para não Praticar Sexo Seguro (BASSB)**

---

**Questionário de Barreiras: Razões para não praticar sexo seguro (BASSB)**

---

**Razões para não praticar sexo seguro**

Vou ler algumas razões para não usar preservativos de cada vez que tem relações sexuais. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda com cada afirmação.

**Eu não uso preservativo sempre que tenho relações sexuais porque...**

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Escolhi ser abstinente (ou seja, optei por não ter relações sexuais)				
2. Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa				
3. Por vezes, não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais				
4. Sou demasiado envergonhada				
5. Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero				
6. Acho que o sexo seguro tira o prazer				
7. Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para o VIH.				
8. O meu parceiro(s) não está em risco				
9. O meu parceiro(s) não gostaria de práticas sexuais seguras				
10. O meu parceiro(s) iria opor-se				
11. Não posso falar com o meu parceiro(s) sobre isso				

**Anexo VIII: Questionário  
sobre o Uso de Álcool e Drogas**

---

**Questionário sobre o uso de álcool e drogas**

---

Durante as **últimas DUAS SEMANAS**, quantas vezes:

1. ...bebeu 1 ou mais tipos de bebida com álcool (cerveja, vinho, whisky)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. ... bebeu 4 ou mais tipos de bebida com álcool (cerveja, vinho, whisky)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. ... bebeu álcool antes de ter relações sexuais?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4. ...usou drogas (marijuana, cocaína, etc.)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

5. usou drogas antes de ter relações sexuais?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

---

Durante os **últimos DOIS MESES** quantas vezes:

6. ... bebeu 1 ou mais tipos de bebida com álcool (cerveja, vinho, whisky)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

7. ... bebeu 4 ou mais tipos de bebida com álcool (cerveja, vinho, whisky)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

8. ... bebeu álcool antes de ter relações sexuais?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

9. ... usou drogas (marijuana, cocaína, etc.)?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

10. ... usou drogas antes de ter relações sexuais?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9