



**Universidade Católica Portuguesa  
Centro Regional de Braga**

Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao  
VIH/SIDA nas mulheres utentes da consulta de planeamento  
familiar

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

**Sara Cristela Castro Freitas**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
ABRIL 2015



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA nas mulheres utentes da consulta de planeamento familiar

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

**Sara Cristela Castro Freitas**

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



FACULDADE DE FILOSOFIA  
ABRIL 2015

## **Resumo**

Este estudo pretende avaliar conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre o VIH/SIDA em mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar do ACES Alto-Ave. A amostra é constituída por 767 com idades compreendidas entre 18 e 64 anos. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico, Questionário da Autoeficácia Específica, Escala de Autoeficácia Geral, Escala de Conhecimentos sobre a Transmissão e Prevenção do VIH, Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA, Escala de Práticas Atuais e Questionário de Barreiras. Os resultados obtidos revelam que mulheres provenientes do meio rural são mais abstinentes, têm maior ausência de percepção de risco, menor autoeficácia na negociação, maior número de barreiras e menos comportamentos seguros preparatórios. Mulheres com mais autoeficácia na negociação e maior percepção de risco no parceiro possuem mais comportamentos protetores. E mulheres com menor percepção de risco e que têm mais barreiras sociocognitivas possuem mais comportamentos de risco. Verificou-se que os comportamentos seguros preparatórios predizem o comportamento protetor atual. Assim, os resultados mostram que é essencial controlar variáveis, tais como o meio em que vivem, no sentido de compreender os comportamentos das mulheres. Por este motivo, é fundamental a criação de programas de intervenção que motivem as mulheres a ter comportamentos seguros preparatórios.

Palavras-chave: conhecimentos; atitudes; comportamentos; mulheres.

## **Abstract**

This study aims to assess knowledge, attitudes and behaviors on HIV / AIDS in women, family planning consultation users the ACES Alto Ave. The sample consists of 767 aged 18 to 64 years. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, Questionnaire of Self-efficacy specific, Self-efficacy General Scale, Scale knowledge about the transmission and HIV prevention, attitudes and other behaviors related to AIDS, Practices Scale Current and Barriers Questionnaire. The results show that women from rural areas are more abstainers, have higher absence of risk perception, lower self-efficacy in the negotiation, more barriers and less preparatory safe behaviors. Women with more self-efficacy in the negotiation and higher risk perception in partner have more protective behaviors. And women with lower perception of risk and are more socio-cognitive barriers have more risk behaviors. It was found that the preparatory safe behaviors predict the current protective behavior. Thus, the results show that it is essential to control variables such as the environment where they live in order to understand the behavior of women. For this reason, the creation of intervention programs is essential to motivate women to have preparatory safe behaviors.

Key words: knowledge; attitudes; behavior; women's.

## ÍNDICE

Introdução.....	4
<b>I- Enquadramento Teórico.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Características Médicas e Epidemiológicas do VIH/SIDA.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Influência de variáveis Psicossociais e Comportamentais</b>	
<b>no Risco Face ao VIH/SIDA.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Conhecimentos.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Crenças e Atitudes.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 Autoeficácia.....</b>	<b>10</b>
<b>2.4 Comportamentos de Risco.....</b>	<b>12</b>
<b>2.5 Variáveis Sociodemográficas.....</b>	<b>13</b>
<b>2.6 Relação entre Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Face ao</b>	
<b>VIH/SIDA.....</b>	<b>15</b>
<b>II- Metodologia.....</b>	<b>19</b>
<b>1. Objetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Design.....</b>	<b>19</b>
<b>3. Variáveis.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Hipóteses.....</b>	<b>19</b>
<b>5. Análises exploratórias.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Selecção e recolha da amostra.....</b>	<b>20</b>
<b>7. Caracterização da amostra.....</b>	<b>21</b>
<b>8. Instrumentos.....</b>	<b>25</b>
<b>a. Questionário Sócio-demográfico.....</b>	<b>25</b>
<b>b. Questionário da Autoeficácia Específica (Self- Efficacy AIDS</b>	
<b>NegotiationScale - SE-AIDS).....</b>	<b>25</b>
<b>c. Escala de Autoeficácia Geral (General Self-Efficacy Scale - GSES).....</b>	<b>26</b>
<b>d. Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH</b>	
<b>(ECTP/VIH).....</b>	<b>28</b>
<b>e. Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS).....</b>	<b>29</b>
<b>f. Escala de Praticas Atuais (E/PSSA).....</b>	<b>30</b>
<b>g. Questionário de Barreiras (BASSB).....</b>	<b>31</b>

9. Análise de dados.....	33
III- Resultados.....	34
IV- Discussão dos resultados.....	45
10. Limitações do estudo.....	51
11. Conclusões e implicações para a prática.....	51
V- Referência.....	52

Anexos

## Índice das Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes (N = 767).....	21
Tabela 2 - Média e desvio padrão das variáveis estudadas (N=767).....	23
Tabela 3- Resultados do Teste Mann-Whitney (N = 767).....	34
Tabela 4- Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman (N = 767).....	37
Tabela 5 - Resultados das Variáveis Predictoras do Comportamento Sexual Seguro (N =767).....	38
Tabela 6 - Resultados das variáveis psicossociais em função da idade.....	39
Tabela 7- Resultados das variáveis psicossociais em função da escolaridade.....	41
Tabela 8- Resultados das variáveis psicossociais em função do estado civil.....	43

## **Índice dos Anexos**

Anexo 1-Resultados da análise de consistência interna da escala de Autoeficácia na Negociação do Preservativo (N= 767).....	61
Anexo 2-Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Auto-eficácia Geral (N= 767).....	62
Anexo 3- Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA (N= 767).....	64
Anexo 4-Resultados da Análise da Consistência Interna da escala de Práticas Sexuais Seguras (N= 767).....	66
Anexo 5-Resultados do Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro (N= 767).....	67
Anexo 6- Parecer da Administração Regional de Saúde do Norte.....	69
Anexo 7- Questionários utilizados.....	70

## **INTRODUÇÃO**

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é foco de preocupação não só ao nível nacional como mundial. O aumento da incidência do número de casos nos últimos anos fez com que esta doença se tornasse um grave problema de Saúde Pública (Aboim, 2012).

SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) trata-se de um conjunto de sintomas e sinais de doença que exprimem o mau funcionamento do sistema imunitário e que se desenvolve durante a vida do sujeito. Esta doença é provocada por um vírus, denominado VIH, que ataca o sistema imunitário, impedindo que este funcione como defesa contra os microrganismos patogénicos que incitam várias doenças e infeções ( Aboim, 2012).

As relações sexuais desprotegidas constituem um risco para a saúde da mulher, no sentido em podem contribuir para o contágio com o VIH (Clum, Chung & Ellen 2009). Por este motivo é fundamental dar informação à mulher acerca dos comportamentos de risco que favorecem a transmissão VIH, no sentido de promover a prevenção.

Deste modo, o presente estudo incorpora variáveis sociocognitivas, com o objectivo de avaliar os conhecimentos, barreiras sociocognitivas e autoeficácia do VIH/SIDA para a criação de futuros programas de intervenção. Assim, numa primeira parte é feita uma revisão da literatura, numa segunda parte é feita a descrição empírica do estudo, e numa terceira parte é apresentada a discussão dos resultados empíricos, as limitações do estudo e as conclusões.

## **I- Enquadramento Teórico**

### **1. Características Médicas e Epidemiológicas do VIH/SIDA**

O VIH apresenta-se na forma de um ou dois vírus que progressivamente destroem os glóbulos brancos chamados linfócitos, causando o síndrome da imunodeficiência adquirida. Numa primeira fase o VIH debilita as defesas imunitárias do organismo através da destruição dos linfócitos CD4, os glóbulos brancos, que são responsáveis por defender o organismo das bactérias, vírus e outros germes. Devido à destruição das células CD4, o organismo fica suscetível a inúmeras infeções “oportunistas”. É a existência destas infeções e de outras doenças associadas ao efeito do vírus sobre o organismo que se chama SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) (Cook, Rodriguez & Waldrop-Valverde, 2013).

Na fase considerada assintomática da doença o indivíduo pode ter: um episódio de sintomas de infeção aguda que são normalmente sintomas parecidos com uma gripe: febre, faringite, linfadenopatia (ou seja, aumento dos gânglios linfáticos), dor de cabeça (cefaleias), dores musculares (mialgias), dores nas articulações (artralgias), cansaço (letargia), mal-estar, falta de apetite, perda de peso, náuseas, vómitos ou diarreia. (Deeks, 2011).

O vírus da SIDA pode ser transmitido através de: via sexual, via parentérica (através do sangue) e mãe-feto (a transmissão pode acontecer no 1º ou no 2º trimestre mas é mais comum na altura do parto) (Deeks, 2011). O VIH entra no organismo e dirige-se ao sistema sanguíneo, onde começa de imediato a replicar-se. Por este motivo, é aconselhável a realização do teste da SIDA após a "janela imunológica" (até 3 meses após a infeção), isto porque corresponde ao período que o organismo necessita para produzir anticorpos que possam ser detetados nas análises (Borrow et al., 2011). A cura para a infeção do VIH/SIDA ainda não foi descoberta, mas existe um tratamento antivírico. Pelo facto, de ainda não existir uma cura para o VIH, é importante compreender os fatores de risco e prevenir os comportamentos sexuais de risco.

O número de pessoas com SIDA tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Estima-se que existam cerca de 35 milhões de pessoas com SIDA em todo o mundo, dos quais 17.7 milhões correspondem a mulheres infetadas pela SIDA (WHO, 2013). Na Europa existem 83 mil mulheres com o vírus da SIDA (UNAIDS, 2013).

Em Portugal verifica-se que existe cerca de 11.312 (26.6%) mulheres com SIDA, sendo que a maioria dos casos registados encontra-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos. No que diz respeito ao modo de transmissão nas mulheres, 8.079 casos correspondem à categoria heterossexual, 2.701 casos à categoria toxicodependente, 211 casos não referiram a forma de transmissão, 203 casos à categoria de mãe/filho, 115 casos à categoria transfusionado e 3 casos à categoria nosocomial (Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, 2012).

## **2. Influência de variáveis Psicossociais e Comportamentais no Risco Face ao VIH/SIDA**

### **2.1 Conhecimentos**

O conhecimento dos riscos e benefícios da saúde cria uma pré-condição para a mudança. Se as pessoas não têm conhecimento sobre como seu estilo de vida afeta a sua saúde, estas têm poucas razões para modificar os seus comportamentos (Bandura, 1994). A falta de conhecimentos sobre o VIH é um dos fatores que influencia os comportamentos de risco. As crenças negativas associadas ao uso do preservativo e a falta de conhecimentos acerca dos modos de transmissão, leva a que as mulheres adotem comportamentos de risco (Dimbuene & Defo, 2011).

No estudo realizado por Essén, Högberg, Ugarte e Valladares (2013), 68% dos participantes possuíam um conhecimento insuficiente sobre o VIH, mais de 95% pensavam que o VIH pode ser transmitido através de relações sexuais, em uma única relação sem utilizar o preservativo, através de uma transfusão de sangue ou a partilha de agulhas e seringas. As relações sexuais anais e orais foram menos vezes apontadas como possíveis meios de transmissão do VIH. No que diz respeito, a abraçar ou apertar as mãos a uma pessoa com o VIH, 95% dos entrevistados sabiam que o VIH não é transmitido dessa forma. As mulheres obtiveram um maior conhecimento da transmissão do VIH de mãe para filho. Por outro lado, os homens tinham um maior conhecimento sobre a infecção do VIH em casas banho públicas (Essén, Hogberg, Ugarte & Valladares, 2013).

É fundamental as mulheres terem um conhecimento adequado de como evitar uma doença sexualmente transmissível. Neste sentido, Bharti, Meena, Pandey, Rai e Sunder (2012), verificaram que a população em geral tinha conhecimento correto acerca da transmissão da infeção por via sexual, por transfusão de sangue contaminado e pela

utilização de agulhas não esterilizados e seringas. Neste estudo, a maior falta de conhecimentos verificou-se na transmissão do VIH/SIDA através de picadas de mosquitos.

O conhecimento do VIH/SIDA está associado a uma redução de 60% nos comportamentos de risco de transmissão e é uma componente essencial nas intervenções comportamentais. O mesmo pode ser comprovado no estudo realizado por Costa (2006), o qual avaliou os conhecimentos das mulheres acerca do VIH/SIDA antes e após uma intervenção psicoeducativa e verificou que ao nível do conhecimento sexual, do momento pré-teste para o momento pós-teste observou que existiam diferenças entre os grupos submetidos à intervenção e o grupo de controlo (sem intervenção). No caso dos conhecimentos face à transmissão do VIH, as mulheres do grupo ACCENT (treino de um conjunto de competências sociais, cognitivas e comportamentais, consideradas importantes para a prevenção do VIH e a capacidade acelerada para a exposição a conflitos e treino de negociação/resolução de conflitos), após a intervenção tinham um maior conhecimento sobre a transmissão do VIH face ao grupo ID e ao grupo de controlo. Em relação aos conhecimentos sobre a prevenção do VIH, verificou o aumento de conhecimentos relativos à prevenção do VIH nas mulheres do G.ID e do G.A, o mesmo não foi possível verificar nas mulheres que não realizaram a intervenção.

Alguns estudos realizados em Portugal verificaram uma falta de conhecimentos acerca do VIH/SIDA. O estudo realizado por Almeida (2010), revelou que apenas 61.7% das pessoas sabem que o VIH e a SIDA são conceitos diferentes e que a 47.5% acham que a SIDA é a causa do VIH. No que concerne aos conhecimentos sobre os modos de transmissão, 31.7% dos inquiridos pensavam que o VIH pode ser transmitido por via aérea e 24.2% acharam que a picada de mosquitos é um modo de transmissão. Em relação às práticas sexuais, 20.7% não consideraram a prática de sexo anal heterossexual e 26.7% o sexo oral com homens como risco para a infeção. Para 21.7% é possível a infeção pelo VIH através do contacto com suor, lágrimas, saliva ou urina e o contágio através do beijo é possível para 31.7% dos entrevistados.

De acordo Diniz, Matos, Ramiro & Reis (2013), a maioria dos jovens entre os 18 e 35 anos não tinham informação suficiente acerca de diversos aspectos da sexualidade, cerca de 60% referiram que gostariam de ter mais informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente o VIH/SIDA. Também cerca de 45.8% mencionaram que tinham informação escassa sobre os métodos contraceptivos e sobre as

relações sexuais seguras. Verificou-se que existiam diferenças entre as mulheres e os homens, sendo que as mulheres gostariam de ser esclarecidas sobre aspectos relacionados com o VIH/SIDA. Por outro lado, as mulheres tinham mais conhecimentos acerca da contraceção e das relações sexuais seguras.

O facto de as mulheres possuírem mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA leva a que haja uma maior autoeficácia na negociação do preservativo. No estudo realizado por Caruthers, Curtin, Meerriwether e Ward (2011), verificou-se que o facto das mulheres possuírem maior conhecimento sexual, resultava em maior assertividade sexual, maior autoeficácia na negociação do preservativo e uma autoconsciência diminuída.

Existem alguns modelos que referem a importância dos conhecimentos relacionando-os com os valores e crenças à saúde, como é o caso do Modelo de Crenças e da Saúde.

De fato, os conhecimentos sobre o VIH/SIDA são um dos factores importantes para a adoção de comportamentos sexuais seguros, mas não são suficientes para a mudança comportamental, uma vez que pode haver um conjunto de crenças em relação à doença que constitui uma barreira na prevenção da SIDA.

## **2.2 Crenças e Atitudes**

As atitudes são disposições comportamentais adquiridas para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma perante uma pessoa, situação, conceito ou valor e crenças (Bharti, Meena, Pandey, Rai1 & Sunder, 2012).

Deste modo as nossas atitudes têm um papel preponderante na forma como nos comportamos. Por este motivo, é fundamental percebermos as atitudes de determinadas pessoas perante determinadas situações, como por exemplo, os comportamentos sexuais. As atitudes perante determinados comportamentos sexuais, são fulcrais para compreender a forma como estes sujeitos poderão comportar-se em relação à sua sexualidade e à possibilidade de contrair o VIH/SIDA (Bharti, Meena, Pandey, Rai1 & Sunder, 2012).

No que diz respeito às atitudes em relação ao uso do preservativo, estas são um comportamento complexo onde estão presentes interações ambientais, sociais e psicológicas. Existem diversas teorias cognitivas, que serão exploradas mais à frente, que nem sempre foram capazes de prever o uso do preservativo em todas as situações. Neste sentido, a promoção de comportamentos preventivos adequados entre os grupos

de alto risco exige profundo entendimento dos fatores que influenciam essas condutas (Orathai, Htay, Maneesriwongul & Phuphaibul, 2013).

No estudo efetuado por Lammers, Sweder, Willebrands e Wijnbergen (2013), verificou que cerca de metade dos entrevistados acharam que o não uso do preservativo pode comprometer a sua saúde. Também foi possível concluir que existem diferenças entre homens e mulheres na percepção do risco, sendo que as mulheres tinham uma menor percepção do risco face à transmissão do VIH/SIDA .

Em relação às barreiras sociocognitivas do VIH/SIDA, o estudo efectuado por Lotfi, Hajizadeh, Razieh, Tehrani e Yaghmaei (2012) verificou que as barreiras sociocognitivas, incluem os seguintes itens: falta de controlo percebido, sentimentos e percepção de incapacidade e não o uso de preservativo, que são resultado de vários fatores subjacentes como a baixa autoestima, competências comportamentais deficientes e falta de autoeficácia no uso do preservativo. Neste estudo foi possível concluir que os participantes com baixa autoestima têm mais comportamentos de risco e consequentemente mais relações sexuais desprotegidas.

Feresu e Smith (2012) realizaram um estudo sobre os conhecimentos, atitudes e crenças com mulheres do Sudão que vivem no Nebraska. No que concerne ao uso do preservativo cerca 84% não usaram o preservativo, 53% afirmaram que não usam o preservativo com o cônjuge ou parceiro, 61% afirmaram que teriam relações sexuais desprotegidas mesmo que existisse suspeita de infidelidade do cônjuge. Em relação às crenças sobre o uso do preservativo, 36% concordaram com a afirmação: "Eu acredito que o uso de preservativo durante a relação sexual reduz o prazer sexual", e 25% concordaram com a afirmação: "Eu acredito que se eu tivesse relações várias vezes com um homem, este não tinha probabilidade de contrair o vírus da SIDA, não há necessidade de usar preservativo."As mulheres que tinham usado o preservativo afirmaram que é possível contrair o VIH em apenas uma relação sexual, ao contrário do que pensam as mulheres que não tinham usado o preservativo.

A percepção de risco é enumerada por diversos autores como um fator preponderante para adoção de comportamentos sexuais seguros. Por exemplo, o estudo realizado no Ghana por Adjei, Gyimah e Tenkorang (2010), conclui que os jovens com menor percepção de risco pessoal tiveram relações sexuais desprotegidas.

No que concerne à percepção de risco face à infecção pelo VIH/SIDA, o estudo realizado por Ballester-Arnal, Cárdenas-López, Duran-Baca, Gil-Llario e Giménez-García (2013), em jovens no México e Espanha, verificou que os participantes

mexicanos mostraram maior percepção de risco e maior percepção da gravidade face ao VIH/SIDA do que os espanhóis. As mulheres mexicanas apresentaram maior risco percebido perante a possibilidade de infecção do VIH/SIDA e maior percepção da gravidade do VIH/SIDA.

As atitudes são muitas vezes afetadas pelas barreiras culturais como os papéis tradicionais de género (machismo). Esses padrões culturais podem produzir um duplo padrão no qual as mulheres são vistas tanto como boas mães e esposas ou mulheres e mal interpretadas pelos companheiros se não estiveram disponíveis sexualmente. Estas questões tornam ainda mais difíceis a tarefa da mulher negociar e convencer os seus parceiros a terem práticas sexuais mais seguras (Chariyeva, Earp, Golin, Maman, Suchindran & Zimmer, 2013).

Em suma, existem inúmeras crenças face à utilização do preservativo que podem conduzir à infeção do VIH, nomeadamente que este interfere na espontaneidade da relação sexual e no prazer sexual e com o parceiro estável é seguro ter relações sexuais desprotegidas. É fundamental realizar intervenções para promover atitudes positivas face ao uso do preservativo como meio de prevenção do VIH/SIDA.

### **2.3 Autoeficácia**

A autoeficácia é um construto psicológico que tem uma função motivacional. É a crença nas nossas capacidades, para controlar ou executar uma tarefa específica (Bandura, 1994). Este construto tem sido cada vez mais estudado como meio de reduzir os comportamentos de risco que podem levar ao VIH/SIDA. A autoeficácia pode ser considerada como um objetivo intermédio para prevenir a infeção do VIH/SIDA (Miller, 2011).

Cianelli e cols. (2013) verificaram que as mulheres mais velhas e que tinham apenas um parceiro, possuíam menos conhecimento sobre o VIH/SIDA e demonstraram níveis significativamente mais baixos de autoeficácia para a prevenção do VIH/SIDA.

O estudo realizado por Louw, Peltzer e Chirinda (2012), no qual avaliaram os parceiros sexuais transacionais em tempo de vida, a baixa percepção de risco do VIH/SIDA, a dificuldade de obtenção de preservativos, coerção nas relações sexuais e o controlo excessivo no relacionamento, concluíram que as mulheres têm uma baixa percepção de risco para o VIH/SIDA têm conseqüentemente um menor nível de autoeficácia.

No que diz respeito ao uso do preservativo, este não só requer algumas competências técnicas, mas também a negociação interpessoal de como convencer o parceiro resistente às práticas de sexo seguro. Vários programas foram implementados para aumentar a autoeficácia e desenvolver capacidades de autoproteção em vários segmentos da população com o intuito de evitar a propagação do VIH/SIDA (Belza, Fernandez-Balbuena, Fuente, Hoyos, Ruiz & Sordo, 2013).

Apesar de existirem estudos que demonstraram a relação entre autoeficácia para a prevenção do VIH/SIDA, poucos identificaram preditores de autoeficácia para o VIH/SIDA. Apesar disso, alguns estudos identificaram como preditores da autoeficácia: idade, relacionamento estável, emprego, conhecimentos relacionados com o VIH/SIDA, violência por parte do parceiro(a) e a autoestima (Cianelli, et al., 2013).

Cianelli e cols. (2013) estudaram os preditores da autoeficácia para a prevenção do VIH/SIDA em mulheres hispânicas. Verificaram que a maioria das mulheres relataram altos níveis de autoeficácia para a prevenção do VIH/SIDA, as mulheres que eram mais velhas e que vivem com um parceiro, tinham níveis mais baixos de autoeficácia para a prevenção do VIH/SIDA. Para além disso, o conhecimento sobre o VIH foi o mais importante preditor de autoeficácia para a prevenção do VIH/SIDA.

Foi pela primeira vez Bandura (1994), que relacionou a autoeficácia com a negociação do preservativo, mostrou que o controlo pessoal é fundamental em situações que haja um possível risco para o VIH/SIDA. Por este motivo, é necessário ter uma elevada autoeficácia, uma boa capacidade de comunicação para as questões da sexualidade, práticas sexuais seguras e capacidade de negociar o uso do preservativo (Bandura, 1994). Deste modo, Elifson, Sterk e Klein (2003) verificaram que as percepções das mulheres sobre o uso de preservativo e autoeficácia foi moderada. Cerca de 4.7% das mulheres discordaram acerca da possibilidade do uso do preservativo, 19.1% revelaram percepções neutras e 32.6% estavam de acordo com o uso do preservativo, ou seja, demonstraram níveis altos de autoeficácia para o uso do preservativo. As mulheres afro-americanas mais jovens tinham níveis mais elevados de eficácia no uso do preservativo do que as mulheres americanas. Os resultados indicaram que a eficácia do uso do preservativo está associada ao uso consistente do preservativo.

A transmissão e prevenção do VIH/SIDA, atitudes no uso de preservativo e o comportamento sexual seguro só têm efeitos diretos sobre o uso do preservativo se existirem competências de autoeficácia (Htay, Orathai, Maneesriwongul & Phuphaibul, 2013). Esta afirmação é corroborada no estudo realizado na Nigéria por Idris, Othman,

Kaugamae e Uli (2012), no qual referem que a auto-eficácia é fundamental para a adoção de comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA. Também verificaram que existe uma relação positiva entre a autoeficácia e o comportamento sexual seguro.

Deste modo, a autoeficácia tem um papel preponderante na prática de comportamentos sexuais seguros. Neste sentido, é necessário que haja uma diminuição de comportamentos de risco e a adoção de comportamentos sexuais seguros.

## **2.4 Comportamentos de Risco**

Os comportamentos de risco face ao VIH/SIDA estão relacionados com as relações sexuais sem o uso do preservativo ou a utilização incorreta do mesmo, a partilha de seringas, a multiplicidade de parceiros, engravidar sem realizar previamente o teste da SIDA, a doação de sangue, tecido ou órgão tendo existido um comportamento de risco nos seis meses anteriores, através do contato de sangue contaminado ou pelas secreções sexuais (Bertolli, Lapidus, McGowan & Sullivan, 2006).

Colebunders, Loos, Platteau, Nöstlinge e Nideröst (2010), concluíram que 51% das mulheres que participaram no estudo usaram preservativos. Cerca 11% tiveram de receber tratamento para uma doença sexualmente transmissível nos últimos seis meses, e 6% tinham sífilis. Em relação ao diagnóstico do VIH/SIDA, 83% referiram ter modificado o seu comportamento sexual usando o preservativo, optar por relações monogâmicas e adotar comportamentos sexuais seguros. No que diz respeito à gravidez, os resultados mostraram que 37% tiveram filhos mesmo após saberem que estavam infectadas com o VIH/SIDA e 14% abortaram após o diagnóstico do VIH/SIDA.

Do mesmo modo, o estudo realizado por Armstrong, Cabral, Fogarty, Galavotti e Morrow (2008), revelou que a maioria das mulheres referiu uma história de doenças sexualmente transmissíveis e em média tinham um relacionamento estável por um período de cinco anos. Cerca de metade das mulheres relataram que os seus parceiros tinham um ou mais fatores de risco para o VIH/SIDA, 9% referiram usar só um método contraceptivo hormonal ou outro método. Nos casos em que as mulheres usavam o preservativo foram questionadas acerca da razão pela qual o faziam, a grande maioria (87%) relatou que era para evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis e apenas 13% indicaram a prevenção de doenças como a sua única razão para o uso do preservativo.

Segundo o estudo realizado por Essén, Högberg, Ugarte e Valladares (2013) aproximadamente 18% dos participantes eram sexualmente activos, sendo que apenas 10% das mulheres tinham usado preservativo na última relação sexual. Um terço das mulheres acreditavam que o sexo desprotegido é um símbolo de amor e compromisso mútuo, e por esse motivo usar o preservativo tem a conotação de desconfiança. No que diz respeito ao teste do VIH/SIDA, 65% das mulheres relataram que não realizaram o teste para o VIH/SIDA no último ano.

Chen, Raymond, McFarland, Truong (2010), verificaram que a maior parte dos sujeitos referem que têm comportamentos sexuais de alto risco, tais como, relações sexuais desprotegidas e 73.6% usaram o preservativo em menos de metade das relações sexuais.

Os vários estudos sugerem que o comportamento sexual de risco é muito complexo, e não envolve apenas as relações sexuais desprotegidas, está também associado ao uso de drogas, partilha de seringas e transmissão de mãe para filho.

## **2.5 Variáveis Sociodemográficas**

As variáveis educação, idade, escolaridade, estado civil, etnia e meio em que vivem constituem medidas relevantes da situação social e demográfica de cada indivíduo (Dworkin, Lotfi, Khoei, Yaghmaei & Tehrani, 2013).

O nível de escolaridade é uma variável relacionada com o nível de conhecimento e reflete as diferenças entre as pessoas no acesso à cultura e a competência ao adquirir e utilizar novos conhecimentos. Esta variável é utilizada com frequência em estudos de saúde, pois a informação sobre educação pode ser obtida facilmente e aplicada a todos os indivíduos, inclusive indivíduos que se encontrem desempregados. É considerado um indicador estável após os 25 anos, variando pouco após esta idade, diferentemente de outros indicadores sociais como a remuneração e emprego. Uma característica importante deste indicador é o fato dos problemas de saúde que têm lugar na idade adulta não influenciarem o nível educacional do indivíduo. Possuir menos do que a ensino secundário constitui um factor de risco ou de exposição para a aquisição do VIH/SIDA (Dieter, et al. 2012).

O nível de escolaridade é referido em vários estudos como um fator importante na negociação do uso do preservativo. Tal pode ser verificado no estudo Dieter e cols. (2012), no qual o nível de educação teve uma forte associação com o uso do preservativo. As mulheres com mais escolaridade (50%) relataram com maior

frequência o uso de preservativo comparadas com as mulheres com ensino obrigatório. Por outro lado, neste estudo verifica-se que as mulheres que não têm parceiro estável (solteiras, divorciadas, viúvas ou separadas) utilizaram mais o preservativo na sua última relação sexual em comparação com as mulheres que tinham um relacionamento ou eram casadas.

A escolaridade também está diretamente relacionada com os conhecimentos acerca do VIH/SIDA. O estudo realizado por Feresu e Smtith (2013), revelou que as mulheres que não tiveram nenhuma educação ou com instrução primária eram mais propensas do que as mulheres com ensino médio ou ensino superior a indicar que os resultados dos testes de VIH/SIDA são sempre positivos, enquanto as mulheres com o ensino médio ou universitário indicaram que existem formas para nos protegermos do VIH/SIDA. Também verificaram que as mulheres empregadas em comparação com as mulheres desempregadas referiram com maior frequência que se podia contrair o VIH/SIDA a partir de uma picada de um mosquito. As mulheres com ensino médio ou educação universitária tinham uma maior percentagem de respostas corretas do que as mulheres que não tiveram nenhuma educação ou com instrução primária em concordar que o sexo seguro significa ter sexo protegido, ou seja, o uso de preservativo.

Uma outra variável que constitui um fator de risco para o VIH/SIDA é o fato de ser mulher/jovem. A informação epidemiológica permitir concluir que há uma elevada percentagem de jovens infectadas. Dieter e cols. (2012), verificaram que as mulheres mais velhas são menos propensas a usar o preservativo. Por outro lado, as mulheres mais jovens relataram que têm maior eficácia na negociação do preservativo mais frequentemente do que as mais velhas. Neste estudo verificou-se que as mulheres que relataram não ter parceiro (solteiras, divorciadas, viúvas ou separadas) utilizaram o preservativo na sua última relação sexual em comparação com as mulheres que tinham um relacionamento ou eram casadas.

Viver no meio rural constitui um factor de risco para o VIH/SIDA. Segundo Essén, Hogberg, Ugarte e Valadares (2013), as mulheres que vivem no meio rural, que têm um baixo nível de escolaridade e com poucos rendimentos tinham conhecimento insuficiente sobre o VIH/SIDA. Os participantes que vivem em áreas urbanas estão mais em risco do que aqueles que vivem áreas rurais. Edelstein e cols. (2013), verificaram que, no diz respeito aos comportamentos de risco, a incidência dependeu do meio em que vivem. Nas áreas urbanas foi de 12.6 por 1000 pessoas por ano e 20.2 por 1000 pessoas por ano nas áreas rurais. A taxa de incidência entre as mulheres casadas

anteriormente foi elevada (46.9 por 1000 pessoas por ano). Os comportamentos de risco também foram analisados no estado civil, se a pessoa já tivesse sido casada foi associado com uma diminuição do risco.

De outro modo, os recursos socioeconômicos, ou seja, emprego, educação, habitação e ambientais como o acesso aos cuidados de saúde e qualidade dos cuidados de recursos são descritos como fatores importantes na aquisição de conhecimentos sobre o VIH/SIDA. Aqueles que têm recursos limitados têm maior risco relativo em relação à sua saúde em comparação com aqueles que têm mais recursos (Cade, Clapp, Reilly, Smith & Woodruff, 2010).

Alguns dos estudos demonstram a existência de diferenças étnicas no conhecimento do VIH/SIDA. No estudo de Reily e Who (2001), existiram diferenças étnicas, sendo que os hispânicos demonstraram um maior conhecimento do VIH/SIDA do que os afro-americanos.

## **2.6 Relação entre Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face ao VIH/SIDA**

A relação entre os conhecimentos, atitudes e comportamentos tem sido estudada por vários modelos, com o objetivo de compreender os determinantes dos comportamentos de risco associados à transmissão do VIH/SIDA. Os comportamentos que reduzem o risco de transmissão do VIH/SIDA, são influenciados pelas atitudes em relação a esses comportamentos, mas também por variáveis cognitivas e afetivas (Reid & Aiken, 2011).

O modelo de Crenças e de Saúde foi desenvolvido por Rosenstock em 1966 e posteriormente também estudado por Beck e colaboradores. Este modelo postula que a decisão do indivíduo com vista a ter um comportamento saudável é determinado por quatro variáveis psicológicas: a percepção de suscetibilidade à doença (“estou em risco em relação ao VIH?”), a percepção de gravidade dessa doença (“quão grave é a SIDA; quão dura há-se ser a minha vida se for infetado?”), percepção dos benefícios envolvidos na mudança de determinados comportamentos (“se começar a usar preservativo, evito a infeção pelo VIH”), e a percepção das barreiras dessas ações (“não gosto de usar o preservativo”) (Lofquist, 2012). Essas percepções do sujeito levam-nos a acreditar ou não na eficácia desse comportamento como promotor da saúde (“se usar preventivo, evito a infeção pelo VIH) (Carpenter, 2010).

As percepções do sujeito podem ser influenciadas por variáveis demográficas: idade, raça, etnia e sexo; por variáveis psicossociais: personalidade, classe social e

grupos de pressão e por variáveis estruturais como o conhecimento que a pessoa tem da doença. Por sua vez, estes diversos fatores interferem na forma como o indivíduo se comporta em prol da possibilidade de vir a ter uma doença (Reid & Aiken, 2011).

Neste sentido, o uso do preservativo depende da forma como o sujeito percebe diversos fatores relacionados com a doença, como por exemplo, ter alguém na família que tenha contraído o VIH/SIDA. Isto significa que quanto maior a suscetibilidade da gravidade da doença, maior será a probabilidade de modificação do comportamento. Em alguns casos, é necessário existir fatores desencadeantes externos, tais como campanhas televisivas ou em jornais/revistas, conselhos de amigos, doença de familiar ou chamada de atenção de um profissional de saúde (Smith, Holloway & Traube, 2010).

De outro modo, a Teoria Sociocognitiva desenvolvida por Albert Bandura em 1961, baseia-se no facto que a aprendizagem social ocorre através da interação com o meio e pela observação dos outros (Li, Mao, Stanton, Zao & Zhang, 2011). De acordo com esta teoria os novos comportamentos são aprendidos pela imitação de modelos ou através da vivência da experiência. Através da imitação há uma transmissão da experiência que mais tarde pode ser perpetuada, não como uma cópia do modelo social, mas sim como uma reconstrução individual daquilo que é observado nos outros, pois trata-se da criação de algo novo. Para a aprendizagem social acontecer tem de haver um processo cognitivo (Vember, 2013).

Esta teoria diz-nos que o comportamento é regulado pelas expectativas, incentivos e cognições sociais. As expectativas envolvem: as expectativas em relação aos resultados da situação (“se não usar o preservativo há uma grande probabilidade de vir a ter SIDA”), as expectativas em relação à situação (“se usar o preservativo posso reduzir a probabilidade de vir a ter SIDA”) e as expectativas em relação à auto-eficácia (“eu vou usar o preservativo, caso queira”) (Ogden, 2000).

Segundo esta perspectiva o comportamento não decorre do conhecimento nem das competências para o realizar, mas sim de um processo de avaliação cognitiva, no qual se incluem os conhecimentos, expectativas de resultado, os estados emocionais, influências sociais e experiências passadas (Ogden, 2000).

No que diz respeito aos comportamentos protetores face ao VIH/SIDA, está presente a percepção de autoeficácia, que se refere à percepção que o sujeito tem no sentido de prevenir a infeção, ou seja, a sua capacidade para recusar o sexo desprotegido e envolver-se em práticas sexuais seguras (Brown, Littlewood & Venable, 2013). A

autoeficácia ou crença na capacidade de realizar o comportamento necessário (“eu sei que posso insistir no uso do preservativo com o meu parceiro”) e os resultados esperados ou crenças acerca dos resultados, tais como a crença de que se deve usar corretamente preservativo irá prevenir a infecção pelo VIH/SIDA (Sirianni & Vishwanath, 2012).

A teoria do comportamento planeado permitiu inúmeros avanços no comportamento em relação à utilização do preservativo. Esta teoria é uma teoria geral do comportamento, desenvolvida em 1967 por Fishbein e Ajzen. Abarca vários modelos da teoria das atitudes e da teoria sobre influência social num modelo que explica a relação entre crenças, atitudes, intenções e comportamento (Mirkuzie, Sisay, Moland & Astrom, 2011).

Segundo esta teoria o fator determinante do comportamento é a intenção de o realizar. No caso do comportamento face à infecção pelo VIH/SIDA, a utilização do preservativo no momento em que têm relações sexuais é a intenção do comportamento, ou seja, o uso do preservativo sempre que se tem relações sexuais (Hardee, Rovin & Young, s/d). Deste modo, as intenções comportamentais resultam das normas subjetivas das atitudes em relação ao comportamento. As intenções comportamentais referem-se às perceções que se têm do que pessoas significativas esperam do indivíduo. As normas subjetivas estão relacionadas com os sentimentos positivos ou negativos do indivíduo face ao envolvimento no comportamento (Ajzen, Cote, Joyce & Sheikh, 2011). As atitudes refletem crenças sobre o resultado de um dado comportamento e as avaliações dessa mesma conduta. Isto significa, que se as pessoas acreditarem que a utilização do preservativo tira a prazer sexual, e que é fundamental não usar o preservativo para ter uma relação sexual satisfatória, as suas atitudes serão negativas. Em relação às normas subjetivas, estas são o resultado das crenças sobre a atitude de pessoas significativas relativamente ao comportamento da pessoa (EdvardAro, Flisher, Mathewsm & Protogerou, 2012).

De igual modo, a investigação respeitante aos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH/SIDA tem sido bastante consistente com as asserções desta teoria. Há várias provas de que as atitudes face aos comportamentos preventivos, mais especificamente face ao uso do preservativo, e as normas subjetivas relativas a estes comportamentos estão relacionadas com as intenções e as respetivas práticas preventivas da SIDA, em particular com o uso do preservativo, em diversas populações

sobre o comportamento e a percepção de controlo sobre o mesmo (Carmack & Lewis-Moss, 2009).

## **II- Metodologia**

### **1. Objetivos**

O objetivo do estudo é avaliar a relação entre conhecimentos, comportamentos, barreiras sociocognitivas e autoeficácia relacionadas com o VIH/SIDA numa amostra de 767 mulheres, utentes da consulta de planeamento familiar e analisar as diferenças entre as mulheres provenientes do meio rural versus as mulheres provenientes do meio urbano nas variáveis psicossociais em estudo.

### **2. Design**

O estudo é quantitativo e tem um design transversal e correlacional, dado que é realizado num só momento e pretende estudar as relações entre as variáveis (Almeida & Freire, 2003).

### **3. Variáveis**

1. Variáveis Sociodemográficas: idade, meio onde vive, habilitações literárias, origem étnica, estatuto profissional atual, profissão, com quem vive, estado civil, religião, religiosidade atual e rendimento pessoal anual.
2. Variáveis Clínicas: gravidez atual, história de gravidez, número de filhos e número de parceiros.
3. Variáveis Psicológicas: autoeficácia geral, autoeficácia na negociação do preservativo, conhecimentos, atitudes e comportamento sexual (conhecimento sexual (transmissão e prevenção do VIH/SIDA), comportamento sexual passado (e.g., atividade sexual nas últimas duas semanas, dois e seis meses), práticas sexuais seguras atuais (intenção e compra de preservativos), percepção de risco comunitário, pessoal e no parceiro, razões para não praticar sexo seguro (barreiras).

### **4. Hipóteses**

- 1) Espera-se que hajam diferenças significativas entre as mulheres provenientes do meio rural versus as mulheres provenientes do meio urbano, utentes da consulta de planeamento familiar, ao nível dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, barreiras sociocognitivas, autoeficácia geral e autoeficácia na negociação, percepção de risco pessoal, comunitário e no parceiro e comportamentos relacionados com o VIH/SIDA.

2) Espera-se encontrar:

- a) uma relação positiva significativa entre os conhecimentos sobre o VIH/SIDA, autoeficácia geral, autoeficácia na negociação, perceção de risco e o comportamento seguro;
- b) uma relação negativa significativa entre as barreiras sociocognitivas e o comportamento seguro.

3) Espera-se que:

- a) as variáveis práticas seguras atuais e a autoeficácia na negociação contribuam de forma diferente para o comportamento seguro;
- b) as variáveis práticas seguras atuais e a perceção de risco pessoal contribuam de forma diferente para o comportamento seguro.

## **5. Análises Exploratórias**

Foram analisadas as relações entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e as variáveis psicológicas.

## **6. Seleção e Recolha da Amostra**

A população deste estudo é composta por 767 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos que frequentam as consultas de Planeamento Familiar nos Centros de Saúde do ACES Alto Ave (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP Amorosa, Unidade de Saúde Familiar Novos rumos e Unidade de Saúde Familiar Physis - Centro de Saúde de Vizela, Centro de Saúde de Fafe e no Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto). Trata-se de uma amostra de conveniência porque o estágio curricular foi realizado no ACES Alto Ave o que facilitou o acesso aos utentes (Almeida & Freire, 2003).

No presente estudo recorreremos a uma amostra não aleatória de conveniência, selecionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: mulheres utentes da Consulta de Planeamento familiar e com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos

Tendo em conta os critérios anteriores, as 767 doentes foram informadas da realização do estudo pelo seu médico de família na Consulta de Planeamento Familiar, sendo que os profissionais referenciaram e reencaminharam os doentes ao longo do estudo. A participação foi voluntária, as utentes foram previamente informadas sobre a

natureza e os objetivos do estudo. As respostas dadas ao questionário ocorreram num único momento, após preenchimento do consentimento informado.

## 7. Caracterização da Amostra

O Quadro 1 representa as principais características da amostra ( $n = 767$ ) em estudo. A amostra é constituída por 767 mulheres que frequentam as consultas de planeamento familiar do ACES Alto Ave. A idade das participantes varia: dos 18 aos 29 anos são 243 (31.7%), dos 30 aos 39 anos são 235 (30.6%) e dos 40 aos 64 anos 289 (37.7%). No que diz respeito ao meio em que vivem, 379 (49.4%) vive no meio rural e 388 (50.6%) vivem no meio urbano. Em relação à escolaridade, 573 (74.7%) não têm ensino superior e 194 (25.3%) têm o ensino superior. No que concerne ao estado civil, 464 (60.5%) são casadas ou vivem em união de facto, 235 (30.6%) são solteiras, 68 (8.9%) são divorciadas, separadas ou viúvas. No que diz respeito à religião, 391 (51%) são católicas praticantes, 329 (42,9) são católicas não praticantes e 47 (6.1%) pertencem a outra denominação religiosa.

Em relação ao rendimento anual, 512 (66.8%) tem um rendimento inferior a 6.000 euros, 180 (23.5%) têm entre 6.000 euros e 12.000 euros, 75 (9.8%) têm mais de 12.000. A maioria das participantes 728 (94.4%) não estão grávidas. No que concerne ao número de filhos, 290 mulheres (37.8%) têm um filho e 477 (62.2%) têm mais que um filho.

O quadro 2 representa as médias e desvio padrão das escalas e subescalas dos instrumentos.

Tabela 1

Características sociodemográficas das participantes (N = 767)

Variáveis	Total		Rural	Urbano	$\chi^2$	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Idade					.023	.998
18-29	243	31.7	121 (31.9)	122 (31.4)		
30-39	235	30.6	116 (49.4)	119 (50.6)		

40-64	289	30.7	142 (49.1)	147 (50.9)		
Meio em que vive						
Rural	379	49.4				
Urbano	388	50.6				
Escolaridade					32.546	.000*
Ensino Superior	314	40.9	136 (35.9)	154 (39.7)		
Ensino não Superior	453	59.1	243 (64.1)	234 (60.3)		
Estado Civil						
Casado/União de facto	464	60.5	239 (63.1)	225 (58)		
Solteira	235	30.6	116 (30.6)	119 (30.7)		
Divorciado/Separada ou Viúva	68	8.9	24 (35.3)	44 (64.7)	6.238	.044*
Religião						
Católica praticante	391	50.5	228 (60.2)	163 (42)		
Católica não praticante	329	42.9	138 (36.4)	191 (49.2)		
Outras	47	6.1	13 (3.4)	34 (8.8)	28.625	.000*
Rendimento anual						
Menos de 6.000 euros	512	66.8	276 (72.8)	236 (60.8)		
Entre 6.000 e 12.000 euros	180	23.5	77 (20.3)	103 (26.5)		
Mais de 12.000	75	9.8	26 (6.9)	49 (12.6)	13.830	.001*
Esta grávida						
Sim	39	5.1	15 (4)	24 (6.2)		
Não	728	94.9	364 (96)	364 (93.8)	1.972	.160
Número de filhos						
Um filho	290	37.8	136 (35.9)	154 (39.7)		
Mais que um filho	477	62.2	243 (64.1)	234 (60.3)	1.182	.277

---

$p < .05$

Tabela 2

Media e desvio padrão das variáveis estudadas (N=767)

Variáveis	Total		Rural/Urbano			
	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	$\chi^2$	<i>P</i>
<b>C VIH/SIDA</b>						
RCCT VIH/SIDA	16	2.1				
RECT VIH/SIDA	751	97.9				
RCCP VIH/SIDA	13	1.7				
RECP VIH/SIDA	754	98.3				
CT VIH/SIDA			5.40	2.035	8.198	.414
CP VIH/SIDA			4.28	1.493	11.601	.071
ETC VIH/SIDA			9.68	2.993	17.210	.245
<b>QBSS</b>						
ABS			.49	.801	15.736	.001*
APR			4.45	2.063	9.260	.598
ANSS			1.51	1.542	5.272	.509
APPN			1.27	1.422	9.325	.156
PBAC			1.90	1.855	20.675	.015
ETBSS			9.61	5.590	40.555	.045*
EAG			4.58	.811	50.700	.226
EANP			36.94	13.127	45.215	.263
PRC			1.35	.992	1.721	.632
SR	173	22.6				
BR	266	34.7				
RM	212	27.6				
RE	116	15.1				
PRP			.34	.762	1.733	.630
SR	573	74.7				

BR	151	19.7				
RM	21	2.7				
RE	22	2.9				
PRPA			.83	.965	.092	.995
SR	435	56.7				
BR	31	4				
RM	301	39.2				
RE	0	0				
EPSSA.			1.74	2.524	17.356	.043*
UPUQAS			.76	1.509	6.616	.158

$p < .05$

Nota. CS VIH/SIDA = conhecimentos sobre o VIH/SIDA; RCCT VIH/SIDA = respostas corretas conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; RECT VIH/SIDA = respostas erradas conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; RCCP VIH/SIDA = respostas corretas conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; RECP VIH/SIDA = respostas erradas conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; CT VIH/SIDA = conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; CP VIH/SIDA = conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; ETC VIH/SIDA = escala total de conhecimentos sobre o VIH/SIDA; QBSS = Questionário de barreiras face ao sexo seguro; ABS = abstinência; APR = ausência de percepção de risco; ANSS = atitudes negativas face ao sexo seguro; APPN = atitude do parceiro percebida como negativa; PBAC = percepção de baixa autoeficácia na comunicação; ETBSS = escala total de barreiras face ao sexo seguro; EAG = escala de autoeficácia geral; EANP = escala de autoeficácia na negociação do preservativo; PRC = percepção de risco na comunidade; SR = sem risco; BR = baixo risco; RM = risco moderado; RE = risco elevado; PRP = percepção de risco pessoal; PRPA = percepção de risco no parceiro; EPSSA = escala de práticas sexuais seguras atuais; UPUQAS = utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais.

## **8. Instrumentos**

Com o intuito de atingirmos os objetivos do presente estudo, selecionaram-se oito instrumentos já usados, traduzidos e adaptados para a população portuguesa. Os instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes:

### **a) Questionário Sóciodemográfico (McIntyre, Veiga Costa & Hobfoll, 2006)**

O Questionário Sóciodemográfico contém dados sociodemográficos e variáveis clínicas para a caracterização da amostra. O questionário tem informação acerca da: idade, onde vive, habilitações literárias, origem étnica, estatuto profissional atual, profissão, com quem vivem (a sós, com a família, com familiares, com o companheiro, com amigos), estado civil, religião, religiosidade atual, rendimento pessoal anual, gravidez atual, história de gravidez, número de filhos e variáveis de relação (e.g., vontade do parceiro em usar preservativo, monogamia, duração da relação, importância atribuída a manutenção da relação). É constituído por 15 itens com questões abertas e de escolha múltipla.

### **b) Questionário da Autoeficácia na Negociação do Preservativo (Self- Efficacy AIDS NegotiationScale - SE-AIDS) (versão experimental portuguesa de McIntyre & Costa, 2006)**

#### **Descrição da versão original**

Esta escala contém cinco itens foi desenvolvida por Hobfoll (2002), com o intuito de avaliar a autoeficácia na negociação. As mulheres descrevem se sentem nada ou totalmente confiantes ao negociar o sexo seguro com os seus parceiros, através de uma escala de Likert de 0 a 9 pontos (0 = nada confiante a 9 = totalmente confiante). No que diz respeito à fidelidade e validade não existem dados publicados nesta escala.

#### **Versão portuguesa**

A versão portuguesa utilizada é de McIntyre e Costa (2006), num amostra com 200 mulheres em risco.

### **Características psicométricas da versão portuguesa**

No estudo de validação foram testadas a consistência interna, a validade de constructo e validade convergente. A fidelidade nesta amostra (N=200), a escala tem um índice razoável (Alfa de Cronbach = .69) e todos os itens das correlações são superiores a .30 com o total da escala.

### **Características Psicométricas do Presente Estudo**

O presente estudo instrumento apresenta um *alfa de Cronbach* de .96 para a escala total, ou seja, os alfas obtidos são muito bons. As correlações dos itens com o total da escala variam entre .89 e .92 (Ver Anexo 1).

#### **c) Escala de Autoeficácia Geral (General Self-Efficacy Scale - GSES) (versão experimental portuguesa de McIntyre & Costa, 2006)**

#### **Descrição da versão Original**

A General Self-Efficacy Scale (GSES) de Mathias Jerusalem e Ralf Schwarzer em 1981 é constituída por 20 itens que posteriormente foram reduzidos para 10 itens, os quais avaliam a percepção da competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações stressantes, refere a crença global e estável de se ser capaz de controlar os desafios ambientais.

O modo de cotação varia numa escala de Likert de 4 pontos, sendo que valores mais altos evidenciam uma boa autoeficácia. Em cada item existem quatro possibilidades de resposta, o total da escala resulta da soma dos valores de todos os itens.

#### **Características psicométricas**

Foi avaliada a fidelidade e os coeficientes encontrados na escala revelam uma elevada consistência interna (Schwarzer & Scholz, 2000). Os diversos estudos realizados pelos autores referem valores de consistência interna que variaram entre alfas de .75 e .91.

Em relação à validade de construto esta é uma escala unidimensional. No estudo de Schwarzer e Scholz (2000), verificaram as propriedades psicométricas da Escala de Auto-Eficácia Geral, traduzida em 19 línguas com o objetivo de compreender se a

escala era homogénea e de confiança em todas as amostras. Para isso definiram a consistência interna, a unidimensionalidade, e a correlação entre itens. A amostra era constituída por 17.553 pessoas (6.678 homens, 8.613 mulheres e alguns participantes que não referiram o género), de 22 países diferentes (44% das mulheres e 48% dos homens tinha entre 15 e 20 anos). Este estudo confirmou a unidimensionalidade da escala. Num outro estudo com amostras de 22 países (N=17.553) e noutra efectuado com três versões em línguas diferentes (N=1.682) concluiu-se também pela unidimensionalidade da escala (Schwarzer et al., 1997). A análise de componentes principais mostrou a existência de apenas um factor geral extraído que explicava 41% da variância total na amostra alemã, enquanto que na amostra espanhola um factor explicou 39% da variância. Na amostra chinesa, o único factor explicava 55% da variância

### **Versão Portuguesa**

A versão portuguesa utilizada é de McIntyre e Costa (2006), num amostra com 200 mulheres em risco sexual. O questionário contém 10 itens. A cotação foi alterada, de 4 pontos para 7 pontos, no qual varia de 1 (falso) a 7 (verdadeiro) que está de acordo com a versão de Hobfoll no Women`s Health Study Questionnaire.

### **Características psicométricas da versão portuguesa**

Os *alfas de Cronbach* mostram uma boa consistência interna na escala total .84 e correlações entre os .42 e .67.

### **Características psicométricas do presente estudo**

No presente estudo o instrumento apresenta um *alfa de Cronbach* razoável de .70 para a escala total, o que revela uma consistência interna alta. As correlações dos itens com o total da escala, mostram valores que variam -0.6 e .63 (Ver Anexo 2).

**d) Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH) (versão experimental portuguesa de McIntyre & Costa, 2006)**

**Descrição da versão Original**

Este questionário avalia os conhecimentos acerca dos comportamentos que favorecem transmissão do VIH/SIDA e os métodos eficazes para prevenir esta doença. Este questionário contém 14 itens seleccionados a partir de 16 itens construídos num estudo do Serviço Nacional de Saúde Pública dos EUA (U.S. Public Health Service - AIDS Information Survey). Oito itens avaliam os conhecimentos face ao risco de transmissão do VIH/SIDA (e.g partilha de seringas, apertar as mãos) e os restantes avaliam o conhecimento preventivo face ao VIH/SIDA (e.g uso de método contraceptivos, ter relações com apenas um parceiro que não tem o VIH). Os primeiro oito itens foram codificados como 1- resposta errada, 2-resposta correcta e 3- não sei. Os restantes itens codificados como verdadeiro, falso e não sei.

Também Hobfoll e a sua equipa utilizaram este questionário em diversos estudos (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993; Hobfoll & Schroder, 2001; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001). Por exemplo, num estudo de Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994). Este questionário contém também 14 questões, numa escala Likert de 4 pontos (1 = muito provável a 4 = pouco provável).

**Características psicométricas da versão original**

A consistência interna não é possível verificar, uma vez que os autores utilizam diversas versões desta e não a verificam de forma metódica. Nos estudo de Hobfoll e da sua equipa, não testaram a consistência interna, pois afirmaram que não é um indicador válido para os testes de conhecimento, uma vez que varia consoante o nível de conhecimento dos que respondem.

**Versão portuguesa**

A versão portuguesa utilizada é de McIntyre e Costa (2006). O questionário contém 14 itens, dos quais 8 são relativos à escala de conhecimento face ao risco de transmissão do VIH/SIDA e 6 correspondem à escala de conhecimento de prevenção face ao VIH/SIDA.

### **Características psicométricas da versão portuguesa**

A escala total apresenta uma boa consistência interna, apresentando um *alfa de cronbach* é .89 na escala total. No que diz respeito às subescalas apresentam uma boa consistência interna, sendo que o *alfa de cronbach* na subescala de conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA é de .82 e na escala de conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA .83.

Em relação à validade, a matriz de correlação revelou a presença de muitos coeficientes de .3 e superiores e foram extraídos 2 factores que explicam 35.82% da variância.

### **Características psicométricas do presente estudo**

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta um *alfa de Cronbach* de razoável .79 para a escala total. No que concerne às subescalas do instrumento, os dados do *alfa de Cronbach* são os seguintes: razoáveis .76 para a subescala de conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA e fraco .66 para a subescala de conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA. As correlações dos itens da subescala com o total da escala variam entre .13 e .69 (Ver Anexo 3).

#### **e) Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS) (versão experimental portuguesa de McIntyre & Costa,2006)**

### **Versão original**

Este questionário é formado por 3 itens: a percepção de risco na comunidade, pessoal e no parceiro face ao VIH/SIDA. Os itens relativos ao risco comunitário e pessoal são codificados numa escala de 4 pontos (1 = sem risco, 2 = baixo risco, 3 = risco moderado, 4 = risco elevado). O item referente ao risco no parceiro tem 3 opções de resposta: 2= com todos os parceiros, 1= com alguns, mas não com outros e 0= raramente ou nunca. Este último item foi adicionado por Holbfoll e a sua equipa.

### **Características psicométricas da versão original**

Em relação à consistência interna, dados o fato de os itens serem isolados não surge na literatura num dado relativo a isso.

### **Versão portuguesa**

Neste estudo foi utilizado a versão portuguesa de McIntyre e Costa (2006). O questionário contém os 2 itens relativos à percepção de risco comunitário e pessoal. As questões dos dois primeiros itens são respondidas numa escala de 4 pontos (sem risco, risco moderado e risco elevado). Foi também utilizado o item que avalia se as mulheres “conversam sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA com os seu(s) parceiro(s)”, com as seguintes possibilidades de resposta: 2 = com todos os parceiros, 1 = com alguns mas não com outros, 0 = raramente ou nunca.

### **Características psicométricas da versão portuguesa**

Tal como na versão original não existem dados da consistência interna, pois tratam-se de itens isolados.

### **Características psicométricas do presente estudo**

Não foram efectuadas análises da consistência interna, pois tratam-se de itens isolados.

### **f) Escala de Práticas Seguras Atuais (E/PSSA) (versão experimental portuguesa de McIntyre & Costa, 2006)**

### **Versão Original**

A Escala de Práticas Seguras Atuais, inclui itens que relata a prática atual de comportamentos sexualmente seguros e intenção de praticar comportamentos sexualmente seguros (e.g., comprei ou obtive preservativos recentemente, tenho a intenção de comprar ou obter preservativos, confio no meu parceiro para que traga preservativos). Inicialmente o instrumento continha 16 itens, que mais tarde foram reduzidos para 3 itens no Women’s Health Study Questionnaire (Hobfoll, 2002). As respostas das participantes são dados num escala de 4 pontos.

### **Características psicométricas da versão original**

No estudo realizado por, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994), no qual utilizaram alguns destes itens para avaliar o uso actual de preservativo e espermicida (2 itens, *alfa de Cronbach* de .84 para a amostra do estudo. Mais tarde,

avaliaram a intenção e a compra de preservativos e espermicida através de 4 itens (e.g., tenho a intenção de comprar ou obter preservativos), o *alfa de Cronbach* para esta escala foi de .72.

No que diz respeito à fidelidade split-half para a escala de praticas sexuais seguras foi de .73 e a fidelidade teste-reteste no seguimento de 3 meses foi de .68.

### **Versão portuguesa**

Este questionário é constituído por 3 itens que relatam temas relacionados com os comportamentos sexuais seguros e a intenção de praticar comportamentos sexuais seguros (e.g., comprei ou obtive preservativos recentemente, tenho a intenção de comprar ou obter preservativos, confio no meu parceiro para que traga preservativos). É utilizada um escala de 4 pontos.

### **Características psicométricas da versão portuguesa**

Em termos de fidelidade o instrumento apresenta um *alfa de cronbach* de .68, evidenciando um consistência razoável dado o número de itens da escala.

No que se refere á validade, os 3 itens da E/PSSA foram submetidos a uma análise de componentes principais. O valor do teste de Kaiser-Meyer-Oklin (KMO) foi de .6 e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954). Foi encontrado um factor que explica 63% da variância.

### **Características psicométricas do presente estudo**

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta um *alfa de Cronbach* de bom .81 para a escala total. As correlações dos itens da subescala com o total da escala variam entre .52 e .76 (Ver Anexo 4).

### **g) Questionário de Barreiras (BASSB) (versão experimental portuguesa de McIntyre & Costa, 2006)**

### **Versão original**

Este questionário enumera as razões para não praticar comportamentos sexuais seguros na relação sexual. Foi desenvolvido por Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e

Sheperd (1994) e é formado por 14 itens. Este instrumento inicialmente é constituído por 4 subescalas: ausência de percepção de risco (4 itens), atitudes negativas face sexo seguro, percepção da atitude do parceiro como negativa (2 itens), percepção de baixa autoeficácia na comunicação (3 itens). Os itens são respondidos numa escala Likert de 4 pontos: concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente.

### **Características psicométricas da versão original**

A consistência interna de Cronbach do BASSB para as quatro subescalas apresenta alfas de Cronbach de .81 para a ausência de percepção de risco (4 itens), .78 para as atitudes negativas face sexo seguro (4 itens), .79 para a percepção da atitude do parceiro como negativa (2 itens) e .58 para a percepção de baixa autoeficácia na comunicação (3 itens).

### **Versão portuguesa**

O instrumento é constituído por 10 itens da versão de 13 itens de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001), adaptado por Hobfoll (2002). Este questionário tem 5 subescalas: 3 itens que abordam a ausência de percepção de risco; 2 itens que avaliam as atitudes negativas em relação ao sexo seguro; 2 itens que se referem à percepção da atitude parceiro como negativa; 3 itens que avaliam a percepção de baixa autoeficácia na comunicação e um item relativo à abstinência. Os itens são respondidos numa escala Likert de 4 pontos.

### **Características psicométricas da versão portuguesa**

Em relação à consistência interna o item que diz respeito à abstinência não foi analisado, pois não pertence às quatro subescalas propostas pelos autores originais.

O alfas para as quatro subescalas foram os seguintes: ausência de percepção de risco .79; atitudes negativas em relação ao sexo seguro .66; percepção da atitude parceiro como negativa .78 e percepção de baixa auto-eficácia na comunicação e um .56.

No que se refere à validade a solução factorial de quatro factores explica um total de 73.32% da variância, com o factor 1 a explicar 21.29%, o factor 2 a contribuir com 21,27% e o 3 com 19.11% e o 4 com 11.66%.

### **Características psicométricas do presente estudo**

No presente estudo, com uma amostra de 767 mulheres utentes da consulta de planeamento familiar, o instrumento apresenta um *alfa de Cronbach* de razoável .75 para a escala total. No que se refere às subescalas do instrumento, os *alfas de Cronbach* são as seguintes: fraco .65 para a subescala ausência de perceção de risco, razoável .71 para subescala atitudes negativas face ao sexo seguro, bom .87 para a subescala perceção negativa da atitude do parceiro e razoável .70 para a subescala perceção de baixa autoeficácia na comunicação. O item relativo à abstinência Sexual não foi incluído nas análises, uma vez que os autores que adaptaram o questionário para a população portuguesa não o incluíram no referido estudo. As correlações dos itens das subescalas com o total da escala variam .40 e .77 (Ver Anexo 5).

### **9. Análise de Dados**

Após a recolha dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*- versão 20).

Para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar as diferenças entre as mulheres provenientes do meio rural versus as mulheres provenientes do meio urbano, utentes da consulta de planeamento familiar, ao nível dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, barreiras sociocognitivas, autoeficácia geral e autoeficácia na negociação, perceção de risco pessoal comunitário e no parceiro e comportamentos relacionados com o VIH/SIDA, foram utilizados testes Mann-Whitney, dado que não se encontravam cumpridos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos.

Para a segunda hipótese foi usado um Coeficiente de Correlação de Spearman e na terceira hipótese foi utilizada uma Regressão Linear Simples com método *Enter*, dados os pressupostos para a utilização de estatística paramétrica estarem cumpridos.

Em relação a análises exploratórias foram realizadas para investigarmos a relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para avaliar as diferenças entre as variáveis psicossociais e sóciodemográficas.

### III-Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados dos testes realizados, assim como as análises exploratórias.

#### Resultados dos Testes de Hipóteses

**Hipótese 1:** Espera-se que hajam diferenças entre as mulheres provenientes do meio rural versus as mulheres provenientes do meio urbano, utentes da consulta de planeamento familiar, ao nível dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, barreiras sociocognitivas, autoeficácia geral e autoeficácia na negociação do preservativo, percepção de risco pessoal comunitário e no parceiro e comportamentos relacionados com o VIH/SIDA. Através dos resultados verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de abstinência ( $U = 64613,500$ ,  $p = .000$ ), ausência de percepção de risco ( $U = 67301,500$ ,  $p = .040$ ), total barreiras face ao sexo seguro ( $U = 65122,000$ ,  $p = .006$ ), na autoeficácia na negociação do preservativo ( $U = 64706,500$ ,  $p = .002$ ) e na escala de práticas sexuais seguras atuais ( $U = 65952,000$ ,  $p = .007$ ). Deste modo, as mulheres provenientes do meio rural são mais abstinentes, têm maior ausência de percepção de risco, menor autoeficácia para negociar o uso do preservativo, maior número de barreiras face ao sexo seguro e menos comportamentos sexuais seguros preparatórios (comprar preservativos, intenção de comprar, etc.). No que diz respeito às restantes variáveis não foram encontradas diferenças significativas.

Tabela 3

Resultados do Teste Mann-Whitney

Variáveis	Meio rural ( $n = 379$ ) Ordem Média	Meio urbano ( $n = 388$ ) Ordem Média	$U$
CS VIH/SIDA			
CT VIH/SIDA	369.04	398.61	67856.500
CP VIH/SIDA	372.02	395.71	68984.000
ETC VIH/SIDA	368.92	398.73	67812.500
QBSS			

ABS	407.52	361.03	64613.500*
APR	400.42	367.96	67301.500*
ANSS	394.53	373.72	69537.000
APPN	398.43	369.91	68690.500
PBAC	396.76	374.54	68690.500
ETBSS	406.17	362.34	65122.000*
EAG	376.74	391.09	70773.500
EANP	360.73	406.73	65706.500*
PRC	377.14	390.70	70925.000
PRP	386.00	382.04	72767.000
PRPA	381.98	385.97	72760.000
EPSSA	364.02	403.52	65952.000*
UPUQAS	373.58	394.18	69575.000

---

\* $p < .05$

Nota. Nota. CT VIH/SIDA = conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; CP VIH/SIDA = conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; ETC VIH/SIDA = escala total de conhecimentos sobre o VIH/SIDA; QBSS= Questionário de barreiras face ao sexo seguro; ABS = abstinência; APR = ausência de percepção de risco; ANSS = atitudes negativas face ao sexo seguro; APPN = atitude do parceiro percebida como negativa; PBAC = percepção de baixa autoeficácia na comunicação; ETBSS = escala total de barreiras face ao sexo seguro; EAG = escala de autoeficácia geral; EANP = escala de autoeficácia na negociação do preservativo; PRC= percepção de risco na comunidade; PRP= percepção de risco pessoal; PRPA= percepção de risco no parceiro; EPSSA= escala de práticas sexuais seguras atuais; UPUQAS= utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais.

**Hipótese 2:** Espera-se encontrar:

- a) uma relação positiva significativa entre os conhecimentos e autoeficácia geral, autoeficácia na negociação do preservativo, percepção de risco e o comportamento sexual seguro;

Através da análises verifica-se uma associação muito baixa e positiva entre a escala de autoeficácia na negociação do preservativo e a variável uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais ( $r = .117, p < .01$ ), o que indica que quanto maior a autoeficácia na negociação do uso do preservativo maior é a utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais. Verifica-se também uma associação muito baixa e positiva entre a percepção de risco no parceiro e a variável uso do preservativo nos últimos quatro atos ( $r = .219, p < .01$ ), evidenciando que quanto maior é a percepção de risco no parceiro, maior é a utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais.

b) uma relação negativa significativa entre as barreiras sociocognitivas e o comportamento sexual seguro.

Existe uma associação entre a escala de barreiras face ao sexo seguro e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais ( $r = -.090, p < .05$ ), demonstrando que quanto maiores são as barreiras sociocognitivas menor é o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais.

Tabela 4

## Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman (N = 767)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Conhecimentos acerca do VIH/SIDA:																
1. Conhecimento sobre transmissão do VIH/SIDA	_____															
2. Conhecimentos sobre prevenção do VIH/SIDA	.354**	_____														
3. Escala total conhecimentos	-.883**	.729**	_____													
4. Autoeficácia geral	-.003	-.053	-.034	_____												
5. Autoeficácia na negociação do Preservativo	.109**	.197**	.169**	.099*	_____											
6. Percepção de risco na comunidade	-.004	.058	.020	.043	.038	_____										
7. Percepção de risco pessoal	.003	-.019	-.001	-.036	-.050	.257**	_____									
8. Percepção de risco no parceiro	.129**	.150**	.170**	.066	.218**	.074**	.117**	_____								
Barreiras face ao sexo seguro																
9. Subescala de abstinência	-.028	-.086*	-.049	.012	-.193*	.050	.093*	-.005	_____							
10. Ausência de percepção de risco	.003	.036	.021	.018	.002	-.014	-.016	-.054	.383**	_____						
11. Atitudes negativas face ao sexo seguro	-.137**	-.199**	-.198**	.011	-.123**	-.078**	.006	-.092*	.240**	.337**	_____					
12. Atitude do parceiro percebida como negativa	-.107**	-.130**	-.136**	-.057	-.185**	-.021	.076*	-.161**	.188**	.339**	.516**	_____				
13. Percepção de baixa autoeficácia na comunicação	-.094**	-.104**	-.111**	-.059	-.211**	.010	.039	-.156**	.301**	.385**	.568**	.621**	_____			
14. Escala total de barreiras face ao sexo seguro	-.092*	-.127**	-.124**	.017	-.176**	-.027	.051	-.136**	.485**	.713**	.757**	.745**	.813**	_____		
15. Uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais	.016	.045	.031	-.007	.117*	.005	.024	.219*	-.007	-.128**	-.051	-.052	-.024	-.090*	_____	
16. Escala de práticas sexuais seguras Atuais	-.026	.063	.008	-.016	.192**	.041	.039	.266**	-.115**	-.135**	-.025	-.086*	.003	-.103	.643**	_____

\*\*p&lt;.01; \*p&lt;.05

**Hipótese 3:** Espera-se que:

- a) as variáveis de práticas seguras sexuais atuais, autoeficácia na negociação do preservativo e a percepção de risco no parceiro contribuam de forma diferente para o comportamento sexual seguro;

Foi realizada uma regressão linear simples com o método *Enter*. A variável dependente foi o comportamento sexual seguro e as variáveis independentes foram a autoeficácia na negociação do preservativo e a percepção de risco no parceiro. Os resultados indicam que o modelo explica 48.6% da variância (Adjusted  $R^2 = .486$ ). Verifica-se que as práticas sexuais seguras atuais e a autoeficácia na negociação do preservativo e a percepção de risco pessoal são preditores significativos do comportamento sexual seguro ( $F(3,763) = 241.265, p < .05$ ). As participantes que têm mais práticas sexuais seguras atuais e uma maior autoeficácia na negociação do preservativo usam o preservativo nos últimos quatro atos sexuais e as que têm uma maior percepção de risco no parceiro apresentam mais comportamentos sexuais seguros atuais.

Tabela 5

Resultados das Variáveis Predictoras do Comportamento Sexual Seguro (N =767)

Preditores	B	SE B	B	P
Escala de práticas sexuais seguras atuais	.414	.016	.692	.000
Escala de autoeficácia na negociação do preservativo	.000	.003	.001	.968
Percepção de risco pessoal	.029	.043	.019	.498
R Square	.487			
Adjusted R Square	.485			

**Análises exploratórias**

**Diferenças ao nível das variáveis psicossociais em função da idade**

Os resultados indicam haver diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres jovem adultas, trintas e meia idade ao nível dos conhecimentos sobre o

VIH/SIDA, na subescala conhecimentos transmissão sobre o VIH/SIDA ( $\chi^2 = 31.164$ ,  $p = .000$ ), na subescala conhecimentos prevenção sobre o VIH/SIDA ( $\chi^2 = 21.881$ ,  $p = .000$ ), na escala total de conhecimentos sobre o VIH/SIDA ( $\chi^2 = 42.716$ ,  $p = .000$ ), na autoeficácia na negociação do preservativo ( $\chi^2 = 30.821$ ,  $p = .000$ ), na percepção de risco no parceiro ( $\chi^2 = 69.384$ ,  $p = .000$ ), na subescala percepção da atitude do parceiro como negativa ( $\chi^2 = 10.907$ ,  $p = .004$ ), na subescala percepção de baixa autoeficácia na comunicação ( $\chi^2 = 21.355$ ,  $p = .000$ ), na escala total barreiras ( $\chi^2 = 7.962$ ,  $p = .019$ ), na variável uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais ( $\chi^2 = 35.296$ ,  $p = .000$ ) e na escala práticas seguras atuais ( $\chi^2 = 36.225$ ,  $p = .000$ ).

Deste modo, verifica-se que as mulheres jovens adultas apresentam maior autoeficácia na negociação do preservativo, maior percepção de risco pessoal, menos atitudes negativas face ao sexo seguro, utilizam mais o preservativo nos últimos atos sexuais e conseqüentemente têm mais práticas sexuais seguras atuais. As mulheres na faixa etária dos trinta têm mais conhecimentos de transmissão de prevenção e mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA e maior autoeficácia. As mulheres com idades compreendidas entre os 40 e 64 anos mostram maior percepção de risco na comunidade e apresentam mais barreiras relativamente à abstinência, ausência de percepção de risco, atitude do parceiro percebida como negativa e uma baixa percepção de baixa autoeficácia na comunicação.

Tabela 6

Resultados das variáveis psicossociais em função da idade

Variáveis	Jovem Adulta ( $n = 243$ ) Ordem Média	Trintas ( $n = 235$ ) Ordem Média	Meia idade ( $n = 289$ ) Ordem Média	$\chi^2$
CS VIH/SIDA				
CT VIH/SIDA	410.18	425.90	327.91	31.164*
CP VIH/SIDA	399.83	428.72	334.33	26.881*
ETC VIH/SIDA	410.23	437.24	318.65	42.716*
EAG	370.56	390.30	390.18	1.312
EANP	424.15	406.88	331.63	30.821*

PRC	382.06	383.84	385.76	.040
PRP	394.85	394.78	366.11	5.524
PRPA	452.68	398.12	314.76	69.384*
QBSS				
ABS	383.18	379.04	388.72	.367
APR	373.70	387.28	389.99	.811
ANSS	396.47	364.59	389.29	2.997
APPN	357.07	375.88	416.06	10.907*
PBAC	353.05	359.41	430.02	21.355*
ETBSS	364.43	368.70	412.90	7.962*
UPUQAS	433.58	369.32	354.25	35.296*
EPSSA	445.73	374.39	339.91	36.225*

\* $p < .05$

Nota. CT VIH/SIDA = conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; CP VIH/SIDA = conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; ETC VIH/SIDA = escala total de conhecimentos sobre o VIH/SIDA; EAG = escala autoeficácia geral; EANP = escala autoeficácia na negociação do preservativo; PRC = percepção de risco na comunidade; PRP = percepção de risco pessoal; PRPA = percepção de risco no parceiro; QBSS = Questionário de barreiras face ao sexo seguro; ABS = abstinência; APR = ausência de percepção de risco; ANSS = atitudes negativas face ao sexo seguro; APPN = atitude do parceiro percebida como negativa; PBAC = percepção de baixa autoeficácia na comunicação; ETBSS = escala total de barreiras face ao sexo seguro; UPUQAS = utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; EPSSA = escala de práticas sexuais seguras atuais.

### **Diferenças ao nível das variáveis psicossociais em função da escolaridade**

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas conhecimentos sobre a transmissão ( $U = 48585.000$ ,  $p = .000$ ) e prevenção ( $U = 42995.500$ ,  $p = .000$ ) do VIH/SIDA, na escala de autoeficácia na negociação do preservativo ( $U = 52358.500$ ,  $p = .000$ ), na escala de percepção de risco pessoal ( $U = 65400.500$ ,  $p = .012$ ), na escala percepção de risco no parceiro ( $U = 58367.000$ ,  $p =$

.000), na subescala de abstinência ( $U = 61251.000, p = .000$ ), na subescala atitudes negativas face ao sexo seguro ( $U = 58472.000, p = .000$ ), na subescala percepção da atitude do parceiro como negativa ( $U = 56287.500, p = .000$ ), na subescala percepção de baixa autoeficácia na comunicação ( $U = 54714.000, p = .000$ ), na escala total de barreiras face ao sexo seguro ( $U = 54110.500, p = .000$ ), no uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais ( $U = 64435.000, p = .002$ ) e na escala de práticas sexuais seguras atuais ( $U = 61696.500, p = .001$ ).

As mulheres com ensino superior têm mais conhecimentos acerca das formas de transmissão e prevenção do VIH/SIDA, mais capacidades de negociar o uso do preservativo, mostram maior percepção de risco pessoal e no parceiro, apresentam menos barreiras face às relações sexuais seguras, utilizam com maior frequência o preservativo nos últimos quatro atos sexuais e por conseguinte têm mais práticas sexuais seguras atuais do que as mulheres que não possuem o ensino superior.

Tabela 7

Resultados das variáveis psicossociais em função da escolaridade

Variáveis	Ensino Superior	Ensino não superior	<i>U</i>
	( <i>n</i> =314) Ordem Média	( <i>n</i> = 453) Ordem Média	
<b>CS VIH/SIDA</b>			
CT VIH/SIDA	312.23	433.75	48585.000*
CP VIH/SIDA	306.86	437.47	46898.000*
ETC VIH/SIDA	294.43	446.09	42995.500*
EAG	387.99	381.23	69867.500
EANP	324.25	425.42	52358.500*
PRC	366.64	396.03	65670.000
PRP	365.78	396.63	65400.500*
PRPA	343.38	412.15	58367.000*
<b>QBSS</b>			
ABS	415.43	362.21	61251.000*
APR	399.96	372.94	61109.000

ANSS	424.28	356.08	58472.000*
APPN	431.24	351.24	56287.500*
PBAC	436.25	347.78	54714.000*
ETBSS	438.17	346.45	54110.500*
UPUQAS	362.71	389.76	64435.000*
EPSSA	353.99	404.80	61696.500*

\*  $p < .05$

Nota. CT VIH/SIDA = conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; CP VIH/SIDA = conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; ETC VIH/SIDA = escala total de conhecimentos sobre o VIH/SIDA; EAG = escala autoeficácia geral; EANP = escala autoeficácia na negociação do preservativo; PRC = percepção de risco na comunidade; PRP = percepção de risco pessoal; PRPA = percepção de risco no parceiro; QBSS= Questionário de barreiras face ao sexo seguro; ABS = abstinência; APR = ausência de percepção de risco; ANSS = atitudes negativas face ao sexo seguro; APPN = atitude do parceiro percebida como negativa; PBAC = percepção de baixa autoeficácia na comunicação; ETBSS = escala total de barreiras face ao sexo seguro; UPUQAS = utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; EPSSA = escala de práticas sexuais seguras atuais.

### **Diferenças ao nível das variáveis psicossociais em função do estado civil**

Os resultados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas na escala total transmissão e prevenção sobre o VIH/SIDA ( $\chi^2 = 6.710$ ,  $p = .035$ ), na escala de autoeficácia na negociação do preservativo ( $\chi^2 = 19.681$ ,  $p = .000$ ), na percepção de risco no parceiro ( $\chi^2 = 31.004$ ,  $p = .035$ ), na subescala de percepção de baixa autoeficácia na comunicação ( $\chi^2 = 8.335$ ,  $p = .015$ ) e no uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais ( $\chi^2 = 60.814$ ,  $p = .000$ ). As mulheres solteiras têm mais conhecimentos sobre as formas de prevenção e transmissão do VIH/SIDA, têm maior autoeficácia na negociação do preservativo, uma maior percepção de risco no parceiro e utilizam com maior frequência o preservativo nos últimos quatro atos sexuais do que as mulheres casadas/união de facto e as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas. As mulheres divorciadas, separadas ou viúvas apresentam uma maior percepção de baixa autoeficácia na comunicação do que as mulheres casadas/união de facto e solteiras.

Tabela 8

Resultados da variáveis psicossociais em função do estado civil

Variáveis	Casada/União de facto (n=464) Ordem Média	Solteira (n= 235) Ordem Média	Divorciada/Separada ou Viúva (n=68) Ordem Média	$\chi^2$
CS				
VIH/SIDA				
CT	373.29	410.73	364.71	5.161
VIH/SIDA				
CP	380.39	402.04	346.32	3.871
VIH/SIDA				
ETC	372.92	414.10	355.59	6.710*
VIH/SIDA				
EAG	389.15	372.82	387.49	.878
EANP	380.69	417.09	292.25	19.681*
PRC	377.50	386.81	418.66	2.279
PRP	375.66	400.59	383.56	3.434
PRPA	355.30	441.29	381.82	31.044*
QBSS				
ABS	384.62	379.73	394.54	.356
APR	396.24	357.57	391.78	4.985
ANSS	377.06	394.08	396.50	1.267
APPN	388.16	363.85	425.28	5.233
PBAC	382.09	367.86	452.85	8.335*
ETBSS	386.57	366.24	427.85	4.250
UPUQAS	349.42	449.03	395.23	60.814*
EPSSA	349.61	459.70	357.01	46.768*

\*  $p < .05$ 

Nota. CT VIH/SIDA = conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA; CP VIH/SIDA = conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA; ETC VIH/SIDA =

escala total de conhecimentos sobre o VIH/SIDA; EAG = escala autoeficácia geral; EANP = escala autoeficácia na negociação do preservativo; PRC = percepção de risco na comunidade; PRP = percepção de risco pessoal; PRPA = percepção de risco no parceiro; QBSS= Questionário de barreiras face ao sexo seguro; ABS = abstinência; APR = ausência de percepção de risco; ANSS = atitudes negativas face ao sexo seguro; APPN = atitude do parceiro percebida como negativa; PBAC = percepção de baixa autoeficácia na comunicação; ETBSS = escala total de barreiras face ao sexo seguro; UPUQAS = utilização do preservativo nos últimos quatro atos sexuais; EPSSA = escala de práticas sexuais seguras atuais.

## **IV- Discussão dos Resultados**

### **Hipótese 1**

Os conhecimentos acerca do VIH/SIDA, as barreiras sociocognitivas, a autoeficácia geral e a autoeficácia na negociação do preservativo, os comportamentos de risco e os comportamentos relacionados com o VIH/SIDA estão diretamente relacionados com o meio em que se vive (Braxton, DiClemente, Lang, Reddy, Saleh-Onoya, Sifunda & Wingood, 2013). No presente estudo verifica-se que as mulheres que vivem no meio rural são mais abstinentes, têm menor percepção de risco, menor autoeficácia para negociar o uso do preservativo, mais barreiras face ao sexo seguro e menos comportamentos sexuais seguros preparatórios. Estes resultados vão de encontro ao que é referido na literatura, pois apontam para importância do meio onde se vive como um fator que influencia as barreiras face ao sexo seguro, a percepção de risco e os comportamentos sexuais seguros.

O estudo realizado por Ochako, Onyango, Njagi, Kimetu e Ulwodi (2011), refere que as mulheres que vivem em áreas urbanas apresentam mais conhecimentos em relação ao VIH/SIDA. Do mesmo modo, Bunnell e cols. referem que as mulheres que vivem em zonas rurais têm poucos conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH/SIDA em comparação com as mulheres que vivem em zonas urbanas.

As barreiras sociocognitivas também são influenciadas pelo meio em que as mulheres estão inseridas. Deste modo, no estudo de Lotfi, Hajizadeh, Yaghmaei e Tehrani (2012), as mulheres que vivem em áreas rurais têm mais sentimentos de incapacidade e dificuldades de comunicação com o parceiro sobre o uso do preservativo comparado às mulheres que vivem em zonas urbanas.

Existem vários estudos que comprovam os resultados obtidos, tal como o estudo de Fu (2011), no qual se verificou que as mulheres que viviam no meio urbano tinham uma maior autoeficácia na negociação do uso do preservativo (cerca de 42% das mulheres negociavam o uso do preservativo com os seus companheiros).

Também no estudo de Adjei e Tenkorang (2010) realizado no Ghana, concluíram que a maioria das entrevistadas que vivem em áreas rurais não entende que haja risco de contrair o VIH/SIDA. Assim, a percepção de risco depende do meio onde se vive, as mulheres que vivem em áreas rurais apresentam menor percepção de risco pessoal em comparação com as mulheres que vivem em áreas urbanas (Ankol et al. 2011).

As mulheres que vivem em áreas urbanas apresentam mais comportamentos sexuais seguros preparatórios. De acordo com o estudo de Bonacquisti e Geller (2013), as mulheres que vivem em zonas urbanas, utilizam menos vezes o preservativo e têm menos intenção de o usar .

## **Hipótese 2**

Verifica-se uma relação mais significativa entre o uso do preservativo e as barreiras sociocognitivas, quanto maiores são as barreiras sociocognitivas menor é o uso do preservativo. As mulheres que têm menos barreiras face ao uso do preservativo e maior autoeficácia na negociação do preservativo, conseqüentemente usam mais o preservativo nas suas relações sexuais. De acordo com de Dieter, Grobler, Loggerenberg, Mlisana, Sobieszczyk & Werner (2012), um dos factores que está associado ao uso de preservativo na última relação sexual é a capacidade de auto percepção para a escolha do uso preservativo, as mulheres que possuíam um alto grau de controlo sobre o uso do preservativo tinham mais do dobro da probabilidade de vir a usar o preservativo.

O presente estudo demonstra resultados que corroboram aquilo que é evidenciado pela literatura, visto que a autoeficácia na negociação do preservativo está positivamente relacionada com o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais (Caruthers, Curtin, Merriwether & Ward, 2011). Assim, de fato as mulheres que têm maior percepção da capacidade de negociação do sexo seguro usam de forma consistente o preservativo.

O facto de a mulher possuir baixa autoeficácia na comunicação contribuiu para a sua perda de poder para negociar o uso do preservativo nas suas relações. Em casos nos quais as mulheres possuam alguns conhecimentos acerca dos possíveis riscos e habilidades para negociar o uso do preservativo, estas não são capazes de aplicar com sucesso esta informação para ter práticas sexuais mais seguras, devido às posições subservientes nos seus relacionamentos. (East, Jackson, O'Brien & Peters, 2010). O uso do preservativo está correlacionado com a vulnerabilidade percebida à infeção pelo HIV/SIDA e a resposta de eficácia do uso do preservativo estão relacionados com a autoeficácia (Boer, Bogale, Seydel, 2010).

As mulheres referem que muitas das vezes não têm relações seguras, pelo facto de terem medo de perder o seu parceiro ou de existirem barreiras sociocognitivas em

relação ao uso do preservativo. Por outro lado, a maioria das mulheres relata que não usam o preservativo porque confiam nos seus parceiros sexuais (Deblonde et al. 2010).

### **Hipótese 3**

Evidencia-se novamente a importância das práticas sexuais seguras atuais e a capacidade da mulher negociar o uso do preservativo para ter comportamentos sexuais seguros (French & Holland, 2012), como forma de prevenir a infecção pelo VIH/SIDA. Deste modo, a confiança da mulher para negociar o uso do preservativo permite a prevenção de comportamentos de risco e consequentemente a adoção de comportamentos sexuais seguros (Crosby et al., 2011).

Tal como referido na segunda hipótese a autoeficácia na negociação do preservativo reflete-se na adoção de comportamentos sexuais seguros, que por sua vez, está relacionada com praticas sexuais seguras atuais. O uso do preservativo, a autoeficácia, as barreiras para o uso do preservativo, as atitudes para o uso do preservativo, a intenção de usar o preservativo, habilidades do seu uso, bem como a comunicação com o parceiro, a comunicação sobre a relação sexual e o uso de preservativo são componentes fundamentais para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente o VIH/SIDA (DiClemente, Sales & Sullivan, 2011).

O estudo de Crosby e cols. (2013), refere que a autoeficácia na negociação do preservativo é influenciada pelo estado civil, idade, nível de educação, religião, rendimento, agregado familiar, conhecimentos da prevenção e transmissão do HIV/SIDA. Os resultados deste estudo demonstram que as mulheres mais confiantes para negociar o uso do preservativo usam com maior frequência o preservativo nas suas últimas relações sexuais, do que aquelas que não se sentem tão confiantes em falar com os seus parceiros sobre o uso do preservativo. Por outro lado, as mulheres que possuem maior capacidade percebida de recusar relações sexuais sem o preservativo, usam de forma consistente do preservativo. Conclui-se que a autoeficácia para a comunicação com os seus parceiros sobre o uso do preservativo está associada o seu uso nas últimas relações sexuais.

A percepção de risco pessoal é um importante preditor das práticas sexuais seguras atuais (Disch, Levy, Schensul & Ward, 2011). As pessoas que percebem o seu risco face ao VIH/SIDA têm mais comportamentos de proteção, ou seja, possuem mais comportamentos sexuais seguros atuais (DiClemente, Sales & Sullivan, 2012). O estudo

de Hobfoll, Jackson, Lavin e Schroder (2001) refere que existiu diferença na percepção de risco no parceiro nas mulheres afro-americanas em comparação com as mulheres europeias que vivem nos Estados Unidos da América.

Deste modo, compreende-se que a autoeficácia na negociação do preservativo e a percepção de risco pessoal são preditores do comportamento sexual seguro.

## **Análises exploratórias**

### **Diferenças ao nível das variáveis psicossociais em função da idade**

É possível constatar pela literatura, que existem diferenças na idade em relação aos conhecimentos sobre o VIH/SIDA e nas práticas sexuais seguras atuais (Frantz & Reddy, 2011). A idade está correlacionada com os conhecimentos sobre a prevenção e transmissão do VIH/SIDA (Patel, Puwar & Vyas, 2013).

Em relação ao uso do preservativo, a literatura evidencia que as mulheres com idade compreendidas entre 25 e 39 anos são mais propensas a relatar o uso do preservativo (Jason, Glantsman, Majer, Palmer, 2014), isto deve-se a uma grande evolução da mulher na sociedade, pois as mulheres preocupam-se mais com aspectos relacionados com a sua saúde, e também pelo facto de na última década ter existido um grande número de campanhas de sensibilização com os jovens (Dimbuene & Defo, 2011). O estudo realizado em Espanha por García-García, Mesa-Franco & Romero-Estudillo, (2014) verificou que as mulheres jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos tinham intenção de usar o preservativo com os seus parceiros.

Como já foi referido anteriormente, os conhecimentos sobre o VIH/SIDA são influenciados pela idade. Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao que é descrito na literatura, visto que a idade está correlacionada com os conhecimentos acerca do VIH/SIDA. O mesmo é confirmado, no estudo de Dunstone, Ochako, Onyango, Njagi & Kimetu (2011), que refere que as mulheres na faixa etária dos 30 anos possuíam mais conhecimentos acerca do VIH/SIDA. O resultado deste estudo pode ser explicado pelo fato de as mulheres mais jovens e com idades entre os 29 e 39 anos estarem mais disponíveis e motivadas em obter conhecimentos preventivos e de transmissão acerca do VIH/SIDA e conseqüentemente têm práticas sexuais seguras atuais (Bunell et al. 2012).

De outro modo, as mulheres de meia-idade apresentam mais barreiras sociocognitivas. O mesmo pode ser evidenciado no estudo de Amberbir e cols. (2010), onde refere que as mulheres entre os 40 e 60 anos têm dificuldades em falar com os seus

parceiros acerca dos comportamentos sexuais seguros e possuem uma baixa percepção de risco face ao VIH/SIDA.

### **Diferenças ao nível das variáveis psicossociais em função da escolaridade**

A literatura reconhece a educação como um fator importante para impedir a propagação do VIH/SIDA. Por este motivo, a educação deve moldar os comportamentos de risco entre as mulheres (Adamczyk & Greif, 2011). No que diz respeito aos comportamentos de saúde, a literatura refere que as mulheres com mais escolaridade apresentam menos comportamentos de risco (Maticka-Tyndale, Rajulton & Tenkorang, 2011) e uma maior autoeficácia na negociação do preservativo (Glantsman, Jason, Majer & Palmer, 2014).

O estudo realizado por Patel, Puwar e Vyas (2013), refere que existe uma relação entre o nível de escolaridade e os conhecimentos acerca do VIH/SIDA, sendo que as mulheres com mais escolaridade apresentaram mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

No que diz respeito à autoeficácia na negociação do preservativo, o estudo de Fu (2011), refere que a educação foi associada a um aumento da capacidade das mulheres para negociar o preservativo, as mulheres que tinham o ensino superior referiram que eram capazes de negociar o uso do preservativo com os seus parceiros. Também no estudo de Dieter e cols. (2012), o nível de escolaridade foi significativamente associado com o uso de preservativos, 50% das mulheres com ensino superior usavam mais o preservativo em comparação com as mulheres com ensino primário ou secundário.

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro à literatura, visto que a percepção de risco no parceiro e pessoal são influenciadas pela educação (Disch, Levy, Schensul & Ward 2011). A percepção de vulnerabilidade pessoal e do parceiro face à infecção pelo VIH/SIDA, só acontece se as mulheres compreenderem o risco que isso acarreta para a sua saúde. A baixa percepção de risco pessoal, na maior parte das vezes está associada a falsas crenças que as mulheres possuem (Morrison, 2007).

O estudo realizado por Patel, Puwar e Vyas (2013), refere que existe uma relação entre o nível de escolaridade e os conhecimentos acerca do VIH/SIDA, sendo que as mulheres com mais escolaridade apresentaram mais conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

Em relação ao uso do preservativo nas últimas relações sexuais, o estudo de Baynes e cols. (2012), refere que as mulheres com maior nível de escolaridade eram duas vezes mais propensas a usar o preservativo. Isso deve-se ao facto de que a educação tem um papel fundamental na transformação da sociedade e também aumenta a confiança das mulheres e a sua capacidade em tomar decisões.

### **Diferenças ao nível das variáveis psicossociais em função do estado civil**

A literatura evidencia a relação entre o estado civil, a utilização do preservativo nos últimos atos sexuais, autoeficácia na negociação do preservativo (Browne et al., 2010; Black, Rohrbach, Sun & Sussman, 2011) e o comportamento sexual seguro atual (Reddy, Sandfort, Kaighobadi & Knox, 2012). O presente estudo mostra que as mulheres solteiras, utilizam mais o preservativo nos últimos quatro atos sexuais, têm maior autoeficácia na negociação do preservativo e mais comportamentos sexuais seguros preparatórios (e.g comprar preservativos). Estes resultados são corroborados em diversos estudos. Por exemplo, no estudo de Boer, Bogale e Seydel (2010), o estado civil esteve significativamente relacionado com o uso do preservativo entre as mulheres solteiras, sendo que as mulheres casadas ou divorciadas utilizavam menos o preservativo. Também no estudo de Baynes e cols. cerca de 59.9% das mulheres solteiras utilizaram o preservativo na última relação sexual em comparação com 12.4% nas mulheres casadas. Em relação aos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, as mulheres solteiras têm mais conhecimentos sobre as formas de prevenção e transmissão do VIH/SIDA. O estudo de Ochako, Onyango, Njagi, Kimetu e Ulwodi (2011), afirma que as mulheres casadas possuíam menos conhecimentos acerca do VIH/SIDA.

Estes resultados devem-se ao facto das mulheres casadas confiarem nos seus parceiros e também devido ao limitado poder de decisão que têm nos seus relacionamentos, por isso não usam o preservativo. Por outro lado, o uso do preservativo nas mulheres casadas é utilizado com o intuito de precaver uma eventual gravidez e não possíveis doenças sexualmente transmissíveis (Amaro, Gortmaker, Jong, Pulerwitz, & Rudd, 2002). As práticas sexuais seguras são vistas por muitas mulheres casadas como uma ameaça ao seu relacionamento (Anglewicz & Clark, 2013).

## **10. Limitações do estudo**

Este estudo tem várias limitações que poderão ter influenciado os resultados obtidos. Uma das limitações, deve-se ao facto de as respostas dadas pelas mulheres nos questionários terem sido influenciadas pela deseabilidade social, pois foram hétero-administrados e a presença do investigador poderá ter enviesado os resultados. Uma outra limitação é o facto de os questionários serem demasiado extensos, o que poderá ter influenciado as respostas dadas pelas mulheres.

Por outro lado, os dados foram recolhidos unicamente em unidades de saúde do norte, limitando assim a generalização de resultados.

## **11. Conclusão e Implicações para a prática**

Neste estudo verifica-se que as variáveis barreiras sociocognitivas, autoeficácia na negociação do preservativo e práticas sexuais seguras atuais são influenciadas pelo meio em que a mulher vive. A auto-eficácia na negociação do preservativo, a perceção de risco e o uso do preservativo nos últimos quatro atos sexuais são um fator positivo. Por outro lado, as barreiras sociocognitivas (ausência de perceção de risco) e o comportamento sexual seguro são um fator negativo.

Verificaram-se diferenças significativas entre os fatores sociodemográficos (idade, escolaridade e o estado civil) e as variáveis psicossociais. Deste modo, as mulheres jovens adultas têm mais conhecimentos acerca do VIH/SIDA e mulheres com cerca de 30 anos têm mais conhecimentos de prevenção acerca do VIH/SIDA. As mulheres com mais habilitações literárias têm maior perceção de risco comunitário, pessoal e no parceiro e maior capacidade para negociar o uso do preservativo, e as mulheres solteiras utilizam mais o preservativo e têm mais comportamentos sexuais preparatórios.

Tendo em conta a questão dos comportamentos relacionados com o VIH/SIDA para a elaboração de acções de prevenção é necessário incluir os aspetos sociodemográficos. Deste modo, para promover mudanças eficazes no comportamento é fundamental implementar novas políticas de saúde.

## V- Referências Bibliográficas

- Aboim, S. (2012). Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Adjei, J., Gyimah, S. & Tenkorang, E. (2010). Perceptions of HIV/AIDS Risk and Sexual Risk-Taking of Young People in Ghana. *Canadian Journal of Development Studies*, 31 (3), 439–457. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02255189.2010.3673729>
- Aiken, L. & Reid, A. (2011). Integration of five health behavior models Common strengths and unique contributions to understanding condom use. *Psychology and Health*, 26 (11), 1499-1520. doi: 10.1080/08870446.2011.572259
- Almeida, R. (2010). Avaliação dos conhecimentos sobre o VIH/SIDA da população geral. Tese de Mestrado, Universidade do Porto.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). Metodologia da Investigação em Psicologia e American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6ªed.). Washington, D.C.: American Psychological Association. Braga: Psiquilíbrios.
- Armstrong, K., Cabral, R., Fogarty, L., Galavotti, C. & Morrow, B. (2008). Reproductive and Contraceptive Attitudes as Predictors of Condom Use Among Women in an HIV Prevention Intervention. *Women and Health*, 33 (3), 131-147. doi: 10.1300/J013v33n03\_08
- Ajzen, I., Cote, N., Joyce, N. & Sheikh, S. (2011). Knowledge and the Prediction of Behavior: The Role of Information Accuracy in the theory of planned behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 33 (2), 107-117. doi: 10.1080/01973533.2011.568834
- Ballester-Arnal, R., Cárdenas-López, G., Duran-Baca, X., Gil-Llario, D. & Giménez-García, C. (2013). Culture as an influence on the perceived risk of HIV infection: a differential analysis comparing young people from Mexico and Spain. *Journal Community Health*, 38 (3), 432-442. doi: 10.1007/s10900-012-9636-y
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV Infection. In R.J. DiClemente & J. Peterson (Eds.). Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York: Plenum.

- Barrio, G., Belza, M., Fuente, L., Hoyos, J., Ruiz, M., Fernandez- Balbuena, S. & Sordo, L. (2013). Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barrier. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1-8. Obtido de <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18560>
- Baynes, C., Exavery, A., Hingora, A., Jackson, E., Mushi, H., Phillips, J., Noronha, J., Ramsey, K., Sikustahili, G., Kanté, A. & Tani, K. (2012). Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*, 12, 1-12. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1097>
- Belza, M., Fernandez-Balbuena, S., Fuente, L., Hoyos, J., Ruiz, M. & Sordo, L. (2013). Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 237-239 doi: 10.7448/IAS.16.1.18560
- Bennett, P. (2002). Introdução clínica à psicologia da saúde (1ªed.).Lisboa: Climepsi.
- Bertolli, J., Lapidus, J., McGowan, K. & Sullivan, P. (2006). Hiv-related risk behaviors, perceptions of risk, hiv testing,and exposure to prevention messages and methods among Urban american indians and Alaska natives. *AIDS Education and Prevention*, 18 (6), 546-559. Obtido de <http://www.ihs.gov/hiv aids/docs/hiv aidsamongurbanaian.pdf>
- Boer, H., Bogale, G. Seydel, E. (2010). Condom use among low-literate, rural females in Ethiopia: the role of vulnerability to HIV infection, condom attitude, and self-efficacy. *AIDS Care*, 22 (7), 851-857. doi: 10.1080/09540120903483026
- Bonacquisti, A. & Geller. P. (2013). Condom-use intentions and the influence of partner-related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (23), 3328-3336. doi: 10.1111/jocn.12101
- Borrow, P., Ferrari, G., Ganusov, V., Goonetilleke, N., McMichael, A., Perelson, A., Shaw, G. & Korber, B. (2011). Fitness Costs and Diversity of the Cytotoxic T Lymphocyte (CTL) Response. *Journal of Virology*, 85 (20), 10518-10528 . doi: 10.1128/JVI.00655-11
- Black, D., Rohrbach, L., Sun P. & Sussman, S. (2011). Decision-Making Style and Gender Moderation of the Self-efficacy-Condom Use Link Among Adolescents and Young Adults Informing Targeted STI/HIV Prevention Programs. *Archive Pediatrics Adolescents*, 165 (4), 320-325. doi: doi:10.1001/archpediatrics.2011.17

- Braxton, N., DiClemente, R., Lang, D., Reddy, P., Saleh-Onoya, D., Sifunda, S. & Wingood, G. (2013). Efficacy of SISTA South Africa on sexual behavior, HIV stigma and relationship control among isiXhosa women in the Western Cape Province, South Africa: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63 (1), 59-65. doi: 10.1097/QAI.0b013e31829202c4
- Brown, J., Littlewood, R. & Vanable, P. (2013). Social-cognitive correlates of antiretroviral therapy adherence among HIV--infected individuals receiving infectious disease care in a medium-sized northeastern US city. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25 (9), 1149-1158 . doi: 10.1080/09540121.2012.752566
- Bharti, A., Meena, L., Pandey, S., Rai, M. & Sunder, S. (2012). Knowledge, attitude, and practices (kap) study on hiv/aids among hiv patients, care givers and general population in north-eastern part of india. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2 (1), 36-42. Obtido de <http://www.ejmanager.com/mnstemps/67/67-1346932325.pdf?t=1412696748>
- Cade, J., Clapp., Smith., L., Reily, T. & Woodruff, S. (2010). Unsafe sex among HIV positive individuals: cross-sectional and prospective predictors. *Journal Community Health*, 2, 115-123. doi: 10.1007/s10900-009-9203-3
- Carmack, C. & Lewis-Moss, K. (2009). Examining the theory of planned behavior applied to condom use: The effect-indicator vs. Causal-indicator models. *The Journal of Primary Prevention*, 30(6), 659-676. doi: 10.1007/s10935-009-0199-3
- Carpenter, C. (2010). A Meta-Analysis of the Effectiveness of helth beliefmodel variables in predicting behavior. *Health communication*, 25 (8), 661-690. doi: 10.1080/10410236.2010.521906
- Caruthers, A., Curtin, N., Meerriwether, A. & Ward, A. (2011). Femininity Ideology and Sexual Health in Young Women: A focus on Sexual Knowledge, Embodiment, and Agency. *International Journal of Sexual Health*, 23, 48–62. doi: 10.1080/19317611.2010.524694
- Chariyeva, Z., Earp, A., Golin, E., Maman, S., Suchindran, C. & Zimmer, C. (2013). The role of self-efficacy and motivation to explain the effect of motivational interviewing time on changes in risky sexual behavior among people living with

- HIV: a mediation analysis. *AIDS and Behavior*, 17 (2), 813-823. doi: 10.1007/s10461-011-0115-8
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2012. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Cianelli, R., Ferrer, L., Gonzalez-Guarda, R., Peragallo, N. & Kaelber, L. (2013). Predictors of Self-Efficacy for HIV Prevention Among Hispanic Women in South Florida. *AIDS Care*, 24(1), 27–37. doi: 10.1016/j.jana.2012.03.004.
- Colebunders, R., Loos, J., Platteau, T., Nöstlinge, C. & Nideröst, S. (2010). Mirror, mirror on the wall: the face of HIV in women in Europe today. *AIDS Care*, 22 (8), 919-926. doi: 10.1080/09540121003758564
- Cook, J., Rodriguez, A. & Waldrop-Valverde, D. (2013). Personal HIV Knowledge, Appointment Adherence and HIV Outcomes. *AIDS and Behavior*, 17, 242–249. doi: 10.1007/s10461-012-0367-y
- Costa, V. (2006). Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.
- Chen, Y., Raymond, F., McFarland, W. & Truong, H. (2010). HIV risk behaviors in heterosexual partnerships: female knowledge and male behavior. *AIDS and behavior*, 14, 87-91. doi:10.1007/s10461-009-9558-6
- Clum, G., Chung, S. & Ellen, J. (2009). Mediators of HIV-related stigma and risk behavior in HIV infected young women. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 21 (11), 1455-1462. Obtido de <http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/09540120902883069>
- Chariyeva, Z., Earp, J., Golin, C., Maman, S., Suchindran, S. & Zimmer, C. (2013). The Role of Self-Efficacy and Motivation to Explain the Effect of Motivational Interviewing Time on Changes in Risky Sexual Behavior among People Living with HIV: A Mediation Analysis. *AIDS and Behavior*, 17(2), 813-823. doi: 10.1007/s10461-011-0115-8
- Deeks, S. (2011). HIV Infection, Inflammation, Immunosenescence, and Aging. *Annual Review of Medicine*, 62, 141–155. doi: 10.1146/annurev-med-042909-093756

- Deblonde, J., Fontaine, J., Hamers, F., Koker, P., Luchters, S. & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health, 20* (4), 422–432. doi: 10.1093/eurpub/ckp231
- Dieter, A., Grobler, A., Loggarenberg, F., Mlisana, K., Sobieszczyk, M. & Werner, L. (2012). HIV Prevention in High-Risk Women in South Africa: Condom Use and the Need for Change. *Plos One, 7*, 1-7. Obtido de <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0030669&representation=PDF>
- Dimbuene, Z. & Defo, B. (2011). Fostering accurate HIV/AIDS knowledge among unmarried youths in Cameroon: Do family environment and peers matter? *BMC Public Health, 11*, 1-12. doi:10.1186/1471-2458-11-348
- Dinis, A., Matos, M., Rameiro, L. Reis, M. (2014). Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal. *Psychology, Health & Medicine, 19* (5), 614-624. doi: 10.1080/13548506.2013.845299
- Disch, W., Levy, J., Schensul, J. & Ward, E. (2011). Perception of HIV/AIDS Risk Among Urban, Low-Income Senior-Housing Residents. *Aids Education and Prevention, 16* (6), 571-588. doi: 10.1521/aeap.16.6.571.53795
- Dworkin, S. Lotfi, R., Khoei, M., Yaghmaei, F. & Tehrani, R. (2013). How do women at risk of HIV/AIDS in Iran perceive gender norms and gendered power relations in the context of safe sex negotiations? *Archives Sexual Behavior, 42*(5), 873-881. doi: 10.1007/s10508-012-0040-6
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L. & Peters, K. (2010). Condom negotiation: experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing, 67* (1), 75-85. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05451
- Edelstein, Z., Gray, R., Higgins, J., Orr, M., Manthur, S., Nalugoda, F., Santelli, J., Serwadda, D., Wawer, M., Wei, Y. & W, Zhang. (2013). Behavioral, Biological, and Demographic Risk and Protective Factors for New HIV Infections Among Youth in Rakai, Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 66* (3), 393-400. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182926795
- EdvardAro, L., Flisher, A., Mathews, C. & Protogerou, C. (2012). The theory of planned behavior as a framework for predicting sexual risk behaviour in sub-Saharan African youth: A critical review. *Journal of Child & Adolescent Mental Health, 24* (1), 15-35. doi: 10.2989/17280583.2011.621067

- Elifson, W., Sterk, C. & Klein, H. (2003). Perceived Condom Use Self-Efficacy Among At-Risk Women. *AIDS and Behavior*, 7 (2), 175-182. doi: 1090-7165/03/0600-0175/0
- Essén, B., Högberg, U., Ugarte, W. & Valladares, E. (2013). Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community - level perspective. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 37-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2012.11.001>
- Feresu, S. & Smith, L. (2012). Knowledge, attitudes, and beliefs about HIV/AIDS of Sudanese and Bantu Somali immigrant women living in Omaha, Nebraska. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3 (1), 84-98. Obtido de <http://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2013.31011>
- French, S. & Holland, K. (2012). Condom Negotiation Strategy Use and Effectiveness among College Students. *Journal of Sex Research*, 49 (5), 443-453. doi: 10.1080/00224499.2011.568128
- Hardee, K., Rovin, K. & Young, M. (s/d). Condoms and CFLs: Environmental Behavior Change Lessons from Public Health. *Population Action International*, 3 (4), 1-16. Obtido de <http://populationaction.org/wp-content/uploads/2008/12/condomsCFLs.pdf>
- Htay, N., Orathai, P., Maneesriwongul, W. & Phuphaibul, R. (2013). A Causal Model of Condom Use among People Living with HIV/AIDS in Myanmar. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(3), 234-248. Obtido de <http://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/viewFile/8391/10100>
- Idris, K., Othman, J. Kaugama, H. & Uli, J. (2012). HIV/AIDS Prevention: Influence of HIV Knowledge, Self- Efficacy, Parent and Peer Influence, Social Support, Culture and Government Policy in Preventive Health Behavior in Jigawa State, Nigeria. *International Journal of Basic and Applied Sciences*, 1 (4), 477-489. Obtido de <http://www.sciencepubco.com/index.php/ijbas/article/view/381/303>
- Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge. (2012). Infecção do VIH/SIDA em mulheres em Portugal (1983-2012) - Caraterização de uma epidemia. Data: 31 de Dezembro de 2012. Retirado a 18 de Dezembro da <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Paginas/PublicacoesPeriodicas.aspx>

- Jason, L., Glantsman, O., Majer, J. & Palmer, J. (2014). Predictors of Abstinence Self-Efficacy: Examining the Role of HIV-Risk Sexual Behavior. *Social Service Research*, 41 (1), 39-48. doi: 10.1080/01488376.2014.935559
- Lammers, J., Sweder, J., Willebrands, V. & Wijnbergen, D. (2013). Condom use, risk perception, and HIV knowledge: a comparison across sexes in Nigeria. *HIV/AIDS. Research and Palliative Care*, 3, 283-293. Obtido de <http://dx.doi.org/10.2147/HIV.S31687>
- Li, X., Mao, R., Stanton, B., Zao, Q. & Zhang, L. (2011). Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Education Research*, 26 (6), 419-431. doi:10.1093/her/cyr001
- Louw, J., Peltzer, K. & Chirinda, W. (2012). Correlates of HIV risk reduction self-efficacy among youth in south africa. *The Scientific World Journal*, 10 (2), 1-8. doi:10.1100/2012/817315
- Lofquist, D. (2012). Hiv testing behaviors of at-risk populations in kenya. Tese de Mestrado, Universidade Bowling Green.
- Lotfi, R., Hajizadeh, E., Razieh, F., Tehrani, F. & Yaghmaei, F. (2012). Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: a qualitative study from Iran. *Women`s Health*, 12, 1-10. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-12-13.pdf>
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da saúde* (2ªed.). Lisboa: Climepsi
- Orathai, P., Htay, N., Maneesriwongul, W. & Phuphaibul, R. (2013). A Causal Model of Condom Use among People Living with HIV/ AIDS in Myanmar. *Pacific Rim Int Journal Nurses Research*, 17 (3), 234-248. Obtido de <http://www.tcithaijo.org/index.php/PRIJNR/article/viewFile/8391/10100>
- Ochako, R., Onyango, A., Njagi, P., Kimetu, S. & Ulwodi, D. (2011). Trends and determinants of Comprehensive HIV and AIDS knowledge among urban young women in Kenya. *AIDS Research and Therapy*, 8 (11), 1-8. Obtido de <http://www.aidsrestherapy.com/content/8/1/11>
- Patel, V., Puwar, B. & Vyas, S. (2013). Knowledge of HIV/AIDS and HIV testing among the high risk groups (HRGs) population. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2 (3), 1017-1020. doi: 10.5455/ijmsph.2013.180720131

- Miller, S. (2011). Managing hiv: self-efficacy, mindfulness, optimism, and meaning. Tese de Doutorado, Universidade do Norte do Texas.
- Mirkuzie, A., Sisay, M., Moland, K. & Astrom, A. (2011). Applying the theory of planned behaviour to explain HIV testing in antenatal settings in Addis Ababa - a cohort study. *Health Services Research*, 11, 1-12. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/196>
- Ribeiro, P. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (2ªed). Porto: Legis.
- Smith, L., Holloway, I. & Traube, D. (2010). Theory development for HIV behavioral health: empirical validation of behavior health models specific to HIV risk. *Aids Care*, 23 (11), 663-670. doi: 10.1080/09540121.2010.532532
- Sirianni, J. & Vishwanath, A. (2012). Sexually Explicit User-Generated Content: Understanding Motivations and Behaviors using Social Cognitive Theory. *Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 6 (1). doi 10.5817/CP2012-1-7
- Reily, T. & Who, G. (2001). Predictors of High-Risk Sexual Behavior Among People Living With HIV/AIDS. *AIDS and behavior*, 5 (3), 205-217. doi: 1090-7165/01/0900-0205
- Vember, H. (2013). Using Social Cognitive Theory (SCT) as a theoretical framework to evaluate a peer education HIV/AIDS programme at a higher education institution (HEI) in the Western Cape. Tese de Doutorado, Universidade de Tecnologia de Cape.
- UNAIDS (2013). Global Summary of the HIV/AIDS Epidemic (December, 2013). Data: 31 de Dezembro de 2013. Retirado a 20 de Fevereiro de 2013 da World Wide Web do site: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/PRT\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/PRT_narrative_report_2014.pdf)
- WHO (2013). Global Health Observatory. World Health Organization. Data: Junho de 2013. Retirado a 14 de Abril de 2015 da World Wide Web do site: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>

# **Anexos**

## Anexo 1

### **Quadro 1**

*Resultados da análise de consistência interna da escala de Autoeficácia na Negociação do Preservativo (N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Quão confiante se sente, com o seu parceiro atual ou mais recente, de abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas?	.89	.96
Quão confiante se sente, com o seu parceiro atual ou mais recente, de convencer o seu parceiro a usar preservativo mesmo que ele diga que não quer?	.92	.95
Quão confiante se sente, com o seu parceiro atual ou mais recente, de recusar ter relações sexuais se ele não concordar com o sexo seguro?	.90	.96
Quão confiante se sente, com o seu parceiro atual ou mais recente, de pôr o sexo de lado se não quiser nesse momento mas ele sim?	.89	.96
Quão confiante se sente, com o seu parceiro atual ou mais recente, de manter-se pelo sexo seguro se ele ameaçar ir-se embora?	.89	.96
Alfa total da escala = .96		

## Anexo 2

### **Quadro 2**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Auto-eficácia Geral (N=767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar.	.52	.65
Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero.	.53	.64
É difícil permanecer com os meus objetivos e alcançar metas.	.21	.71
Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis.	.56	.64
Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevisíveis.	.63	.63
Posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	.60	.64
Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades.	.51	.65
Quando sou confrontada com um problema, muitas vezes não consigo encontrar uma solução.	-.03	.74
Se estiver com um problema, geralmente consigo pensar numa solução.	.40	.67
Muitas vezes não consigo lidar com os problemas que surgem.	-.06	.75

---

Alfa total da escala= .70

---

### Anexo 3

Resultados da Análise da Consistência Interna da escala de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA

#### **Quadro 3**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala de conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA (N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?	.47	.73
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?	.41	.72
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao apertar as mãos, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?	.59	.71
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?	.58	.70
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao usar casas de banho públicas?	.53	.72
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao partilhar seringas para uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?	.24	.76
Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao apanhar com a tosse ou com o espirro de	.50	.72

alguém que tem o VIH/SIDA?

Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH através de mosquitos ou outros insetos infetados com o VIH/SIDA?

.26

.77

---

Alfa total da subescala = .76

---

#### **Quadro 4**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da subescala de conhecimentos sobre a prevenção do VIH/SIDA (N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para evitar a SIDA.	.32	.65
Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA.	.13	.69
Usar um diafragmar é um método eficaz para evitar a SIDA.	.69	.51
Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar a SIDA.	.67	.51
O coito interrompido é um método eficaz para evitar a SIDA.	.51	.57
Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz.	.14	.72

---

Alfa total da subescala = .66

---

Alfa total da escala = .79

---

#### **Anexo 4**

##### **Quadro 6**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Práticas Sexuais Seguras (N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Comprei ou obtive preservativos recentemente.	.75	.65
Tenho a intenção de comprar ou obter preservativos.	.76	.65
Confio no meu parceiro para que traga preservativos.	.52	.92
Alfa total da escala = .81		

## **Anexo 5**

Resultados da Análise da Consistência Interna da Escala de Barreiras Face ao Sexo Seguro

### **Quadro 7**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Ausência de Percepção de Risco do Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro (N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Estou numa relação com um parceiro não infetado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa.	.46	.56
Sei que o meu parceiro não está infetado porque ele/eles foram testados para o VIH.	.40	.64
O meu parceiro(s) não está em risco.	.53	.46
Alfa total da subescala = .65		

### **Quadro 8**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Atitudes Negativas face ao Sexo Seguro do Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro (N= 767)*

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Acho que as praticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero.	.55	
Acho que o sexo seguro tira o prazer.	.55	
Alfa total da subescala = .71		

**Quadro 8-** Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Percepção Negativa da Atitude do Parceiro do Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro (N= 767)

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
O meu parceiro(s) não gostaria de práticas sexuais seguras.	.77	
O meu parceiro(s) iria opor-se.	.77	
Alfa total da subescala = .87		

**Quadro 9**

*Resultados da Análise da Consistência Interna da Subescala Percepção de Baixa Autoeficácia na Comunicação do Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro (N= 767)*

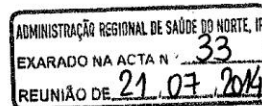
<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
Por vezes, não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais.	.55	.57
Sou demasiado envergonhada.	.60	.50
Não posso falar com o meu parceiro(s) sobre isso.	.42	.71
Alfa total da subescala = .70		
Alfa total da escala= .75		

## Anexo 6

### Parecer da Administração Regional de Saúde do Norte



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



COMUNICAÇÃO  INFORMAÇÃO  PARECER  N.º 57 DATA: 16/Julho/14

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer N.º 65/2014

DELIBERADO AUTORIZAR

Dr. Castanheira Nunes  
Presidente C. D.

Rui Cernadas  
Vice-Presidente do C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 65/2014 (sobre o estudo: “Conhecimentos, comportamentos, barreiras sociocognitivas e autoeficácia como preditores do comportamento saudável”), aprovado na reunião do dia 3 de junho de 2014, por unanimidade.

José Carlos Pedro  
Vegal C. D.

À Consideração Superior

Ana Paula Guedes  
Assessora CES/UIC



## Anexo 7

Questionários utilizados

### Questionário Sócio-Demográfico

(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)

N.º \_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Iniciais do Entrevistador: \_\_/\_\_

1. Que idade tem? \_\_\_\_\_

2. Em que meio vive?

Rural

Urbano

3. Qual é a sua escolaridade?

Primeiro ciclo (4ª classe)

Segundo ciclo (5º ao 6º ano)

Terceiro ciclo (7º ao 9º ano)

Ensino Secundário (10º ao 12º ano)

Frequência Universitária

Licenciatura ou bacharelato

4. Qual a sua origem étnica?

Caucasiana (branca)

Afro-americana

(negra) Hispânica

Asiática

Outra \_\_\_\_\_

5. Está empregada? (Se Não, passe a 7)

Sim

Não

6. Se está empregada, o que é que faz?

Operária

Secretariado/recepção

Empregada de mesa

Vendedora

Funcionária Pública

Outra \_\_\_\_\_

7. Com quem vive?

Com os pais

Com familiares

8. Qual é o seu estado civil?

Casada

União de facto

Com amigos	<input type="checkbox"/>	Solteira	<input type="checkbox"/>
Com o companheiro/marido	<input type="checkbox"/>	Divorciada ou separada	<input type="checkbox"/>
Com crianças/filhos	<input type="checkbox"/>	Viúva	<input type="checkbox"/>
Sozinha	<input type="checkbox"/>		

9. Qual é a sua religião?

Católica praticante

Católica não praticante

Protestante/Evangélica

Sem religião

Outra \_\_\_\_\_

10. Considera-se religiosa?

Sim

Mais ou menos

Não

11. Vai regularmente à missa?

Sim

Às vezes

Não

12. Qual é o seu rendimento anual?

Menos de 3.000 euros

Entre os 3.000 e os 6.000 euros

Entre 6.000 e 12.000 euros

Mais de 12.000 euros

13. Está grávida?

Sim

Não

14. Já esteve grávida?

Sim

Não

15. Quantos filhos têm?

## Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale

(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)

Quão confiante se sente com o seu parceiro actual ou mais recente...

nada totalmnte  
confiante confiante

16. ...de abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. ...de convencer o seu parceiro a usar preservativo mesmo que ele diga que não quer?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. ...de recusar ter relações sexuais se ele não concordar com sexo seguro?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. ...de pôr o sexo de lado se não quiser nesse momento mas ele sim?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. ...de manter-se pelo sexo seguro se ele ameaçar ir-se embora?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Sem vontade      Com muita  
vontade

21. Qual a vontade do seu parceiro actual ou mais recente de usar preservativo?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. O seu parceiro actual é o seu único parceiro? .....

Sim/Não

S	N
---	---

22ª. Se **Sim**, há quanto tempo? ... anos  meses   
...semanas

**Nada Muito importante**

23. Quão importante é para si manter a sua relação mais recente?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**General Perceived Self-Efficacy**  
**(Schwarzer & Jerusalem, 1993/2000; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)**

Por favor, responda às seguintes questões:

**Falso    Verdadeiro**

98. Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar.	1	2	3	4	5	6	7
99. Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero.	1	2	3	4	5	6	7
100. É difícil permanecer com os meus objectivos e alcançar as metas.	1	2	3	4	5	6	7
101. Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis.	1	2	3	4	5	6	7
102. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevisíveis.	1	2	3	4	5	6	7
103. Posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	1	2	3	4	5	6	7
104. Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades.	1	2	3	4	5	6	7
105. Quando sou confrontada com um problema, muitas vezes NÃO consigo encontrar uma solução.	1	2	3	4	5	6	7
106. Se estiver com um problema, geralmente consigo pensar numa solução.	1	2	3	4	5	6	7
107. Muitas vezes NÃO consigo lidar com os problemas que surgem.	1	2	3	4	5	6	7

Nas últimas 4 semanas, quantas vezes é que os seguintes acontecimentos ocorreram consigo nas relações com outras pessoas que estão próximas de si?

**Nunca  
Muitas vezes**

108. Séria discordância sobre coisas importantes para si.	1	2	3	4	5
109. Teve discussões com outras pessoas.	1	2	3	4	5
110. Teve problemas com outras pessoas.	1	2	3	4	5
111. Esteve aborrecida ou zangada com outras pessoas.	1	2	3	4	5
112. Teve demasiadas exigências por parte das outras pessoas.	1	2	3	4	5

## Sexual Knowledge

(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)

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”.

<b>Uma pessoa pode contrair SIDA/VIH ao...</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>	<b>Não sei</b>
113 .. trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?			
114 ..comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?			
115 ...apertar as mãos, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?			
116 ..partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?			
117 ..usar casas de banho públicas?			
118 ..partilhar seringas para uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?			
119 ..apanhar com a tosse ou com o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?			
120 ..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.

	<b>Verdadeiro</b>	<b>Falso</b>	<b>Não sei</b>
121 Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para evitar a SIDA.			
122 Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA.			
123 Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA.			
124 Usar apenas um gel, espuma ou creme espermicida é um método eficaz para evitar a SIDA.			
125 O coito interrompido é um método eficaz para evitar a SIDA.			
126 Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz.			

## Past Sexual Behaviour

(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)

As seguintes questões referem-se ao seu comportamento e experiências sexuais durante os **TRÊS MESES**.

127. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

128. 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

129. Durante as **ÚLTIMOS TRÊS 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

130. 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

131. 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

132. 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

133. Durante as **ÚLTIMOS TRÊS 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

134. Durante as **ÚLTIMOS TRÊS 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 durante os **ÚLTIMOS TRÊS MESES**.

135. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

136. 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

137. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

138. 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

139. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

140. 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

141. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

142. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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 TRÊS MESES**.

143. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

144. 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

145. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

146. 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

147. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

148. 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

149. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

150. Durante os **ÚLTIMOS TRÊS 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

151. 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

**Perceptions of Risk : Atitudes and other AIDS related behaviors; Partner HIV Risk Behavior**  
**(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)**

Por favor responda às questões seguintes:

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

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sem Risco</li> <li>2. Baixo Risco</li> <li>3. Risco Moderado</li> <li>4. Risco Elevado</li> </ol> |
|---|

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

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sem Risco</li> <li>2. Baixo Risco</li> <li>3. Risco Moderado</li> <li>4. Risco Elevado</li> </ol> |
|---|

154. 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

1 Acha que algum dos seus parceiros sexuais...

			Sim
	<b>Talvez, Não tenho a certeza</b>		
	<b>Não</b>		
155. ...alguma vez usou drogas injectáveis? .....			
156. ...teve outros parceiros sexuais no ano passado?.....			
157. ...esteve na prisão durante os últimos 5 anos? .....			
158. ...teve relações sexuais com outros homens nos últimos 5 anos? .....			

**Current safer sex practices**

(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)

Actividade Actual

<b>Sempre ou quase sempre que tenho sexo – 4</b>			
<b>Frequentemente – 3</b>			
<b>Ocasionalmente – 2</b>			
<b>Não – 1</b>			
159. Comprei ou obtive preservativos recentemente.....			
160. Tenho a intenção de comprar ou obter preservativos.....			
161. Confio no meu parceiro para que traga preservativos. ....			

No ano passado, que formas de controlo da natalidade utilizou?  
(Por favor, responda sim ou não em cada questão)

	Sim	Não
162. Pílulas de controlo da natalidade		
163. preservativos (camisas)		
164. Esponja contracepcional		
165. Espuma, gel ou espermicida		
166. Injecções contracepcionais		
167. Implante contraceptivo no braço		
168. Laqueação das trompas		
169. Coito interrompido		
170. Diafragma		
171. DIU – Dispositivo Intra-Uterino		
172. Oração (para não ficar grávida ou contrair uma doença)		
173. Nenhuma		

**Barriers Against Safer Sex Behavior Scale: Reasons for not practicing safer-sex  
(Hobfoll, 2002; Adaptado por Teresa McIntyre e Eleonora Costa, 2002)**

	Dis cor do tot al me nte	Dis cor do	Co nc or do	Co nco rdo tot al me nte
174. Escolhi ser abstinente (ou seja, optei por não ter relações sexuais).				
175. Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa.				
176. Por vezes, não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais.				
177. Sou demasiado envergonhada.				
178. Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero.				
179. Acho que o sexo seguro tira o prazer.				
180. Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para				
181. O meu parceiro(s) não está em risco.				
182. O meu parceiro(s) não gostaria de práticas sexuais seguras.				
183. O meu parceiro(s) iria opor-se.				
184. Não posso falar com o meu parceiro(s) sobre isso.				