

PATRÍCIA RODRIGUES DO ROSÁRIO

**COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO:
PROCURA DE SENSações SEXUAIS E
ATTITUDES FACE AO PRESERVATIVO**

Orientador: Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

PATRÍCIA RODRIGUES DO ROSÁRIO

**COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO:
PROCURA DE SENSações SEXUAIS E
ATITUDES FACE AO PRESERVATIVO**

Dissertação apresentada para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no Curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professora Doutora Manuela Guerreiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

Agradecimentos

Queria agradecer a todos as pessoas que contribuíram para a concretização da seguinte investigação “Comportamentos Sexuais de Risco: Procura de Sensações Sexuais e Atitudes face ao Preservativo” pois sem estes não seria possível.

Os meus agradecimentos:

À Professora Doutora Manuela Guerreira pela sua orientação e apoio e, pelas imprescindíveis sugestões que contribuíram de certo modo, para um melhor enriquecimento do presente trabalho. Pela disponibilidade ilimitada, pela preocupação e dedicação que sempre demonstrou aos seus alunos ao longo do ano letivo.

A minha família, pois o seu apoio, incentivo deram-me forças para continuar e nunca abaixar os braços mesmo nos momentos mais difíceis. Uma palavra especial a minha mãe cujas palavras doces mas também duras nos momentos certos tornaram-se essências para não perder o foco, parte de tudo o que consegui e o que sou até agora deve-se também a ti. Muito obrigado, espero que o teu apoio e sabedoria continuem comigo ao longo da minha vida e que mais tarde possa também ser o teu apoio e dar-te em dobro aquilo que sempre me deste, amor incondicional, apoio, suporte, alegria, companheirismo e muitas mais.

Aos meus colegas e amigos, especialmente a Gizela Rocha, Sandra Teixeira, Raquel Sousa, pelo apoio e amizade e, pelo seu pequeno grande contributo no preenchimento protocolo de avaliação.

A minha cunhada Cristina cuja ajuda na distribuição e os seus vastos contatos contribuíram e tornaram-se fundamental para que fosse possível a recolha da presente amostra.

E finalizando, os meus agradecimentos a todas as pessoas que participaram e contribuíram para que tudo isto fosse possível.

Resumo

Este estudo tem como objetivo verificar os comportamentos sexuais de risco e relacionar estes comportamentos com o consumo de álcool, procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo em dois grupos etários, jovens entre os 16 e os 25 anos e adultos entre os 30 e os 60 anos.

A amostra do presente estudo foi constituída por 120 participantes com uma média de idades 39,78 (DP=7,56) para a população adulta e 21,55 anos (DP=2,70) para a população jovem. Em relação ao grupo etário e género a distribuição foi homogénea.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação aos comportamentos sexuais de risco e procura de sensações sexuais em função do grupo etário. Mas verificamos diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face ao preservativo, mais especificamente na fiabilidade e eficácia atribuída ao preservativo ($p=,024$) e prazer sexual associado ao uso do preservativo ($p=,005$) mostrando uma atitude mais negativa em relação ao uso do preservativo por parte dos adultos mais velhos.

Constata-se que as causas intrínsecas aos comportamentos sexuais de risco são muito complexas, dado que podem estar relacionados com as variáveis intrapessoais e com as tendências comportamentais, assim como o género, o número de parceiros, consumo de álcool ou drogas.

Palavras-Chave: Comportamentos Sexuais de Risco, Procura de Sensações sexuais, Atitudes face ao Preservativo

Abstract

The main of this study is to analyse sexual risk behavior and related this behavior with alcohol use, sexual sensation seeking and attitudes among condom in two age group, youth age between 16 and 25 years old and adult between 30 and 60 years old.

The study sample consisted of 120 participants with an average age of 39,78 (SD=7,56) for adult population and 21,55 (SD=2,70) for young population. Relatively to age group and gender the distribution was homogeneous.

There weren't found statistically significant differences in relation to sexual risk behavior and sexual sensation seeking according to age group. But we found statistical significance difference in attitude among condom, more specifically, in viability and efficacy attributed to condom use ($p=,024$) and sexual pleasure associated to condom use ($p=,005$), that showed a negative attitude of older adults in relation to the condom use.

Findings indicated that sexual risk behavior intrinsic causes are very complex, as it may be related with intrapersonal variables and with behavior tendencies, even as gender, number of partners, consumption of alcohol or drugs.

Keywords: Sexual Risk Behavior, Sexual Sensation Seeking, Attitude among Condom

Lista de Siglas e Abreviaturas

APA	<i>American Psychological Association</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HPV	Papiloma Vírus Humano
IREFREA	Instituto Europeu de Estudos sobre Prevenção
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
NUPAIDS	Núcleo de Prevenção à Aids
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

Índice Geral

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	3
Abstract	4
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	5
Índice de Tabelas.....	8
Introdução	9
Capítulo 1 - Enquadramento Teórico	11
1.1 A fase que circunscreve o processo de mudança para a idade Adulta	12
1.1.1 Fase Jovem: O período de preparação para a vida Adulta	13
1.1.2 A fase adulta: Estabilidade psicossocial.....	15
1.2 A Prática Sexual.....	16
1.3 Comportamentos de Risco a Nível Sexual	18
1.3.1 Comportamentos Sexuais de Risco	21
1.3.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis	23
1.3.1.2 Outras consequências de comportamentos sexuais de risco: gravidez não planeada.....	26
1.4 Atitudes em relação as Práticas Sexuais.....	28
1.4.1 As Atitudes.....	28
1.4.2 Atitudes e as Práticas Sexuais	30
1.5 Procura de Sensações Sexuais.....	32
1.6 Comportamentos Sexuais de Risco, Consumo de álcool, Procura de Sensações Sexuais e Atitudes face ao Preservativo	34
1.6.1 Substâncias Psicoativos e Comportamentos sexuais de risco	34
1.6.2 Procura de Sensações Sexuais e Comportamento Sexual	37
Capítulo 2 - Metodologia	39
2.1 Objetivos	40
2.2 Hipóteses	40
2.3 Participantes	41
2.4 Instrumentos.....	43
2.4.1 Questionário “A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” (IREFREA, 2008).....	43
2.4.2 Escala de Procura de Sensações Sexuais.....	45
2.4.3 Questionário de Conhecimentos e Atitudes face ao HIV/SIDA	46

2.4.4 Escala Multidimensional de Atitudes em relação à utilização do Preservativo	46
2.5 Procedimento.....	47
Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados.....	49
3.1 Hábitos de saídas noturnas	50
3.2 Sexualidade/ Relações Sexuais	52
3.3 Comportamentos Sexuais de Risco	53
3.4 Motivos da não utilização de preservativo	55
3.5 Decisão de não ter relações sexuais	56
3.6 Início do consumo, regularidade e substâncias consumidas	57
3.7 Utilização de Substâncias Psicoativas para fins específicos	57
3.8 Influência do efeito de álcool ou drogas nas relações sexuais desprotegidas	58
3.8.1 Amigos e uso de álcool e drogas ilícitas	59
3.9 Conhecimento Sobre VIH/SIDA.....	60
3.10 Diferenças relativamente às variáveis comportamentos sexuais de risco, procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo em função do grupo etário.....	62
3.11 Diferenças das subescalas atitudes face ao preservativo (EMARUP) em função de género. .	62
3.12 Diferenças das subescalas da Procura de Sensações Sexuais (RSSS) em função do sexo.....	63
3.13 O consumo de álcool influência os comportamentos sexuais de risco.....	64
3.14 Associação entre Procura de Sensações Sexuais, Número de Parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas e relações sob efeito de álcool e drogas.	64
3.15- Correlação entre comportamentos sexuais de risco, Procura de Sensações Sexuais e Atitudes face ao Preservativo.	66
Capítulo 4 - Discussão de Resultados	68
Conclusão	73
Referências Bibliográficas	75
Apêndices.....	i
Apêndice I - Autorização dos autores das Escalas e do Questionário.....	ii
Apêndice II - Protocolo de avaliação	viii

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	42
Tabela 2 - Bem- estar	43
Tabela 3 - Saídas Noturnas.....	50
Tabela 4 – Hábitos Noturnos.....	51
Tabela 5 - Média e Desvio padrão da idade da 1ª relação sexual.....	52
Tabela 6 - Opção/tendência sexual.....	53
Tabela 7 – Métodos Contracetivos.....	53
Tabela 8 - Média e Desvio padrão do número de parceiros sexuais	54
Tabela 9 - Comportamentos sexuais de risco	55
Tabela 10 - Motivos da não utilização de preservativo	56
Tabela 11 - Decisão de não ter relações sexuais	56
Tabela 12 - Início do consumo, regularidade e substâncias consumidas	57
Tabela 13 - Utilização de substâncias psicoativos para fins específicos.....	58
Tabela 14 - Perceção de risco.....	58
Tabela 15 - Estratégias para reduzir os riscos sexuais	59
Tabela 16 - Amigos e consumo de álcool e outras drogas	59
Tabela 17 - Conhecimento sobre VIH/SIDA	61
Tabela 18 - Diferenças em função do grupo etário	62
Tabela 19 - Diferenças da subescala EMARUP em função do género	63
Tabela 20 - Diferenças das subescalas RSSS em função de género.....	63
Tabela 21 - Influência do álcool.....	64
Tabela 22 - Associação entre as subescalas de Procura de Sensações Sexuais, Número de parceiros sexuais, Relações desprotegidas e Relações sob efeito de álcool e de drogas	66
Tabela 23 - Correlação entre comportamentos sexuais de risco, e a subescalas de procura de sensações sexuais e de atitudes face ao preservativo	67

Introdução

As atitudes em relação as práticas sexuais tornam-se cada vez mais preocupantes e apesar de um maior acesso a informação verifica-se que são muitos os que ainda mantêm determinados hábitos sexuais de risco mesmo sabendo que estes poderão ser prejudiciais, não só, a sua saúde física mas também a sua saúde mental. É o que acontece no caso do preservativo, o uso do preservativo apesar de ser um método bastante eficaz e fundamental na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, assim como, gravidez indesejada, desde que utilizada de forma correta e sistemática, a sua utilização continua a ser inconsistente, sendo essa inconsistência um indicador de risco.

Com esta investigação pretendemos verificar quais são os comportamentos dos jovens e dos adultos nas relações sexuais de risco, em relação ao preservativo e qual a sua relação com o consumo de álcool e a procura de sensações sexuais.

Pretendemos desta forma, explorar as razões que estão por detrás da não utilização do preservativo, que influência o álcool detém nos comportamentos sexuais de risco, os interesses e as atividades relacionadas com o sexo, nomeadamente a procura de novas experiências e emoções intensas, aventura e sensações novas e variadas, e se essa mesma procura, isto é, se um elevado nível de procura de sensações conduzem a comportamentos sexuais que colocam a saúde do individuo em risco. Assim como, a avaliação (positiva ou negativa) que o individuo possui acerca do preservativo, visto que, essas mesmas atitudes podem deter uma influencia positiva ou negativa na forma como se protegem.

Desta forma, torna-se importante a exploração dos comportamentos sexuais de risco dos jovens e dos adultos, assim como, analisar as suas diferenças e correlações, de forma a podermos compreender melhor as suas eventuais causas.

A presente investigação numa primeira estância pretende realizar uma contextualização teórica, onde se abordam as variáveis do respetivo estudo, no fundo para que possam compreender a problemática em questão.

Após contextualizado o estudo passamos para a parte empírica, dividida nos capítulos 2, 3 e 4. O capítulo 2 corresponderá à metodologia, de carater exploratório, onde se pretende fazer uma descrição em termos gerais dos Comportamentos Sexuais de Risco, da Procura de Sensações Sexuais e das Atitudes face ao Preservativo da amostra recolhida. No

Capítulo 3 será realizada a apresentação dos resultados, com o objetivo de comparar os comportamentos sexuais de risco, procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo em função do sexo e grupos etários (jovens e adultos). Por fim, no Capítulo 4 serão discutidos os resultados apurados.

As normas aqui presentes nomeadamente, nas citações e referenciação bibliográfica assim como, na contextualização teórica e tabelas foram delineadas de acordo com *American Psychological Association* (APA), adaptadas pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

1.1 A fase que circunscreve o processo de mudança para a idade Adulta

Como foi referido anteriormente, o nosso objetivo é abordar a fase que se situa entre a adolescência e a idade adulta, ou seja a fase juvenil, visto que é precisamente o período de desenvolvimento que se caracteriza por grandes transformações e por conseguinte um período de formação para a vida. Para compreendermos um pouco melhor, quando falamos da população jovem e juvenil, podemos salientar a definição OMS (citado pela Direção Geral de Saúde, 2006) que caracteriza a população juvenil, os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos, assim como, considera os jovens, os indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos (DGS, 2006).

Ao contrário do que se verifica anteriormente a Organização das Nações Unidas (ONU), considera a fase jovem o período que se situa entre os 15 e os 24 anos.

Porém existe quem caracteriza esta fase intercalar entre a adolescência e a idade adulta, como sendo a *idade emergente*. Esta fase caracteriza-se por ser uma fase de transição para a idade adulta que se situa entre os 18 e os 29 anos (Arnett 1998; citado por Andrade, 2010). Segundo este autor na idade emergente os indivíduos não são considerados adolescentes, mas também, não possuem as características normativas que os permita serem considerados adultos. É portanto, um período que vai permitir com que o jovem foque a sua atenção em si mesmo, esta autocentração vai permitir com que o jovem reflita sobre as diferentes opções. Nomeadamente, na formação académica, na exploração da intimidade física e emocional, na autonomização e comprometimento, isto é, no desenvolvimento psicossocial (Andrade, 2010).

Não existe uma base consistente relativamente a fase que se situa a fase jovem, adolescente, juvenil ou adulta. Cada autor ou organização especifica uma idade referente a determinadas fases de acordo com as suas normativas.

A ideia após uma descrição detalhada da fase de transição para a idade adulta é fazer uma comparação com a idade adulta, uma vez que se considera uma fase em que o indivíduo ganha um outro domínio nas diferentes áreas da vida, isto é, acarreta-se responsabilidades, detém a estabilidade social, pessoal e/ou profissional, bem como as competências e conhecimentos necessários que os permitem, atuarem de forma automaticamente nos mais variados aspetos da vida.

1.1.1 Fase Jovem: O período de preparação para a vida Adulta

Sampaio (2000) caracteriza esta fase jovem como sendo uma redefinição, não só, da imagem corporal, mas também, do ponto de vista social. Segundo este autor, nesta fase existe uma clarificação no que diz respeito a orientação do desejo sexual, constitui-se os valores próprios, assim como, estabelecem-se novas relações. Ou seja, à medida que este se torna cada vez mais independente e consecutivamente mais autónomo, permite com que o mesmo restructure novas relações, não as que foram estabelecidas nas primeiras fases de vida, mas a outros membros, também com dominâncias significativas e de referência como os grupos de pares. É portanto uma etapa repleta de novos desafios, reflexões e explorações em vários domínios da vida.

Por outras palavras, neste período de transição, os jovens vão-se tornando cada vez mais autónomos e independentes nas decisões que tomam, como se divertem, bem como, na exploração de áreas de domínio afetivo, profissional, académico, que até então lhes era desconhecido. Assim como, determinadas substâncias, procura de novas sensações, explorações de caráter mais íntimo, relações interpessoais e sociais. É portanto uma fase de desenvolvimento de novas competências e novas experiências, ou seja, um desenvolvimento psicossocial (Antunes, 2007).

As várias atividades sociais como, as festas, os jantares com os amigos, as saídas noturnas, as saídas aos fins-de-semana para descontrair das aulas ou até mesmo do trabalho, o consumo de álcool (meio facilitador das interações sociais) são característicos desta fase. As atividades de caráter afetivo, permitiram com que o indivíduo explore qual o seu papel a nível sexual, no que diz respeito aos desejos, interesses e, orientação sexual. As atividades ocupacionais, nestes casos, verifica-se o investimento académico, nomeadamente a realização de cursos, o licenciamento e pós graduações, em termos profissionais, a escolha de um ofício e a entrada no mercado de trabalho precário ou temporário. Mudanças de ambiente, nomeadamente a saída da casa dos pais para viver sozinha ou com colegas de residência, arranjar um par-time para pagar as despesas da faculdade ou de habitação e/ou poder usufruir de umas boas férias, todas estas atividades ou mudanças características desta fase, vai permitir com que o jovem explore e experiencie uma série de atividades significativas para esta fase da vida, permitindo esclarecer qual o seu papel no mundo, nomeadamente no desenvolvimento de aptidões sociais, na descoberta de si próprio e do outro, na formação de opiniões e sentido

crítico, entre outros. Todos estes fatores são de extrema importância e essências para o desenvolvimento e formação do ser humano.

Contudo, muitas dessas mudanças ou atividades podem tornar-se bastantes nocivas para alguns jovens, que não se sentem preparados para lidar com as mudanças que esta fase acarreta. As escolhas inerentes a um determinado ofício, ao papel sexual, ter que substituir a escola pelo trabalho ou até mesmo conjugar escola-trabalho, substituir a escola por outra instituição de ensino, as mudanças em termos de habitação, isto é, muitas vezes ter que mudar do local de residência (da sua zona de conforto, adaptação, conformidade) para uma habitação diferente da sua, podem revelar-se para muitos jovens um período de extrema confusão, ansiedade, *stress*, incertezas quanto ao futuro, podendo também sentirem-se muitas vezes perdidos e sozinhos e consequentemente bastante vulneráveis a determinados comportamentos nocivos para a saúde.

Os conflitos pessoais e sociais sentidos por um conjunto de mudanças e por um conjunto de atividades presentes nesta fase, lhes são característicos, uma vez que esta período implica muitas vezes sentimentos de insegurança, reflexões, autocentração em si mesmo, assim como, compromissos e desafios. São portanto, reflexos provenientes deste período exploratório e experimental.

Em alguns casos, os comportamentos de risco realizados neste período, resultam muitas vezes como recursos utilizados pelos jovens para lidar com as dificuldades, não só, relacionadas com a vida quotidiana, como também, em termos escolares, sociais, familiares e afetiva, ou seja, poder lidar com o *stress* dos exames, com as exigências da instituição ou do mercado de trabalho, com os novos desafios que muitas vezes estão implicadas neste período de transformação, com o abandono escolar e com a situação familiar muitas vezes conflituosa e disfuncional. Ao passo que para outros, esses mesmos comportamentos de risco servem como promotor da integração no grupo de pares, de socialização e convívio, conferindo-os deste modo um sentimento de pertença, assim como, promovedor de um relacionamento afetivo que evidencie amor, carinho e confiança no parceiro sexual. No entanto, tanto um como outro, apesar de realizada com intuítos diferentes, não deixem de constituir uma ameaça para a saúde e bem-estar dos jovens.

Segundo Figueiredo (1985) e Sprinthall & Collins (1994), referem que tudo o que pensamos, o que somos, aquilo que desejamos e fantasiamos e inclusivamente o que fazemos sexualmente são resultados de um processo contínuo de aprendizagem, de interações e reflexões efetuadas ao longo da vida, assim como as atividades que vamos realizando e

vivenciando, sejam estas em contexto familiar, sociais, nas relações com os pares (Figueiredo, 1985, Sprinthall & Collins, 1994; citado por Neves, 2011).

A vida e as suas vicissitudes, nomeadamente as interações, a convivência com os amigos, as saídas à noite, a procura de novas experiências, as viagens onde são permitidos explorar novos locais e países, os relacionamentos íntimos, todas elas permitem com que haja troca de informações/conhecimentos, de ideias e opiniões, os próprios erros e os erros de outrem preparam-lhes de certo modo para o futuro e para as novas responsabilidades. Todas estas transformações sentidas durante este percurso, nomeadamente a consolidação da autoestima, do *self*, da autoimagem, do autoconceito, isto é, da identidade, concebidas através de várias atividades, são fundamentais e devem sobretudo ocorrer nesta fase, antes mesmo de estes assumirem responsabilidades, de estabilizarem a nível profissional, social e pessoal. Para que os mesmos possam chegar a fase adulta dotados de competências e conhecimentos que lhes permita agir de forma autónoma no mundo que os rodeia (Martins, 1995; Felipe, 2000).

1.1.2 A fase adulta: Estabilidade psicossocial

Após um período de exploração e experiências, o indivíduo lida agora com as escolhas iniciais relativos a profissão, as relações amorosas, os estilos de vida e os valores. Assumem-se responsabilidades e compromissos duradouros, focam-se nas questões relacionadas com o lar, com a família, com o crescimento profissional, torna-se financeiramente independentes. Mais compassivos e menos reprimidos pelos conflitos internos e externos, ou seja, obtêm a estabilidade biopsicossocial.

No entanto, a quem evidencia que esta fase pode ser vivenciada com alguma instabilidade. Segundo Levinson (1997), até perto dos 32 e 33 anos pode-se verificar uma crise, a crise dos trinta anos. De acordo com este autor esta fase pode ser vivido de forma apaziguador levando a cabo, a continuidade de um percurso de construções e benefícios próprios ou simplesmente relevar-se uma transição complicada e dolorosa, colocando em causa o empreendimento realizado na fase jovem. Este autor revela ainda, que esta crise, nada tem a ver com uma crise de adolescência tardia ou uma precoce crise dos anos trinta mas como um processo de desenvolvimento do período de transição dos 30 anos (Levinson, 1997).

Todavia, neste momento da vida compete-lhe a tomada de decisões assertivas ao momento, a capacidade de conjugar a vida pessoal com a vida familiar e profissional, lidar com um conjunto de exigências e desafios.

Dadas as evidências descritas até ao momento, a questão que se coloca é se de facto na idade adulta, que se caracteriza como sendo a fase em que o indivíduo possui outras perspetivas em relação a vida, focada não tanto em determinadas condutas explorativas e experimentais que tanto assinalam a fase jovem com o intuito de prepara-los, de formar a sua identidade, isto é, conceber o indivíduo enquanto ser humano, tendem a desaparecer com a entrada na idade adulta onde supostamente se possuem outras prioridades, isto é, deem-se maiores responsabilidades, estabilidade emocional e social, bem como, conhecimentos e competências para atuar em diferentes situações, torna-se financeiramente independente.

1.2 A Prática Sexual

Ao longo dos anos, a sociedade tem vindo a alterar muito dos seus comportamentos, atitudes e presunções relacionadas com a sexualidade.

Hoje a sexualidade é percecionada e vivenciada de forma diferente do que o era há anos atrás, sendo, sobretudo, uma forma de estar intimamente com o outro, permitindo com que o individuo realize um autoconhecimento sobre si mesmo, acerca do seu *Eu Sexual*. Assim como, permite desenvolver as suas capacidades, nomeadamente como deve agir e sentir em diferentes campos da vida sexual, permite também saber estar com o outro, partilhando sentimentos e emoções. Tempos atrás seria impensável, considerar a sexualidade um instrumento de interação que permitia o desenvolvimento do individuo nas suas características mais íntimas, podendo conhecer-se um pouco mais e a expressar-se sexualmente (partilha de carícias, de prazer, de sentimentos e emoções). Tudo o que estivesse relacionado com a sexualidade, era tabu, não se podia falar, sentir ou sequer pensar em sexo ou qualquer outra atribuição de significado que não fosse a reprodutividade.

Porém, mudam-se os tempos, mudam-se as vontades, atualmente a sexualidade é compreendida e considerado um fator importante na vida do individuo, comporta aspetos essenciais para o bem-estar, quer do ponto de vista não só psíquico mas também corporal. Digamos que a sexualidade tornou-se uma forma de comunicarmos e expressarmos só que de uma forma mais íntima.

Parafraseando Antunes & Romero (citado por Silva,2008), podemos concluir que a sexualidade faz parte da natureza humana e por isso pode e deve ser vivenciada de forma natural e de forma mais espontânea visto que engloba uma serie de componentes fundamentais na construção da identidade (autoestima, *self*, autoconceito, autoimagem) desde

que vivenciada de forma plena e saudável, caso contrário poderá constituir um fator de risco a uma serie de normas de desenvolvimento (Silva, 2008).

Desta forma e indo de encontro com a perspetiva da Organização Mundial da Saúde (citado por Marques, 1995) que entende a sexualidade como sendo e passo a citar “ uma energia que nos motiva a encontrar o amor, o contacto, a ternura e a intimidade, isto é, que nos define. A sexualidade é uma forma que o individuo detém para expressar-se nomeadamente na forma como se sente, como se move, toca e é tocado” (Marques, 1995). Ou seja, no seu entender a sexualidade integra um conjunto de aspetos que são de extrema importância não só para a saúde física mas também para a saúde mental.

Como é sabido, no decorrer dos anos, os indivíduos vão experienciando áreas que os permitem adquirir conhecimentos, a conhecerem-se a si mesmos e aos outros, a formarem opiniões, crenças e determinados comportamentos. A sexualidade, assim como, outras áreas explorativas caraterísticos da juventude, desempenham um papel importante na formação da identidade, ou seja, na forma como agimos, interagimos, pensamos e sentimos, isto é, comporta um conjunto de fatores que nos define enquanto pessoas e seres do mundo. No fundo a sexualidade, integra componentes somáticos, emocionais, intelectuais e sociais, extremamente enriquecedora que contribui para realçar a personalidade, a comunicação e o amor desde que a mesma seja realizada com as devidas precauções e inclusive de forma saudável.

Para compreendermos a sexualidade é importante antes de mais compreendermos a cultura e a sociedade onde se inserem tais comportamentos. O número de parceiros, as práticas sexuais, os métodos contraceptivos e o modo de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis pode ter diferentes atribuições e significados que determinados países ou pessoas lhes atribui consoante o meio em que se insere. Por exemplo em certos países como a África, mais propriamente na zona rural e urbana, na Índia, na Chechénia a poligamia é considerada natural, faz parte da cultura, da sua tradição, ao passo que em outros países como em Portugal, esses comportamentos são considerados puníveis e repreensíveis. O mesmo acontece com os métodos contraceptivos, em certos países os métodos de prevenção não são aceitáveis porque vão contra a doutrina da igreja e, conseqüentemente, das pessoas.

Deste modo é necessário ter em conta o contexto social e cultural, as tradições e o meio ambiente em que se insere, ou seja, tudo o que está relacionado com o individuo, pois o padrão cultural varia de sociedade para sociedade, condicionando o comportamento individual.

Como podemos verificar a sexualidade abrange uma série de processos que vai desde, do que se vai sendo experienciado e compartilhado pelos grupos de pares, presenciado e vivenciado no contexto familiar, ou seja, é algo que se vai construindo ao longo do percurso da vida. Todos estes fatores exercem uma influência nos comportamentos, nas atitudes e nas condutas, ou seja, muito daquilo que é vivido e transmitido no seio familiar, nas atividades sociais vai ter repercussões que podem ser boas como más na vida do indivíduo.

Existem várias situações e atitudes (e não só) que podem levar a práticas sexuais menos seguras e consequentemente a exposição de comportamentos de risco que põem em causa a saúde e o bem-estar físico e psicológico do indivíduo.

1.3 Comportamentos de Risco a Nível Sexual

Em termos gerais, entende-se como comportamento de risco, a participação em atividades que possam comprometer a saúde física, psicológica, cognitiva e/ou o bem-estar social do indivíduo.

Muitas das condutas, que em diante passarei a descrever, podem originar-se pelo carácter exploratório, pela influência dos grupos de pares, pelo contexto familiar.

A nível sexual podemos salientar como indicar de risco:

A primeira vez. A primeira vez pode constituir um fator de risco, na medida em que pode existir por parte do indivíduo, uma falta de informação/conhecimento em relação as práticas sexuais seguras, nomeadamente quais os métodos existentes e qual a funcionalidade de cada método de prevenção (a pílula, o preservativo, o adesivo contraceptivo, o dispositivo intrauterino-DIU, a dupla proteção e contraceção de emergência) e sobretudo como devem ser utilizadas. Falta de conhecimento acerca dos meios de transmissão de doenças sexuais e por conseguinte as consequências de longo prazo dos comportamentos de risco.

A idade da primeira relação sexual também pode representar aqui um fator de risco. Um indivíduo que inicia atividades sexuais muito cedo, não possuindo maturidade física e psicológica e não detendo experiência e conhecimento sobre o assunto pode levar com que muitos indivíduos não estejam preparados para assumir as exigências sociais, assim como, não estejam cientes das consequências que poderão advir das práticas sexuais inseguras.

Um outro fator considerado de risco é um elevado número de parceiros sexuais num curto espaço de tempo, aumentando por si só, o risco de vir a contrair DST, gravidez não desejadas e consequentemente interrupção da mesma.

A utilização inconsistente e incorreto do preservativo pode aumentar consideravelmente o risco de contrair DST e gravidez indesejadas. Daí a importância que o indivíduo esteja devidamente informado e tenha conhecimentos da forma com o preservativo deve ser colocado e dos cuidados a ter com os mesmos.

O consumo de substância psicoativa, o consumo injetável e as trocas de agulha, podem constituir um risco para a saúde física e psíquica do indivíduo. No caso do consumo de álcool ou drogas em ambientes noturnos, os seus efeitos provocam no indivíduo descontração, euforia, confiança, os tornem mais comunicativos, sociáveis, mais desinibidos socialmente. Porém quando ingerido em excesso pode ter consequências bastantes graves a nível da saúde e do bem-estar, consequentemente uma diminuição do autocontrolo e da perceção de risco (enviesando a informação e o conhecimento que o indivíduo detém sobre HIV/SIDA e sexo seguro). Os jovens ficam menos cautelosos e por conseguinte menos preocupados, o que pode originar o aumento do sexo livre e despreocupado, excesso de velocidade, atos violentos etc. Afetando assim, as capacidades cognitivas de avaliação custo benefício, o que os tornam incapazes de realizar comportamentos seguros, ao passo que sóbrios cumpririam. Em relação ao consumo injetável e a troca de agulha, tanto uma como outra podem conduzir á consequências a longo prazo, na medida em que, aumentam a probabilidade de contrair doenças infecto-contagiosas tais como hepatite ou a sida.

As atitudes/crenças também podem favorecer os comportamentos de risco. Na medida em que, muitas vezes, o que vai sendo transmitido ao longo da vida quer no contexto familiar, como no grupo de pares podem influenciar o processo de socialização, ou seja, determinadas situações ocorridas nesses contextos vão permitir ao indivíduo criar opiniões, crenças e ideias nem sempre as mais corretas ou verdadeiras. O indivíduo pode a partir de determinadas interações desenvolver perceções erróneas relacionadas com a sexualidade, com o consumo de álcool ou drogas entre outras importâncias. Por exemplo, em aspetos relacionados com a sexualidade, pode desenvolver ideias, que a pilula constitui um fator de proteção contra DST.

Podemos também considerar o meio de comunicação, como ponte de partida para a ocorrência de comportamentos de risco, ou seja, se um determinado indivíduo sentir dificuldade em partilhar um determinado problema pessoal e ao conjugarmos a essa mesma problemática um contexto familiar conflituoso, disfuncional e até mesmo rígido, eventualmente o que poderá ocorrer, é fazer com que o mesmo, dadas as circunstancias, não encontrem um ambiente propício para essa exposição e ao mesmo tempo, não encontrem a

orientação necessária e o esclarecimento de dúvidas que possam existir e por conseguinte que os permitam a realização de comportamentos benéficos e saudáveis. Por exemplo, se um indivíduo sentir-se embaraçado por sugerir a utilização do preservativo, é provável que não o faça, o mesmo poderá acontecer no caso de o indivíduo possuir determinadas dúvidas acerca da sexualidade e muitas vezes acaba por não o fazer por não conseguir expor tal situação ou por medo de represálias por parte dos pais, dos amigos ou até mesmo do parceiro.

O mesmo acontece com o romantismo, podem fazer com que ocorra atividades de risco. O facto de o indivíduo querer agradar a pessoa com quem mantém uma relação, leva com que muitos tenham práticas sexuais de risco como demonstração de carinho, amor, confiança.

A impulsividade e o pensamento mágico (isso só acontece aos outros). Muitas vezes a incapacidade do indivíduo agir de forma racional, de planificar as suas ações tendo em conta os estímulos internos ou externos, de forma a prever as consequências negativas que possam ocorrer dessas mesmas ações, não só, no que diz respeito a si mesmo, como também, em relação aos outros. Em relação aos pensamentos, podemos indicar que determinados pensamentos fazem com que o indivíduo acredite que esteja imunes as consequências decorrentes dos seus atos, ou seja, isto só acontece aos outros.

A procura de sensações em contexto de atividades sexuais pode constituir um fator de risco. No sentido em que este representa um traço cuja característica expressa-se através de comportamento exploratório e que tem como intuito o aumento de estimulação, ou seja, a participação em atividades, muitas vezes consideradas de risco, que estimulem sensações fortes, novas e variadas (Zucherman, 1971).

O facto de muitos indivíduos estarem expostos a situações de risco, como é o caso de viver na rua, de abandonarem a escola e até mesmo de pertencerem a determinados grupos radicais, estarem inseridos em condições sociais e culturais, de baixa condição económica, ambientes conflituosos, stressantes, disfuncionais, com excesso violência física e/ou psicológica, assim como, os conflitos no relacionamento com os pais podem contribuir para uma maior prevalência de comportamentos de risco.

Podemos ainda referir como fator de risco a coerção uma vez que muito, dos indivíduos sentem-se atraídos por parceiros ou grupo de pares mais velhos devido às suas experiências e, maturidade, em muito desses relacionamentos ou interações, correm o risco de serem vítimas de coerção, o que não lhes permite realizar comportamentos seguros.

Após descrever uma serie de fatores que podem conduzir a comportamentos sexuais de risco, resta-nos interrogar. Afinal, do que se trata, quando falamos de comportamentos sexuais de risco?

1.3.1 Comportamentos Sexuais de Risco

Parece-nos bastante simples quando observamos, esta pequena definição exibida por Li et al (2000), acerca de comportamentos sexuais de risco e verificamos que, segundo estes autores, entende-se por comportamento sexuais de risco “relações sexuais desprotegidas, isto é, a não utilização de preservativo mesmo que tenha utilizado outros métodos contraceptivos, assim como a prática sexual com múltiplos parceiros sexuais” (Li et al, 2000).

Por outras palavras, define-se comportamento sexual de risco como sendo um comportamento resultante do contacto entre duas ou mais pessoas, cuja prática da não utilização do preservativo, resulta na ocorrência de uma ou mais doenças.

Então porque será que ainda se praticam comportamentos sexuais de risco, se bastamos reduzir o número de parceiros sexuais e utilizar o preservativo mesmo que se tenha utilizado outros métodos contraceptivos como a pilula, o dispositivo intrauterino entre outros?

Acontece que esta definição por mais simples que demonstra ser, existe um conjunto de fatores que interferem com o processo de adaptação de comportamentos sexuais saudáveis. Como já foi referido no ponto anterior pode estar na base de comportamentos sexuais de risco a aquisição de informações incorretas ou deturpadas acerca da sexualidade, ou seja, ao longo da vida o individuo vai adquirindo um conjunto de informações implícitas na sociedade, nomeadamente no seio familiar, no grupo de pares e no ambiente escolar, que o permitem tirar as suas próprias conclusões, mesmo que muitas delas estejam erradas ou não sejam verdadeiras. Há que ter em conta determinadas normas culturais e educacionais, que nem sempre favorecem a utilização do preservativo ou outros métodos contraceptivos como meio de prevenção das DST.

O próprio contexto sexual em que está inserido, ou seja, no momento de extrema excitação e envolvimento pode levar com que os indivíduos se esqueçam, ou até mesmo optem em não utilizar e/ou solicitar o uso de preservativo de forma a não interromper aquele momento ou até mesmo a ideia de que, ao fazê-lo esse ambiente seja quebrado. O consumo de álcool em excesso também pode fazer com que o individuo não possua as faculdades

necessárias para negociar o uso de preservativo ou até mesmo recusar realizar a prática sexual.

Em relação a não utilização dos métodos contraceptivos, mais precisamente o preservativo, pode estar na origem de diversos fatores, como por exemplo, poderão advir de crenças, receios, medos subjacentes à sua utilização, nomeadamente não proporcionar a intensidade desejada, isto é, uma possível perda da intensidade e do prazer sexual, ou até mesmo, não o fazer porque está a utilizar outros métodos de prevenção, que no seu entender tem a mesma função que o preservativo. Medo que venham a ser mal interpretadas por fazê-lo, podendo transmitir no parceiro (a) falta de confiança ou até a ideia que, quem procura usar preservativo é porque tem prática de relações sexuais com múltiplos parceiros. O sentir-se embaraçada por perguntar ou usar preservativo e inclusivamente em compra-los, e o fato de saber diagnosticar que o parceiro tem VIH/SIDA podem servir como justificação pela sua não utilização. Qualquer um destes fatores pode constituir uma barreira na utilização de preservativo.

Ainda em relação a alinha anterior podemos salientar que existe uma ideia que os jovens usam mais preservativo e o fazem mais frequentemente do que os mais velhos como medida de prevenção das DST. Esta ideia surge pelo simples razão de que essa coerência de utilização surge mais em relações instáveis e irregulares do que em relações estáveis e duradouras como é o caso dos mais velhos. De acordo, com estudos realizados por Lear (1995) em relação ao preservativo e Gómez e Marin (1996) referentes a pílula. Constatou-se, no que diz respeito ao primeiro estudo que a utilização, de preservativo nos relacionamentos ocasionais tornam-se mais frequentes do que em relacionamentos de longo-prazo. Segundo este estudo, nos relacionamentos ocasionais uma vez que o conhecimento acerca da outra pessoa é insuficiente, a perceção do individuo acerca dos seus riscos é maior, ao passo que, nos relacionamentos de longa duração, onde a confiança foi sendo estabelecida no início das relações sexuais, a tendência é a diminuição da sua utilização. Relativamente ao segundo estudo, evidenciaram que, quando o individuo opta pela utilização da pilula como método contraceptivo, geralmente, torna-se mais difícil a utilização de outros métodos, como é o caso do preservativo, sobretudo num relacionamento de longo prazo. O que torna, na opinião do autor, ainda mais preocupante nos casos de relações sexuais sem proteção com outros parceiros (Lear,1995; Gómez e Marin (1996).

Quando refiro que esta definição em relação aos comportamentos sexuais de risco, não é tão simples como parece, deve-se ao facto que por detrás da não utilização dos meios de

proteção necessários para uma sexualidade plena e saudável, existe crenças, pensamentos, ideias, atitudes, comportamentos que interferem com as suas capacidades de autoprotegerem e que refletem por vezes em consequências prejudiciais para a saúde física e psíquica do sujeito. Tudo isso pode fazer com que os jovens e/ou até mesmo os mais informados, pratiquem relações sexuais desprotegidas.

Qualquer uma das situações pode de alguma forma destabilizar a capacidade que o indivíduo possui de raciocínio acerca das consequências a longo ou médio prazo e consequentemente moldar comportamentos de risco (Canavarro e Pereira, 2001) os quais podem ter como consequências, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Gravidez não planeadas e consequentemente a interrupção da mesma.

1.3.1.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), também denominadas por infeções sexualmente transmissíveis (IST) são doenças contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão origina-se pelas relações sexuais. Esta infeção é provocada por agentes patogénicos nomeadamente vírus, bactérias, fungos e parasitas que estão presentes nos fluidos corporais das quais passo a mencionar: o esperma, a saliva, as secreções vaginais e sobretudo através do sangue ou até mesmo das mucosas da vagina e do pénis (OMS, 2006).

A principal via de transmissão dá-se pelas relações sexuais desprotegidas (ausência de preservativo), sejam estas realizadas por via vaginal, isto é, a prática de relações sexuais entre um homem e uma mulher onde o pénis é introduzido na vagina ou por duas mulheres através dos fluidos vaginais; por via anal, nomeadamente a inserção do pénis no ânus, quer seja praticado por pessoas do mesmo sexo (dois homens) ou sexos opostos (homem e mulher), e por fim nalguns casos a doença pode ser transmitida através de relações sexuais orais, ou seja, quando existe contacto do pénis, ou clitóris ou até mesmo da vagina com a boca.

Contudo não podemos deixar de referir que algumas infeções podem ocorrer mesmo que não haja penetração mas pelo simples contacto entre os órgãos genitais.

Desta forma a adoção de comportamentos sexuais de risco pode originar doenças sexualmente transmissíveis como o VIH/SIDA; a Hepatite B e C; a Gonorreia; Herpes Genital; a Sífilis; as Infeções por Clamídia, por Papiloma Vírus Humano (HPV), por Tricomonas, Candilomas e por Cândidas (fungos).

No que diz respeito ao VIH/SIDA, a sida (síndrome de imunodeficiência adquirida), é uma doença causada pelo VIH (vírus da imunodeficiência Humano) que provoca a degradação gradual do sistema imunitário, isto é, o vírus ataca, acabando por destruir o sistema imunitário do organismo, ao fazê-lo os mecanismos de defesa que eram suposto impedir o nosso organismo de ficar exposto aos agentes agressores, tornamos mais frágil e consequentemente débil, o que faz com que a pessoa fique mais vulnerável a contrair ou a desenvolver infeções de variados tipos ou até mesmo determinados tipos de cancro. Este vírus é destacado por ser um vírus que pode manter-se em hibernação não revelando quaisquer sinais ou sintomas durante algum tempo. Neste período, o indivíduo infetado com VIH são designados de seropositivos.

No caso da Sífilis, esta é transmitida por uma bactéria que se manifesta através de uma ferida mais propriamente uma úlcera avermelhada e indolor situado na região genital, boca ou ânus. A ferida acaba por desaparecer, contudo a infeção permanece o que pode trazer consequências graves, ou seja, esta pode alastrar para outros órgãos, assim como trazer problemas em relação ao sistema nervoso e ao coração. A sífilis poderá trazer consequências a nível do feto, pode desenvolver problemas graves, tanto ao nível do coração, do cérebro e do esqueleto podendo também provocar cegueira.

A gonorreia assim como a sífilis é uma doença provocada por uma bateria mas ao contrário da sífilis, esta manifesta-se por um corrimento amarelo e purulento, ao urinar esta provoca ardor e pode sobretudo ser acompanhado com pus e inflamação de gânglios, virilha, podemos verificar ainda nas mulheres outros sintomas como o inchaço na vulva e dores pélvicas durante a prática sexual. Tanto na mulher como no homem correm o risco que esta doença afete os órgãos externos, o reto e a garganta. Pode, no entanto, ser transmitido para o feto, ao ser transmitido, o bebé pode nascer antes do tempo, assim como provocar conjuntivite.

Em relação ao Tricomoníase, transmitido através de um parasita, cujos sintomas passam por um corrimento vaginal com mau cheiro, prurido intenso, irritação dolorosa ao urinar, assim como ardor e vermelhão nas regiões genitais.

Relativamente a Condiloma (verrugas venéreas) caracteriza-se por ser uma doença altamente contagiosa, manifesta-se através de verrugas, estas por sua vez podem aparecer de forma isolada ou em grupos. O seu aparecimento pode surgir a volta dos órgãos genitais cérvix ou a volta do ânus. Com o devido tratamento, nomeadamente a remoção ou aplicações

de loções fazem com que as verrugas desaparecem mas não o seu vírus, este permanece ativo o que pode levar ao surgimento de tumor no colo do útero.

A clamídia (provocada por uma infeção), em relação às mulheres, esta doença pode afetar o colo do útero, assim como a uretra, trompas de Falópio e ovários. Pode provocar infeções da bexiga, da zona pélvica e, Gravidez ectópica, isto é, a gravidez ocorre fora do útero e inclusive pode provocar esterilidade. Ao passo que nos homens afeta a uretra, bem como os testículos onde pode surgir uma infeção do epidídimo levando consecutivamente a esterilidade. Em ambos os sexos, os seus sintomas são corrimento, dores e/ou ardor ao urinar, inflamação do reto, febre e pequenas perdas de sangue após o ato sexual; verifica-se ainda dores abdominais, inflamação do colo do útero nas mulheres, inchaço ou dor nos testículos nos homens. Esta doença pode ser transmitida para o feto durante a gravidez, no caso de vir acontecer, pode vir originar na criança baixo peso, infeções nos olhos, pneumonia e um parto prematuro.

E por fim a Hepatite B e C e as Herpes. A Hepatite B e C, doenças causadas por um vírus, que por sua vez afeta o fígado e pode provocar o carcinoma hépato-celular, ao passo que as Herpes (doença crónica), transmitido por um vírus herpes II, caracteriza-se por provocar feridas à volta dos genitais.

Em suma, determinadas infeções podem apresentar determinadas sintomas de acordo com as características do indivíduo, nomeadamente o género, todavia existem infeções que não apresentam quaisquer sintomas, ou seja, manifesta-se mais tarde sem que tenha dado indícios de anomalias, como por exemplo o VIH/SIDA, a doença pode surgir muitos anos após a infeção, assim como, a Clamídia, em que muitas vezes só se vem a descobrir, que tiveram esta doença, quando procuram tratamento para a infertilidade.

Como forma de conclusão, podemos salientar que a prática sexual com elevado número de parceiros num curto espaço de tempo contribui de certa forma para as diferentes doenças acima referenciadas, ou seja, aumenta a possibilidade de contrair DST, ao passo que um menor número de parceiros diminui o risco de contágio, mas isso, não significa que este esteja imune a tais doenças. Qualquer que seja as circunstâncias de práticas sexuais sem a devida proteção, ou seja, a utilização de preservativo (único método de proteção das DST), antes de existir contacto entre os órgãos genitais e posteriormente ao retirar-lo, de forma a evitar o contacto com os fluidos corporais e, ao não fazê-lo e estando um dos parceiros infetado para que este corra o risco de contrair DST e consecutivamente trazer consequências bastantes severas para a saúde física e psicológica. O mesmo acontece em relação a

abstinência, existe de facto um menor risco de contrair DST uma vez que não existe relações sexuais, acontece que basta haver contacto entre os órgãos genitais (sem que haja penetração), para transmitirem-se determinadas infeções.

É preciso estar ciente dos riscos inerentes aos comportamentos sexuais desprotegidos. O preservativo também denominado como “camisa-de-vénus” ou “camisinha”, é único um método de prevenção das IST, isto é, serve como uma barreira física, prevenindo deste modo a transmissão das IST (apenas aos que dizem respeito as infeções sexuais). Além dessa função, o preservativo impede que haja o risco de gravidez indesejadas, mas desde que usada de forma correta e consistente (OMS, 2007).

1.3.1.2 Outras consequências de comportamentos sexuais de risco: gravidez não planeada

Determinadas situações podem conduzir o individuo a uma gravidez, por motivos diversas, os comportamentos sexuais de risco é uma delas. A exposição á situações de risco sexual nomeadamente, relações sexuais desprotegidas (sem uso de preservativo) ou uso incorreto de métodos de prevenção, pode conduzir a uma gravidez não planeada. Como é sabido, uma gravidez acarreta sempre riscos, tanto para a saúde da mulher, como para a saúde da criança. Doenças físicas sofridas antes da conceção podem provocar complicações neste sentido: a suspeita ou a transmissão de IST’S, inclusivamente, VIH/SIDA, é uma delas. Esta pode provocar consequências bastantes graves para a saúde de ambos os recetores.

Segundo Gipson, Koenig & Hindin (citado por Prietsch et al, 2011) uma gravidez não planeada é uma gestação que não estava incluída, nos projetos de vida de vida do casal ou, pelo menos nos planos da mulher. De acordo com estes autores, esta pode ser considerada indesejada, quando a idealização do bebé (um bebé saudável, perfeito e bonito) se contrapõe ao que era esperado e desejado pelo casal. Ou inoportuno, quando acontece num momento considerado desfavorável (Prietsch, 2011).

Neste sentido e considerando que a gravidez aconteceu num momento inapropriado e que o individuo não se encontra preparado para as exigências a que esta acarreta, estes fatores podem conduzir a uma tomada de decisão, que muitas vezes se resume a interrupção voluntária da gravidez. A interrupção voluntária da gravidez pode constituir um risco para a saúde da mulher, quando efetuada nas condições inapropriadas e fora dos limites determinados, isto é, podem provocar complicações de diversas ordens: doenças inflamatórias

pélvicas, hemorragias, perfuração do útero e infeção do tétano, assim como, consequências a níveis dos órgãos genitais, esterilidade ou até mesmo a morte (Nodin, 2002).

A interrupção insegura e as complicações existentes na gravidez são caracterizadas segundo Carpintero (2004), como uma das causas de morte em mulheres de qualquer faixa etária, sobretudo em mulheres com menos de vinte anos, mais especificamente, menores de dezassete anos, devido a complicações, não só, referentes ao parto, mas também devido, as complicações da própria gravidez e consequentemente a morte do recém-nascido. Este mesmo autor, refere ainda, que a idade constitui assim, um indicador de risco, quanto menor for a idade da mãe da criança, maior é o risco para o bebé nos primeiros anos de vida e inclusivamente para a mãe (Carpintero, 2004).

As reações psicológicas a tais situações são homogêneas e dependem muito do significado que lhe é atribuído, dos aspetos religiosos, éticos e existenciais, assim como, o suporte social, as questões socioculturais, a idade e a paridade (Noya & Leal, 1998).

No entanto, as implicações de uma gravidez não planeada não se prendem apenas a sua interrupção. Este acontecimento, muitas vezes, resultante de comportamento de risco, pode restringir o processo de desenvolvimento. Nalguns casos, pode significar a restrição a nível profissional, educacional e interpessoal. Assim como, pode representar riscos aumentados de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal.

Numa gravidez, são vivenciadas mudanças a nível biopsicossocial (fatores físicos, cognitivos, afetivos, comportamental, interpessoal e sociocultural), num processo considerado único e importante, independentemente de serem positivas ou negativas. Todo o seu percurso, inclusivamente, as diversas adaptações que esta exige, acarreta enormes desafios que nem sempre o indivíduo consegue levar a cabo, constituindo desde modo um enorme risco para a saúde mental, neste momento de extrema vulnerabilidade psicológica. Esta pode propulsionar reações de diversas ordens, de forma apaziguada ou violenta, de grande felicidade ou de uma grande tristeza, de extrema confiança ou bastante assustador. Esta disfuncionalidade pode constituir um risco bastante elevado para a saúde mental da mulher, originado assim, perturbações psicológicas.

Isto é, estas modificações podem ser caracterizadas de duas formas: de forma negativa constituindo um risco para a saúde da mulher; ou de forma positiva, levando ao desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais. Em termos interpessoais, estes fatores podem perturbar a estabilidade pessoal, o seio familiar, a relação

amorosa ou conjugal ou simplesmente representar um fator apaziguador, estabelecendo a união entre os membros.

Carpintero (2004) refere que uma gravidez seja planeada ou originada em circunstâncias inconscientes, implica para o individuo mudanças bruscas no decorrer das suas vidas, ou seja, as consequências atingem a curto e longo prazo todos os que estão diretamente ou indiretamente implicados. O que requer uma preparação biopsicossocial, familiar, económica, educativa e relacional por parte do individuo. Ou seja, é importante que nesses casos, haja um cuidado especial nos termos referidos, assim como, a sua desejabilidade, caso contrário ficam sujeitos a algumas complicações.

1.4 Atitudes em relação as Práticas Sexuais

Consideramos importante, antes de mais, fazer uma pequena abordagem do que se entende por atitudes de forma a compreendermos melhor a importância que esta acarreta no decurso da vida do sujeito.

1.4.1 As Atitudes

No meu entender as atitudes são como uma espécie de esculturas, que são esculpidas pouco a pouco até se formar uma obra de arte, mesmo que o resultado final não seja o esperado ou revele alguma deformação.

O mesmo acontece com o ser humano, o individuo ao longo da sua trajetória vai-se moldando, isto é, tudo o que o individuo assimila no decurso das suas experiências permite com que crie opiniões, ideias, estabeleça crenças, sentimentos e tendências comportamentais (a forma como atuamos sobre essas mesmas situações), mesmo que muitas delas estejam erradas ou não sejam verdadeiras. Dando origem a determinadas atitudes em relação a determinados objetos, pessoas ou acontecimentos, em função, não só do que se aprende com a vida como também com aquilo que esta nos transmite.

De certo modo as atitudes determinam em parte o que somos, são pontos de vista sociais, são reflexos das consequências dos padrões culturais que sugerem, não só, como devemos analisar determinadas situações, que determina a forma como interpretamos uma dada situação (positiva ou negativa, a favor ou contra algo), como também, é sobretudo uma forma encontrada para responder a esses mesmos estímulos.

As atitudes são tendências comportamentais adquiridas, formadas principalmente por diversos fatores nomeadamente o cognitivo que diz respeito as crenças, pensamentos ou ideias; os valores afetivos, isto é, emoções/sentimentos e, por fim as predisposições comportamentais designadamente, a forma como atuamos perante uma situação e que por sua vez determina esses mesmos comportamentos (Lima, 1993, Stroebe & Stroebe, 1995; citado por Silva, 2008).

Neste sentido e parafraseando Lima (1997) e Neto (1998), podemos concluir que as atitudes proveem de um longo processo de construção, ou seja, ao longo dos anos através das diferentes interações sociais, dos processos de comparação, identificação e diferenciação e, inclusivamente através de acontecimentos únicos mas de carácter marcante e extremamente forte, permitiram com que o indivíduo adquirisse cada vez mais um conjunto de significados, que por sua vez, não só permitiu com que o indivíduo estabelecesse a sua posição face à de outro, como também possua valores comuns que integre no seu meio social (Lima, 1997; Neto 1998).

Deste modo podemos evidenciar que as nossas atitudes podem influenciar a forma como atuamos no quotidiano, ou seja, as nossas atitudes de certa forma exercem um papel fundamental na forma como nos comportamos. Daí a importância de sabermos quais as atitudes que os indivíduos possuem perante determinadas situações, como é o caso dos comportamentos sexuais, essas mesmas atitudes poderão ajudar-nos a chegar a uma determinada conclusão sobre a forma como estes sujeitos poderão comportar-se em relação ao sexo ou a outra situação.

Por exemplo se os jovens ou até mesmo os adultos acreditarem que o preservativo afeta negativamente o ato sexual, ou que o mesmo é prejudicial á saúde, estes sujeitos naturalmente terão atitudes negativas em relação ao preservativo o que causará maiores dificuldades por parte destes em terem comportamentos sexuais seguros, do que aqueles que acreditam que o preservativo é um método que previne as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e por conseguinte um método contraceptivo eficaz (Kendler, 1974; citado por Neves, 2011).

1.4.2 Atitudes e as Práticas Sexuais

Segundo Antunes (2007), as atitudes torna-se um fator bastante crucial no que diz respeito a sexualidade, pois é através desta que determinam-se a aceitação ou não de determinadas interações.

Esta definição não poderia estar mais de acordo com a perspetiva de Monteiro. Segundo Monteiro (2004), as atitudes são tendências psicológicas, ou seja, são uma espécie de avaliação positiva ou negativa que o indivíduo efetua sobre determinados objetos. Tendo em conta essa avaliação, o indivíduo exerce a sua ação de acordo com essa mesma avaliação. É o que acontece nos casos referente ao sexo ou métodos de prevenção, existe quem possua atitudes positivas em relação a estes e existe quem possua atitudes negativas, ou seja, qualquer pessoa pode ter atitudes positivas ou negativas estas por sua vez pode influenciar o indivíduo na forma como se protege.

As atitudes em relação aos componentes referentes à sexualidade, nomeadamente os métodos preventivos podem diferenciar pessoa de pessoa, devido aos significados que estes poderão estabelecer em relação aos métodos contraceptivos. Alguns estudos demonstram que a não utilização do preservativo está associado ao embaraço/timidez sentida quando é necessário propor o uso do preservativo. Segundo Holland (citado por Lear, 1995), acerca da investigação realizada sobre o preservativo evidenciou que um elevado número de mulheres revelavam um desconforto ou embaraço em relação a compra, em relação ao seu uso e sobretudo transportarem e abordarem o assunto com o respetivo parceiro.

O que indica um forte estigma social por parte das mulheres principalmente no que diz respeito a transportação do preservativo ou até mesmo a realização da sua compra. Tudo isso pode contribuir com que a mulher sinta alguma pressão social (mesmo que tais factos não se evidenciem), um certo receio de ser julgada por outras pessoas pela simples razão de terem consigo ou comprarem preservativos. Tais situações suscitam uma certa confusão nalgumas mulheres que interpretam estas situações como sendo um indicador, para muitas pessoas, de estas estarem dispostas a terem relações sexuais, de estarem a procura de praticas sexuais, ou até mesmo, a ideia que estas mulheres mantem relações sexuais com múltiplos parceiros daí a necessidade do uso de preservativo. Daí também o receio sentido por muitas mulheres, de serem julgadas e estigmatizadas socialmente por comparem e/ou carregarem consigo um simples preservativo (Wilson, Jacard, Endios & Minkoff 1993 & Wyn, 1994; citado por Lear, 1995).

Ao contrário dos homens cujo único problema prende-se apenas nas consequências da sua utilização nomeadamente, na interrupção da atividade sexual, no conforto e na segurança.

Estes pensamentos, estas ideias, crenças, sentimentos, isto é, estas atitudes em relação as práticas sexuais podem interferir com a adoção de comportamentos sexuais saudáveis e inclusivamente trazer consequências a nível da saúde, tanto a nível física como a nível mental.

Pode ser muito difícil para muitas mulheres assim como para muitos homens, sugerirem ou até mesmo decidirem usar preservativo numa relação de longa prazo e sobretudo quando este é um parceiro regular, pois podem fazer com que estes sujeitos acreditem ou até mesmo os leve a pensar que estão a pôr em causa o seu relacionamento nomeadamente a fidelidade e a confiança que detêm no seus parceiros, o que também pode evidenciar um estigma por parte dos parceiros. Em contrapartida esta mesma situação, isto é, a não utilização do preservativo por parte dos parceiros regulares, pode fazer com que estes tenham a perceção que estão menos expostos e em menor risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e por isso não o fazem (Lear, 1995).

Existem casos em que a utilização do preservativo é substituída por outros métodos como a pilula, o adesivo, ou o DIU (dispositivo intrauterino), como principal método preventivo, porque muitas vezes crê-se que estes métodos ao contrário do preservativo não interferem e nem retiram a intensidade desejada no relacionamento sexual e que possui o mesmo efeito que o preservativo na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. Existe desde já uma ideia pré-concebida, o que leva com que muitos não sintam necessidade de utilizar preservativo e deste modo recorrerem a formas mais fáceis (apesar de constituírem um método bastante eficaz no que diz respeito a prevenção da gravidez e só da gravidez).

Como tenho vindo a referir, as atitudes são consequências da forma como organizamos os pensamentos, os sentimentos, a perceção e inclusivo, os comportamentos, ou seja, é uma posição adotada para responder a algo. Por exemplo se um determinado objeto, pessoa ou acontecimento provocar no sujeito uma feedback negativa ou perigoso, bem como, proporcionar uma certa repulsa, seja esta desencadeada em função de algo, podemos de certo modo deduzir que as atitudes em relação a este estímulo será obviamente negativa e por conseguinte, fazer com que o individuo evite revier essa mesma experiência ou sensação. Ao passo que, se esta situação provocar o inverso, isto é, um momento de grande êxtase, a atitude do sujeito perante este acontecimento, objeto entre outros, será completamente diferente.

De forma a compreendermos melhor podemos retirar um exemplo que alguns autores exemplificam, e que passarei a apresentar, “*Se os indivíduos acreditarem que todos os seropositivos são homossexuais e tiverem a homossexualidade como um valor negativo, eles vão ter atitudes negativas perante todos os seropositivo*” (Jones & Gerard, 1987, Kendler, 1974; citado por Silva, 2008).

O mesmo acontece com os métodos de prevenção se o indivíduo tiver uma atitude negativa perante os mesmos é perfeitamente normal que tenha uma atitude que vá de encontro com os seus parâmetros, isto é, de acordo com os valores, as crenças, os ideais que foram sendo construídos, formados através do que se foi evidenciando no contexto familiar, através do que se foi sendo transmitindo de geração em geração, na partilha de informações, nas brincadeiras entre amigos ou pela simples razão de ter vivenciado um acontecimento que colocou a vida do indivíduo em risco ou provocado desagrado.

1.5 Procura de Sensações Sexuais

A procura de sensações sexuais pode constituir um elemento essencial no que diz respeito a compreensão dos comportamentos sexuais de risco.

Mas para que possamos interliga-los, antes de mais, considera-se importante perceber, do que se trata quando falamos de procura de sensações.

Como é sabido cada indivíduo possui características ou traços de personalidade que o define e que o diferencia das outras pessoas. São essencialmente características internas, relacionais ou sociais que lhes permitem agir de determinada forma perante uma determinada situação (Cattell, 1965).

Desta forma, os traços de personalidade seriam características psicológicas que se manifestam na forma de pensar, sentir e atuar perante um acontecimento/ situação (Sisto & Oliveira, 2007).

Zuckerman, um dos principais pioneiros do estudo relacionado com o traço de personalidade - procura de sensações, elucida-nos acerca do significado da palavra “procura”, de acordo com este autor está relacionada com a postura ativa do indivíduo face a situações pobres em estímulos, o que faz com que este procure diferentes atividades que proporcionem emoções fortes e por conseguinte atenua a sua suscetibilidade ao tédio. Ao passo que a palavra “sensações” resulta do investimento empreendido na procura, pois o que realmente

importante para o indivíduo é a obtenção de experiências internas derivadas dos estímulos externos (Romero, Sobral & Luengo, 1999; citado por Bessa, 2011).

Zuckerman (citado por Bessa, 2011) refere ainda que os indivíduos que dispõem desta característica, isto é, de um traço de procura de sensações, tendem a adquirir comportamentos que proporcionem um aumento dos estímulos das quais vão sendo experienciando, para que os mesmos consigam satisfazer as necessidades desejadas. Tanto pode ser a nível profissional, isto é, atividades financeira, como conduções perigosas, atividades sexuais de risco, consumo de álcool ou estupefacientes, jogos e práticas de desporto de risco entre outros, desde que provoquem (independentemente de ser positivo ou negativo) estímulos intensos e por conseguinte sensações originais, variadas e intensas, e sobretudo na aquisição de novas experiências (Bessa, 2011).

De acordo com Vasconcelos (2008), determinados indivíduos que usufruem de tais características nomeadamente procura de sensações, também lhes são características as atitudes positivas face a emoção e expressões mais desinibidas, ou seja, a procura de sensações pode ser um indicador para a abertura à mudança, uma atitude mais receptiva no que diz respeito a novas experiências, assim como, a capacidade para lidar, ao contrário de outros, a sensações e ideias fora do comum e que muitas vezes não estão de acordo com as normas sociais. São sobretudo indivíduos sociáveis, assertivos, que apresentam impetuosidade e por conseguinte menos medos.

Para muitos autores esta predisposição para procura de sensações sejam, de carácter intenso, novas, variadas ou complexas podem ser um fator que leva com que os indivíduos assumem riscos como forma de obter aquela determinada experiências. Estas podem ser atividades com frequência e intensidade tal, que podem conduzir a um aumento de risco em termos de doença ou acidente; legais e financeiros; sociais entre outras (Romero, Sobral & Luengo, 1999; Vasconcelos e colaboradores, 2008; Zuckerman, 1994; 2007; citado por Melo, 2009).

Estudos realizados neste âmbito revelaram uma correlação entre procura de sensações e os comportamentos sexuais de risco. Assim como, uma associação positiva em relação aos comportamentos de risco relativamente ao VIH/SIDA, o consumo de álcool ou drogas e comportamentos sexuais (Zuckerman, 1994; Bancroft et al, 2004).

Evidenciaram também, que esta característica pode estar presente em qualquer indivíduo de qualquer idade, sendo que, o que difere é a sua intensidade, isto é, segundo o autor deste estudo, a intensidade é maior na faixa etária que compreende os 16 e os 20 anos.

Os indivíduos que demonstram maiores níveis de procura de sensações revelam, não só, atitudes mais liberais, como também, maior diversidade de experiências e de parceiros sexuais, especialmente o sexo masculino (Zuckerman, 1994; 1971).

Fazendo uma ponte ao que foi referido anteriormente, podemos ilustrar o estudo de Kalichman & Rompa realizado em (1995) sobre Procura de Sensações Sexuais. Através dos seus trabalhos acerca das práticas sexuais e procura de sensações, chegaram a conclusão de que a procura de sensações em contexto de atividades sexuais pode fazer com que os indivíduos fiquem mais expostos aos riscos de contrair infeções sexualmente transmissíveis, como consequência de obter ou alcançar a experiência desejada. O que explica o facto de os mesmos manterem comportamentos sexuais de risco, com o intuito de conseguir obter o efeito desejado, mesmo estando em risco de infeção de VIH/SIDA.

Em suma estudos de Bancroft et al. (2003) e Kalichman & Rompa (1995) indicarem que existe uma forte associação entre Procura de Sensações Sexuais e comportamentos sexuais de risco: a frequência de relações desprotegidas, o número de parceiros e uso de droga e álcool antes do sexo.

Podemos concluir que esta característica ou traço de personalidade pode revelar um indicador importante para a compreensão dos comportamentos dos indivíduos, principalmente o comportamento juvenil, visto que esta característica tem sido trabalhada no sentido de perceber e prevenir os comportamentos de risco para a saúde.

1.6 Comportamentos Sexuais de Risco, Consumo de álcool, Procura de Sensações Sexuais e Atitudes face ao Preservativo

De acordo com o que se tem vindo a relatar em termos de contexto teórico, torna-se importante apresentar alguns dados recentes que fundamentam esse mesmo contexto teórico. E nos ajude também a comparar os dados explícitos nestes casos com a nossa investigação.

1.6.1 Substâncias Psicoativas e Comportamentos sexuais de risco

Um estudo sobre consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra, realizado por Lomba, Apostolo, Loureiro, Graveta, Silva & Mendes (2008), demonstraram que os jovens que participaram neste estudo saem sete noites por mês e duram em média sete horas por noite. No que diz respeito à escolha do local de diversão noturna (97,9%) dos participantes demonstrou que a música é um elemento fundamental na escolha do local, ao

passo que (58,74%) consideram importante ou muito importante sair para conhecer pessoas, no entanto, (57,34%) revela que a escolha do local de diversão noturna não tem a ver com facilidade que possa existir em seduzir alguém apesar de 15,39% dos inquiridos considerarem essa variável importante, não só, no que diz respeito na facilidade em seduzir alguém, mas também, na facilidade de se fumar “charros”, quanto à escolha do local noturno. Este estudo revelou também que os jovens consideram importante ou muito importante o acesso a bebidas alcoólicas (60,15%).

Em relação a sexualidade e relações sexuais, (89,44%) dos participantes já tiveram relações sexuais, sendo que a média de idade de início de relação de 16,76 anos. Dos participantes (91,61%) detêm uma orientação sexual maioritariamente heterossexual, enquanto (2,80%) assumem uma orientação homossexual e (5,58%) uma orientação bissexual.

Dos 124 participantes que se mantiveram sexualmente ativos, a média de parceiros foi de 2,66 nos últimos doze meses. Ainda relativo ao mesmo grupo de participantes (64,52%) teve relações sob efeito de álcool e (29,84%) sob efeito de drogas. Em relação a práticas sexuais desprotegidas (40,33%) revelaram ter tido sempre ou quase sempre práticas desprotegidas e apenas (24%19) indicaram que foram algumas vezes, as vezes que praticaram relações desprotegidas. Dado, as práticas sexuais de risco, apenas (26,61%) fizeram rastreio de IST.

Quanto aos motivos da não utilização de preservativo nos últimos doze meses, 67,47% dos participantes não utilizaram preservativo por confiarem nos seus parceiros, por esses não terem nenhuma DST, (61,45) por praticar sexo sempre com o mesmo parceiro, (22,89%) não tinha preservativo no momento, ao passo que 20,48% optou por não usar por opção ou por não gostarem, (9,64) por estar muito bêbados ou muito “pedrados”, entre outros. Paradoxalmente, a questão relacionada com a decisão de não ter relações sexuais nos últimos doze meses, o estudo revelou que mais que metade (54,03%) optaram não ter relações sexuais por não terem preservativo, (27,42%) tendo receio de uma possível gravidez e (23,39%) ou de contrair algumas DST.

Em relação a influência do álcool ou drogas nas relações sexuais desprotegidas, (50,81%) dos participantes concordaram existir essa influência, e (14,69%) teve relações sexuais, nos últimos doze meses que mais tarde se arrependeu devido ao consumo de álcool.

As substâncias mais consumidas são o álcool (95,10%), tabaco (79,72%) e canábis (65,73%).

Alguns dos participantes relevaram, ter recorrido ao consumo de substâncias psicoativas com intuito de trazer benefícios a nível sexual. Em relação ao álcool, cannabis e cocaína para prolongar o ato sexual (12, 4 e 1), potenciar o prazer sexual, ter mais excitação (9, 9 e 2), o álcool, cannabis, cocaína e ecstasy para facilitar o início das relações - desinibir (25, 7,4, e 1) e ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou mais excitante (13,7,2,e 2). Também são utilizadas outras substâncias para esse mesmo fim.

Um outro estudo protagonizado por Lomba, Apostolo, Loureiro, Mendes e Campos (2011), sobre jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos, quem são e comportamentos que adotam. Demonstrou que os participantes oriundos de nove cidades portuguesas consideram fundamental quanto a escolha dos locais recreativos à possibilidade de encontrar os amigos (98,10%) e ao tipo de música (94,98%). Também tem-se em conta na escolha do local para sair a noite a acessibilidade a bebidas mais baratas (59,44%) e o consumo de cannabis (16,71%), também considera-se importante que o ambiente noturno tenha segurança (92,02%).

Relativamente a sexualidade e aos comportamentos sexuais de risco, (84,63%) já teve relações sexuais, sendo que a idade de início da relação sexual é de (16,88 anos) e a média de parceiros sexuais nos últimos doze meses é (1,98). Este estudo revelou que (63,63%) não recorre a medidas de proteção (preservativo), referem ter tido sexo sem preservativo “uma vez” ($x= 20,50\%$), sob efeito de álcool (53,49%) pelo menos uma vez, quanto a relações sexuais sob efeito de droga (24,90%). Tendo em conta os comportamentos sexuais adotados (24,48%) já realizou testes de despiste de IST nos últimos doze meses.

Em relação a questão da influência do álcool ou drogas nas relações sexuais de risco, 47,01% dos participantes consideram que o álcool ou drogas influenciam o seu processo de decisão de ter uma relação sexual de risco e (8,89%) reconheceram que nos últimos doze meses, tiveram relações sexuais, devido ao consumo de álcool de que mais tarde se arrependeram.

No que diz respeito ao consumo de álcool ou drogas ilícitas, as substâncias mais consumidas são o álcool (91,22%), cannabis (26,57%) e cocaína (4,94%). Ainda relacionado ao consumo verificou-se que (52,58%) embriagaram-se nas últimas quatro semanas, em média 1,75 vezes.

Este estudo revela ainda que alguns participantes pretendem obter efeitos de cariz sexual através dos consumos psicoativos. Evidenciaram-se o consumo de álcool e cannabis

para facilitar o início de relações sexuais (17,97% e 4,69%), o álcool, a cannabis e a cocaína para ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou mais excitantes (7,40%, 2,86% e 2,31%).

1.6.2 Procura de Sensações Sexuais e Comportamento Sexual

Relativamente a variável Procura de Sensações Sexuais, estudos recentes “*Interaction Among Ethnicity, Sexual Sensation Seeking, Sexual Inhibition, and Sexual Excitation*” realizado por Nguyen et al (2011), revelaram que existe uma relação significativa entre Procura de Sensações sexuais e género $F(1,100)=12.47, P<.01$. Os participantes do sexo masculino ($M=3.55; SD=0.82$) revelaram maiores níveis de procura de sensações sensuais que os participantes do sexo feminino ($M=2.97; SD=0.67$). Não foram encontradas associações significativas entre procura de sensações sexuais e sexo desprotegido. No entanto, este estudo revelou uma associação entre um maior nível de procura de sensações sexuais e um maior número de parceiros.

Outro estudo que inclui estas variáveis, realizado por Martínez, Bermúdez, Teva & Buela-Casal (2007) sobre “*Sexual Sensation Seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among spanish adolescents*” também evidenciou, uma associação entre Procura de Sensações Sexuais e Risco Sexual em relação ao género, $F(1,176)=28.86, p<0.01$, isto é, os participantes do sexo masculinos ($M=1.74; SD=0.52$) apresentam uma pontuação significativamente maior do que os participantes femininos ($M=1.74; SD=0.37$). Relativamente a relação entre Procura de Sensações Sexuais e o Risco Sexual (medidas de Comportamento), os resultados revelaram que aqueles que tiveram maiores níveis de Procura de Sensações Sexuais apresentaram maior número de parceiros sexuais durante os últimos seis meses ($r=.19, p<.01$).

Em relação aos resultados, relativos ao último contato sexual, foi encontrado que os adolescentes que reportaram terem estado envolvido com parceiro casual ($M=1.73; SD=0.48$) revelaram, maior Procura de Sensações Sexuais do que os adolescentes que estiveram envolvidos com parceiro estável. No entanto, não foram encontradas diferenças de procura de sensações sexuais em adolescentes que revelaram ter usado preservativo no último contato sexual que envolveu penetração ($M=1.87, SD=0.51$) e adolescentes que não revelaram ter usado preservativo ($M=1.83; SD=0.56$), $F(1,26)=0.001, P=.91$.

Um outro estudo sobre “*Sexual sensation seeking, drug use, and risk sex among detained youth*” de Voisin, King, Schneider, DiClemente & Tan (2012) procurou perceber a

relação entre procura de sensações sexuais a cada uma das seguintes drogas, álcool, anfetaminas, ecstasy e marijuana. O estudo revelou que a procura sensações sexuais está correlacionada com o uso de álcool ($p \leq 0,001$), uso de ecstasy ($p \leq 0,001$), ter tido relações sob efeito de droga ($p < 0,001$), ter relações sexuais quando o parceiro que estava sob efeito de droga ($p < 0,001$), toca de sexo por droga ($p = 0,001$), troca de sexo por dinheiro ($p = 0,006$), número de parceiros sexuais nos últimos dois meses ($p = 0,001$) e a frequência de sexo vaginal desprotegidas ($p \leq 0,007$). A idade ($p \leq 0,007$), género ($p \leq 0,001$), raça ($p = 0,018$) também estão significativamente correlacionadas com a procura de sensações sexuais. Em suma, o estudo evidenciou que a procura de sensações sexuais está associada com o consumo de álcool e ecstasy, assim como, a procura de sensações sexuais está relacionada com o número de parceiros, está envolvido em sexo anal e vaginal desprotegidas, ter relações quando estava sob efeito de droga, ter relações sexuais quando o parceiro estava sob efeito de droga, troca de sexo por drogas e por dinheiro.

Capítulo 2

Metodologia

2.1 Objetivos

O presente estudo tem como objetivo analisar:

1. Hábitos de saídas noturnas
2. Sexualidade
3. Comportamentos Sexuais de risco
4. Motivos da não utilização do preservativo
5. A decisão de não ter relações sexuais
6. A utilização de substâncias para fins específicos
7. A influência de consumo de álcool ou drogas nos comportamentos sexuais de risco
8. Perceção de risco sexual e risco sexual por causa do álcool ou outras drogas
9. Início de consumo, regularidade e substâncias consumidas
10. Amigos e uso de álcool e drogas
10. O nível de conhecimento acerca do VIH/SIDA
11. A procura de sensações sexuais
12. Atitudes relativamente à utilização do preservativo

2.2 Hipóteses

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas dos comportamentos sexuais de risco, procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo entre os dois grupos etários (jovens e adultos).

H2: O consumo de álcool influencia os comportamentos sexuais de risco em ambos os grupos

H3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino nos que diz respeito as subescalas: embaraço na compra e na negociação do preservativo, fiabilidade e eficácia e imagem social negativa (estigma).

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas na procura de sensações sexuais em função do sexo

H5: Um nível elevado de procura de sensações sexuais está associado a um maior número de parceiros sexuais e relações sexuais desprotegidas.

H6: Existe uma associação significativa entre as variáveis comportamentos sexuais de risco, procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo

2.3 Participantes

A amostra é constituída por 120 participantes sendo que 60 pertencem à população jovem e 60 à população adulta, com uma distribuição homogénea quanto ao género. A média de idade é de 21,55 anos e o desvio padrão 2,71 para a população jovens e uma média de idade 39,78 anos e desvio padrão e 7,56 para a população adulta.

A maioria dos participantes (82,2%) é de nacionalidade Portuguesa, (7,5%) Cabo-verdianos, (4,2%) Angolana, (1,7%) de nacionalidade Brasileiro e Francesa e (0,8) de nacionalidade Holandesa e Moçambicana. Destes participantes 36,7% são solteiros, 28,3% estão casados ou em união de facto, 15,8% encontra-se numa relação comprometida, 4,2% numa relação sem compromisso, 3,3% em várias relações sem compromisso e (.8%) está viúvos. Relativamente à situação profissional, 33,6% encontram-se no ativo (estão a trabalhar), 29,2% encontram-se ainda a estudar e 12,5% trabalha e também estuda, 15,9% estão desempregados e 2,5% são domésticas.

A maioria destes participantes (70%) são Católicos, os restantes (5%), não tem religião, (4.9%), são Ateus/Agnósticos, (1,6%) são testemunhas de jeová e (0,8%), Budista, assim como Rasta, Evangélico e Católico protestante. Quanto à crença, (65,5%) são crentes mas não praticante, (13,3%) crentes e praticantes e (16,7%) não acredita (ver tabela 1)

Tabela 1 - Caracterização da amostra

	N	%
<u>Nacionalidade</u>		
Angolana	5	4,2%
Brasileira	2	1,7%
Cabo-verdiana	9	7,5%
Holandesa	1	,8%
Moçambicana	1	,8%
Portuguesa	99	82,2%
Francesa	2	1,7%
<u>Estado civil</u>		
Solteiro	44	36,7%
Casado/união de facto	34	28,3%
Separado/divorciado	4	3,3%
Viúvo	1	,8%
Numa relação comprometida	19	15,8%
Numa relação sem compromisso	5	4,2%
Em várias relações sem compromisso	4	3,3%
<u>Habilitações literárias</u>		
Ensino Básico	29	24,2%
Ensino Secundário	58	48,3%
Ensino Superior	9	7,5%
Licenciatura	18	15%
Licenciatura Pré-Bolonha	1	,8%
Mestrado	3	2,5%
<u>Situação profissional</u>		
Estudante	35	29,2%
Trabalhador /Estudante	15	12,5%
Desempregado	19	15,9%
Domestica	3	2,5%
Trabalhador	40	33,6%
<u>Vive</u>		
Sozinha	13	10,8%
Família (pais, irmãos, tios)	49	40,9%
Família (cônjuge/filhos)	50	41,6%
Namorada	1	0,8%
Amigos	3	2,5%
<u>Religião</u>		
Católico	84	70%
Jeová	2	1,7%
Ateu	6	5%
Não tenho	6	5%
Budista	1	0,8%
Rasta	1	0,8%
Católico protestante evangélico	1	0,8%
Evangélico	1	0,8%
<u>Crença</u>		
Crente mas não praticante	75	62,5%
Crente e praticante	16	13,3%
Não acredita	20	16,7%

Estes participantes, mais especificamente (12,5%) referem terem tido acompanhamento psicológico, (8,3%) sofreram de traumatismo craniano ligeiro.

Acerca do bem-estar, 41,7% dos participantes estão satisfeitos com a sua vida em geral, 45% mais ou menos, 62,5% referem sentir-se bem fisicamente e 34,2% sentem-se mais ou menos. Quanto a imagem corporal e atividades físicas, 42,2% está satisfeito com a sua imagem, 37,5% nem tanto, em relação as atividades físicas 22,5% refere praticar desporto ao passo que 25,8% pratica mais ou menos (ver tabela 2).

Tabela 2 - Bem-estar

	Muito	Mais ou menos	Pouco	Raramente
Sente-se bem fisicamente	62,5%	34,2%	1,7%	,8%
Está satisfeito com a sua vida em geral	41,7%	45%	9,2%	2,5%
Está satisfeito com a sua imagem corporal	44,2%	37,5%	15,8%	2,5%
Pratica atividades físicas	22,5%	25,8%	16,7%	35%

Foram excluídos deste estudo participantes com idades inferiores a 16 anos e com idades entre 26 e os 29 anos, assim como, participantes que não dominavam a língua portuguesa, a leitura e a escrita. Foram também excluídos os sujeitos cujos questionários não estavam devidamente preenchidos e os que nunca tinham iniciado atividades sexual. Neste sentido, foram recolhidas, aproximadamente, 160 questionários sendo que 40 desses questionários foram excluídos por não pertencerem aos critérios de inclusão.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Questionário “A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” (IREFREA, 2008)

Os comportamentos de risco face à sexualidade e consumo de substâncias foram avaliados pela versão adaptada do questionário “A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” desenvolvida em 2008 pelo Instituto Europeu de Estudos sobre Prevenção (IREFREA) e validado para Portugal pelo IREFREA Portugal.

O questionário é constituído por questões fechadas (questões de resposta múltipla, questões com formato de resposta tipo likert e questões dicotómicas) e por questões abertas.

O questionário é constituído por cinco secções que permitem descrever as seguintes variáveis:

Em primeira mão, questões sociodemográficos (idade, género, tendência sexual, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, religião...), questões relativos a medicação, a utilização de métodos contraceptivos, a determinados problemas físicos e psicológicos, nomeadamente acompanhamento psicológicos ou algum traumatismo craniano ou coma. E por fim questões acerca da percepção de bem-estar (bem estar físico e praticas de atividades físicas e, satisfação com a vida em geral e com a imagem corporal).

Numa segunda estância, questões relacionadas com os hábitos recreativos noturnos (às vezes que saiu á noite nas últimas quatro semanas, os lugares que frequentou e os seus gastos, as razões da escolha de um local quando sai a noite).

Em terceiro lugar, questões sobre comportamentos sexuais em relação aos últimos 12 meses a fim de verificar o número de parceiro sexuais, a frequência de praticas sexuais sem o uso de preservativo com o parceiro e/ou praceiro ocasional/múltiplo, a frequência de praticas sexuais sob efeito de álcool ou drogas. As razões da não utilização de preservativo e a decisão de não realizar atividade sexual. Salienta ainda questões relativas ao uso de substâncias para a obtenção de determinados efeitos sexuais, a percepção que o individuo detém acerca da influência de álcool nas relações sexuais e, por conseguinte, os riscos sexuais e as estratégias utilizadas para reduzir esses mesmos riscos, a realização da primeira relação sexual e, de testes para infeções sexualmente transmissíveis.

Partimos para o quarto lugar, nesta parte do questionário detemos questões sobre substâncias psicoativas (a idade do primeiro consumo de álcool ou drogas e a sua regularidade em cada uma das substâncias apresentadas e, os problemas causadas por esses mesmos consumos, assim como, a frequência em que esteve alcoolizado nas ultimas quatro semanas).

E por último, questões sobre os amigos, nomeadamente, a quantidade de amigos com quem sai a noite e o conhecimento dos pais acerca dos amigos dos filhos e a percepção do individuo em relação aos amigos e ao consumo de álcool e drogas ilícitas.

Convém referir que o questionário, em questão, sofreu pequenas alterações em algumas questões, no fundo para que o termo utilizado se tornasse mais formal. Não podemos deixar de frisar que estamos também a lidar com uma população adulta mais velha. Também sofreu uma pequena alteração de formato na seção S3 à S3.5, neste caso, a alteração de formatação não foi intencionada.

2.4.2 Escala de Procura de Sensações Sexuais

A procura de sensações sexuais foi avaliada pelo *Revised Sexual Sensation Seeking scale* (RSSSS; S.C. Kalichman e D. Rompa 1995), Tradução de M. Carvalho e A. Batista (1998), constituída por 11 itens.

A RSSSS avalia os interesses e atividades relacionadas com sexo, numa escala de tipo Lichert de quatro pontos variando de 1 (“*pouco parecido comigo*”) a 4 (“*muito parecido comigo*”).

Os 11 itens agrupam-se em 4 dimensões: procura de emoções e aventuras (2,4,5,6,7,8); procura de experiências (9,10,11); desinibição (3) e suscetibilidade ao aborrecimento (1).

No estudo das qualidades psicométricas, a avaliação da consistência interna (Alfa de Cronbach), da escala RSSSS, em duas investigações, revelou boa fidelidade apresentando valores de Alfa de Cronbach que variam entre $\alpha = .79$ e $.81$ (Kalichman et al, 1994; Kalichman & Rompa, 1995). A estabilidade temporal, avaliada pelo método teste-reteste, para um intervalo de 3 meses, revelou uma correlação de $r = .69$ e de $r = .73$ para o primeiro e segundo estudos, respetivamente a presentando, desta forma uma estabilidade aceitável (Kalichman e Rompa, 1995).

O estudo das qualidades psicométricas adaptada para a população portuguesa, avaliada a consistência interna (Alfa de Cronbach), em função de género, revelou valores de Alfa de Cronbach de $\alpha = .84$ e $.85$ para o sexo masculino e feminino respetivamente. No que diz respeito, a consistência interna, das subescalas da RSSSS revelou Alfa de Cronbach para as subescalas: Procura de Emoções e Aventura $\alpha = .77$; Procura de Experiências Sexuais $\alpha = .61$; Desinibição $\alpha = .75$ e Suscetibilidade ao aborrecimento $\alpha = .57$. Em relação a estabilidade temporal, avaliada pelo método teste-reteste, para um intervalo de 3 a 6 semanas revelou um coeficiente de $.80$, apresentando uma estabilidade temporal adequada (Fernandes et al., 1998).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, sendo que os rapazes apresentam valores mais elevados de procura de sensações sexuais.

O resultado desta escala é dado pelo somatório das respostas dadas a cada um dos itens que a constituem.

2.4.3 Questionário de Conhecimentos e Atitudes face ao HIV/SIDA

Os conhecimentos sobre HIV/SIDA foram avaliados pelo questionário de conhecimento e atitudes face ao HIV/SIDA, construído por Martins, A.T., Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sánchez-García, M. (2006), da Universidade do Algarve e da Universidade de Huelva, a partir da revisão de vários estudos e da tese de doutoramento de Sánchez-García, M. (2001). O questionário tem como objetivo principal analisar e explicar os comportamentos de prevenção face a transmissão do HIV/SIDA em estudantes universitários.

O questionário completo é constituído por questões fechadas (questões de resposta múltipla, questões com formato de resposta tipo likert e questões dicotómicas).

Neste estudo apenas será utilizado uma parte do questionário, nomeadamente os conhecimentos sobre HIV/SIDA, constituído por 29 itens e tem como propósito analisar os conhecimentos referentes a transmissão do VIH/SIDA, num formato de resposta “*Verdadeiro (V)*”, “*Falso (F)*” e “*Não sei (NS)*”.

2.4.4 Escala Multidimensional de Atitudes em relação à utilização do Preservativo

As atitudes em relação à utilização do preservativo foram avaliadas pela *UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale* (UCLA-MCAS: Marie Helweg-Larsen & Barry Collins 1994), adaptação e validação para a população portuguesa “Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo (EMARUP), de Félix Neto (2004), constituída por 26 itens.

EMARUP avalia as atitudes dos jovens no que diz respeito ao uso do preservativo, numa escala de tipo Lickert de 7 pontos variando de 1 (“*Fortemente em desacordo*”) a 7 (“*Fortemente de acordo*”). Os 26 itens agrupam-se em 5 subescalas: Fiabilidade e Eficácia atribuída aos preservativos (1 a 6); Prazer Sexual associado ao uso do preservativo (7 a 11); Embaraço na Compra de preservativos (12 a 16); Embaraço na Negociação relativa à utilização de preservativos com o parceiro sexual (17 a 21); Imagem Social Negativa (estigma) em relação aos utilizadores de preservativos (22 a 26).

O estudo das qualidades psicométricas, avaliada a consistência interna (Alfa de Crobach) das subescalas da EMARUP em função do género, revelou valores Alfa de Crobach adequados para as subescalas em ambos os géneros: Fiabilidade e Eficácia (F/E), $\alpha = .74$ e $.80$;

Prazer Sexual (P/S), $\alpha = .58$ e $.64$; Embaraço na Compra, $\alpha = .89$ e $.89$; Embaraço na Negociação sobre a utilização do preservativo com o parceiro, $\alpha = .76$ e $.79$; Imagem Social Negativa, $\alpha = .78$ e $.81$, para o sexo masculino e feminino, respetivamente.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas segundo sexo em todas as subescalas exceto na subescala de embaraço acerca da negociação e do uso do preservativo. Enquanto o sexo masculino acredita mais que o preservativo é eficaz e fiável e sentem menos embaraço na compra do preservativo, as mulheres apresentam mais prazer sexual na sua utilização e menos preocupação em ser-lhes imposta uma imagem social negativa por utilização do preservativo (Neto, 2004).

A escala EMARUP é constituída por subescalas compostas por itens positivos e negativos, à exceção da subescala Imagem Social Negativa (estigma) que contém apenas itens negativos. Os itens negativos (1, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26) devem ser invertidos.

O resultado desta escala, evidencia que quanto mais elevado os valores, mais positivos são as atitudes em relação ao preservativo.

2.5 Procedimento

As amostras foram recolhidas em vários locais, nomeadamente, no local de residência (Bairro da Amadora), cafés, parques, colegas de Faculdade, amigos residentes noutros países.

Ao serem contactados, a cada um dos participantes foi-lhes explicado a finalidade da investigação (o tema, o caráter voluntário da sua participação e a sua importância). E reforçada uma vez mais que *“toda a informação recolhida é totalmente anónima e confidencial, destinando-se apenas para fins estatísticos, não pedimos qualquer tipo de identificação, por essas razões não existe nenhuma forma de sabermos quem preencheu os questionários. Apenas pedimos que, uma vez que a informação é totalmente anónima, que seja totalmente sincero no preenchimento do protocolo de avaliação”*.

Com esta informação pretendeu-se que houvesse uma diminuição da possibilidade de enviesamento dos dados, fazendo com que, não haja uma desejabilidade social das respostas devido a sensibilidade da temática ser de caráter íntimo.

Pelos mesmos motivos, a maioria dos participantes decidiram participar, mas optaram por não assinar o consentimento informado. Desta forma e verificando que ao longo

da aplicação do questionário, os participantes ficavam pouco recetivos ao consentimento informado, provocando uma certa evitação ao seu preenchimento, optou-se por não entregar os consentimentos informados.

Os dados foram recolhidos no ano letivo 2012/2013. Após o preenchimento dos questionários procedeu-se a sua enumeração e sequencialmente à sua introdução na base de dados, constituída para o efeito, SPSS 20 (*Statistical Package for Social Sciences*), seguindo-se o tratamento estatístico dos dados e a análise dos resultados.

Capítulo 3

Apresentação dos Resultados

3.1 Hábitos de saídas noturnas

Em média podemos verificar que nas últimas quatro semanas, os participantes saíram 2,26 vezes, costumam sair de cada vez 4,79 horas e visitam em média 1,70 locais de diversão. Verificamos também que os participantes gastam em média, 20,93€ (ver tabela 3).

Tabela 3 - Saídas Noturnas

	Media	Desvio padrão
Nas últimas semanas, quantas vezes saiu a noite	2,26	3,34
Quando sai à noite quantas horas costuma sair de cada vez	4,79	3,75
Quando sai à noite quantos cafés /discotecas/bares costuma sair de cada vez	1,70	1,52
Quanto dinheiro gasta, por noite quando sai	20,93	28,50

Quanto à escolha do local, quando sai a noite, 74,1% dos participantes referem que esta escolha tem por base o facto de se poder encontrar com os amigos e por isso a escolha do local de diversão noturna constituir um elemento importante ou muito importante para esse acontecimento; o tipo de música também é um fator fundamental para a escolha do local de diversão noturna (65, 8%), assim como, ser um bom local para dançar (51,7%).

A escolha do local de diversão noturna pondera também a socialização, nomeadamente, a possibilidade de conhece pessoas novas, sendo este um fator importante ou muito importante na sua escolha (47,5%). No entanto, a maioria dos participantes referem que esta escolha não está relacionada com a facilidade que possam ter em seduzir alguém (55,8%). Em contrapartida alguns participantes considerarem essa variável importante ou muito importante (19,2%).

Quanto ao acesso a determinadas substâncias disponibilizadas nos ambientes noturnos, 40% dos participantes considera essencial que determinados locais de diversão noturna possuam bebidas alcoólicas mais baratas que pode também ser um motivo de escolha, embora, 41,7% indiquem que este fator não é muito importante. Ainda em relação ao aspeto da escolha, a maioria dos participantes não consideram muito importante o fato de determinados ambientes noturnos não serem, muito intransigentes em relação a fumar um “charro” ou arranjar droga lá dentro, não sendo a estas razões que se devem as escolhas. No entanto, existe uma minoria (15,8%) que considera importante ou muito importante poder

fumar um “charro”, assim como, 5% dos participantes valoriza ambientes noturnos que proporcionam obter drogas lá dentro.

Também se encontram nos parâmetros de escolha de locais de diversões noturnas, locais que proporcionam um ambiente sem fumo, considerado por 47,5% dos participantes como um fator importante ou muito importante, apesar de 23,3% acharem que esta variável não constitui um fator muito importante para a escolha. Verificamos ainda que os participantes consideram essencial que os seguintes locais de diversão noturna possam ser usufruídos sem grandes distúrbios, daí que as suas escolhas estejam muitas vezes relacionadas com a segurança que esta possa proporcionar aos sujeitos. Desta forma 85,8% consideram importante ou muito importante um sítio seguro (sem violência), o mesmo acontece com as condições sanitárias, 80% considera essencial que estes locais tenham WC’s limpos (ver tabela 4).

Tabela 4 – Hábitos Noturnos

	Não é importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Bom local para dançar	23,3%	19,2%	30%	21,7%
Pelo tipo de música	11,7%	14,2%	28,3%	37,5%
Encontrar os amigos	6,7%	13,3%	28,3%	45,8%
Conhecer pessoas novas	20%	26,7%	25%	22,5%
Fácil seduzir alguém	55,8%	18,3%	10%	9,2%
Não há problema de se fumar um charro lá dentro	65%	12,5%	5%	10,8%
Ser fácil de arranjar drogas lá dentro	85,8%	2,5%	2,5%	2,5%
Ter bebidas alcoólicas mais baratas	41,7%	12,5%	22,5%	17,5%
Ser um sítio seguro (sem violência)	7,5%	,8%	20%	65,8%
Pelo local/zona onde se situa	8,3%	15%	40,8%	29,2%
Os WC’s são limpos	4,2%	7,5%	22,5%	57,5%
Não tem fumo	23,3%	20%	17,5%	30%

3.2 Sexualidade/ Relações Sexuais

Uma vez que foram excluídos os questionários dos sujeitos que nunca tinham iniciado atividade sexual, podemos evidenciar que a média e desvio padrão da idade da 1ª relação sexual dos participantes presentes no estudo são de 16,62 anos e desvio padrão de 2,64. Tendo em conta o grupo etário verificamos que a idade mínima da 1ª relação sexual dos adultos é 10 anos e máxima 26 anos com uma média de idade de 17,36 anos e desvio padrão de 3 anos. No que diz respeito à população jovem a idade mínima da 1ª relação sexual é de 10 anos e máximo 22 anos com uma média de idade de 15,86 anos e desvio padrão de 1,95. Verificamos deste modo, que existem diferenças significativamente na distribuição de frequência da idade da 1ª relação sexual quanto ao grupo etário $p=,024$ e quanto ao género $p=,008$ (ver tabela 5).

Tabela 5 - Média e Desvio padrão da idade da 1ª relação sexual

	Grupo			
	Adultos		Jovens	
	M	DP	M	DP
Idade da 1ª relação sexual	17,36	3,00	15,86	1,95
Total	16,62			2,64

Relativamente a opção/tendência sexual, verificamos estar presente a uma orientação maioritariamente (86,7%) heterossexual, sendo que 2,5% dos participantes assumem uma orientação bissexual e apenas 0,8% uma orientação homossexual. Quanto aos métodos contraceptivos verificamos que 36,7% dos participantes tendem a usar o Preservativo como método de proteção, em contrapartida (25%) não utiliza nenhum método, 16,7% usam pílula, 9,2% o Preservativo e a Pílula e 4,2% o Dispositivo intrauterino (DIU), enquanto outros participantes (.8%) utilizam o anel vaginal, abstinência, depo-provera, laqueação de trompas, implantes e depo-provera/ preservativo como método de proteção (ver tabela 6 e 7).

Tabela 6 - Opção/tendência sexual

	N	%
Heterossexual	104	86,7%
Bissexual	3	2,5%
Homossexual	1	,8%

Tabela 7 – Métodos Contracetivos

	N	%
Preservativo	44	36,7%
Pilula	20	16,7%
DIU	5	4,2%
Preservativo/Pilula	11	9,2%
Nenhum	30	25%
Anel vaginal	1	,8%
Abstinência	1	,8%
Depo-provera	1	,8%
Laqueação de trompas	1	,8%
Implante	1	,8%
Preservativo e Depo-provera	1	,8%

3.3 Comportamentos Sexuais de Risco

Os participantes que se mantiveram sexualmente ativos nos últimos 12 meses, revelaram uma média de parceiros sexuais de 1,88 e desvio padrão de 2,52. Quanto ao grupo etário verificamos que a população jovem apresenta uma média de número de parceiros sexuais de 2,38 e desvio padrão de 3,15 e em relação aos adultos constata-se valores mais baixos ($M=1,42$; $DP= 1,64$). Deste modo, verificamos diferenças significativamente na distribuição de frequência do número de parceiros sexuais em relação ao grupo etário $p=,042$, relativamente ao género não foram encontradas diferenças $p=,184$ (ver tabela 8).

Tabela 8 - Média e Desvio padrão do número de parceiros sexuais

	Grupo			
	Adultos		Jovens	
	M	DP	M	DP
Número de parceiros sexuais	1,42	1,64	2,38	2,15
Total	1,88			2,52

Nos últimos 12 meses, no que diz respeito aos comportamentos sexuais de risco nomeadamente, relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplo e sem preservativo), verificamos que 24,2% dos participantes realizou esta prática quase sempre ou sempre e 22,5% algumas vezes, nas relações sexuais sem uso, por si ou pelo (a) seu (sua) parceiro (a), de preservativo, enquanto 45,9% teve esta prática quase sempre ou sempre e 26,7% algumas vezes.

Relativamente aos consumos de substâncias e práticas sexuais verificamos que 5% dos participantes realizou quase sempre ou sempre relações sexuais sob efeito de álcool e 35% algumas vezes. No que diz respeito, às relações sexuais sob efeito de droga 3,3% praticou-o quase sempre ou sempre e 5,8% algumas vezes. As drogas habitualmente utilizadas para as práticas sexuais foram denominadas por alguns participantes (1,7%) bolota, assim como, haxixe, erva, (3,3%) “charro”, (.8%) kaya, bem como, vigor e álcool.

Não existem diferenças significativas na distribuição da frequência em relação ao grupo etário, em relação ao género verificamos diferenças significativas no que diz respeito, as relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplo e sem preservativo) $p=,047$ e nas relações sexuais sob efeito de álcool $p=,015$

Quanto a realização de testes a IST, incluindo VIH, verificamos que 55% dos participantes realizou este procedimento (ver tabela 9).

Tabela 9 - Comportamentos sexuais de risco

	Nunca	Uma vez ou mais	A maioria	Sempre
Relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplo e sem preservativo)	50%	22,5%	11,7%	12,5%
Relações sexuais sem uso, por si ou pelo seu (sua) parceiro(a), de preservativo	25%	26,7%	21,7%	24,2%
Relações sexuais sob o efeito de álcool	56,7%	35%	3,3%	1,7%
Relações sexuais sob efeito de drogas ilegais	88,3%	5,8%	2,5%	,8%
		Sim	Não	
Fez algum teste a IST, incluindo VIH		55%	41,7%	

3.4 Motivos da não utilização de preservativo

Tendo em conta os últimos 12 meses verificamos que 63,3% dos participantes não utilizaram preservativo por praticar sexo com o mesmo parceiro, destes participantes 45% revela não o ter feito por confiar muito no parceiro, sabe que não tem IST. Verificamos ainda que 14,2% dos participantes não o fizeram, porque optaram não o fazer (não querem, não gostam), 10% não tinha preservativo no momento, 9,2% estava demasiado excitado/entusiasmado com a situação para pensar em usar preservativo, 5% esqueceu-se e 0,8% estava demasiado bêbado ou pedrado para o fazer. Alguns participantes revelaram que uma das razões que os levaram a não utilizar o preservativo, deve-se ao facto de (1,6%) estar a tomar a pílula, o mesmo número de participantes refere também não o terem feito por estarem a tentar engravidar. Não existe diferenças estatisticamente significativas na distribuição de frequência quanto ao grupo etário, quanto ao género existem diferenças significativas na distribuição apenas em relação ao facto de estarem demasiados excitados/entusiasmados com a situação para pensar em usar preservativo $p=,027$ (ver tabela 10).

Tabela 10 - Motivos da não utilização de preservativo

	Não se aplica	Aplica-se
Por praticar sexo sempre com o mesmo(a) parceiro (a)	36,7%	63,3%
Por o meu/ minha parceira (o) ser de muita confiança (sei que não tem IST)	55%	45%
Optei por não usar preservativo (não quero, não gosto)	85,8%	14,2%
Esqueci-me	95%	5%
Estava demasiado “bebido” ou “pedrado”	95,2%	.8%
Senti-me embaraçado para perguntar ou para usar	99,2%	.8%
Não tinha nenhum preservativo no momento	90%	10%
Estava demasiado excitado/entusiasmado com a situação para pensar em usar o preservativo	90,8%	9,2%
Outras razões: Toma da pilula		1,6%
Para engravidar		1,6%

3.5 Decisão de não ter relações sexuais

Os motivos que levaram os participantes a não realizarem atividades sexuais, deve-se ao facto de (47,5%) considerarem não ser a pessoa certa, (35,8%) não terem relações sexuais porque não tinham preservativo, (27,5%) por receio de uma possível gravidez e (25%) por pensar que podiam contrair IST. Relativamente à distribuição da frequência quanto ao grupo etário, verificamos diferenças significativas em relação ao facto de não terem preservativo $p=,036$, por pensar que podia contrair IST $p=,035$ e por receio de uma possível gravidez $p=.025$. No que diz respeito ao género, verificamos diferenças significativas na questão da pessoa não ser a mais indicada $p=,017$ (ver tabela 11).

Tabela 11 - Decisão de não ter relações sexuais

	Não se aplica	Aplica-se
Não ter preservativos	64,2%	35,8%
Achar que não era a pessoa certa	52,5%	47,5%
Não ter acesso a um local limpo e como mínimo de conforto	74,2%	25,8%
Ter bebido ou consumido drogas em demasia	91,7%	8,3%
Pensar que podia contrair alguma IST	75%	25%
Por ter receio de uma possível gravidez	72,5%	27,5%

3.6 Início do consumo, regularidade e substâncias consumidas

De acordo com os dados apurados, verificamos que o álcool, o tabaco e a cannabis são as substâncias mais experimentadas e consumidas, seguindo-se a cocaína, a LSD. A idade média do 1º consumo de substâncias psicoativas foi; em relação ao álcool (M=15,57; DP= 2,62), ao tabaco (M=16,02; DP= 4,01) á cannabis (M= 17,60; DP= 4,84), cocaína (M= 21,25; DP=5,31), LSD (M= 23,50; DP= 6,36) (ver tabela 12).

Tabela 12 - Início do consumo, regularidade e substâncias consumidas

Substâncias	Idade do 1º consumo		Nunca	Experimentei ½ vezes e não voltei a consumir	Antes sim, agora não	Menos de 1 vez por mês	1º3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 por semana	5 ou mais por semana
	M	DP								
Álcool	15,57	2,62	15,8%	6,7%	4,2%	17,5%	11,7%	16,7%	8,3%	6,7%
Tabaco	16,02	4,01	35,8%	11,7%	9,2%	1,7%	.8%	2,5%	2,5%	22,5%
Canábis	17,60	4,84	66,7%	9,2%	7,5%	1,7	.8%	.8%	1,7%	3,3%
Cocaína	21,25	5,31	89,2%	.8%	.8%	-	-	.8%	-	-
Ecstasy	28		93,3%	-	-	-	-	.8%	-	-
LSD	23,50	6,36	91,7%	.8%	.8%	-	-	.8%	-	-
Anfetaminas	-	-	93,3%	.8%		-	-	-	-	-
Popper	28	-	93,3%	-	.8%	-	-	-	-	-
Haxixe	14	-	-	-	-	-	-	-	.8%	-

3.7 Utilização de Substâncias Psicoativas para fins específicos

De acordo com os resultados presentes neste estudo apurou-se que determinados participantes recorrem ao uso de substâncias psicoativas com intuito de benéficos a nível sexual. Temos o caso do consumo de álcool, canábis e outros substancias, que são usados para perlongar o ato sexual (3,3%; 2,5%;,8%),assim como, para facilitar o inicio das relações (desinibir) (2,5%;1,6%;1,7%), também são utilizadas estas substancias com intuito de ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou mais excitantes (1,7%;2,5%;1,7%); para potenciar o prazer sexual (ter mais excitação) estes participantes recorrem ao uso do álcool, canábis, cocaína, ecstasy e outras substâncias (1,6%;3,3%;0,8%; 0,8%;2,5%) (ver tabela 13).

Tabela 13 - Utilização de substâncias psicoativos para fins específicos

	Não utiliza	Álcool	Canábis	Cocaína	Ecstasy	Outros
Prolongar o ato sexual	93,3%	3,3%	2,5%	...	...	.8%
Potenciar o prazer sexual (ter mais excitação)	93,3%	1,6%	3,3%	0,8%	0,8%	2,5%
Para facilitar o início das relações (desinibir)	95%	2,5%	1,6%	...	...	1,7%
Ajudar a ter práticas sexuais invulgaes ou muito mais excitante	94,2%	1,7%	2,5%	...	...	1,7%

3.8 Influência do efeito de álcool ou drogas nas relações sexuais desprotegidas

No que diz respeito, a influência de substâncias psicoativas nas relações sexuais desprotegidas, verificamos que 60,8% dos participantes concordam que de facto o álcool e outras drogas influencia-os a terem relações sexuais desprotegidas, sendo que 5% dos participantes tiveram relações sexuais, nos últimos 12 meses, que mais tarde se arrependeram, devido ao consumo de álcool ou outras drogas. Quando questionados, sobre se consideram em risco de se envolver em comportamentos de risco sexual por causa do uso de álcool ou outras drogas 20, 8% dos participantes referem que correm algum risco ou muito risco e 9,2% pouco risco (ver tabela 14).

Tabela 14 - Perceção de risco

	Sim	Não
Acredita que estar sob efeito d drogas ou álcool influencio-o a ter relações sexuais desprotegidas	60,8%	32,5%
Ter uma relação sexual da qual mais tarde me arrependi	5%	92,5%

	Sem risco	Pouco risco	Algum risco	Muito risco
Considera-se em risco de se envolver em comportamentos de risco sexual	59,2%	11,7%	9,2%	12,5%
Considera-se em risco de se envolver em comportamentos de risco sexual por causa do uso do álcool ou outras drogas	62,5%	9,2%	5%	15,8%

As soluções propostas por estes participantes relativamente a redução dos riscos, 1,6% dos participantes referiram que a única forma é manter-se sóbrio/não beber.

Não existem diferenças significativas na distribuição de frequência quanto ao grupo etário e quanto ao género (ver tabela 15)

Tabela 15 - Estratégias para reduzir os riscos sexuais

	N	%
Preservativo	14	11,4%
Nenhum	10	8,3%
Ter práticas sexuais com o mesmo parceiro/parceiro de confiança	6	4,8%
Prevenções/métodos contraceptivos	7	5,6%
Manter sóbria/não beber	2	1,6%

3.8.1 Amigos e uso de álcool e drogas ilícitas

Dos participantes presentes neste estudo 3,3% pensa que ter droga ou consumi-las lhes permite ter mais amigos e 1,7 dos participantes pensa que este fator lhes permite ter mais sucesso com o sexo oposto. Destes participantes 12,5% revelaram que alguns dos seus amigos deixou de o ser devido ao seu uso de álcool ou drogas e 25% distanciaram-se de alguns amigos por causa do consumo exagerado de álcool e outras drogas (ver tabela 16).

Tabela 16 - Amigos e consumo de álcool e outras drogas

	Sim	Não
Alguns dos seus amigos deixou de o ser devido ao seu uso de álcool ou drogas ilícitas	12,5%	83,3%
Distancia-se de algum amigo por causa do consumo exagerado de álcool e outras drogas ilícitas	25%	70,8%
Pensa que, ter drogas ilícitas ou consumi-las permite ter mais amigos	3,3%	92,5%
Pensa que, ter drogas ilícitas ou consumi-las lhe permite ter mais sucesso com o sexo oposto	1,7%	94,2%

3.9 Conhecimento Sobre VIH/SIDA

Podemos verificar que a maioria dos participantes (78,8%) detém conhecimento sobre VIH/SIDA.

No entanto, há participantes (41,7%) que consideram que ser portador de VIH é o mesmo que estar doente da SIDA enquanto outros (16,7%) não tem a certeza; 15% consideram que as pessoas infetadas por esta doença apresentam sempre um aspeto pouco saudável e (19,2%) dos participantes não sabem dizer. Quanto aos riscos de infeção 7,5% dos participantes consideram que as pessoas infetadas pelo VIH, sem sintoma da doença, não transmitem a doença enquanto 15% não tem a certeza, 6,7% dos participantes referem que não existe risco de infeção se uma pessoa teve uma só prática de risco e 9,2% não tem a certeza, 3,3% não consideram que uma pessoa pode ter-se infetado pelo VIH sem que o saiba enquanto 7,5% não sabem dizer.

Relativamente aos métodos de prevenção verificamos que não existe uma certeza quanto a pilula ser um método eficaz na prevenção do VIH (14,2%), em relação ao preservativo (7,5%) não considera que o uso correto do preservativo seja um método eficaz para prevenir a transmissão do VIH, enquanto 8,3% não sabe dizer ao certo se este representa ou não um método eficaz, o coito interrompido é considerado por 5% dos participantes como um método eficaz na prevenção da doença enquanto 28,3% não tem a certeza.

Relativamente aos meios de transmissão, os participantes consideram que existe perigo de transmissão através de transfusão de sangue (86,7%) e (7,5%) não tem a certeza; beijo com língua (16,7%) acredita que sim e outros (16,7%) não sabem dizer; picadas de insetos (15,8%) referem que existe perigo e (30,8%) não tem a certeza; saliva (15%) acredita que sim e outros (15,8%) não têm a certeza; urina 13,3% dos participantes acredita existir tais perigo enquanto 40,8% não sabem dizer. Também consideram, existir perigos através de tosse e espirros (10%), aperto de mão (5,8%), lagrimas (1,7%), no entanto outros participantes não tem a certeza quanto a isso (22,5%), (10,8%), (22,5%) repetitivamente, o mesmo acontece com a partilha de talheres (8,3%), casa de banho (15%), roupa e abraços (2,5%) e tomar banho numa piscina (5%) para estes participantes existe perigo através destes objetos, enquanto outros (17,5%), (18,3%), (10%) e (9,2), (18,3%) não sabem dizer.

Para outros participantes não existem qualquer perigo de transmissão através de sexo oral (28,3%); esperma (10,8%); fluidos vaginais (10%); penetração anal sem preservativo (5,8%); partilhar seringas para injeção de drogas (5%); transmissão de mãe e filho

(3,3%); penetração vaginal e sangue (1,7), porém existem participantes incertezas quanto a isso (22,5%), (11,7%), (26,7%), (20,8%), (5,8%), (20%), (7,5%) e (5%) (ver tabela 17).

Tabela 17 - Conhecimento sobre VIH/SIDA

	Verdadeiro	Falso	Não sei
As pessoas infetadas pelo vírus da SIDA (VIH) apresentam sempre um aspeto pouco saudável	15%	65,8%	19,2%
Ser portador do VIH é o mesmo que estar doente de SIDA	41,7%	41,7%	16,7%
Uma pessoa infetada pelo VIH, sem sintomas de doença, não transmite a infeção	7,5%	77,5%	15%
Há risco de infeção pelo VIH se uma pessoa teve uma só prática de risco	81,7%	6,7%	9,2%
Uma pessoa pode ter-se infetado pelo VIH sem que o saiba	89,2%	3,3%	7,5%
A contraceção hormonal (pílula) é eficaz para prevenir a transmissão do VIH	-	85,8%	14,2%
O uso correto do preservativo é um método eficaz para evitar a transmissão do VIH	84,2%	7,5%	8,3%
O coito interrompido é um método eficaz para evitar a transmissão do VIH	5%	66,7%	28,3%
O VIH transmite-se através:			
Saliva	15%	68,3%	15,8%
Sangue	93,3%	1,7%	5%
Esperma	77,5%	10,8%	11,7%
Urina	13,3%	45,8%	40,8%
Fluidos vaginais	60%	10%	26,7%
Lágrimas	1,7%	75%	22,5%
Tosse e espirros	10%	65%	22,5%
Penetração anal sem preservativo	73,3%	5,8%	20,8%
Penetração vaginal sem preservativo	90,8%	1,7%	7,5%
Sexo oral	48,3%	28,3%	22,5%
Beijos “com língua”	16,7%	65,8%	16,7%
Abraços	2,5%	88,3%	9,2%
Apertos de mãos	5,8%	83,3%	10,8%
Partilhar seringas para injeção de drogas	89,2%	5%	5,8%
Tomar banho numa piscina comunitária	5%	76,7%	18,3%
Transfusão de sangue	86,7%	5,8%	7,5%
Picadas de inseto	15,8%	53,3%	30,8%
Partilhar os talheres	8,3%	74,2%	17,5%
Partilhar roupa	2,5%	86,7%	10%
Partilhar casa de banho	15%	66,7%	18,3%
Transmissão da mãe para o filho na gravidez	76,7%	3,3%	20%

3.10 Diferenças relativamente às variáveis comportamentos sexuais de risco, procura de sensações sexuais e atitudes face ao preservativo em função do grupo etário.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação aos adultos e jovens no que diz respeito a procura de sensações sexuais e comportamentos sexuais de risco. No entanto, em relação as atitudes face ao preservativo verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos jovens e nos adultos, mais especificamente na fiabilidade e eficácia atribuída ao preservativo ($p=,024$) e no prazer sexual associado ao uso do preservativo ($p=,005$) (ver tabela 18).

Tabela 18 - Diferenças em função do grupo etário

Grupo						
	Adultos		Jovens		t	p
	M	DP	M	DP		
Comportamentos sexuais de risco	7,01	2,00	6,89	2,32	,299	,766
Fiabilidade /Eficácia	27,50	7,24	30,56	7,16	-2,293	,024
Prazer sexual	18,69	6,01	21,86	5,90	-2,874	,005
Embaraço na compra	27,67	6,75	25,96	7,63	1,294	,198
Embaraço na negociação	28,01	6,02	27,50	6,00	,471	,639
Imagem social negativa	27,68	4,79	26,76	4,02	1,133	,259
Procura de emoções e aventura	10,45	4,04	11,89	4,10	-1,884	,062
Procura de experiencia	6,21	2,86	6,91	2,72	-1,373	,172
Desinibição	2,93	1,23	2,66	1,18	1,206	,230
Suscetibilidade ao aborrecimento	1,96	1,18	2,06	1,14	-,237	,813

3.11 Diferenças das subescalas atitudes face ao preservativo (EMARUP) em função de género.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala prazer sexual associado ao uso do preservativo ($p=,036$). O que em termos gerias vêm demonstrar que são poucas as diferenças estatisticamente significativas relativo as atitudes face ao preservativo entre o sexo masculino e o sexo feminino (ver tabela 19).

Tabela 19 - Diferenças da subescala EMARUP em função do género

	Género				t	p
	Masculino		Feminino			
	M	DP	M	DP		
Fiabilidade /Eficácia	29,50	7,66	28,57	7,04	,683	,496
Prazer sexual	19,08	6,74	21,46	5,25	-2,127	,036
Embaraço na compra	27,83	7,34	25,77	7,02	1,558	,122
Embaraço na negociação	28,38	6,00	27,13	5,97	1,144	,255
Imagem Social Negativa	27,28	4,14	27,16	4,74	,149	,882
Atitudes em relação a utilização do preservativo	132,69	20,29	130,75	20,16	-,505	,614

3.12 Diferenças das subescalas da Procura de Sensações Sexuais (RSSS) em função do género.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino em todas as subescalas de procura de sensações sexuais (ver tabela 20).

Tabela 20 - Diferenças das subescalas RSSS em função de género

Género						
	Masculino		Feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
Procura de emoções e aventura	13,05	4,26	9,29	2,98	5,443	,000
Procura de experiência	7,23	2,65	5,90	2,80	2,671	,009
Desinibição	3,15	1,11	2,45	1,21	3,287	,001
Suscetibilidade ao aborrecimento	2,23	1,22	1,75	1,05	2,329	,022
Procura de sensações sexuais	25,64	7,13	19,49	5,95	5,003	,000

3.13 O consumo de álcool influencia os comportamentos sexuais de risco

Quanto à questão do consumo de álcool ou outras drogas como elemento proporcionador de comportamentos sexuais de risco, procedeu-se a uma correlação. Verificamos, um índice de correlação negativa e moderada entre “consideram-se em risco de envolver-se em comportamentos de risco sexual por causa do uso do álcool ou outras drogas” e “ter uma relação sexual da qual mais tarde se arrependeu nos últimos 12 meses”, devido ao consumo de álcool ou drogas ($r = -,321$; $p = ,001$).

Verificamos também, um índice de correlação positiva e fraca entre consideram-se em risco de envolver-se em comportamentos de risco sexual por causa do uso do álcool ou outras drogas e a frequência de relações sexuais sob efeito de álcool ($r = ,244$; $p = ,011$), o mesmo acontece com a frequência de relações sexuais sob efeito de droga ($r = ,190$; $p = ,048$) (ver tabela 21)

Tabela 21 - Influência do álcool

	Acredita que estar sob efeito de drogas ou álcool influencio-o a ter relações sexuais desprotegidas	Considera-se em risco de se envolver em comportamentos de risco sexual por causa do consumo de álcool ou outras drogas
Ter uma relação sexual da qual mais tarde se arrependeu devido ao consumo de álcool ou outras drogas	,177	-,321**
Relações sexuais sob efeito de álcool	-,101	244*
Relações sexuais sob efeito de droga	,001	190*

$p \leq 0,05^*$, $p \leq 0,01^{**}$

3.14 Associação entre Procura de Sensações Sexuais, Número de Parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas e relações sob efeito de álcool e drogas.

Foram apuradas uma relação entre Procura de sensações sexuais e o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, assim como, uma relação entre procura de sensações sexuais e comportamentos sexuais de risco.

Mais especificamente, observamos um índice de correlação moderada entre procura de emoções e aventura e o número de parceiros sexuais ($r = ,362; p = ,000$), assim como, uma associação entre suscetibilidade ao aborrecimento e o número de parceiros sexuais ($r = ,365; p = ,000$). Verificamos ainda uma correlação fraca entre procura de experiências e número de parceiros sexuais ($r = ,258; p = ,007$).

Relativamente a procura de sensações sexuais e relações sexuais desprotegidas, averiguamos uma correlação fraca entre procura de emoções e aventura e frequência relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplo e sem preservativo) ($r = ,243; p = ,011$), o mesmo se aplica em relação a desinibição e a frequência de relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplo e sem preservativo) ($r = ,251; p = ,007$). Em relações a desinibição e a frequência de relações sexuais sem uso, por si e pelo(a) seu (sua) parceiro (a), de preservativo, também foram encontradas uma correlação moderada com a variável desinibição ($r = ,404; p = ,000$).

No caso da procura de sensações sexuais e consumo de álcool e outras drogas, constata-se uma relação entre as subescalas de procura de emoções e aventura e a frequência de relações sexuais sob efeito de álcool, revelando portanto um índice de correlação positiva e moderada ($r = ,526; p = ,000$), um índice de correlação positiva e fraca relativamente a procura de experiências sexuais ($r = ,230; p = ,013$), assim como a desinibição ($r = ,203; p = ,029$) e suscetibilidade ao aborrecimento ($r = ,250; p = ,007$). No que diz respeito à frequência de relações sexuais sob efeito de droga apenas foram encontradas, um índice de correlação positiva e fraca com a procura de emoções e aventura ($r = ,244; p = ,010$) (ver tabela 22).

Tabela 22 - Associação entre as subescalas de Procura de Sensações Sexuais, Número de parceiros sexuais, Relações desprotegidas e Relações sob efeito de álcool e de drogas

	Procura de Emoções e Aventura	Procura de Experiência	Desinibição	Suscetibilidade ao Aborrecimento
Número de parceiros sexuais	,362**	,258**	,094	,365**
Frequência de Relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplos e sem preservativo)	,243*	,107	,251**	,137
Frequência de Relações sexuais sem uso, por si ou pelo (a) seu (sua) parceiro (a), de preservativo	,054	,070	,404**	,141
Frequência de Relações sob efeito de álcool	,526**	,230*	,203*	,250**
Frequência de Relações sob efeito de droga	,244**	,102	,035	,120

$p \leq 0,05^*$, $p \leq 0,01^{**}$

*Procura de Sensações Sexuais*Número de Parceiros Sexuais* ($r=,434$; $p=,000$); *Procura de Sensações Sexuais*Comportamentos Sexuais de Risco* ($r=,374$; $p=,000$)

3.15- Correlação entre comportamentos sexuais de risco, Procura de Sensações Sexuais e Atitudes face ao Preservativo.

Foram encontradas correlações entre procura de sensações sexuais e comportamentos sexuais de risco ($r=,374$; $p=,000$) mais especificamente uma relação moderada entre comportamentos sexuais de risco e procura de emoções e aventura ($r=,340$; $p=,000$), assim como, comportamento sexuais de risco e desinibição ($r=,374$; $p=,000$). Existe também uma correlação fraca entre comportamentos sexuais de risco e suscetibilidade ao aborrecimento ($r=,244$; $p=,009$).

No que diz respeito às atitudes face ao preservativo e comportamentos sexuais de risco, verificou-se um índice de correlação negativo e fraco entre prazer sexual associado ao uso do preservativo e comportamentos sexuais de risco ($r= -,279$; $p=,003$).

Relativamente a atitudes face ao preservativo e procura de sensações sexuais, verificamos uma correlação negativa e fraca entre fiabilidade e eficácia atribuída ao preservativo e desinibição ($r= -,255$; $p=,006$) e um índice de correlação negativa e moderada

entre prazer sexual associado ao uso de preservativo e desinibição ($r = -,416; p = ,000$) (ver tabela 23).

Tabela 23 - Correlação entre comportamentos sexuais de risco, e a subescalas de procura de sensações sexuais e de atitudes face ao preservativo

	Comportamentos sexuais de risco	Fiabilidade e eficácia	Prazer sexual	Embaraço na compra	Embaraço na negociação	Imagem social negativa
Comportamentos sexuais de risco	-	-,157	-,279*	,161	,048	,011
Procura de emoções e aventura	,340**	-,001	-,153	-,069	-,131	-,052
Procura de experiência	,178	,013	-,080	,131	,160	,112
Desinibição	,374**	-,255**	-,416**	,053	,034	-,042
Suscetibilidade ao Aborrecimento	,244**	-,046	-,162	,030	,073	,031

$p \leq 0,05^*$, $p \leq 0,01^{**}$

Comportamentos sexuais de risco Procura de sensações sexuais ($r = ,374^{**}$; $p = ,000$); Comportamentos sexuais de risco*Atitudes face ao preservativo ($r = -,062$; $p = ,530$); Atitudes face ao preservativo* Procura de sensações sexuais ($r = -,059$; $p = ,545$).*

Capítulo 4

Discussão de Resultados

Em relação à principal questão de investigação colocada, no geral, os dois grupos em estudo mostraram não diferir estatisticamente. De facto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os jovens e adultos no que diz respeito aos comportamentos sexuais de risco, pois ambos apresentam os mesmos comportamentos, o que não confirma a hipótese colocada. A fase jovem é uma fase caracterizada pela tendência para experiências novas e situações variadas e, sobretudo para aspetos que os podem motivar a aderir comportamentos de risco, ou até mesmo, a própria situação em que estão envolvidos ser de caráter potencialmente perigosas. Dados estes factos era esperado diferenças significativas, no entanto, não irá ser possível, corroborar estes resultados com outros estudos visto que não foram encontrados pesquisas/publicações que comparassem estas duas populações, mas apenas em termos gerais, não nos permitindo uma análise de comparação com os nossos resultados.

No entanto, verificamos que os motivos destacados pelos participantes, pela sua prática sexual inconsciente devem-se a realização de práticas sexuais sempre com o mesmo parceiro (63,3%) e também pela confiança dotada nos parceiros sexuais (sabem que não tem DST (45,2%), assim como, não terem usado preservativo por não gostarem ou não quererem usar (14,2%), outros (10%) não tinham preservativo no momento e (9,2%) estava demasiado excitado/entusiasmado com a situação para pensar em usar preservativos, (5%) esqueceram-se de usar e (0,8) estava demasiado “bêbado” ou “pedrado” para o fazer. Semelhantes resultados foram verificados nos estudos realizados por Ribeiro e Fernandes (2009), o mesmo constatou-se nos estudos obtidos por Lomba et al (2008). Nestes dois estudos a prática sexual com o mesmo parceiro, a confiança que detêm no parceiro e o facto de não gostarem ou quererem usar preservativa, ou não terem preservativo no momento do ato sexual destacaram-se com elevado valor, seguindo-se os restantes. Na opinião de Lomba et al (2008) estes resultados nomeadamente as duas primeiras justificações puderam estar provavelmente associadas ao facto dos indivíduos que mantêm uma relação duradora tendem a deixar de usar preservativo, como meio de proteção de risco, por confiarem no parceiro, atentando a outros fatores podem também estar eventualmente associado ao sexo ocasional (esquecer-se, o não ter preservativo no momento ou o facto de estar demasiado entusiasmado). Nas sugestões de Lear (1995), muitas vezes torna-se difícil para muitas mulheres, assim como, para muitos homens usar preservativo numa relação a longo prazo, sobretudo quando este é um parceiro regular, muitas

vezes acabam por não o fazer para não colocar em causa a fidelidade e a confiança no parceiro sexual, o que os torna por vezes mais vulneráveis aos riscos.

Este perfil evidencia que o uso do preservativo não constitui uma preocupação para ambas as populações. Uma relação estável e um parceiro de confiança, a tendência normalmente, dadas as circunstâncias, é a diminuição da perceção de risco por parte do sujeito, o que faz com que fique menos cauteloso, menos preocupado e acabe por não utilizar preservativo. Detemos também outros indicadores que puderam recorrer a situações de risco para a saúde do indivíduo.

Quanto à procura de sensações sexuais, os resultados levaram a uma rejeição da hipótese, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a procura de sensações sexuais e grupo etário. De acordo com Zuckerman (1971) a procura de sensações pode estar presente em qualquer indivíduo de qualquer idade, o que difere é a sua intensidade, ou seja, a intensidade é superior nos indivíduos de faixa etária mais jovem. O mesmo não se verificou em relação ao género, neste caso, constatou-se a hipótese delineada, sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=,000$), o sexo masculino apresentou maior procura de sensações sexuais ($M=25,64$; $DP=7,13$) do que o sexo feminino ($M=19,49$; $DP=5,95$). Verificou-se também, que os níveis de procura de sensações sexuais estão relacionados com o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses ($r=434$; $p=,000$). Resultados obtidos corroboram os estudos realizados por Martinez et al (2007), os mesmos resultados também foram verificados nos estudos de Nguyen et al (2011). De acordo com estes estudos, verificou-se que os indivíduos do sexo masculino apresentavam maior procura de sensações sexuais, assim como uma associação entre procura de sensações sexuais e o número de parceiro. Precedentemente Zuckerman (1971) tinha observado que os indivíduos com maiores níveis de procura de sensações possuem atitudes mais liberais, assim como, maior diversidade de experiência e de parceiro sexuais sobretudo o sexo masculino.

Na presente investigação também foi possível verificar uma relação entre procura de sensações sexuais e frequência de relações sob efeito de álcool e drogas, frequência de relações com parceiro ocasional. Mais uma vez este resultado comparava os estudos em que também foram utilizadas a mesma escala (escala revista de procura de sensações sexuais de risco de Kalichman e Rompa, 1995), segundo o estudo efetuado por Bancroft et al (2003) evidenciou-se uma forte associação entre procura de sensações sexuais e comportamentos sexuais de risco: frequência de relações desprotegidas, número de parceiros sexuais e uso de droga e álcool antes do sexo. Um outro estudo protagonizado por Voisin et al (2012),

demonstrou semelhantes resultados, tendo sido encontradas associação entre procura de sensações sexuais com o consumo de álcool e ecstasy, o número de parceiros, assim como, relações desprotegidas. Neste estudo, também foi possível verificar a associação da procura de sensações sexuais e relações sexuais sob efeito de substâncias psicoativas.

De acordo com os resultados apresentados, reforçando ainda, a constatação de uma correlação entre a procura de sensações sexuais e comportamentos sexuais de risco ($r = ,374$; $p = ,000$). Atentando a estes dados, este não poderia estar mais de acordo com Kalicham & Rompa (1995) cujo trabalho tem vindo a remeter para a seguinte constatação, a procura de sensações em contexto de atividades sexuais pode fazer com que os indivíduos fiquem mais expostos a contrair IST, na sequência de alcançar a experiência desejada. O motivo também, pelo qual os sujeitos mantêm comportamentos sexuais de risco, ou seja, o seu intuito pretende-se em conseguir o efeito desejado, mesmo que isso implique consequências a níveis de saúde.

Emerge, ainda, do presente estudo diferenças estatisticamente significativas entre a população jovem e a população adulta no que diz respeito às atitudes face ao preservativo, sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre fiabilidade e eficácia atribuído ao preservativo e prazer sexual associado ao uso do preservativo. Os adultos apresentam uma atitude mais negativa em relação a estes dois domínios. Sem bases que suportem este resultado, uma vez que dados reportam apenas resultados em termos gerais, não será possível confrontar tais resultados. Em relação ao género verificou-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao prazer sexual associado ao uso do preservativo. O sexo feminino em relação a esta subescala apresenta uma atitude mais positiva ($M = 21,46$; $DP = 5,25$) do que o sexo masculino ($M = 19,08$; $DP = 6,74$). Em relação ao género esperava-se encontrar diferenças relativamente ao embaraço na compra, na negociação com uma atitude mais negativa por parte das mulheres, em relação aos homens uma atitude mais negativa na fiabilidade e eficácia atribuída ao preservativo e prazer sexual atribuída ao preservativo que veio a se verificar, as mulheres consideram que pode-se tirar partido da utilização do preservativo. Holland (citado por Lear (1995) referem a existência por parte do sexo feminino um forte estigma social pelo simples razão de transportarem consigo ou comprarem preservativo. Tal não foi possível constatar nesta escala, tanto os homens como as mulheres têm as suas diferenças e semelhantes.

Quanto à abordagem ao consumo de substâncias psicoativas e comportamentos sexuais de risco, apurou-se uma ligação entre consumo de substâncias psicoativas e

comportamentos sexuais de risco, o que corrobora os estudos realizados por Lomba et al (2008) e posteriormente em 2011. De acordo com estes autores, o consumo de substâncias psicoativas não são totalmente inconsciente, visto que os sujeitos consideram que o álcool e drogas influenciam o seu processo de decisão ter uma relação sexual de risco. Determinam também que o consumo de álcool ou drogas e relações sexuais são premeditadas, pois pretende-se com esse consumo benefícios de cariz sexual, nomeadamente, facilitar o início das relações, prolongar o ato sexual, entre outros. Um outro estudo desenvolvido pela NUPAIDS (citado por Sampaio Filho et al, 2010) revelaram que assim que são consumidas substâncias psicoativas a percepção que o indivíduo detém é que ao consumi-lo este torna-se mais desinibido e por conseguinte mais simples o contato ou envolvimento íntimo com o sexo oposto ou com elementos do mesmo sexo. Também revelou, que nestes casos, o libido é maior e o desempenho na relação sexual melhora.

Conclusão

Deste trabalho pode concluir-se que o consumo de substâncias psicoativas, a procura de sensações e as atitudes dos sujeitos, revelaram ser variáveis importantes, mas seguramente não únicas, no que respeita aos comportamentos sexuais de risco.

Determinados fatores, como o caso do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos de risco e predisposições comportamentais, podem interligar-se e consequentemente potencializar-se umas as outras. Não basta possuímos uma atitude positiva em relação ao preservativo e ter uma base de conhecimento sobre os meios de transmissão do VIH/SIDA, assim como, deter conhecimentos dos métodos de prevenção indicados para impedir essa mesma transmissão ou prevenir uma gravidez, para que os mesmos detenham comportamentos saudáveis. As causas intrínsecas a comportamentos sexuais de risco são muito complexas, podem estar na causa desses comportamentos as características ou traços de personalidade de cada um, as tendências comportamentais, isto é, a forma como cada um reage a uma dada situação, o género, o número de parceiros sexuais, relações sexuais sob efeito de álcool ou drogas, entre outras.

Este estudo permitiu verificar que são muitas as variáveis em causa num comportamento de risco o que o torna ainda mais complexo. Possuir uma atitude positiva em relação ao preservativo não é suficiente, por vezes a avaliação que fazemos a uma determinada situação, leva-nos a reagir de forma diferente e consequentemente a não nos preocuparmos tanto com a questão do uso do preservativo. Um parceiro regular, saber determinar que o parceiro não tem IST'S, logo, um parceiro de confiança, é uma das razões da não utilização. Provavelmente, no entender do sujeito, não faz sentido numa relação de longo ou medio prazo começar a utilizar preservativo, se isso não tem sido a sua prática, começar a fazê-lo, isto pode levar o (a) parceiro(a) a ficar ressentido, e a colocar em causa a confiança que detinham um no outro. Essas não são as únicas razões, muitas vezes o facto de não ter preservativo naquele momento ou determinado local (festas, bares, raives) ou simplesmente esquecer-se, o estar demasiado entusiasmado com a situação para pensar em prevenir-se ou estar a utilizar outros métodos contraceptivos pode levar o sujeito a não utilize preservativo, o que aumenta os riscos. Em contrapartida situações como estas podem levar a que optem não ter relações sexuais.

As próprias atividades nomeadamente, atividades como festas, consumo de bebidas alcoólicas e diversidade de parceiros, atividades sexuais que proporcionam experiências novas

e variedades e a intolerância a atividades repetidas e aborrecidas, são atividades, muitas vezes, procuradas para satisfazer ou aumentar a estimulação, representando assim riscos para a saúde física e mental do indivíduo.

O presente estudo apresenta limitações em particular o tempo de recolha, dada a sensibilidade da temática, muitas pessoas optaram não o fazer, mesmo reforçando que toda a informação recolhida seria totalmente anónima e confidencial, destinando-se apenas para fins estatísticos e como não é pedido qualquer tipo de identificação, não existiria forma de saber quem preencheu o questionário. O mesmo aconteceu com o seu preenchimento havia quem fizesse o questionário e deixasse o a meio, justificando que as questões eram bastante íntimas e não se sentiam a vontade para continuar.

O contexto em que foram preenchidos, muito dos locais, não permitiu que estes fossem preenchimento com tranquilidade e alguma privacidade. Houve quem não colocasse os números exato de parceiros sexuais porque fez o questionário ao lado da parceira e também o facto de algumas pessoas serem conhecidas optaram não colocar por medo juízo de valores. Ainda relacionada com este assunto houve quem qualificasse o número de parceiras como, “muitas” e por isso não se lembrava quantas, o que impossibilitou a sua inserção na base de dados.

Umas das críticas transmitidas pelos participantes foram que, o questionário era extensivo e um pouco repetitivo. Em estudos futuros aconselharia uma redução do protocolo de avaliação.

Para finalizar, este trabalho permitiu refletir bastante e abrir novos horizontes. Foi um trabalho bastante gratificante, que permitiu adquirir conhecimentos e contato com pessoas. Permitiu também verificar que a sexualidade ainda é vista com alguma inquietação.

Referências Bibliográficas

- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise psicológica*, 2, pp. 255-267.
- Antunes, M. (2007). Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior. Coimbra: FORMASAU
- Arnett, J. (1998). Learning to stand alone. The contemporary transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, pp. 295-315.
- Arnett, J. (2001). Conception of transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of adult development*, 8, pp. 133-143
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, S. (2003). Sexual risk-taking in gay men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 555–572.
- Bessa, L.A.S. (2011). Personalidade e Procura de Sensações: a sua relação com os comportamentos anti-sociais. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Jurídica, orientada pela Professora Doutora Ana Sacau, Porto. Pp.23-41.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Quarteto Editora
- DGS. (2006). Programa Nacional de Saúde dos jovens. Divisão de Saúde Maternal, Infantil e dos Adolescents.
- Gómez, C. & Marin, B. (1996). Gender, culture, and power: Barriers to HIV- Prevention strategies form woman. *The journal of research*, vol. 33, nº. 4, pp. 355-352
- Kalichman & Rompa (1995). Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Validity, and Predicting HIV Risk Behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65 (3), 586-601. Acedida em 7 de fevereiro de 2013 em http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6503_16
- Lear, D. (1995). Sexual communication in the age of AIDS: The contruction of risk and trust among young adolescents. *Social Science & Medicine*, 9, 1311-1323
- Levinson, D. (1977). *The seasons of man's life*. New York: Alfred A. Knoff

- Li, X., Staton, B., Cotell, L., Borns, J., Pack, R. & Kaljee, L. (2000). Patterns of initiation of sex and drug- related activities among urban low- income African-American adolescents. *Journal of adolescent Health*, 28, pp. 46-54
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveta, J., Silva, M. & Mendes, F. (2008). Consumo e Comportamentos Sexuais de Risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependência*, 14 (1), 31-41.
- Lomba, L., Apostolo, J., Mendes, F., Campos, D. (2011). Jovens Portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Revista toxicodependência*, 17(1), 3-15.
- Matos, I. (2007). Família E Comportamentos Sexuais de Risco nos Adolescentes. Dissertação de Mestrado apresentado a Universidade de Aveiro para obtenção de grau de mestre em Ativação do Desenvolvimento Psicologia, orientado pela Professora Doutora Anabela Pereira, Aveiro. Pp.33-74.
- Martínez, O., Bermúdez, B., Teva, I. & Buela-Casal, G. (2007). Sexual Sensation Seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among spanish adolescents. *Psicothema*, 19(4), 661-666.
- Munõz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C. & Martins, A. (2009). Gender differences in HIV-Related Sexual Behavior among college students from Spain and Portugal. *The Spanish journal of Psychology*, 12(2), 485-495.
- Munõz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C. & Martins, A. (2008). Fonte de informação, conhecimento e uso do preservativo em estudantes do Algarve e de Huelva. *Psicologia*, 39(1), 7-13.
- Munõz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C. & Martins, A. (2007). AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Journal of the Royal Institute of public Health*, pp.1-9.
- Munõz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C. & Martins, A. (2007). Gender differences in condom use prediction with theory of reasoned action and planned behavior: the role of self-efficacy and control. *AIDS Care*, 19(9), 1177-1181.
- Neto, F. (2004). Escala Multidimensional de Atitudes em relação à utilização de Preservativo. *Revista da faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra. Psychologica*, 36, 219-234.

- Neves, M. C. S. (2011). Atitudes e Comportamentos Sexuais de estudantes universitários. Projeto de Graduação apresentado à Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa para a obtenção de grau de licenciatura em enfermagem, orientada pela Professora Doutora Alice Martins, Porto. *Pp.39-42*.
- Nguyen, V., Koo, K., Davis, K., Otto, J., Hendershot., C., Schacht, R. et al. (2011). Risky Sex: Interactions Among Ethnicity, Sexual Sensation Seeking, Sexual Inhibition, and Sexual Excitation. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1231-1239
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Bertrand Editora
- Noya, A. & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico. *Análise psicológica*, 3(XVI), 431-439
- NUPAIDS. (1992). Dados estatísticos do estudo FEBEM Feminino e Masculino. São Paulo
- Prietsch, S., González-Chica, D., Cesar, J. & Mendoza-Sassi, R. (2011). Gravidez não planeada no extremo sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Saúde Pública*, 27(10), 1906-1916
- Ramos, R., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22(1), 3-15.
- Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). Comportamentos Sexuais de Risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde e Doença*, 10(1), 99-113.
- Rogado, T. (1997/1999). Auto-eficácia e Crença em mulheres jovens: o caso específico do preservativo/camisinha (um estudo comparativo). Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicado para a obtenção de grau de mestre em Psicologia da Saúde, orientada pela Professora Doutora Isabel Leal. *Pp.9-29*.
- Romero, E., Sobral, J., Luengo M. A. (1999). *Personalidad y Delincuencia: entre la biología y la sociedad*. Grupo Editorial Universitario
- Sampaio Filho, F., Sousa, P., Vieira, N., Nóbrega, M., Guberto, F., Pinheiro, P. (2010). Perceção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. *Revista Gaúcha Enfem*, vol.31, nº.3, pp. 508-514

- Silva, C. (2007/2008). Representação Sociais dos estudantes Universitários face a uma relação sexual ocasional: Procura de Sensações Sexuais, Atitudes Sexuais e Comportamento de Risco. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para a obtenção de grau de mestre em Psicologia, especialização em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, orientada pelo Professor Doutor Vitor Rosa, Porto. *Pp.30-70*.
- Silva, M. M. C. (2008). Atitudes Sexuais e Auto-eficácia de estudantes do 1º ano do Ensino Superior e seus correlatos. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção de grau de mestre em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, orientado pela Professora Doutora Rute Meneses, Porto. *Pp.4-41*.
- Vasconcelos, T., Gouveia, V., Pimentel, C., & Pessoa, V. (2008). Condutas desviantes e traços de personalidade: testagem de um modelo causal. *Estudos de Psicologia*, 25(1), 55-65
- Voisin, D., King, K., Schneider, J., Diclemente, R. & Tan, K. (2012). Sexual Sensation Seeking, Drug Use and Risky Sex among Detained Youth. *AIDS & Clinical Research*, S1, pp.1-5.
- Zuckerman, M. (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36 (1), 45-52

Apêndices

Apêndice I - Autorização dos autores das Escalas e do Questionário

Questionário “A Cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” (IREFREA, 2008)

De: patricia rosário [<mailto:patyrosario@live.com.pt>]

Enviada: sábado, 17 de Novembro de 2012 13:08

Para: irefrea@netcabo.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilização do questionário

Boa Tarde Excelentíssimo Senhor Fernando Mendes

Eu, Patrícia Rodrigues do Rosário, aluna do 2ºano do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, venho por este meio pedir-lhe autorização da seguinte documentação no âmbito da minha dissertação de mestrado. Assente sobre a seguinte temática, Comportamentos Sexuais de Risco nos jovens. Após investigação verifiquei uma versão adaptada do questionário “A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” desenvolvido em 2008 pelo Instituto Europeu de Estudos sobre Prevenção (IREFREA) e validado para Portugal pelo IREFREA Portugal.

Agradecia se possível, autorização para a utilização da mesma.

Atenciosamente

A discente Patrícia Rosário

De: Irefrea – Netcabo (irefrea@netcabo.pt)

Enviada: domingo, 18 de Novembro de 2012 22:37:18

Para: ‘patricia rosario’ (patyrosario@live.com.pt)

Boa noite Dra. Patrícia

Obrigado pelo seu mail. É possível utilizar o instrumento desde que o mesmo venha sempre referenciado no seu trabalho. Gostaríamos ainda de receber depois o trabalho final.

Se necessitar mais informação poderá sempre contactar connosco. Só lhe pedimos que o faça por o mail: irefrea.pt@gmail.com

Com os melhores Cumprimentos

Fernando Mendes

Conhecimento e atitudes face ao VIH/SIDA em estudantes universitário

De: patricia rosario (patyrosario@live.com.pt)

Enviada: sábado, 2 fevereiro de 2013 12:54:19

Para: csnunes@ualg.pt

Boa tarde Excelentíssima Senhora Cristina Nunes

Eu, Patrícia Rodrigues do Rosário, aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, venho por este meio pedir-lhe autorização da seguinte documentação no âmbito da minha dissertação de mestrado, assente sobre a seguinte temática. Comportamentos Sexuais de Risco. Após uma investigação verifiquei um questionário “Conhecimentos e atitudes face ao HIV/SIDA em estudantes universitários do Algarve e de Huelva” construído pelos autores Cristina Nunes, Ana Teresa Martins, Alicia Muñoz-Silva, Manuel Sánchez-García.

Agradecia se possível, autorização para a utilização da mesma.

E o esclarecimento das seguintes dúvidas:

Eu preciso fazer uma descrição do questionário e para isso preciso saber as suas referências, nomeadamente quando é que o questionário foi construído?

Alicia Muñoz-Silva, Manuel Sánchez-García, foram os autores que traduziram o questionário para espanhol, foi na mesma data, qual foi a data?

Com os melhores cumprimentos;

Patrícia Rosário

De: csnunes@ualg.pt

Enviado: quinta-feira, 7 de Fevereiro de 2013 16:48:31

Para: patricia rosario (patyrosario@live.com.pt)

Estimada patricia,

Terei muito gosto em que utilize o nosso questionário.

Aproveito para lhe enviar algumas das nossas publicações.

O questionário foi construído em conjunto pelos colegas da equipa de Huelva e por nós em 2006, a partir da revisão de vários estudos e da tese de doutoramento do colega: Sánchez-García, M. (2001) Validación de ítems y pruebas: una aplicación a la medición de conductas

de riesgo de transmisión del VIH. Unpublished PhD dissertation. Seville: Universidad de Sevilla.

Foi desenvolvido nas duas linguas em conjunto e como referencia para o questionário pode utilizar as referencias dos artigos: Muñoz-Silva, A., Sánchez García M., Nunes, C., & Martins, A. (2007) AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Public Health*, 121(9), 673-681. doi:10.1016/j.puhe.2007.01.010. ISSN: 0033-3506
Martins, A.T., Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sánchez-García, M. (2008) Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, 39(1), 7-13. ISSN: 1980-8623

Felicidades para o seu trabalho!

Cristina Nunes

Escala de Procura de Sensações Sexuais

De: patricia rosario (patyrosario@live.com.pt)

Enviada: sábado, 12 de Janeiro de 2013 14:41:03

Para: marina.carvalho@ulusofona.pt

Boa tarde Excelentíssima Senhora Doutora Professora Marina de Carvalho
Eu, Patrícia Rodrigues do Rosário, aluna do 2º ano do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, venho por este meio pedir-lhe a seguinte documentação no âmbito da minha dissertação de mestrado, assente sobre a seguinte temática- Comportamentos Sexuais de Risco. Após investigação verifiquei que a professora terá traduzido a seguinte escala- Escala de Procura de Sensações Sexuais (RSSS).

Agradecia se possível o envio da mesma e a respectiva cotação.

Atenciosamente

A discente Patrícia Rosário

De: Marina Carvalho (p882@ulusofona.pt)

Enviada: domingo, 13 de Janeiro de 2013 12:19:57

Para: patricia rosario (patyrosario@live.com.pt)

Bom dia Patrícia,

No que a mim me diz respeito, enquanto um dos autores da tradução e da adaptação da medida à população Portuguesa, está autorizada a utilizar a medida.

Bom trabalho,

Marina Carvalho

Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à utilização do preservativo

De: patricia rosario [mailto:patyrosario@live.com.pt]

Enviada: terça-feira, 29 de Janeiro de 2013 20:44

Para: Felix Neto

Assunto: Pedido de autorização e solicitação da Escala Multidimensional de atitudes face ao uso do Preservativo

Boa noite Excelentíssimo Senhor Félix Neto

Eu, Patrícia Rodrigues do Rosário, aluna do 2º ano do Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, venho por este meio pedir-lhe autorização da seguinte documentação no âmbito da minha dissertação de mestrado, assente sobre a seguinte temática, Comportamentos Sexuais de Risco. Após investigação verifiquei que o Senhor Félix Neto terá adaptado a seguinte escala para a população portuguesa, Escala Multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo (EMARUP).

Agradecia se possível o envio da mesma e a respectiva cotação.

Atenciosamente

A discente Patrícia Rosário

De: Felix Neto (fneto@fpce.up.pt)

Enviada: quarta-feira, 30 de Janeiro de 2013 19:27:40

Para: patricia rosario (patyrosario@live.com.pt)

Boa tarde

Nada tenho a opor quanto à utilização da escala na sua investigação. Pode encontrar a escala e indicações sobre ela:

Neto, F. (2004). Escala multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo. *Psychologica*, 36, 219-234.

Com os melhores cumprimentos

Félix Neto

Apêndice II - Protocolo de avaliação

Caro (a) participante,

Pedimos a sua colaboração na participação de uma investigação sobre os comportamentos sexuais de risco nos jovens adultos através do preenchimento de alguns questionários. A sua colaboração é totalmente voluntária e anónima.

Dado a importância do respetivo estudo, pedimos que leia atentamente todas as questões, que seja totalmente sincero e que responda a todas as questões que lhe são colocadas

O preenchimento do questionário deve demorar aproximadamente 40 minutos, não existem respostas certas ou erradas. Responda apenas de forma a refletir as suas opiniões pessoais.

Por favor, sinta-se livre para omitir alguma questão que considere não estar apto ou, por qualquer razão, não queira mesmo responder.

Se, a qualquer momento do preenchimento deste questionário quiser desistir, sinta-se à vontade para abandonar o estudo.

A sua participação nesta investigação é totalmente anónima, uma vez que, e como poderá verificar, não pedimos qualquer tipo de identificação, logo não haverá forma de saber qual dos questionários preencheu. Os dados que nos vai facultar são portanto, totalmente confidenciais e anónimos, destinando-se apenas ao tratamento estatístico.

Assim que acabar de preencher e devolver os questionários a sua participação está finalizada.

Estamos disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida que possa surgir.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração

Aspetos Sociodemográficos

- 1) Idade: _____Anos
- 2) Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
- 3) Nacionalidade _____
- 4) Opção/ tendência sexual: heterossexual ☐ bissexual ☐ homossexual ☐
- 5) Estado civil: Solteiro (a) ☐ Casado(a) /União de Facto ☐
Separado (a) / Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Numa relação comprometida ☐
Numa relação sem compromisso ☐ Em várias relações sem compromisso ☐
- 6) Habilitações literárias: Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐
Ensino Superior ☐ Licenciatura ☐ Outro ☐ ... Qual? _____
- 7) Anos de escolaridade que possui: _____
- 8) Curso que frequenta/frequentou: _____
- 9) Situação profissional: Estudante ☐ Trabalhador Estudante ☐
Outro ☐..... Qual? _____
- 10) Vive: Sozinho ☐ Família (pais/irmãos / tios/ avós) ☐ Amigos ☐
Família (cônjuge/ filhos) ☐ Outro ☐Quem? _____
- 11) Religião: _____
- 12) Quanto à religião considera-se: Crente mas não praticante ☐
Crente e praticante ☐ Não acredita ☐
- 13) Tem, ou teve, acompanhamento psicológico?
Não ☐ Sim ☐ Se Sim, a)Qual? _____

b) Porquê?

14) Neste momento, encontra-se a tomar algum tipo de medicamento?

Não ☐ Sim ☐ Se Sim, Qual? _____

15) Já teve algum traumatismo craniano?

Não ☐ Sim ☐ Se Sim, de que tipo Ligeiro/Médio ou Grave? _____

16) Já esteve em coma?

Não ☐ Sim ☐ Se Sim, por quanto tempo? _____

17) Em relação a prática sexual que tipo de métodos contraceptivos utiliza habitualmente?

Preservativo ☐ Pílula ☐ DIU (dispositivo intra-uterino) ☐

Adesivo contraceptivo ☐ Preservativo e Pílula ☐ Nenhum ☐

Outro ☐ Qual? _____

18)

Acerca do seu bem-estar	Muito	Mais ou menos	Pouco	Raramente
Sente-se bem fisicamente?	1	2	3	4
Está satisfeito com a sua vida em geral?	1	2	3	4
Está satisfeito com a sua imagem corporal?	1	2	3	4
Praticas actividades físicas?	1	2	3	4

Questionário “A cultura recreativa como ferramenta de prevenção de comportamentos de risco” (IREFREA,2008)

Perguntas sobre Saídas Nocturnas

N1	Nas últimas quatro semanas quantas vezes saíu à noite	
N2	Durante a semana em que noites costuma sair normalmente? (indique os dias da semana)	
N3	Quando sai à noite, quantas horas costuma sair de cada vez?	
N4	Quando sai à noite, a quantos cafés/bares/discotecas costuma ir?	
N5	Diga os nomes dos locais onde costuma ir com mais frequência quando sai à noite	
N6	Em média, quanto dinheiro gasta, por noite, quando sai? Inclui transportes, bilhete de entrada, bebidas, comida, tabaco, etc	

N7. Quão importantes são para si as seguintes razões na escolha de um local, quando sai à noite

Escolhe os sítios em função de:		Não é importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
N7.1	Bom local para dançar	1	2	3	4
N7.2	Pelo tipo de música	1	2	3	4
N7.3	Encontrar os amigos	1	2	3	4
N7.4	Conhecer pessoas novas	1	2	3	4
N7.5	Fácil seduzir alguém	1	2	3	4
N7.6	Não há problemas de se fumar um charro lá dentro	1	2	3	4
N7.7	Ser fácil de arranjar drogas lá dentro	1	2	3	4
N7.8	Ter bebidas alcoólicas mais baratas	1	2	3	4
N7.9	Ser um sítio seguro (sem violência)	1	2	3	4
N7.10	Conhecer alguém do staff/emprego	1	2	3	4
N7.11	Por ter um ambiente muito “louco” (pelas pessoas/músicas/ambiente)	1	2	3	4
N7.12	Ser muito movimentada	1	2	3	4
N7.13	Por ser um sítio “underground”	1	2	3	4
N7.14	Ser de fácil acesso	1	2	3	4
N7.15	Pelo local/zona onde se situa	1	2	3	4
N7.16	Poder entrar sem pagar	1	2	3	4
N7.17	Os WC’s são limpos	1	2	3	4
N7.18	Não tem fumo	1	2	3	4
N7.19	Outro Especifico				

Perguntas sobre Sexualidade

S1	Alguma vez teve relações sexuais? (se não, passe para a pergunta D1)	Sim	Não
S2	Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual?		

S3	Perguntas relativas aos últimos 12 meses				
S3.1	Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais teve? (se não teve relações sexuais nos últimos 12 meses, passe para a pergunta S5)				
		Nunca	Uma vez ou mais	A maioria	Sempre
S3.2	Faça uma estimativa da frequência com que teve relações sexuais desprotegidas (com parceiro ocasional, múltiplos e sem preservativo)?	1	2	3	4
S3.3	Faça uma estimativa da frequência com que teve relações sexuais sem o uso, por si ou pelo seu/sua parceiro/a, de preservativo?	1	2	3	4
S3.4	Faça uma estimativa da frequência com que teve relações sexuais sob o efeito de álcool?	1	2	3	4
S3.5	Faça uma estimativa da frequência com que teve relações sexuais sob o efeito de drogas ilegais?	1	2	3	4
S3.6	Indique o tipo de drogas que habitualmente utiliza para este fim _____				
S3.7	Fez algum teste a IST's, incluindo HIV? (IST's- Infecções sexualmente transmissíveis)	Sim		Não	

S4	Nos últimos 12 meses, no caso de não ter usado preservativo, pode dizer por que razão não o fez? Assinale todas as razões que considere	
S4.1	Por praticar sexo sempre com o mesmo(a) parceiro (a)	
S4.2	Por o meu/ minha parceira (o) ser de muita confiança (sei que não tem IST's)	
S4.3	Optei por não usar preservativo (não quero, não gosto)	
S4.4	Esqueci-me	
S4.5	Estava demasiado "bebido" ou "pedrado"	
S4.6	Senti-me embaraçado para perguntar ou para usar	
S4.7	Não tinha nenhum preservativo no momento	
S4.8	Estava demasiado excitado/entusiasmado com a situação para pensar em usar o preservativo	
S4.9	Outras razões. Quais? _____	

S5	Alguma destas situações o/a levou a decidir não teres sexo? Assinale todas as razões que consideres	
S5.1	Não ter preservativos	

S5.2	Achar que não era a pessoa certa	
S5.3	Não ter acesso a um local limpo e como mínimo de conforto	
S5.4	Ter bebido ou consumido drogas em demasia	
S5.5	Pensar que podia contrair alguma IST's	
S5.6	Por ter receio de uma possível gravidez	

S6	Em relação ao sexo, usa habitualmente álcool ou outras drogas, para obter os seguintes efeitos? Assinala todas as opções que se aplicarem às diferentes substâncias (Se não utilizas, passa para a pergunta S7)					
		Álcool	Canábis	Cocaína	Ecstasy	Outros
S6.1	Prolongar o acto sexual	1	2	3	4	5
S6.2	Potenciar o prazer sexual (ter mais excitação)	1	2	3	4	5
S6.3	Para facilitar o início das relações (desinibir)	1	2	3	4	5
S6.4	Ajudar a ter práticas sexuais invulgaes ou muito mais excitante	1	2	3	4	5
S6.5	Outra (especifica) _____	1	2	3	4	5

S7	Acredita que estar sob efeito de drogas ou álcool te influência ter relações sexuais desprotegidas?	Sim	Não
-----------	---	------------	------------

S8	Considera-se risco sexual a probabilidade de na conduta sexual contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST's), ter /provocar gravidez indesejável ou ainda ter sexo indesejado.				
	Assim, classifica-se:	Sem Risco	Pouco Risco	Algum Risco	Muito Risco
S8.1	Considera-se em risco de se envolver em comportamentos de risco sexual?	0	1	2	3
S8.2	Considera-se em risco de se envolver em comportamentos de risco sexual por causa do uso de álcool ou outras drogas?	0	1	2	3
S8.3	Que estratégias usa para reduzir o risco sexual?				

Perguntas sobre substâncias Psicoactivas

D1		Gostaria de saber quais das seguintes substâncias usa (ou usou), com que regularidade e com que idade começou a consumir								
Substancias		Nunca	Idade do 1º consumo	Experimentei ½ vezes e não voltei a consumir	Antes sim, agora não	Menos de 1 vez por mês	1ª3vezes por mês	1vez por semana	2-4por semana	5 ou mais dias por semana
D1.1	Álcool									
D1.2	Tabaco									
D1.3	Cannabis									
D1.4	Cocaína									
D1.5	Ecstasy									
D1.6	LSD									
D1.7	Anfetaminas									
D1.8	Heroína									
D1.9	GHB									
D1.10	Cetamina									
D1.11	Popper									
D1.12	Cogumelos									
D1.13	Tranquilizantes									
D1.14	Outros									
D1.14.1	Quais?									

D2	Nas últimas quatro semanas, quantas vezes se embriagou?	
----	---	--

D3	Pense nos últimos 12 meses, com que frequência, teve algum dos seguintes problemas devido ao consumo de álcool ou de outras drogas?		
D3.1	Acidente rodoviário	Sim	Não
D3.2	Magoei-me/ fiquei ferido (por qualquer outro acidente)	Sim	Não
D3.3	Problemas com a polícia	Sim	Não
D3.4	Falta de dinheiro ou dívidas	Sim	Não
D3.5	Sentir-me doente	Sim	Não
D3.6	Arranjar discussões	Sim	Não
D3.7	Problemas com os pais /filhos/conjuge (companheiro/a) ou familiares próximos	Sim	Não
D3.8	Problemas com os amigos ou namorada (o)	Sim	Não
D3.9	Problemas na escola/ trabalho	Sim	Não
D3.10	Lutas físicas	Sim	Não
D3.11	Ter uma relação sexual da qual mais tarde me arrependi	Sim	Não
D3.12	Maltratei a/o minha namorada (o) ou companheiro (a)	Sim	Não
D3.13	Fui maltratada/a pelo meu namorado/a (ou companheiro)	Sim	Não

Perguntas sobre os amigos

F1	Tendo em conta as últimas vezes que saiu à noite, com quantos amigos costuma normalmente sair?		
F2	Normalmente sai à noite com o mesmo grupo de amigos	Sim	Não
F2.2	Se não, quantos grupos de amigos diferentes tem		
F3	O (a) seu companheiro (a) (ou pais) conhecem os amigos com quem geralmente sai à noite	Sim	Não
F3.1	Se sim, quantos?	Algumas	A maioria
F4	Alem dos amigos com quem sai à noite, tens outros amigos chegados com quem não costumavas sair à noite?	Sim	Não

F5	Em relação aos amigos e ao uso de álcool e drogas ilícitas diz -se:		
F5.1	Alguns dos seus amigos deixou de o ser, devido ao seu uso de álcool ou drogas ilícitas?	Sim	Não
F5.2	Distancia-se de algum amigo por causa do consumo exagerado de álcool e outras drogas ilícitas?	Sim	Não
F5.3	Pensa que, ter drogas ilícitas ou consumi-las lhe permite ter mais amigos?	Sim	Não
F5.4	Pensa que, ter drogas ilícitas ou consumi-las lhe permite ter mais sucesso com o sexo oposto?	Sim	Não

F6	Pertence a algum tipo de associação ou clube/desportivo ou cultural?	Sim	Não
-----------	---	------------	------------

Conhecimentos sobre HIV/SIDA

Martins, A.T., Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sánchez-García, M. (2006)

De seguida apresentamos uma serie de afirmações acerca do HIV/SIDA. Pedimos que responda se pensa que cada uma das afirmações é Verdadeira (V) ou Falsa (F). Se não sabe a resposta, assinale a opção Não sei (N).

	Verdadeiro	Falso	Não sei
1. As pessoas infectadas pelo vírus da SIDA (VIH) apresentam sempre um aspecto pouco saudável	V	F	N
2. Ser portador do VIH é o mesmo que estar doente de SIDA	V	F	N
3. Uma pessoa infectada pelo VIH, sem sintomas de doença, não transmite a infecção	V	F	N
4. Há risco de infecção pelo VIH se uma pessoa teve uma só prática de risco	V	F	N
5. Uma pessoa pode ter-se infectado pelo VIH sem que o saiba	V	F	N
6. A contracepção hormonal (pílula) é eficaz para prevenir a transmissão do VIH	V	F	N
7. O uso correcto do preservativo é um método eficaz para evitar a transmissão do VIH	V	F	N
8. O coito interrompido é um método eficaz para evitar a transmissão do VIH	V	F	N
O VIH transmite-se através:	V	F	N
9. saliva			
10. ...sangue	V	F	N
11. ...esperma	V	F	N
12. ...urina	V	F	N
13. ...fluidos vaginais	V	F	N
14. ...lágrimas	V	F	N
15. ...tosse e espirros	V	F	N
16. ...penetração anal sem preservativo	V	F	N
17. ...penetração vaginal sem preservativo	V	F	N
18. ...sexo oral	V	F	N
19. ...beijos “com língua”	V	F	N
20. ...abraços	V	F	N
21. ...apertos de mãos	V	F	N
22. ...partilhar seringas para injeção de drogas	V	F	N
23. ...tomar banho numa piscina comunitária	V	F	N
24. ...transusão de sangue	V	F	N
25. ...picadas de insecto	V	F	N
26. ...partilhar os talheres	V	F	N
27. ...partilhar roupa	V	F	N
28. ...partilhar casas de banho	V	F	N
29. ...transmissão da mãe para o filho na gravidez	V	F	N

Escala de Procura de Sensações Sexuais

RSSSS: S.C. Kalichman & D. Rompa (1995)

Tradução: M. Carvalho & A. Batista (1998)

Em seguida encontra um conjunto de afirmações relacionadas com aquilo que as pessoas sentem e pensam e com a forma como se comportam em determinadas situações de relacionamento sexual.

Leia cuidadosamente cada uma delas e coloque uma cruz (X) sobre o número à frente da afirmação que melhor corresponde à sua forma de sentir, de pensar ou de se comportar. Não há respostas certas ou erradas. Utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Nada parecido comigo	Pouco parecido comigo	Um pouco parecido comigo	Muito parecido comigo

1- Gosto de encontros sexuais selvagens e desinibidos	1	2	3	4
2- As sensações físicas são o mais importante na relação sexual	1	2	3	4
3- Gosto da sensação da relação sexual sem preservativo	1	2	3	4
4- Os meus parceiros sexuais provavelmente pensam que eu gosto de correr riscos	1	2	3	4
5- No que respeita a sexo, a atracção física é mais importante para mim do que o grau de conhecimento da pessoa	1	2	3	4
6- Gosto da companhia de pessoas sensuais	1	2	3	4
7-Gosto de ver filmes pornográficos	1	2	3	4
8-Disse coisas que não eram exactamente verdade para conseguir ter relações sexuais com uma pessoa	1	2	3	4
9- Estou interessado (a) em tentar novas experiências sexuais	1	2	3	4
10-Tenho vontade de explorar a minha sexualidade	1	2	3	4
11- Gosto de ter sensações e experiências sexuais novas e excitantes	1	2	3	4

Escala multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo

EMARUP: Marie Helweg-Larsen & Barry Collins (1994)

Adaptação portuguesa: Félix Neto (2004)

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

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

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

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

Obrigada pela colaboração!