

ALICE YANIRIS SIMÃO MORAIS

**ATTITUDES SEXUAIS, LOCUS DE CONTROLO DE
SAÚDE E AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM JOVENS
ADULTOS**

Orientadora: Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

ALICE YANIRIS SIMÃO MORAIS

**ATITUDES SEXUAIS, LOCUS DE CONTROLO DE
SAÚDE E AJUSTAMENTO EMOCIONAL EM JOVENS
ADULTOS**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias com o despacho de Nomeação de Júri nº 401/2015 com a seguinte composição de Júri:

Presidente-Professor Doutor Américo Batista

Arguente: Professora Doutora Neuza Silva

Orientadora: Professora Doutora Joana Brites Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Dedicatória

Dedico esta dissertação á Maria Angélica,

por tudo o que me deu e tudo que ainda tinha para me dar.

Tenho e sempre terei saudades tuas.

Aos meus irmãos, minha força e meu ar.

Agradecimentos

Ao meu chefe Abelha, pelas palavras sempre certas, um bem-haja.

A minha chefe Arara refilona, se estou aqui é por ti, que Deus te abençoe muito.

A Aurora da minha vida.

Ao meu amor, meu amigo, meu suporte.

Aos meus professores, pelo carinho, amizade e interesse, um bem-haja.

Rosa Espada, Maria Luz Ova, Pedro Maia, José Cunha, José Colaço, Ana Torres, obrigada pela orientação e pelo espírito sempre crítico.

Um bem-haja aos muitos colegas e amigos de uma vida.

A minha orientadora, um bem-haja, pela disponibilidade, pelo trabalho, pelas discussões e pela simpatia.

Uma canhota forte a todos os irmãos escutas, sempre alerta.

Muito obrigado meu Deus, pela força e por poder chegar ao momento de escrever estas palavras.

“Obrigado”

Obrigado pelo sol e pelo vento,

pelo azul do firmamento

e pela estrela que há em mim.

Obrigado pelo tempo que passou,

pelos passos, pelos voos

e pela estrela que há em mim.

Obrigado por esse brilho no olhar,

por essa chama que me queima

Obrigado pela estrada percorrida,

por esse dom, por essa vida.

Obrigado pela estrela que há em mim.

Obrigado pelo sorriso da criança,

pela saudade e a lembrança

de alguma estrela que brilhou

obrigado pela presença que não passa,

pela esperança que me abraça,

pelo silêncio que há em ti.

(Autor e ano desconhecidos)

Resumo

Com o objetivo de verificar se existe correlação entre as atitudes sexuais, locus de controlo da saúde e ajustamento emocional em jovens adultos, foi constituído uma amostra de conveniência, com 200 participantes com idades entre os 18 e os 25 anos, média de idades de 21 anos e desvio padrão de 2,09. Para medir as características psicológicas foram utilizados os seguintes instrumentos: escala de ansiedade, depressão e *stress* (EADS-21), escala de atitudes sexuais (EAS) e a escala multidimensional de locus de controlo de saúde.

Os jovens adultos maioritariamente iniciam a atividade sexual antes dos 18 anos, dando maior importância à procura de prazer sexual e formas alternativas de obtenção de prazer físico.

Foram encontradas correlações entre as variáveis psicológicas, tendo-se verificado que as mulheres revelam mais comportamentos de sexo inseguro, enquanto os homens aparecem como mais conservadores e sexualmente mais responsáveis, contrariamente ao referido na literatura.

Palavras-Chaves: instrumentalidade sexual, internalidade, externalidade, ansiedade e depressão.

Abstract

In order to check whether there is a correlation between sexual attitudes, locus control of health and emotional adjustment in young adults, a convenience sample was constituted with 200 participants aged between 18 and 25 years. This sample has an average age of 21 and a standard deviation of 2.09. To measure the psychological characteristics, were used the following tools: anxiety scale, stress and depression (EADS 21), range of sexual attitudes (EAS) and multidimensional scaling health locus of control.

Mostly young adults initiate their sexual activity before 18 years old with a focus in sexual pleasure and alternative ways of getting physical pleasure.

Were found correlations between psychological variables, had also been found that women reveal more unsafe sex behaviours, while men's appear as more conservative and sexually responsible, contrary to mostly ideas in the literature.

Key Words: Sexual instrumentality, internality, externality, anxiety and depression.

Índice

Introdução	7
Capítulo I - Atitudes sexuais, locus de controlo de saúde e ajustamento emocional em jovens adultos	10
1. Atitude sexuais.....	11
1.1. Locus de controlo de saúde	15
1.2. Ajustamento emocional	19
1.3. Objetivo de estudo	27
Capítulo II – Metodologia	28
2. Desenho de investigação	29
2.1. Amostra.....	29
2.2. Procedimento.....	31
2.3. Instrumentos.....	32
2.4. Tratamentos estatísticos.....	33
Capítulo III – Resultados/ Discussão	35
3. Resultados	36
3.1. Discussão	41
Conclusão.....	43
Referências bibliográficas.....	46
Anexo	51
Anexo 1 – Protocolo de investigação	52

Introdução

A sexualidade e as suas consequências na adolescência e nos jovens adultos têm sido um tema que suscita muitos debates e discussões, porém, devido às nossas raízes Judaico-cristãs, estes debates são encarados, à partida, com muitas limitações. Muitas vezes, nas discussões deste tema, a maior importância é dada à parte biológica da sexualidade para limitar os comportamentos, deixando, assim, cair em esquecimento que a procura da sexualidade está intimamente ligada com a procura do relacionamento interpessoal, com a procura do outro e do próprio, num processo de construção da identidade (Alferes, 1997).

Em Portugal, a precocidade com que se iniciam as atividades sexuais e a finalidade das mesmas, é uma realidade preocupante. A longa lista de experiências e parceiros tem cada vez mais importância para os jovens que abdicam da segurança física e psicológica em prol de envolvimento passageiros e de risco. Por estas razões, muitos são os autores que se debruçam sobre esta temática (Leal, 2004; Pais-Ribeiro, 2009; Ramiro, Reis, Matos, Diniz, Simões & Equipa Aventura Social, 2011) reforçando a ideia da necessidade de existir uma compreensão dos contextos sociais, familiares e individuais e conhecendo as forças facilitadoras ou bloqueadoras de comportamentos e atitudes sexuais responsáveis e seguras (Matos, Tomé & Equipa Aventura Social, 2012).

Portanto, não só as diferenças encontradas nas idades, mas também é dada relevância ao género em termos de comportamentos e atitudes sexuais, onde os rapazes independentemente das idades, têm comportamentos menos seguros e de procura de prazer sexual, ao passo que as raparigas são mais permissivas e passivas, permitindo e consentindo os comportamentos dos rapazes a fim de garantir a manutenção do relacionamento afetivo (Janeiro, Oliveira, Rodrigues, Maceiras & Rocha, 2013).

Têm sido feitos estudos com estudantes universitários que pressupõem um nível económico, social e cognitivo mais elevado. Contudo, as conclusões têm indicado que independentemente destes fatores, os comportamentos de risco continuam presentes e são muitas vezes desvalorizados. Nestes casos, deve-se dar maior relevo às questões relacionais e de ajustamento emocional (aos sentimentos e afetos), uma vez que a procura do outro e da recompensa imediata, pode conduzir a comportamentos de risco (Janeiro et al, 2013).

Portanto, com este estudo, pretendemos realizar uma análise exploratória de comportamentos e atitudes sexuais e compreender em que medida estes comportamentos e atitudes podem estar relacionados com a ansiedade, depressão, stress, locus de controlo interno e locus de controlo externo em jovens adultos. Ou seja, procuramos verificar a existência ou ausência da influência do locus de controlo de saúde e do ajustamento emocional nas atitudes e comportamentos sexuais dos jovens adultos.

Considerou-se este tema pertinente, por que sexualidade não é somente sexo, ato corporal, mas sim uma exploração da pessoa, do corpo e do mundo. As trocas inerentes aos relacionamentos interpessoais possibilitam conhecer o ser humano e o mundo. Porém, apesar das nossas raízes Judaico-Cristãs, tem-se observado atitudes e comportamentos sexuais direcionados para a permissividade sexual e uma procura de prazer que muitas vezes não é responsável, esperando que o tal ser todo-poderoso venha em socorro dos mais incautos e elimine as consequências que advêm de toda uma atitude de promiscuidade. Apesar das mudanças nos paradigmas sociais e culturais, continuam a ser predominantes comportamentos e atitudes sexuais que anteriormente eram justificados pela analfabetização da população e poucos recursos económicos.

Segundo estudos realizados em Portugal pela Equipa Aventura Social e pelo Health Behaviour in Schoolaged Children (de 2005 a 2015), demonstram que a idade de início da primeira relação sexual ronda os 14 anos de idade, que os rapazes são mais precoces do que as raparigas. A promiscuidade sexual é agravada pelo consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas tidas como leves. Quanto ao aborto, uma em cada cinco mulheres relatam ter feito um aborto, para além da gravidez, ambos os parceiros correram outros riscos, uma vez que, referem não terem utilizado proteção, mesmo desconhecendo os antecedentes do parceiro. Por estas razões consideramos que seria importante procurar aprofundar esta temática de modo a sensibilizar os responsáveis e decisões de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde sexual.

Pensamos que em muitas investigações partem do princípio que as raparigas são menos ativas neste processo de iniciação precoce da sexualidade, as autoras desta investigação reconhecem o papel que as raparigas têm tido na afirmação da sua sexualidade assumindo um papel ativo na questão relacionada com a procura de experiências sexuais e

procura de prazer físico, dando também um relevo ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabaco.

Consideramos importante distribuir a investigação do seguinte modo:

O capítulo I diz respeito ao enquadramento teórico, abordaremos as atitudes sexuais, locus de controlo de saúde e ajustamento emocional em jovens adultos, procurando clarificar estes termos para uma melhor compreensão da problemática em estudo. Assim como a associação entre atitudes sexuais, locus de controlo de saúde e ajustamento emocional em jovens adultos.

É, também, no capítulo I que descreveremos o problema, os objetivos de estudo e as hipóteses para a sua verificação.

O capítulo II corresponde à metodologia que inclui o desenho de investigação, amostra, procedimento, instrumentos e tratamentos estatísticos.

O capítulo III é o capítulo dos resultados e da discussão, onde de forma sucinta são apresentados os resultados obtidos na amostra em estudo e discute-se estes resultados comparando-os aos resultados de estudos anteriormente realizados.

Em seguida teremos a conclusão e as limitações, referências bibliográficas e terminamos com os anexos, onde se pode encontrar o protocolo de investigação.

A redação da investigação segue a norma da American Psychological Association (APA, 2001) homologada pela ULHT no despacho N° 30/2014 para as normas de elaboração de Teses de doutoramento (aplicáveis às dissertações, trabalho de projeto e relatórios de estágio de mestrado) elaborada por Judite Primo & Diogo Mateus, para o ano letivo 2014/2015.

Capítulo I - Atitudes Sexuais, Locus de Controlo de Saúde Ajustamento Emocional em Jovens Adultos

1. Atitudes sexuais

Sendo as atitudes sexuais uma parte importante da sexualidade importa compreender as diferentes definições que a sexualidade pode ter.

A sexualidade é entendida como um conjunto de fenómenos biológicos, sociais, jurídicos e religiosos que, por um lado, tem a vertente religiosa preocupada com a manifestação e expressão da sexualidade, que reforça a ideia da sexualidade como modo de reprodução e, por outro lado, tem as vertentes sociais e jurídicas que norteiam a expressão de comportamentos e atitudes sexuais com uma carga social, legal e moral muito limitativa, onde a expressão biológica da sexualidade se torna ínfima. Estes fenómenos vão influenciar a forma como o indivíduo percebe e vivencia a sua sexualidade e como expressa os seus sentimentos, atitudes e sensações referentes a sexualidade (Foucault, 1988).

Uma vez que a sexualidade independentemente da sua finalidade empela a procura de outra pessoa, tornando a sexualidade num ato maioritariamente dual, onde intervêm dois sujeitos, se considera importante compreender as características e fatores que contribuem para o relacionamento interpessoal. Neste sentido, os estudos desenvolvidos por Reis, Collins e Berscheid, (2000) focam a atração interpessoal dual, ou seja, a atração entre duas pessoas, a forma como uma pessoa se sente atraída pela outra, percebe e exprime a sua sexualidade. Estes autores procuraram encontrar os mecanismos que levam ao início, à manutenção e/ ou término dos relacionamentos afetivos e sexuais. Uma vez que cada indivíduo, fruto do seu desenvolvimento, vivencia a sexualidade segundo os seus padrões sociais, morais e contextuais, os autores constataram que a beleza física, os sentimentos positivos e os comportamentos de aproximação são as características que mais contribuem para a atração interpessoal, fatores importantes em todas as idades, mas com uma relevância muito maior na adolescência (Reis et al., 2000).

Alferes, em 2004, vem acrescentar que o desejo de aproximação a outra pessoa resulta da influência de vários fatores interpessoais, como os afetos e as relações sociais. Os sentimentos e as atitudes positivas que se nutrem sobre a outra pessoa, levam a esta necessidade de aproximação ou atração interpessoal.

Apesar de na atração interpessoal intervirem duas pessoas, alguns autores, como por exemplo Giddens (1996), dão uma maior relevância à mulher, como elemento fundamental para as mudanças de comportamentos e atitudes sexuais. Para este autor, muitos são os fatores que contribuíram para uma ideia de flexibilidade da sexualidade feminina, nomeadamente as mudanças sociais e culturais que democratizaram a instrução primária, o aumento salarial, o princípio de igualdade de géneros, a emancipação feminina mas sobretudo, a proliferação e difusão dos métodos contraceptivos mais eficazes, que veio alterar a conceção da sexualidade e, conseqüentemente, a conceção de família e a sua redução, dando à mulher a opção de escolha e o controlo da sua sexualidade, escolhendo que fim lhe dar (Giddens, 1996).

A procura e a reivindicação do prazer sexual passou a ser uma preocupação da mulher, provocando grandes mudanças e transformações sociais, culturais e mentais, obrigando até mesmo a religião a repensar a sexualidade (Giddens, 1996).

Os costumes sexuais evoluíram e alteraram-se de tal modo que muitos jovens já nem equacionam a questão da “multiplicação” quando pensam na sexualidade, pois esta é mais um elemento de socialização, uma vez que é culturalmente expectável que um estudante no fim do ensino secundário ou no início da universidade tenha um conjunto de comportamentos e atitudes que demarcam o fim da adolescência e a entrada na vida adulta; verificando-se uma aquisição de novos hábitos e estilos de vida, como por exemplo, o início da atividade sexual para quem ainda não a iniciou, espera-se um aumento no consumo de bebidas alcoólicas, mais saídas à noite, nalguns casos a procura de independência económica e o começo do investimento nos relacionamentos amorosos com vista a um futuro comum (Antunes, 2007).

A partir dos anos 60 do século XX e, sobretudo, nos anos 80 do mesmo século, os jovens deixaram de associar a sexualidade ao casamento e à procriação, dando importância ao prazer e à relação interpessoal e começou-se a verificar um aumento da atividade sexual nos jovens e uma diminuição da idade de iniciação sexual. Os pais e as famílias adaptaram-se a estas mudanças culturais. Contudo, os tabus e as questões profundas da sexualidade continuaram a ser discutidos na intimidade, permitindo a existência de alguns mitos, incoerência e negação de informação, muitas vezes por questões religiosas, dando assim origem a uma proliferação de doenças venéreas e gravidezes não planeadas (Antunes, 2007).

Porém, as crenças e mitos sexuais originários de comportamentos sexuais desajustados ainda não estão ultrapassados - dizem Janeiro e colaboradores, em 2013, aquando da realização do seu estudo sobre “as atitudes sexuais, contraceptivas, o lócus de controlo da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior”. Estes autores referiram que nos adolescentes e nos jovens com idades universitárias, existe um conjunto de fatores que interagem para que tenham atitudes sexuais responsáveis. Nestas idades a sexualidade tem um carácter emocional, ou seja, a sexualidade é considerada como um elemento do processo de socialização interpessoal, mas estes autores reconhecem que o carácter afetivo e relacional da sexualidade é fundamental para a construção da identidade do jovem adulto (Janeiro et al., 2013).

Depois de todas as características, que podem ter os comportamentos sexuais, apresentamos a definição de sexualidade, que é a base deste estudo. A sexualidade é definida como o conjunto de atitudes, comportamentos, afetividades e vinculações que normalizam a expressão da energia sexual. Ou seja, embora o sexo seja uma necessidade corporal e de regulação biológica, na sua expressão intervêm fatores culturais, corporais e sociais. A conotação dada à sexualidade depende da sociedade em que o indivíduo se insere, ao grupo de pertença, à expressão da sexualidade, à educação sexual, ao planeamento familiar e às normas e desvios (Alferes, 1997). Este autor acrescenta ainda que as características pessoais e emocionais influenciam a decisão de iniciação ou não da sexualidade. O ajustamento emocional ajudará o jovem a ter atitudes mais positivas e responsáveis sobre a sexualidade.

Alferes, em 1999, quando desenvolveu a investigação para a “validação da escala de atitudes sexuais para a população Portuguesa”, constatou que existiam diferenças quanto ao género nas atitudes sexuais. Assim sendo, o sexo masculino apresentava atitudes mais liberais comparado com o sexo feminino, pois estas prendiam-se mais com questões relacionadas com o planeamento familiar e todas as responsabilidades ligadas à sexualidade. Contudo, esta questão do género não se verificava quando a idade aumentava, pois existia de igual modo um investimento no compromisso e nos relacionamentos afetivos e amorosos.

Hendrick, e Hendrick, em 1987, quando desenvolveram a Multidimensionality of sexual attitudes, e posteriormente Alferes, em 1999, quando validou este instrumento para a população Portuguesa, consideraram que as atitudes sexuais se subdividiam em quatro

dimensões sendo elas: permissividade sexual, instrumentalidade, práticas sexuais e comunhão.

Quando a permissividade sexual, que engloba as atitudes referentes ao sexo ocasional sem compromisso de futuro e a relação com parceiro ou parceiros, se sobrepõe, prevalece a promiscuidade e a inexistência da possibilidade de uma componente reprodutiva. Este tipo de comportamento é mais encontrado nos homens jovens e adultos (Alferes, 1999).

Ainda na sequência de atitudes sexuais que não visam a reprodução nem o compromisso, surge a instrumentalidade que se refere a uma atitude direcionada para a satisfação sexual, a utilidade do sexo, como meio de obtenção de prazer físico, sendo esta atitude mais visível nos homens. Em seguida, temos as práticas sexuais que dizem respeito ao planeamento familiar, à educação sexual e masturbação. Existe uma abertura para o sexo não convencional, também fruto da consciência das consequências que advêm de comportamentos sexuais irresponsáveis. Este tipo de atitude é mais frequentemente observada em mulheres jovens (Alferes, 1999).

Por último, temos a comunhão. Quando a idade aumenta, para ambos os géneros, é mais frequente as atitudes que refletem comportamentos que visam o compromisso a longo prazo, o estabelecimento de rotinas, investimento na intimidade, no ajustamento emocional e na partilha de perspetivas, interesses e idealizações. O outro, para além de servir para a satisfação física, também serve para suprir as necessidades emocionais e psicológicas (Alferes, 1999).

Em suma, as atitudes sexuais resultam de um conjunto de fatores que podem ser pessoais, emocionais, desenvolvimentais, sociais, culturais, contextuais e interpessoais. Portanto, quando se pretende criar programas de promoção e prevenção de doenças sexuais, importa ter estes fatores em conta.

1.1. Locus de controlo de saúde

A influência dos fatores que intervêm no surgimento da saúde e da doença podem ser interpretados a nível biológico, social e comportamental. Ao tentar compreender a influência destes fatores no processo de tratamento e prevenção de doenças e na manutenção da saúde, não devemos separar os fatores psicológicos e dos fatores biológicos, devemos tratar o corpo e a mente em simultâneo. Para tal é necessário o recurso a diferentes abordagens que têm em vista o mesmo fim, o restabelecimento do equilíbrio homeostático do indivíduo, de modo a que este responda as exigências externas e internas com moderação e consolidação (Teixeira, 2004).

A forma como o indivíduo percebe a doença e a saúde é fortemente influenciada pela sua perspetiva de futuro, pela idade, pelo género e pelo seu contexto cultural, social, étnico e socioeconómico. Desta forma, o psicólogo clínico irá procurar compreender de que forma a psique afeta, influencia e se relaciona com o corpo (Teixeira, 2004). As investigações nestas áreas focam-se na avaliação psicológica de diferentes indivíduos, em diferentes contextos e etnias, de modo compreender os comportamentos a nível da saúde sexual, controlo de doença e estados emocionais negativos. Esta perspetiva aplica-se a uma população jovem que devido a fatores como a idade, género e contexto pode encarar a doença como algo distante e inatingível (Matos et al., 2012).

É com base na busca da relação entre a psique e o corpo e da forma como estas duas variáveis se influenciam mutuamente que se tem realizado alguns estudos nesta área, (Wallston e Wallston, 1978; Meyerowitz et al, 1986; Pais-Ribeiro, 1994/2004; Almeida & Pereira, 2006). Pais-Ribeiro, 1994, refere que uma pessoa pode ter um triste fado em muitas situações mas, é em questões relacionadas com o amor e a saúde que se verifica o maior grau de fatalidade. É tendo em conta este pensamento que nos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, se procura muitas vezes apelar ao controlo do indivíduo para comportamentos de prevenção, conferindo ao indivíduo um certo poder de controlo para evitar a doença e promover a manutenção da sua saúde (Pais-Ribeiro, 1994; Almeida & Pereira, 2006).

Para que um indivíduo tenha controlo sobre a sua vida em geral e a sua saúde em particular, considera-se que é necessário a existência de uma variável cognitiva e emocional que influencia o comportamento do sujeito. Esta influência tem vários níveis, dependendo do grau de desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo, pois um determinado comportamento é diretamente influenciado pelo nível de conhecimento associado (Meyerowitz et al, 1986). A compreensão de um comportamento específico permitirá ao sujeito controlar fatores que influenciaram o mesmo, e deste modo, conseguir antecipar e prever as consequências da sua ação. Este princípio pode também ser aplicado a saúde (Alves, 2009).

Numa tentativa de prever os comportamentos específicos de saúde e medir os esforços que os indivíduos empreendem para melhorar a sua saúde, Wallston e Wallston, desenvolveram em 1978 a escala multidimensional de locus de controlo de saúde. Esta escala mede a saúde em dois aspetos que anteriormente tinham sido investigados por Levenson (1972): internalidade e externalidade, sendo que a externalidade pode ser subdividida em duas subescalas, externalidade acaso e externalidade outros poderosos, que podem ser médicos, filhos e Deus. A internalidade e a externalidade não se encontram em extremos opostos, ou seja, um indivíduo não é somente interno nem somente externo, depende de uma avaliação da doença, informação sobre a mesma e do suporte existente. Por exemplo, uma pessoa pode ser interno ao admitir que uma dada infeção sexual é consequência de um comportamento promíscuo e inseguro e ser externa ao recorrer ao médico e seguir as indicações deste (Wallston & Wallston, 1978).

Com base na teoria preditiva de Wallston e Wallston sobre a saúde, procurou-se perceber se o facto de existir ou não controlo sobre a saúde pode influenciar os comportamentos sexuais. Estes autores em 1978 transpuseram da teoria de aprendizagem social para a psicologia a noção de locus de controlo e apresentaram-no como sendo as características psicológicas associadas à saúde que diferenciam o grau em que cada indivíduo se responsabiliza ou responsabiliza os outros pelas suas ações. Assim sendo, o locus de controlo de saúde, pode ser considerado interno, quando o sujeito assume que tem controlo sobre a sua vida e que tudo o que nela acontece é fruto das suas decisões, podendo surgir

consequências positivas ou negativas dos seus atos. Desta forma, não existe a influência do destino, quer para o bem quer para o mal.

Porém, quando o indivíduo acredita que os acontecimentos que influenciam a sua vida são consequência da ação de terceiros, e que segue um caminho predestinado e traçado por outros, não existe a noção de livre arbítrio. Quando se verifica este registo psicológico estamos na presença de locus de controlo de saúde externo (as consequências dos atos podem ser atribuídas ao acaso – locus de controlo externo C, ou a um ser todo-poderoso – locus de controlo externo P) (Wallston & Wallston, 1978).

Foram encontradas evidências de que o locus de controlo de saúde pode associar-se as atitudes sexuais, uma vez que é no final da adolescência e no início da idade adulta, que os jovens fazem pouco investimento na área da saúde em geral e em especial na saúde sexual. Considerou-se que o locus de controlo de saúde era de extrema importância para a temática das atitudes sexuais de jovens adultos, pois quando as atitudes sexuais revelam pouco investimento em comportamentos salutareos, podemos estar perante uma problemática social e cultural muito grave, com consequências para toda a sociedade (Matos et al., 2012). Costa e Leal, 2004/2008; Matos e colaboradores e equipa aventura social, 2008/2015, desenvolveram diversos estudos na área da contraceção e das consequências de comportamentos sexuais pouco preventivos e responsáveis. Estes autores consideraram diversas características que influenciam os comportamentos e atitudes sexuais, e estas podem ser pessoais, sociais, contextuais, socioeconómicas e emocionais. Estas características são importantes para os programas de promoção e prevenção da saúde. Quando se fala de comportamentos sexuais que não têm conservados os comportamentos de promoção da saúde e prevenção da doença, pode se estar perante problemas sociais graves e com consequências igualmente graves para os adolescentes diretamente implicado e toda a sociedade em geral, entre estas consequências podemos destacar as gravidezes não planeadas, as infeções sexualmente transmissíveis, o absentismo e o abandono escolar. O número de jovens que entre os 18 e os 24 anos de idade admitem, que em pelo menos uma vez, tiveram comportamentos sexuais pouco seguros; pode estar intimamente relacionado com o número de raparigas que recorreram a interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal (Ramiro et al. & Equipa Aventura Social, 2012). Reconhecendo que nas medidas de prevenção e promoção da saúde sexual, deve-se incluir os

familiares e as redes de suporte dos jovens, uma vez que, muitos comportamentos sexuais promíscuos estão intimamente relacionados com questões emocionais e sociais (Costa & Leal, 2008).

A teoria preditiva de Wallston e Wallston (1978) sobre os comportamentos de saúde, de um modo geral refere que os indivíduos internos tendem a adotar comportamentos mais preventivos, procurando mais informação específica e detalhada sobre a saúde, prognósticos e formas de tratamento. Por sua vez, as pessoas que tem um locus de controlo externo P (outros poderosos: médicos, familiares, amigos e namoradas...) revelam mais dificuldade em organizar o seu tratamento, necessitando constantemente de uma atenção, através da monitorização de outros poderosos. Estes indivíduos satisfazem-se com pouca informação, relegando esta tarefa para os seus cuidadores (Costa & Leal, 2008). Estudos realizados anteriormente por Morrison (1985) citado por Costa e Leal revelam a existência de correlação entre o uso de métodos contraceptivos e o locus de controlo interno. Os instrumentos de locus de controlo para a saúde são importantes nas consultas de planeamento familiar, uma vez que de um modo preditivo, dão-nos indicações sobre que métodos contraceptivos pode ser mais indicados para o jovem em causa. Ou seja, é importante perceber as expetativas e objetivos do jovem que vem a consulta de planeamento familiar, que tipo de controlo tem sobre a sua saúde (Costa & Leal, 2008).

Em suma, o locus de controlo de saúde, apesar de não ser um termo originalmente da psicologia está perfeitamente adaptado e integrado. Porém, importa ter sempre uma grande sensibilidade quando se emprega este termo, uma vez, que pode ter duplo sentido. Se numa determinada situação, um sentido é vantajoso, noutra situação este sentido pode não ser vantajoso, ou seja, para o enfrentamento de uma dada doença pode ser vantajoso que o indivíduo tenha locus de controlo interno, no mesmo indivíduo para o tratamento de outra doença pode ser importante que este seja externo, de preferência, externo P.

As pessoas com locus de controlo interno têm mais propensão para aderir aos métodos contraceptivos e procurar mais informações sobre os mesmos. Contudo, não encontramos referências diretas de que os sujeitos internos têm mais ou menos doenças e infeções sexualmente transmissíveis e que os sujeitos externos (Matos et al., 2012; Ramiro et al. & Equipa Aventura Social, 2012; Costa & Leal, 2008).

1.2. Ajustamento emocional

As emoções podem constituir-se como um modo de avaliação do ambiente que nos rodeia e para as situações que nele ocorrem. Desajustamento emocional implica que determinada pessoa reage ao ambiente de forma desajustada e desadequada, revelando uma relação conflituosa com as convenções sociais e morais. As principais emoções associadas ao desajustamento emocional são as emoções de autorregulação, como por exemplo o medo, a felicidade, a vergonha e a tristeza. A estas emoções está quase sempre associada a pulsão de energia necessária para a manutenção do organismo (Damásio, 2003).

Existe uma literatura consistente que se refere à ansiedade, depressão e ao *stress*, como os principais conjuntos de emoções que tem na sua base o medo, causando reações desadaptadas, provenientes da elevada carga psicológica que a sua manutenção ou eliminação exige. De um modo geral, todos os indivíduos empregam terminologias como ansiedade, depressão e *stress*, reconhecendo um ou outro sintoma. Contudo, quando falamos da perturbação provocada por estes sentimentos está implícito outras questões para além da sintomatologia, como todo o sofrimento, desajuste, desarmonia do indivíduo e de todas as consequências para as redes de apoio (Lopes & Leal, 2012).

Uma perturbação psicológica não afeta somente o indivíduo que experiencia os sintomas, mas todos os que rodeiam este indivíduo. Por isso mesmo importa ter alguma atenção e sensibilidade quando se empregam estes termos específicos na linguagem coloquial. Importa realizar a clarificação destes termos a fim de conhecendo os sintomas, compreenda-se as implicações na vida do sujeitos e nas suas relações interpessoais (Lopes & Leal, 2012).

Apesar da amostra deste estudo não ser clínica, ou seja, pelo facto destes pensamentos e sintomas não serem resultado de uma condição médica ou de determinada substância, recorreremos às características provenientes do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association (APA), 2002) e do DSM-5 (APA, 2014), para identificar as emoções que compõem o ajustamento emocional. A diferença entre o normal e o perturbado pode ser uma questão de intensidade. Assim sendo: A ansiedade é uma emoção de autorregulação, ou seja, é uma das emoções que contribuem para a sobrevivência do indivíduo. Contudo, ao atingir o grau patológico resulta num impedimento do desempenho das tarefas quotidianas do

indivíduo. A ansiedade é caracterizada pela preocupação excessiva e inapropriada sem razão aparente; o pensamento é dominado pela preocupação e o indivíduo torna-se apreensivo e expectante acerca de acontecimentos do quotidiano, como por exemplo, o desempenho a nível laboral ou académico. Este tipo de carga emocional dificulta o controlo da preocupação por parte do indivíduo e manifesta-se em sintomas como a agitação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Adicionalmente esta sintomatologia causa mal-estar e deteriora maioritariamente o funcionamento social e ocupacional do indivíduo (APA, 2002 /2014).

Existe dois tipos de ansiedade: ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade pode ser estado, quando se traduz num sentimento que resulta de apreensão e tensão, resulta numa ativação do sistema nervoso autónomo e é um estado temporário. A ansiedade-traço tem carácter permanente, faz parte da personalidade da pessoa, existe uma maior dificuldade em controlar as preocupações e os sentimentos de medo (APA, 2002/2014).

A depressão é uma perturbação do humor e do afeto. É um sentimento que influencia a afetividade e a maneira como a pessoa se vê, sente e entende a realidade. A depressão é caracterizada por períodos de humor depressivo e falta de interesse ou de prazer, o que pode levar à perda de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga ou falta de energia, de forma regular; baixa autoestima ou excesso de culpabilização; diminuição da concentração e indecisão. Em casos mais extremistas poderá levar a pensamentos suicidas não estruturados. Estes sintomas e pensamentos provocam uma mudança no funcionamento da pessoa (APA, 2002/2014). Com base nos critérios de diagnóstico da depressão e numa tentativa de explicar os sintomas e a sua forma de intervenção, o professor Coimbra de Matos (2001) dentro da visão dinâmica, apresenta um modo compreensivo onde a depressão surge quando existe uma retirada de amor pelo objeto desejado. A depressão é caracterizada pela perda do amor da pessoa amada, acontece quando o ambiente familiar ou relacional é disfuncional e conflituoso e a pessoa vive experienciando uma afetividade frustrada, rejeitante e privada. Na idade adulta deparamo-nos com jovens e adultos com uma falta de vivência emocional, onde se observa um desinvestimento objetal. Estes indivíduos manifestam sentimentos de culpa, vergonha, sentimentos de inferioridade e conseqüentemente baixa autoestima (Coimbra de Matos, 2001).

No que se refere ao termo *stress*, este tem sido utilizado de forma generalizada para descrever as situações que causam pressão e desconforto sobre o indivíduo. O *stress* é o resultado de uma troca difícil entre o ambiente e o organismo. Ocorre quando o indivíduo não consegue responder de forma adaptativa as exigências internas e externas, pois revelam-se demasiadas penosas. Verifica-se também uma desorganização física e mental, pois não se conhece uma causa específica. O *stress* pode ter na sua origem diferentes fatores como: esforço excessivo, fadiga, dor, medo, concentração, humilhação e um grande sucesso inesperado. Contudo a excitação emocional é a causa mais frequente para o aparecimento do *stress*. Os eventos catastróficos e inesperados podem causar *stress*, assim como os eventos do dia-a-dia, as rotinas e as tarefas repetitivas, são apontados como fatores stressores, apesar de moderadas e lentas, são cumulativas e desgastantes (Lopes & Leal, 2012).

O *stress* é caracterizado por sintomas de ansiedade e dissociação, tendo como consequências: a diminuição da resposta emocional, sentimentos de culpa, eventos que implicam a integridade física do próprio e de seus parentes, resposta de medo intenso, percepção de falta de ajuda, sentimento de embotamento afetivo, amnésia dissociativa, dificuldade de dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância e resposta de alarme exagerado. O *stress* causa mal-estar e afeta o funcionamento quotidiano da pessoa (APA, 2002/2014).

Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, em 2004, sentiram a necessidade de desenvolver uma escala que permitisse distinguir a ansiedade da depressão, uma vez que a ansiedade sempre esteve associada à depressão. Foram precisos muitos anos para que as perturbações da ansiedade ganhassem um estatuto diferente das outras perturbações de humor, apesar de ser reconhecida uma sobreposição de sintomas o que dificulta a diferenciação. As perturbações psicológicas são assumidas como dimensões, ou seja, quando se avalia a ansiedade, depressão e *stress*, quer em indivíduos normais ou com perturbações tem-se em atenção a diferenciação de grau. O grau de ansiedade, depressão e *stress* varia em cinco dimensões de normal a muito grave na EADS (Escala de Ansiedade Depressão Stress). É o grau que vai determinar em que medida a sintomatologia é limitante e causadora de desajustamento (Pais-Ribeiro et al, 2004).

Originalmente Lovibond e Lovibond, em 1995, quando desenvolveram a Depression Anxiety Stress Scale (DASS), procuraram diferenciar e caracterizar as escalas de modo a que

não existisse ambiguidade entre os termos, e assim agruparam os sintomas que melhor se encaixavam em cada subescala. Deste modo a depressão foi caracterizada como a perda da autoestima, da motivação e perceção de impossibilidade, ou dificuldade em alcançar os objetivos que o indivíduo se propõe alcançar. Por sua vez, a ansiedade é caracterizada pela preocupação persistente e pelo medo intenso sem causa aparente. Por fim, o *stress* está relacionado com os estados de excitação, tensão psicológica e as estratégias de coping para situações de frustração e desilusão (Pais-Ribeiro et al, 2004).

Após a clarificação dos termos que correspondem ao ajustamento emocional, importa aqui referir algumas relações humanas e interpessoais que podem provocar ajustamento ou desajustamento emocional. Assim, a noção de amor surge como a principal fonte de ajustamento e/ou desajustamento emocional, onde para os autores aqui citados; o amor integra afetividade, sexualidade e todo o comportamento social e cultural que regula as relações humanas (Alferes, 1997 e 1999; Araújo, 2002; Reis et al., 2000).

Alferes (1999) na sequência da separação do sexo e do amor, fala-nos do amor passionai, onde as relações humanas e interpessoais são predominantes, e o sexo ganha pouco relevo. Isto porque existe uma procura e valorização da vinculação, estabilidade e gratificação emocional. Esta procura pode ser por vezes negativa, contudo todos os indivíduos procuram nas relações interpessoais emoções positivas, que devido à complexidade humana nem sempre é possível.

Araújo (2002) veio dizer que por um lado, o amor pode ser romântico, e verifica-se quando é projetivo, fantasiado e em que se espera que complete e encha o vazio do outro. Por outro lado, o amor convergente que é trabalhado diariamente e existe uma relação próxima entre dar e receber. Este tipo de amor estimula pensamentos como: o outro ama-me, mas eu tenho de fazer por merecer. Existe portanto uma igualdade na relação de trocas afetivas e envolvimento emocional, a realização nas necessidades sexuais e gratificação pessoal torna-se o centro do relacionamento amoroso.

Devido a complexidade de fatores que intervêm nos relacionamentos humanos, o amor e a sexualidade sempre causaram interesse de muitos estudiosos e foi com base nos estudos do duplo padrão sexual que Hendrick e Hendrick (1987) procuram construir um

instrumento que fosse capaz de dar resposta a complexidade das relações entre sexualidade e amor. Reis e colegas (2000), ainda no campo dos relacionamentos interpessoais, constaram que pessoas que se encontravam depressivas e com baixa autoestima se relacionavam com as outras pessoas de modo mais difícil e precária, uma vez que elas, geralmente associam aos outros as crenças interpessoais mais negativas e expectantes. De um modo geral, todas as pessoas que anteriormente tinham tido relacionamentos interpessoais significativos, transferem para as novas relações as características que haviam sido apontados como positivas ou negativas no parceiro, mantendo um comportamento de espera e procura das mesmas características em novos parceiros (Reis et al., 2000).

Alferes em 1997, quando desenvolveu os trabalhos sobre “Encenações de comportamentos sexuais” relatou que o amor e o sexo não são uma necessidade propriamente biológica, mas sim um construto, norma social, uma vez que o amor tem a finalidade de vinculação social e o sexo a finalidade de reprodução biológica. Porém, não conseguimos concebê-las separadamente, pois, é na sua não separação que distingue as relações humanas das relações animais (Alferes, 1997).

Encontrou-se associação entre ajustamento emocional, atitudes sexuais e locus de controlo de saúde, em jovens adultos, pois o contexto onde os jovens estão inseridos pode ser um fator influenciador ou limitador de atitudes sexuais saudáveis e harmoniosa, aliados a fatores dos próprios jovens, porém, tem sido consistente na literatura consultada que o prazer físico, a procura de prazer e de experiências são aspetos que os homens mais valorizam, enquanto as mulheres, por sua vez, valorizam mais a afetividade e o amor nos relacionamentos amorosos (Janeiro et al., 2013).

Nos últimos anos tem-se assistido a uma maior abertura perante as atitudes sexuais nas sociedades ocidentais, e tem sido visível uma procura de satisfação e prazer sexual, tanto em homens como em mulheres. Contudo, tem sido importante questionar-se sobre as dificuldades, causas e consequências destas atitudes sexuais. Uma vez que as raparigas, por valorizarem o amor e o relacionamento prolongado e estável abdicam dos seus valores, desejos e crenças, revelando uma atitude mais passiva e com menos exigências sexuais, com o objetivo de evitar conflitos no relacionamento. Estes comportamentos podem indicar uma baixa autoestima, onde é possível observar uma sensação de inadaptação, desarmonia, culpa,

vergonha, falta de confiança e falta de amor-próprio. Consequentemente quem revela estes comportamentos investe menos na procura de novos parceiros sexuais, têm atitudes mais rígidas sobre a sexualidade, como a valorização do sexo seguro e o desinvestimento no sexo ocasional (Janeiro et al., 2013).

Apesar de em muitas situações o homem responder por instinto, quando se trata de sexo, as normas sociais sobrepõem-se e limitam a sua expressão, mas esquecemo-nos que assim como a fome, a sede, o sexo é uma necessidade biológica, ou seja, o sexo é uma função corporal biologicamente condicionada, que precisou de passar por um longo processo evolutivo, apesar das enormes tentativas das ciências sociais de regularizarem e normalizarem a sua expressão, através das estruturas familiares; ignorando ou reprimindo o livre arbítrio do sujeito, dando as experiências do campo sexual e corporal uma conotação negativa e desviante, isto mesmo são visíveis nos inúmeros estudos sobre o comportamento sexual ao longo dos tempos (Alferes, 1997).

O comportamento sexual passa a ter uma importância muito grande, quando muda de dimensão e ao contrário da procura de prazer sexual, passa a integrar a comunhão e reprodução responsável para a constituição de uma família. Devido à importância que a parentalidade e a chegada de um filho tem na vida de um casal, muitos têm sido os estudos nesta área, por exemplo Hernandez e Hutz, 2008, quando realizaram a investigação sobre “Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais ajustamento conjugal e emocional”. Constataram que os problemas de desajustamento emocional surgem antes mesmo do nascimento do bebé. Estes autores verificaram que é durante a gravidez que 7 a 12% das mulheres desenvolverem depressão. Depois existem as mulheres que desenvolvem a depressão pós parto, perto de 15%.

Pela força social e cultural a gravidez e a parentalidade dá uma carga de responsabilidade muito grande as mulheres, que devido o receio da estigmatização e rotulagem, encaram esta etapa da sua vida como sendo um período dramático, o que não deixa de ser, a nível físico, psicológico e emocional. Muitas mulheres durante a gravidez têm associado o aumento da sensibilidade e da ansiedade, tendo uma carga muito pesada para a sexualidade do casal (Hernandez & Hutz, 2008).

De um modo geral, no que se refere a relação entre locus de controlo de saúde e ajustamento emocional, esta relação têm sofrido diversas variações, sobretudo dependendo da população ser clínica ou não, apesar de se acreditar que o locus de controlo externo P estava relacionado com melhores resultados no campo da saúde, estes autores revelaram que o locus de controlo interno foi indicador de melhor ajustamento emocional e não necessariamente a melhores resultados na melhoria das intervenções, uma vez que o sujeito acredita que ele próprio é responsável pela sua saúde (Meyerowitz et al, 1986).

Quanto à relação entre ansiedade e locus de controlo, encontrou-se forte relação entre ansiedade-estado e uma orientação externa, são sujeitos mais ansiosos e desadaptados. Os autores ao estudarem a relação entre locus de controlo e o ajustamento psicológico encontraram associação positiva em indivíduos que têm uma visão mais interna e ansiedade, depressão e *stress*, ou seja, pessoas que assumem que têm controlo sobre todos os acontecimentos da sua vida, apresentam uma maior adaptação aos acontecimentos da vida e melhor ajustamento emocional (Pais-Ribeiro, 1994; Janeiro et al., 2013).

Por outro lado, os indivíduos que não controlam os acontecimentos das suas vidas e que assumem que outros é que são responsáveis por tudo que acontece nas suas vidas, apresentam uma maior correlação com a psicopatologia. Verificou-se que os indivíduos com locus de controlo externo, revelam menores capacidades para a adaptação e maiores níveis de ansiedade comparando com indivíduos com locus de controlo interno (Pais-Ribeiro, 1994; Janeiro et al., 2013).

Os sujeitos que controlam os acontecimentos das suas vidas de modo interno, são mais aceites e valorizados socialmente, uma vez que conseguem alcançar mais sucesso em termos físicos e psicológicos e em contextos diferentes apresentam maior capacidade de adaptação social. Por outro lado, os indivíduos que externalizam o controlo, responsabilizando os outros pelo que acontece na sua vida, têm menos sucessos, desanimam facilmente e têm uma maior predisposição para desenvolver patologias e são menos valorizados socialmente (Pais-Ribeiro, 1994; Janeiro et al., 2013).

Contudo, para certos acontecimentos da vida, o sujeito que externaliza mais, tem mais sucesso, pois têm mais capacidade de adaptação a realidade, reconhecendo que o que

aconteceu não podia ser controlado por ele, deste modo, ele não tem responsabilidade sobre as consequências fatais, desastrosas ou catastróficas, enquanto o sujeito interno mesmo perante acontecimentos naturais e imprevisíveis, assume-se como responsável, impotente e incompetente por não conseguir prevenir e antecipar o acontecimento, conseguindo, desde modo desenvolver sentimentos de culpa (Costa & Leal, 2005; Lopes & Leal, 2012).

Resumidamente os autores consultados (Pais-Ribeiro, 1994; Janeiro et al., 2013; Costa & Leal, 2005; Lopes & Leal, 2012), referem que os sujeitos internos revelam menos ansiedade, depressão e *stress*, são socialmente mais adaptados, enquanto os sujeitos externos, têm menos sucessos, desanimam facilmente e são menos valorizados socialmente. Porém, pela condição humana de ser social, o outro tem um papel importante na realização e concretização pessoal. Contudo as relações envolvem mecanismos complexos, na questão do ajustamento emocional, o outro ganha um relevo que é independente da sua escolha, devido a condição humana de procura e valorização da vinculação, estabilidade e gratificação emocional. O ajustamento emocional necessita de ser trabalhado diariamente e quando em primeiro lugar está a satisfação das necessidades emocionais, sociais e sexuais, a complexidade adensa-se e as convenções sociais, morais e culturais não são tomadas em consideração. Nos jovens adultos, por valorizarem o companheirismo, a satisfação sexual e a vinculação, desvaloriza-se a reprodução e o estabelecimento de relacionamento a longo prazo.

1.3. Objetivo de estudo

No que respeita ao objetivo do estudo este prende-se com o facto de ser consistente na literatura que os homens têm atitudes sexuais mais direcionadas para o prazer físico, a permissividade sexual e com preferência em relacionamentos passageiros e com várias parceiras, menos preocupados com as questões de saúde sexual e a afetividade, sendo as mulheres mais passivas e com maior investimento no relacionamento afetivo e na procura de estabelecimento emocional, assumindo a responsabilidade das questões relacionadas com a contraceção e a segurança sexual. Assim sendo: com este estudo pretende-se verificar se as atitudes sexuais são influenciadas pelo locus de controlo de saúde e pelo ajustamento emocional nos jovens adultos.

Com base na revisão da literatura e tendo em atenção os objetivos pretendidos, foram colocadas as seguintes hipóteses de investigação a fim de dar resposta a questão colocada.

- 1 - Espera-se que os homens tenham mais permissividade e instrumentalidade do que as mulheres.
- 2 - Espera-se que as mulheres tenham mais comunhão do que os homens, valorizando mais o amor nos relacionamentos afetivos.
- 3 - Espera-se que os homens tenham maior locus de controlo externo P do que as mulheres.
- 4 - Espera-se que haja associação entre internalidade e *stress* em ambos os sexos.
- 5 - Espera-se que exista associação entre depressão e comunhão, no género feminino.
- 6 - Espera-se que os participantes com religião Católica e os participantes de outras religiões (Testemunhas de Jeová e Protestantes) tenham a idade de início da atividade sexual mais tardia do que os ateus (participantes sem religião).
- 7 - Espera-se que os participantes que tenham religião (Católica e outras) tenham mais comunhão do que os participantes ateus.

Capítulo II – Metodologia

2. Desenho de investigação

Sendo o estudo transversal e correlacional, o desenho de investigação para este estudo é de carácter correlacional.

2.1. Amostra

A amostra em estudo é de conveniência, constituída por 200 participantes, jovens do ensino secundário e universitário. A idade dos participantes é compreendida entre os 18 e os 25 anos de idade.

Com o objetivo de caracterizar a amostra realizamos o teste-t de comparação de grupos entre homens e mulheres para a idade e género, temos a seguinte distribuição, 76 participantes são do género masculino, correspondente a 38%, com média de idade de 21,01 anos, desvio padrão de 2,09 e 124 participantes são do género feminino, correspondente a 62%, com média de idade de 21,14 anos, desvio padrão de 2,09. Em seguida, realizamos uma tabela cruzada entre género e estado civil, situação profissional e religião pelo teste de qui quadrado, o qui-quadrado de Pearson não revelou quaisquer valores de significância estatística.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos

		Género				t
		Masculino (N=76)		Feminino (N=124)		
		M	DP	M	DP	
Idade		21,01	2,09	21,14	2,09	-,406
Escolaridade		11,66	1,21	12,10	1,31	-2,396*
Agregado Familiar		3,36	1,50	3,23	1,42	,574
		N	%	N	%	X ²
Estado civil	Solteiro	73	38,4	117	61,6	,286
	Casado	3	30,0	7	70,0	

Situação Profissional	Empregado	13	39,4	20	60,0	2,575
	Desempregado	2	50,0	2	50,0	
	Estudante	49	35,8	88	64,2	
	Trabalhador/Estudante	11	44,0	14	56,0	
Religião	Católico	35	30,7	79	69,3	10,719
	Testemunha de Jeová	4	40,0	6	60,0	
	Protestante	6	46,2	7	53,8	
	Outro	17	53,1	15	46,9	
	Ateu	14	51,9	13	48,1	

Por ser fundamental para a compreensão da temática, realizamos uma tabela cruzada entre género e idade de início da atividade sexual, pelo teste de qui-quadrado e verificou-se que o qui-quadrado de Pearson é estatisticamente significativos (sig. 9,404*). No que se refere ao início da atividade sexual, 11 homens e 19 mulheres ainda não ter iniciado a atividade sexual. Cinquenta e três homens e 62 mulheres iniciaram a atividade sexual antes dos 18 anos de idade. Onze homens e 38 mulheres iniciaram a atividade sexual entre os 18 e os 20 anos de idade. Para terminar, temos os que iniciaram a atividade sexual entre os 20 e os 25 anos, destes temos 1 homem e 5 mulheres.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos (género e idade de início da atividade sexual)

		Género				X ²
		Masculino (N=76)		Feminino (N=124)		
		N	%	N	%	
Idade de início da atividade	Não	11	36,7	19	63,3	9,404*
	Sim, antes dos 18 anos	53	46,1	62	53,9	
	sim, entre os 18 e os 20 anos	11	22,4	38	77,6	

sexual	Sim, entre os 20 e os 25 anos	1	16,7	5	83,3
--------	-------------------------------	---	------	---	------

Realizamos uma tabela cruzada entre género e idade de início da atividade sexual, pelo teste de qui-quadrado e verificou-se que o qui-quadrado de Pearson é estatisticamente significativos (sig. 9,404*). Assim sendo, no que se refere ao início da atividade sexual, 11 (36,7%) homens e 19 (63,3%) mulheres mencionam ainda não ter iniciado a atividade sexual. Cinquenta e três (46,1%) homens e 62 (53,9%) mulheres referem ter iniciado atividade sexual antes dos 18 anos de idade. Onze (22,4%) homens e 38 (77,6) mulheres referem ter iniciado a atividade sexual entre os 18 e os 20 anos de idade. Para terminar, temos os que iniciaram a atividade sexual entre os 20 e os 25 anos, destes temos 1 (16,7%) homem e 5 (83,3%) mulheres.

2.2. Procedimento

O primeiro procedimento para a recolha de informação foi explicar aos participantes o que se pretendia e pediu-se a sua participação, e em seguida entregou-se o protocolo.

Consentimento informado onde estavam apresentadas as autoras da investigação, a instituição de ensino, o tema da investigação e o principal objetivo de estudo. Em seguida, solicitou a colaboração voluntária, em que foi explicado que a participação consistia no preenchimento de um protocolo com quatro questionários. Desta forma, era pedido que se lesse atentamente todas as questões colocadas e informamos que não existiam respostas certas nem erradas. Pretendia-se apenas uma resposta que refletisse as opiniões, pensamentos, crenças, sentimentos e atitudes.

Informou-se ainda que os dados facultados deveriam ser confidenciais e anónimos, destinando-se a tratamento estatístico. Deu-se a possibilidade do participante desistir se assim entendessem. Numa primeira fase de preenchimento de 20 questionários, foram colocadas algumas questões de terminologia, que nas sessões seguintes de preenchimento do protocolo em sala de aula foram esclarecidas. O preenchimento do protocolo demorou entre 15 a 30 minutos individualmente, quando foi preenchido em coletivo numa sala de aula o tempo passou a aproximar-se dos 45 minutos.

2. 3. Instrumentos

O protocolo para a realização da investigação era constituído pelo consentimento informado e por quatro instrumentos de recolha de informação.

Foram dispostos na ordem aqui indicada, pois consideramos que seria o mais pertinente e adequado:

Consentimento informado com informações sobre as autoras da investigação, a instituição de ensino, o tema da investigação e o principal objetivo de estudo.

Questionário de dados demográficos onde foram questionados sobre o género, idade, estado civil, anos de escolaridade completos, religião, início da atividade sexual. Foram estas as variáveis que consideramos suficiente e pertinente para a compreensão da temática em questão.

Para recolher informações sobre as atitudes sexuais, utilizamos uma escala desenvolvida por Hendrick e Hendrick em 1987 e adaptada à população Portuguesa por Alferes em 1999. Este instrumento pretende verificar em que medida, grau as atitudes sexuais dos jovens adultos aproximam-se da dimensão afetiva, relacional, procura de prazer, planeamento familiar e um compromisso a longo prazo. A escala é constituída por 43 itens, divididas em quatro subescalas, sendo elas: permissividade sexual (itens 1 a 21), práticas sexuais (itens 22 a 28), comunhão (itens 29 a 37), instrumentalidade sexual (itens 38 a 43). As afirmações são de resposta fechadas numa escala de Likert que varia de 1 para completamente em desacordo e 5 para totalmente de acordo.

Foi pedido ao participante que lesse atentamente as afirmações e que indicasse o grau em que cada afirmação correspondesse às suas opiniões, pensamentos, sentimentos e comportamentos. Fazendo um círculo á volta do número que melhor correspondesse a si (Alferes, 1999).

Em seguida, a escala de ansiedade, depressão e *stress* de Lovibond e Lovibond desenvolvida em 1995 e adaptada a população Portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal

em 2004. Nesta escala, são avaliados a afetividade negativa através dos sintomas experienciados durante a última semana. Esta versão do questionário é composta por 21 itens divididos em três subescalas: ansiedade (itens 2, 4, 8, 9, 15, 19 e 20), depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21) e *stress* (itens 1, 6, 7, 11, 12, 14 e 18), ou seja, existem sete itens para cada subescala. As afirmações são de resposta fechadas numa escala de Likert que varia de 0 para não se aplicou nada a mim e 3 para aplicou-se a mim a maior parte das vezes e a pontuação varia de mínima 0 e máxima num total absoluto de 21 valores para cada subescala, quanto maior for a pontuação maior é a afetividade negativa.

Foi pedido ao participante que lesse por favor cada uma das afirmações para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana anterior. Não há respostas certas ou erradas, que não levasse muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Por último, a escala multidimensional de locus de controlo de saúde. Foi desenvolvido por Wallston e Wallston em 1978, resultante da junção de vários instrumentos de medição de comportamentos de saúde. Para este estudo foi adotada a versão de Wallston, Stein e Smith (1994) e a versão portuguesa de Tapadinhas e Nunes (2011). Esta escala é composta por 18 itens divididos em três subescalas: locus de controlo interno, locus de controlo externo C e locus de controlo externo P (Nunes & Tapadinhas, 2012).

As afirmações são de resposta fechadas numa escala de Likert que varia de 1 para concordo totalmente e 5 para discordo totalmente, a pontuação varia de mínima 5 e máxima absoluta de 30 valores para cada dimensão. Quanto menor for a pontuação pode significar que o indivíduo tem um controlo sobre a sua saúde mais interno, externo C ou P, a medida que este valor vai aumentando o indivíduo passa a assumir que para ter saúde depende de si e de outros, refletindo comportamentos internos e externos. Foi pedido ao participante que lesse atentamente cada questão e fizesse um círculo á volta do número que melhor expressasse a sua opinião. Não existiam respostas certas ou erradas. O que importava era a opinião. Pretendia-se que as respostas transmitissem ideias ou crenças atuais sobre comportamentos de saúde (Nunes & Tapadinhas, 2012).

2.4. Tratamentos estatísticos

Com o objetivo de testar as hipóteses colocadas foram realizados os seguintes procedimentos estatísticos, com o auxílio do software de análise de dados Statistical Package for Social Science for Windows (versão 22, SPSS inc. Chigado. IL) com o auxílio da descrição em Maroco (2007): estatística descritiva para medidas de associação, inferência estatísticas para a distribuição de qui-quadrado; dentro dos testes paramétricos, realizou-se o teste de Levene para a homogeneidade de variância, o teste t-student para comparação de amostras independentes, a Anova a um factor e o teste de Tukey para a comparação múltipla de medidas. Foram considerados níveis de significância de $P \leq 0,05 = *$, $P \leq 0,01 = **$ e $P \leq 0,001 = ***$. Foram utilizadas para as citações e referências bibliográficas, as normas da American Psychological Association (APA, 2001) homologada pela ULHT no despacho N° 30/2014 para as normas de elaboração de Teses de doutoramento (aplicáveis às dissertações, trabalho de projeto e relatórios de estágio de mestrado) elaborada por Judite Primo & Diogo Mateus, para o ano letivo 2014/2015.

Capítulo III – Resultados/Discussão

3. Resultados

Com o objetivo de testar as hipóteses colocadas foram realizados diversos procedimentos estatísticos.

Procedemos ao teste-t de comparação entre grupos para as variáveis psicológicas, com o propósito de verificar se existiam diferenças de género nas médias das variáveis psicológicas. Verificamos que existem diferenças de médias estatisticamente significativas na permissividade ($T(197) = 3,135$; $p = ,002$), onde os homens demonstram uma de média 70,44 e desvio padrão de 10,80 e as mulheres demonstram média de 64,33 e desvio padrão de 14,63.

Nas práticas sexuais foram encontradas diferenças de médias ($T(198) = 2,658$; $p = ,009$), os homens têm média 22,46 e desvio padrão de 3,59 e as mulheres média de 21,46 e desvio padrão de 3,74.

Na subescala comunhão encontramos diferenças de médias significativas ($T(198) = 2,133$; $p = ,034$) os homens com uma média de 28,21 e desvio padrão 5,81 as mulheres com média de 26,56 e desvio padrão de 4,95.

Para o *stress* ($T(198) = -2,614$; $p = 0,010$) os homens têm média de 4,99 e desvio padrão de 4,11, as mulheres têm média de 6,64 e desvio padrão de 4,49.

No locus de controlo interno para à saúde ($T(198) = 2,873$; $p = 0,005$) verificamos para os homens uma média de 24,50 e desvio padrão de 4,02 e para as mulheres média de 22,65 e desvio padrão de 4,67.

Tabela 1 - Comparação entre género para as variáveis psicológicas

	Género				
	Masculino (N=76)		Feminino (N=124)		t
	M	DP	M	DP	
Permissividade	70,44	10,80	64,33	14,63	3,135***
Práticas sexuais	22,46	3,59	21,03	3,75	2,658**
Comunhão	28,21	5,81	26,56	4,96	2,133*

Instrumentalidade	20,38	3,31	21,34	3,45	-1,946
Ansiedade	3,55	4,31	4,41	4,19	-1,393
Depressão	3,41	4,08	3,89	3,97	-,821
<i>Stress</i>	4,99	4,11	6,65	4,96	-2,614**
Interno	24,50	4,02	22,65	4,67	2,873**
Externo P	20,74	4,91	20,61	5,13	,168
Externo C	19,11	5,56	18,33	10,03	,617

Legenda: $P \leq 0,05 = *$ $P \leq 0,01 = **$ $P \leq 0,001 = ***$

Ao realizarmos a estatística correlacional entre as variáveis psicológicas (atitudes sexuais, ajustamento emocional e locus de controlo para a saúde) no grupo de elementos de sexo masculino verificou-se que existe correlação significativa entre instrumentalidade e locus de controlo externo P ($R = 0,241$, $p = 0,036 *$). E também existe correlação estatisticamente significativa entre comunhão e locus de controlo externo C ($R = 0,306$, $p = 0,007*$).

Tabela 2 – Associação entre atitudes sexuais com o ajustamento emocional e o locus de controlo para o género masculino (N=76)

	Permissividade	Práticas sexuais	Comunhão	Instrumentalidade
Ansiedade	-,005	,203	,172	,032
Depressão	-,031	,213	,183	,043
<i>Stress</i>	-,066	,150	,164	,006
Interno	,086	,034	,002	,224
Externo P	,033	,061	,050	,241*
Externo C	,084	,172	,306*	,216

Legenda: $P \leq 0,05 = *$

Em seguida procedemos a estatística correlacional das variáveis psicológicas (ajustamento emocional e locus de controlo para a saúde), ainda para o género masculino, verificamos que existe correlação entre ansiedade e locus de controlo externo C ($R = 0,305$, $p = 0,007$ *) e entre depressão e locus de controlo externo C ($R = 0,265$, $p = 0,021$).

Tabela 3 - Associação entre locus de controlo e o ajustamento emocional para o género masculino (N=76)

	Interno	Externo P	Externo C	<i>Leg</i>
Ansiedade	,025	,173	,305**	<i>end</i>
Depressão	-,065	,136	,265*	<i>a:</i>
<i>Stress</i>	-,097	,009	,151	$P \leq$
				0,0

5 = * $P \leq 0,01$ = **

Ao realizarmos a estatística correlacional entre as variáveis psicológicas (atitudes sexuais e locus de controlo para a saúde e ajustamento emocional) para o género feminino, verificamos que existe correlação significativa entre instrumentalidade e *stress* ($R = 0,189$, $p = 0,035$ *), entre instrumentalidade e locus de controlo interno ($R = 0,394$, $p = 0,000$ ***) e entre instrumentalidade e locus de controlo externo p ($R = 0,284$, $p = 0,001$ **).

Tabela 4 - Associação entre atitudes sexuais com o ajustamento emocional e o locus de controlo para o género feminino (N=124)

	Permissividade	Práticas sexuais	Comunhão	Instrumentalidade
Ansiedade	,062	,092	,084	,071
Depressão	-,047	-,086	-,045	,064
<i>Stress</i>	,122	,130	,097	,189*
Interno	,143	,130	,031	,394**
Externo P	,107	,114	-,043	,284**
Externo C	,001	,035	-,006	,169

Legenda: $P \leq 0,05$ = * $P \leq 0,01$ = **

Em seguida procedemos a estatística correlacional das variáveis psicológicas (ajustamento emocional e locus de controlo), ainda com o género feminino e verificamos que existe correlação somente entre stress e locus de controlo interno ($R = ,190$, $p = 0,035^*$).

Tabela 5 - Associação entre o locus de controlo e o ajustamento emocional para o género feminino (N=124)

	Interno	Externo P	Externo C
Ansiedade	,134	,047	,061
Depressão	,105	,082	,118
Stress	,190*	,090	,005

Legenda: $P \leq 0,05 = *$

Tentou-se averiguar se a idade de início da atividade sexual poderia apresentar associação com a religião. Verificamos que não existem diferenças na distribuição de casos pelo tipo de religião e o início da atividade sexual.

Tabela 6 - Associação entre religião e idade de início da atividade sexual

		Religião						X^2
		Católicos (N=114)		Outras (N=55)		Ateus (N=27)		
		N	%	N	%	N	%	
Idade de	Não	15	50,0	12	40,0	3	10,0	
Início da	Sim, antes dos 18	69	61,1	30	26,5	14	12,4	
atividade	anos							
Sexual	Sim, entre os 18 e os 20 anos	27	57,4	11	32,4	9	19,1	4,108
	Sim, entre os 20 e os 25 anos	3	50,0	2	33,3	1	16,7	

Por outro lado, quanto a religião e a atitudes sexuais, verificamos que, pelo menos na subescala prática sexual, existem diferenças significativas nos grupos das diferentes religiões ($F(2, 194) = 4,391$; $p=,014$), quando procuramos especificar o grupo, constatamos que as outras religiões (onde reagrupamos os Testemunhas de Jeová e os Protestantes, devido ao seu número ser muito reduzido) apresentam uma média inferior dos católicos e dos ateus. Contudo, não existe diferenças de médias entre católicos e os ateus no que se refere as práticas sexuais.

Tabela 7 – Comparação entre indivíduos com diferentes religiões para as atitudes sexuais

	Católicos (N = 114)		Outras (N = 55)		Ateus (N = 27)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Permissividade	66,88	15,41	64,87	12,53	69,00	6,42	,852
Práticas sexuais	21,82	3,31	20,38	4,67	22,67	2,53	4,391*
Comunhão	27,37	4,84	26,09	6,75	28,22	3,89	1,713
Instrumentalidade	21,39	3,24	20,42	4,05	20,41	2,53	1,940

*Legenda: $P \leq 0,05 = *$*

3.1. Discussão

Tendo em conta o objetivo geral desta investigação, que pretendia verificar se existia associação entre as atitudes sexuais, locus de controlo de saúde e o ajustamento emocional em jovens adultos, temos a referir que o objetivo geral desta investigação foi verificado, ou seja, pelos resultados obtidos, foi possível encontrar para esta amostra correlações estatisticamente significativas entre as variáveis psicológicas para ambos os sexos.

Quanto às hipóteses colocadas para fundamentar os objetivos pretendidos, temos a dizer que apesar de existirem diferenças nas variáveis psicológicas em função de género, estas diferem muito pouco mas ainda assim, como é possível observar nas tabelas, existem diferenças de médias em cada género. Assim sendo:

Outros autores, anteriormente, haviam estudado as atitudes sexuais e as possíveis diferenças entre géneros e foi com base em estudos realizados por Alferes (1997), Pais-Ribeiro (1998), Antunes (2007) e Janeiro e colaboradores (2013), que colocamos as nossas hipóteses referentes às atitudes sexuais.

Ao verificar se os homens tinham atitudes sexuais mais direcionadas para a permissividade e para a instrumentalidade do que as mulheres. Somente encontramos diferenças de médias na permissividade, onde os homens demonstram maiores valores de médias. Contudo, na instrumentalidade sexual, não encontramos diferenças de médias, ou seja, tanto os homens como as mulheres têm atitudes e comportamentos sexuais direcionados para a satisfação sexual, a utilidade do sexo como meio de obtenção de prazer físico. Sendo assim, esta constatação é oposta à encontrada pelos autores referidos anteriormente.

Verificou-se, se as mulheres tinham mais comunhão do que os homens, nesta amostra, são os homens que apresentam maior valor de média na comunhão, revelando comportamentos e atitudes sexuais que visam o compromisso a longo prazo, o estabelecimento de rotinas, o investimento na intimidade, o ajustamento emocional e a partilha de perspetivas, interesses e idealizações. Contudo, esta constatação referente à comunhão também difere da dos autores citados, pois estes encontraram médias mais elevadas no género feminino, onde a mulher procuravam maior estabilidade emocional e prolongamento da relação afetiva.

Verificou-se, se os homens tinham maior locus de controlo externo P do que as mulheres. Não encontramos diferenças de médias nos dois grupos, ou seja, tanto os homens como as mulheres, precisam das redes de suporte e quando se encontram doentes, também se apoiam nos amigos, familiares, médicos e em Deus. Constatação oposta a encontrada anteriormente por Alves e Lopes em 2010, que referem que os homens, em questões de saúde, se apresentam mais sensíveis do que as mulheres, com uma maior necessidade de suporte da rede social, apoiando-se mais nos amigos e familiares.

Pretendia-se verificar a existência de associação entre internalidade e *stress* em ambos os sexos. Alves e Lopes (2010) constataram que os estudantes que tinham maiores níveis de locus de controlo interno, tinham maiores níveis de *stress*, devido à busca de equilíbrio das exigências académicas. Esta observação neste estudo não é verificada no género masculino. Contudo, no género feminino, encontramos associação entre internalidade e *stress*. Esta associação pode revelar que as mulheres têm mais dificuldade em se adaptarem, equilibrarem-se e controlar as exigências da vida adulta, também fruto da pressão social, uma vez que é espectável que as mulheres assumam mais responsabilidades e controlem muitas mais variáveis do que os homens.

Procurou-se averiguar a existência de associação entre depressão e comunhão, no género feminino, uma vez que Janeiro e colegas em 2013, constataram que apesar da emancipação feminina e da igualdade de direitos, as mulheres ainda revelavam uma atitude mais passiva e com menos exigências sexuais, com o objetivo de evitar conflitos no relacionamento, podendo sugerir baixa autoestima, vergonha, falta de confiança e falta de amor-próprio (Janeiro et al., 2013). Tendo menos procura de novos parceiros sexuais, manifestando atitudes mais rígidas sobre o sexual (Janeiro et al., 2013). Todavia, esta constatação não se verifica nesta amostra em estudo. Uma vez que as mulheres, aqui, não apresentam médias superiores na comunhão, antes pelo contrário, são os homens que revelam a necessidade de compromissos estáveis, tendo menos parceiras, apesar de nos homens não existir associação entre ajustamento emocional e atitudes sexuais.

Esperava-se que os participantes com religião Católica e os participantes de outras religiões (Testemunhas de Jeová e Protestantes) tivessem a idade de início da atividade sexual mais tardia do que os ateus (participantes sem religião). Alferes, 1997 e Antunes, 2007 tinham

verificado que a religião tinha um fator retardador da idade de início da atividade sexual, possivelmente devido às nossas raízes cristãs e ao seu impacto na expressão da sexualidade. Porém, verificamos que não existem diferenças significativas quanto à religião e à idade de início da atividade sexual na nossa amostra, ou seja, tanto os jovens com religião ou os jovens sem religião, iniciam a sua atividade sexual em todas as idades descritas na nossa investigação. Não verificamos as evidências encontradas por Alferes (1997) e Antunes (2007).

Espera-se que os participantes que tinham religião (Católica e outras) tivessem mais comunhão do que os participantes ateus como tinha sido verificado por Alferes, 1997 e Antunes, 2007. Contudo, na nossa amostra não encontramos esta evidência, ou seja, em nenhuma religião sobressaem as atitudes sexuais que visam o compromisso a longo prazo, ao estabelecimento de rotinas, investimento na intimidade e no ajustamento emocional. Para os homens e mulheres que constituem a nossa amostra, o outro serve principalmente para a satisfação sexual, como meio de obtenção de prazer físico. Procura-se mais informações através do planeamento familiar e da educação sexual para ter formas de sexo não convencional como por exemplo a masturbação.

Conclusão

Nesta investigação, num total de 200 jovens, 30 (15%) ainda não iniciaram a atividade sexual e 115 (57,5%) iniciaram a atividade sexual antes dos 18 anos. São maioritariamente solteiros e estudantes. Estes valores têm sido consistentes na literatura. Projetos como o da Equipa da Aventura Social e pelo Health Behaviour in Schoolaged Children (2011/2015) têm sido muito importantes nestas áreas da educação sexual, juntos das escolas e das famílias, apesar de considerar que os técnicos de saúde e investigadores sociais, ainda têm muito trabalho a realizar com vista a uma mudança de atitudes e comportamentos sexuais, para uma prevenção e promoção da sexualidade saudável.

Temos a referir que é consistente em ambos os sexos e em todas as idades aqui em estudo, uma maior preferência pelo sexo utilitário e a satisfação física. A mulher tem uma atitude mais direcionada para o prazer físico e aqui é o homem quem mais se mostra

preocupado com a prevenção e segurança do sexo, apesar de ainda iniciarem a atividade sexual cedo. O relacionamento interpessoal e a afetividade vêm por acréscimo, não se afigura como uma prioridade nos relacionamentos, principalmente por parte da mulher que tem mais preferência pelo sexo ocasional, sem compromisso de futuro e com vários parceiros e sem possibilidade de uma componente reprodutiva responsável.

Não verificamos as evidências de que a religião sirva como elemento moderador das atitudes sexuais, dando aos jovens com religião uma atitude mais conservadora e responsável em termos de sexualidade, privilegiando a intimidade, a afetividade e a estabilidade emocional.

As variáveis pessoais e sociais têm uma importância muito grande neste tipo de estudo, apesar de utilizarmos instrumentos validados e fiáveis, os fatores contextuais acentuam-se de modo crucial, ou seja, quando se retiram conclusões nestes tipos de investigações, não podemos esquecer a desejabilidade social. Apesar de existir uma literatura vasta sobre atitudes sexuais, ajustamento emocional e locus de controlo de saúde, esta é muito mutável e os seus resultados constantemente contraditórios. Na nossa amostra tanto os homens como as mulheres têm comportamentos e atitudes sexuais, de ajustamento e de saúde que se contradizem eles próprio.

Devido à temática em estudo foram encontradas algumas limitações, a melhorar em futuras investigações. Foram muitas as recusas e desistências de participação, muitas participantes revelaram estar pouco à vontade para expor fatos da sua sexualidade e foi necessário reforçar a ideia que os questionários deviam ser anónimos, e que os dados eram confidenciais.

Constatamos pouca seriedade quando os aplicamos em turmas completas, pois nestas situações os colegas brincavam com as questões e provocavam-se uns aos outros. Este comportamento foi consistente em todas as aplicações em grupos/coletivos.

Temos a apontar uma forte desejabilidade social. Em grupos de rapazes, verificamos que estes comentavam e discutiam os valores a atribuir a cada item (tivemos de intervir uma vez, devido ao tempo despendido em discussões e receio de enviar os resultados, uma vez que era um grupo de quase 30 participantes).

Já as raparigas preenchiam os questionários em silêncio e demoravam muito tempo, revelando angústia e incómodo. Foram as raparigas que mais dúvidas colocaram e tiveram mais dificuldade em compreender alguns dos termos.

Todos os questionários foram uma novidade para os participantes, principalmente o questionário de locus de controlo de saúde.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014) Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta edição. Climepsi Editores. Lisboa. pp, 183-222, 223-277, 317-347.
- Alves, A., & Lopes, M. (2010) Lócus de controle e conhecimento, atitude e prática contraceptivas entre adolescentes universitários: Revista Saúde Pública. Retirado: novembro, 15, 2014, de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32741/0>
- Alves, S. (2009). O auto-controlo: sua influência no ajustamento psicossocial das crianças. Retirado: novembro, 15, 2014, de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/878>
- Antunes, M. (2007) Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior. Manuscrito não publicado. Retirado: janeiro, 13, 2015, de [http://www. Google académico.com](http://www.google.académico.com)
- Almeida, J., & Pereira, M. (2006) Locus de Controlo na Saúde: Conceito e Validade numa escala em adolescentes com Diabetes Tipo I. Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 2006, 7 (2), 221-238. Retirado: abril, 23, 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36270206.pdf>
- Alferes, V. R. (2004) Atração interpessoal, sexualidade e relações íntimas. Em J. Vala & M. B. Monteiro. Psicologia Social, 6ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa. Retirado: dezembro, 10, 2014, de https://gaius.fpce.uc.pt/niips/novoplano/ps1/documentos/Artigo_22.pdf
- Araújo, M. (2002) Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. Psicologia: Revista Ciência e Profissão (pesquisa realizada a 10/05/2015). http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932002000200009&script=sci_arttext&tlng=es
- American Psychiatric Association (2002) Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quarta edição - revista. Climepsi Editores. Lisboa. pp, 429-533, 345-428.
- Alferes, V. R. (1999) Escala de atitudes sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves e L. A. Almeida (eds.), Testes e provas psicológicas em Portugal (vol. 2, pp.132-1489).

- Braga: SHO/APPOR. Retirado: novembro, 20, 2014, de https://gaius.fpce.uc.pt/niips/i_pub/val_pub/Alferes1999_EAS.pdf
- Alferes, V. R. (1997) Encenação e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade. Porto: Edições Afrontamento. Retirado: novembro, 20, 2014, de <http://gaius.fpce.uc.pt/niips/docs/val/EncComSex.pdf>
- Carvalho, M. (2010) Satisfação profissional dos Enfermeiros: Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Instituto de Educação. Retirado: novembro, 20, 2014, de <http://hdl.handle.net/10437/1574>
- Costa, E., & Leal, I. (2005) Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Revista Análise Psicológica* (2005), 3 (XXIII): 247-260. Retirado: janeiro, 03, 2015, de <http://hdl.handle.net/10400.12/182>
- Damáσιο, A. (2003) Ao Encontro de Espinosa – As emoções sociais e a neurologia do sentir. Publicações Europa América., pp. 43-97.
- Coimbra de Matos, A. (2001) A Depressão: Episódios de um Percurso em busca do seu Caminho. Climepsi Editores. Lisboa. pp, 123-125.
- Giddens, A. (1996) Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Oeiras: Celta Editora. Retirado: janeiro, 23, 2015, de <http://pt.scribd.com/doc/73145438/GIDDENS-Anthony-A-Transformacao-da-Intimidade#scribd>
- Janeiro, J., Oliveira, I., Rodrigues, M., Maceiras, M., & Rocha, G. (2013) As atitudes sexuais, contraceptivas, o lócus de controle da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior: Lisboa. Escola superior de saúde da Cruz vermelha Portuguesa. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, Fortaleza, 26(4): 505-512, out./dez., 2013. Retirado: novembro, 29, 2014, de <http://www.researchgate.net/publication/263702386>
- Hernandez, J., & Hutz, C. (2008) Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais ajustamento conjugal e emocional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil. Retirado: dezembro, 10, 2014, de http://www.academia.edu/3415538/Gravidez_do_primeiro_filho_pap%C3%A9is_sexuais_ajustamento_conjugal_e_emocional
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987) Multidimensionality of sexual attitudes. *The Journal of Sex Research*. Retirado: dezembro, 10, 2014.

- Lopes, V., & Leal, I. (2012) Ajustamento Emocional na Infertilidade. Placebo, Editora LDA. Lisboa. Retirado: novembro, 13, 2014, de sp-ps.pt/uploads/publicacoes/107_c.pdf
- Leal, I. (2011) O Despertar da sexualidade. Revista psicologia na actualidade, nº2. pp 12-20. Retirado: setembro, 24, 2013, de <http://www.psicologianaactualidade.com>
- Levenson, H. (1974) Multidimensional locus of control in psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology. consultado: dezembro, 10, 2014
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2012) Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitário. Relatório de estudo. Lisboa. Retirado: novembro, 23, 2014, de http://aventurasocial.com/arquivo/1356031665_V5%20Relatorio-Universitarios_protegido.pdf
- Matos, M., Tomé, G., & Equipa Aventura Social (2012): Promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade. Vol. 1. Placebo. Lisboa. Retirado: novembro, 23, 2014, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/AVENTURA%20SOCIAL%20VOL%201.pdf#page=245>
- Marreiros, N. (2009) considerações teóricas sobre o conceito de Locus de Controlo: Reflexões acerca do seu potencial preventivo. Revista de Toxicodependência. Vol 15. pp. 61-68. Retirado: novembro, 20, 2014, de http://www.sicad.min-saude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/483/07_Toxico_n3_2009.pdf
- Maroco, J. (2007) Análise estatística - com utilização do SPSS, 3ª ed, Edições Sílabo., pp. 133-209, 213-265 e 269-325
- Meyerowitz, B., Burish, T., & Wallston, K. (1986) Health Psychology: A Tradition of Clinical and Social Psychology. Vanderbilt University. Journal of Social and Clinical Psychology, vol. 4. Pesquisado: abril, 29, 2015
- Nunes, A., & Tapadinhas, A. (2012) Modelo de crenças de saúde e locus de controlo da saúde face ao rastreio do cancro Colo-retal. ISPA. Retirado: novembro, 20, 2014, de <http://hdl.handle.net/10400.12/2269>
- Pais-Ribeiro, J., & Fernandes, V. (2014) Tendências em Psicologia da saúde: Contextos e Interdisciplinaridades (Resumo). 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Porto. Retirado, janeiro, 20, 2015 de <https://sites.google.com/site/psaude10congresso>.

Pais-Ribeiro, J, & Marques, T. (2009) A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stress: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-Universidade do Porto. Retirado: novembro, 15, 2014, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S164500862009000200008&script=sci_art_text&tlng=en

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004) Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (2), 229-239. Retirado: novembro, 15, 2014, de <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Pais-Ribeiro, J. L. (1994) Reconstrução de uma escala de Locus-de-controlo de saúde: porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação. Universidade do Porto. Retirado: novembro, 15, 2014, de <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/LOcus.htm>

Ruffin, R., Ironson, G., Fletcher, M., Balbin, E., & Schneiderma, N. (2012) Health Locus of Control Beliefs and Healthy Survival with AIDS. Int. J. Behav. Med. Retirado: dezembro, 10, 2014, de <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-011-9185-2>.

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M., Diniz, J., Simões, C., & Equipa Aventura Social (2011) Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2011;29(1):11-21. Retirado: novembro, 23, 2014, de <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/vol-1-2011/Educacao%20sexual,%20conhecimentos,%20crencas,%20atitudes.pdf>

Reis, H. T., Collins, W., & Berscheid, E. (2000) The Relationship contexto of Human Behavior and Development. Psychological Bulletin 2000, Vol. 126, No. 6, 844-872. the American Psychological Association, Inc. 0033-2909/00/\$5.00 DOI: 10.1037//0033-2909.126.6.844. Retirado: novembro, 23, 2014, de

- Santos, A., & Cardoso, C. (2010) Profissionais de saúde mental: Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida, *Psicologia: Teoria e pesquisa* Vol. 26 nº 3, pp. 543-548.
Retirado: novembro, 23, 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a17v26n3.pdf>
- Teixeira, J.C. (2004) *Psicologia da Saúde*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
Retirado: dezembro, 10, 2014, de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/214>
- Wallston, K., Stein, M., & Smith, C. (1994) Form C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*. 1994.63(3), 534-553.
Retirado: dezembro, 04, 2014, de <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/A62.pdf>
- Wallston, K., Wallston, B., & DeVellis, R. (1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*. Vol. 6 NO. 2.
Retirado: dezembro, 04, 2014, de http://www.researchgate.net/publication/22452198_Development_of_Multidimensional_Health_Locus_of_Control_%28MHLC%29_Scale

ANEXO

Anexo 1 – Protocolo de investigação

Consentimento Informado

Caro Participante

Chamo-me Alice Simão Morais, sou aluna do mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado, intitulada **Atitudes sexuais e a sua relação com o locus de controlo de Saúde e o ajustamento emocional em jovens adultos**, com a orientação da professora Joana Brites Rosa.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, voluntária, para uma investigação que pretende verificar se existe relação entre Atitudes Sexuais, locus de controlo de saúde e o ajustamento emocional em jovens adultos.

Caso decida colaborar, a sua participação consiste no preenchimento de um protocolo, composto por quatro questionários. Desta forma, peço-lhe que leia atentamente todas as questões que lhe vão ser colocados e informo que não existe respostas certas nem erradas. Responda apenas de forma a refletir as suas opiniões, pensamentos, crenças, sentimentos e atitudes.

Os dados que irá facultar são confidenciais e anónimos, destinando-se a tratamento estatísticos, pelo que peço que não escreva o seu nome em nenhuma página deste questionário.

Se, a qualquer momento do preenchimento deste questionário, não quiser continuar sinta-se á vontade para desistir.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Informações sociodemográficas

1. Género: Masculino () Feminino ()
2. Idade :
3. Já iniciaste a atividade sexual? Sim () Não ()
- 3.1. Se sim: com que idade: antes dos 18 anos () entre 18 e os 20 ()
entre os 20 e os 25 ()
4. Estado civil: Solteiro () Casado/União de facto () Divorciado/Separado ()
Viúvo ()
5. Anos de escolaridade completos:
6. Número de pessoas do agregado familiar:
7. Situação Profissional: Empregado/a () Desempregado/a () Estudante ()
Trabalhador/Estudante ()
8. Religião: Católico () Testemunha de Jeová () Protestante () Outro () Ateu ()

Escala de Atitudes Sexuais

(Versão original de Hendrick e Hendrick, 1987; versão Portuguesa de Alferes, 1999)

Leia atentamente as afirmações que se seguem e indique o grau em que cada afirmação corresponde as suas opiniões, pensamentos, sentimentos e comportamento. Faça um círculo á volta do número mais apropriado.

Completamente em desacordo	Parcialmente em desacordo	Não sei/nem concordo nem desacordo	Parcialmente de acordo	Totalmente de acordo
1	2	3	4	5

1- Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	1	2	3	4	5
2 – O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	1	2	3	4	5
3 – As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
4 – O sexo torna-se melhor á medida que as relações progridem.	1	2	3	4	5
5 – Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	1	2	3	4	5
6 – O sexo é melhor quando se “deixam ir” e se centram no seu prazer.	1	2	3	4	5
7 – As “aventuras sexuais” de uma só noite são, por vezes, muito agradáveis.	1	2	3	4	5
8 – As mulheres deviam partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
9 – É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa ao mesmo período de tempo.	1	2	3	4	5

10 – O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	1	2	3	4	5
11 – É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer quaisquer promessas para o futuro.	1	2	3	4	5
12 – O sexo é, em primeiro, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
13 – As relações sexuais como simples troca de “serviço” são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	1	2	3	4	5
14 – A educação sexual é importante.	1	2	3	4	5
15 – O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer “compromisso”.	1	2	3	4	5
16 – Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana.	1	2	3	4	5
17 – A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.	1	2	3	4	5
18 – O sexo é, principalmente, uma atividade física.	1	2	3	4	5
19 – É impossível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	1	2	3	4	5
20 – Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”.	1	2	3	4	5
21 – O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
22 – O orgasmo é a melhor experiência do mundo.	1	2	3	4	5
23 – É correto “pressionar” alguém para ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
24 – A masturbação é algo agradável e inofensiva.	1	2	3	4	5
25 – É bom ter uma prolongada experiência sexual	1	2	3	4	5

pré-marital.					
26 – Durante as relações sexuais o conhecimento intenso do parceiro é o melhor “estado de espírito”.	1	2	3	4	5
27 – Os encontros “ extraconjugais” são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba delas.	1	2	3	4	5
28 – Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	1	2	3	4	5
29 – O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
30 – O sexo é geralmente uma experiência intensa e absorvente.	1	2	3	4	5
31 – Sentir-se-ia confortável tendo relações sexuais com a sua parceira na presença de outra pessoa.	1	2	3	4	5
32 – O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.	1	2	3	4	5
33 – A prostituição é aceitável.	1	2	3	4	5
34 – Usar “instrumentos e objetos sexuais” quando se faz amor é aceitável.	1	2	3	4	5
35 – O sexo apenas como forma de “descarga física” é bom.	1	2	3	4	5
36 – Masturbar a sua parceira durante as relações sexuais pode aumentar a prazer do sexo.	1	2	3	4	5
37 – O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
38 – O sexo é uma parte muito importante da vida.	1	2	3	4	5
39 – As pessoas deviam, no mínimo, serem amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
40 – O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.	1	2	3	4	5
41 – Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5
42 – Fazer sexo é, fundamentalmente, bom.	1	2	3	4	5

43 – A principal finalidade do sexo é dar prazer a si próprio.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

EADS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

(Versão Original Lovibond & Lovibond, 1995. Versão Portuguesa Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

0 - Não se aplicou nada a mim

2 - Aplicou-se a mim muitas vezes

1 - Aplicou-se a mim algumas vezes

3 - Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

Itens	0	1	2	3
1 - Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2 - Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3 - Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4 - Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5 - Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6 - Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7 - Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8 - Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9 - Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10 - Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11 - Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12 - Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13 - Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14 - Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15 - Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16 - Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3

17 - Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18 - Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19 - Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20 - Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21 - Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Escala de Locus de Controlo de Saúde

(Versão original de Wallston, Stein & Smith, 1994. Versão Portuguesa de Tapadinhas & Nunes, 2011)

As frases que se seguem expressam o que as pessoas pensam e fazem perante questões de saúde. Leia atentamente cada questão e faça um círculo a volta do número que melhor expresse a sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor responda a todas as questões.

1 Concordo totalmente 2 Concordo parcialmente 3 Não tenho a certeza
4 Discordo parcialmente 5 Discordo totalmente

Questão	Cotação				
1 - Se estiver doente, a recuperação rápida vai depender do meu comportamento.	1	2	3	4	5
2 - Não importa o que faça; se for para estar doente, que seja realmente doente.	1	2	3	4	5
3 - Para mim, a melhor maneira de prevenir doenças é fazer um controlo regular com um médico.	1	2	3	4	5
4 - Muitas das coisas que afetam a minha saúde acontecem por acaso.	1	2	3	4	5
5 - Todas as vezes que não me sinto bem de saúde, consulto um médico.	1	2	3	4	5
6 - Posso controlar a minha saúde.	1	2	3	4	5
7 - Se estou doente ou saudável, a minha família contribui muito para isso.	1	2	3	4	5
8 - Quando estou doente, normalmente sou eu o culpado.	1	2	3	4	5
9 - A sorte é muito importante para recuperar de uma doença.	1	2	3	4	5
10 - São os médicos que controlam a minha saúde.	1	2	3	4	5
11 - A minha saúde é principalmente uma questão de sorte ou azar.	1	2	3	4	5
12 - O que afeta principalmente a minha saúde é aquilo que faço.	1	2	3	4	5
13 - Se tiver cuidado comigo, posso evitar doenças.	1	2	3	4	5

14 - Quando curo uma doença, é porque as pessoas cuidaram bem de mim.	1	2	3	4	5
15 - Não importa o que faça, poderei sempre ficar doente.	1	2	3	4	5
16 - Se dependesse do meu destino, teria saúde.	1	2	3	4	5
17 - Se fizesse as coisas certas, poderia manter-me saudável.	1	2	3	4	5
18 - Para ter saúde, tenho apenas que obedecer ao meu médico.	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua colaboração.