ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitarios

Obtaining condoms and their (non-) use by university students

Aliete Cunha-Oliveira*
José Cunha-Oliveira**
João Rui Pita***
Salvador Massano-Cardoso****

Resumo

Os estudos existentes concordam em que os jovens não têm tropismo para os serviços de saúde. Para cumprir os seus objectivos devem ser os serviços de saúde a aproximar-se dos jovens e cooperar com as escolas na educação para a saúde e na área específica da educação sexual. A preocupação prioritária em saúde sexual continua a ser a infecção VIH/sida, cujos números permanecem alarmantes. As campanhas para diminuir os comportamentos de risco e promover a protecção individual através do uso sistemático do preservativo não têm tido o êxito esperado entre adolescentes e jovens. Daí a necessidade de caracterizar as práticas sexuais dos jovens, conhecer os determinantes do não uso do preservativo, identificar os interlocutores preferidos para obter informação e aconselhamento sobre sexualidade e em que locais preferem adquirir os preservativos.

A amostra do nosso estudo foi constituída por 696 alunos das oito Faculdades da Universidade de Coimbra, com idades entre os 18 e os 24 anos (X=20,61±1,99). Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa e qualitativa. De entre os determinantes do não uso do preservativo destacam-se: *o preservativo em si mesmo* (59,3%), nas suas dimensões física e psíquica, e *o acesso difícil e a aquisição embaraçosa* e a confiança (55.9%). Uma atitude mais favorável ao preservativo é preditora do seu uso efectivo (p=0,000). As jovens universitárias (M=37,54; p=0,031) apresentaram médias de embaraço global face ao preservativo superiores às dos rapazes (M=35,56; p=0,031). A farmácia tem sido o local preferido para a aquisição dos preservativos (55,7%) e os amigos e colegas são as pessoas habitualmente escolhidas para dialogar sobre sexualidade (67,5%). Os resultados obtidos podem constituir uma contribuição para o desenvolvimento de uma mais correcta educação sexual.

Palavras-chave: adolescente, doenças sexualmente transmissíveis, preservativos, saúde pública.

Abstract

Studies show that young people are not likely to seek public health services. To accomplish their objectives, public services should work with young people and cooperate with schools in promoting education for health, particularly in the specific area of sexual health. The main worry in sexual health still is HIV/AIDS, with its still alarming statistics.

Public health campaigns for promoting systematic condom use to reduce risky behaviours and increase protective measures have not had the expected results, mainly among adolescents and young people. Therefore the objectives of this study were to identify the sexual practices of young people, know what determines their use of condoms, and identify their preferred sources of information and advice about sexuality and where they prefer to obtain condoms.

We gathered a non-probabilistic sample of 696 students aged 18-24 years from the 8 Faculties of the University of Coimbra. This was an epidemiological cross-sectional descriptive-correlational study. The methodology was quantitative and qualitative.

Among the factors leading to non-use of condoms were: *the condom itself* (59,3%), its physical and psychological aspects, and *access difficulties and embarrassment* and *confidence* (59.9%).

A more favourable attitude was predicted by effetive use (p=0,000). Male students (M=37,54; p=0,031) reported overall embarassment levels greater than those of females (M=35,56; p=0,031).

Pharmacies were the preferred setting for acquiring condoms (55,7%). Friends and fellow students were the preferred people for talking about sexual matters (67,5%).

Our results and the knowledge they offer may contribute to the development of a more efficient way of promoting healthy sexual behaviours among young people.

Keywords: adolescent, sexually transmitted diseases, condoms, public health.

* Doutoranda em Ciências da Saúde - ramo de Enfermagem - pela Faculdade de Medicina de Coimbra, Mestre em Saúde Pública, Investigadora não-doutorada do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20, Enfermeira do Centro de Saúde de Celas e do Centro de Atendimento de Jovens, Coimbra. [aliete.cunha@gmail.com]

** Mestre em Psiquiatria, Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço Hospitalar, Coordenador do Serviço de Clínica Feminina do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. [josecunhaol@gmail.com]

*** Professor agregado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Investigador do CEIS20. [jrpita@ci.uc.pt]

**** Professor catedrático e Director do Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Recebido para publicação em: 06.09.08
Aceite para publicação em: 14.12.09

"Em muitas regiões do mundo, as novas infecções pelo VIH concentram-se sobretudo entre os jovens (dos 15 aos 24 anos).
Entre os adultosde 15 anos ou mais, os jovens representam 40% das novas infecções contraídas em 2006" (UNAIDS,2006)

Introdução

A partir dos anos 60, o aparecimento dos contraceptivos hormonais, a democratização do ensino, o alongamento da escolaridade obrigatória, a perda de influência das religiões e a alteração do modelo familiar modificaram de tal modo os padrões que regem o comportamento sexual dos jovens que se fala de uma *revolução sexual*. Mas o advento da SIDA no início dos anos 80 viria constituir o maior desafio sanitário do nosso tempo. Com a mudança cultural na esfera da sexualidade e a enorme facilidade de viajar e interagir que caracteriza o nosso tempo, rapidamente a *sida* se transformou numa pandemia universal.
A OMS, no *Informe Sobre la Epidemia Mundial de Sida,2008*, no Capítulo 4, refere que "los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de nuevas infecciones por el VIH en adultos y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus" (pág. 96). Em Dezembro de 2007, o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, no Documento 139 – Infecção VIH/SIDA, refere a página iii: "os 'portadores assintomáticos' são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (71,6%) neste grupo". Estes números impõem uma atenção cuidada aos factores de transmissão do VIH na faixa etária dos 15 aos 24 anos e às estratégias que possam conduzir à sua prevenção. "O futuro das epidemias mundiais de VIH depende, em muitos aspectos, dos comportamentos que os jovens venham a adoptar e a manter e dos factores contextuais que determinam as suas escolhas" (ONUSIDA, 2006, p.8).
O Surveillance Report *HIV/AIDS Surveillance in Europe* (ECDC, 2008) refere que quatro países registaram em 2007 mais de 200 novos casos diagnosticados de infecção VIH por milhão de habitantes: a Estónia (472/milhão), a Ucrânia (285/milhão), Portugal (217/milhão) e Moldova (204/milhão). Por outro lado, um terço (33%) das infecções relatadas em 2007 (com idade conhecida) ocorreram em indivíduos dos 15 aos 29 anos, sendo outro terço (33%) mulheres (pág. 9).

Escola, saúde e adolescência

Grande parte da infância, adolescência e juventude passa-se hoje em meio escolar. O despertar sexual, a partilha de preocupações e experiências, a descoberta de novas sensações e, frequentemente, a própria iniciação sexual ocorrem no contexto de relações de escola. Assim, a escolaridade obrigatória é o período da vida em que se alicerçam, de forma decisiva, conhecimentos, atitudes e comportamentos que influenciam a saúde e a qualidade de vida, também por ser o *lugar* de um sem-número de experiências e práticas de vida que põem à prova esses conhecimentos, atitudes e comportamentos. É no ensino secundário que o papel da Escola se torna decisivo para a criação de ideias correctas e precisas sobre a sexualidade e sua integração no processo geral de crescimento físico, psíquico, intelectual, emocional, afectivo, social e cívico. Daí a atenção que deve merecer a educação sexual, afectiva e cívica e a educação para a saúde, em colaboração estreita e inteligente entre a escola e os centros de saúde. Por isso, assumem particular importância nesta fase da vida as questões da protecção e promoção da saúde, requerendo a intervenção coordenada dos serviços de saúde, instituições educativas, legisladores e outras autoridades.
A OMS (Organização Mundial da Saúde) através da Carta de Ottawa, de 1986, define o conceito de *promoção da saúde* e responsabiliza os cidadãos pela promoção de atitudes e comportamentos saudáveis. O conceito de *educação para a saúde* tem como alvos privilegiados as crianças, os adolescentes e os jovens, com o propósito de favorecer e implementar essas atitudes e comportamentos, como parte da educação cívica em geral.
Segundo o Director-Geral da Saúde (DGS, 2002), "é na infância e na adolescência que se adquirem e se consolidam estilos de vida saudáveis, cuja manutenção ao longo da vida vai permitir ganhos em saúde e uma utilização mais racional dos serviços".

Mas é conhecida a relutância dos jovens em procurar esclarecimentos, informação ou ajuda junto dos serviços de saúde ou com os profissionais de saúde. Perante isso, a escola pode desempenhar um papel fundamental na aquisição de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos, pelo que investir na *promoção da saúde* junto das crianças e dos jovens a nível escolar constitui hoje, para as autoridades de saúde, a estratégia previsivelmente mais eficaz para se obter *ganhos em saúde*, a médio e longo prazo (DGS, 2006).

Em articulação com os centros de saúde, as escolas deverão desenvolver actividades educativas nas áreas da sexualidade, da reprodução e da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Para além disso, cabe-lhes reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida noutras áreas de saúde.

Existe actualmente uma forte tendência política no sentido de criar uma nova dinâmica curricular nas escolas, vocacionada para *ser*, *participar*, *estar* e *aceitar responsabilidades*, ou seja, para aquilo a que se chama "uma educação para a autonomia, para a participação e para a responsabilização; para a protecção face a comportamentos de risco e para a valorização de alternativas" (ME, 2005, p.48). Tem havido uma polarização do debate entre informação e educação sexual, determinado pelo princípio da neutralidade pedagógica em relação à sexualidade. À pretensão de uma pedagogia ideologicamente neutra e *científica* tem vindo a contrapor-se um modelo de educação integral, que a par da informação e do desenvolvimento cognitivo procura desenvolver as competências afectivas e sociais (Alferes, 2002, p. 47).

Sexualidade, sida, adolescência e juventude

O problema da *sida* é de tal modo grave que, segundo o PNUD, "nas últimas décadas, o maior entrave ao desenvolvimento tem sido a SIDA (...); o seu efeito é devastador na esperança de vida nos países afectados; mas a SIDA destrói mais do que vidas. Ao matar e incapacitar adultos na sua juventude, pode fazer descarrilar o desenvolvimento". "Alguns países vão chegar a 2010 com uma esperança de vida inferior a 30 anos – desde a Idade Média que não havia no mundo países com esperança de vida inferior a 30 anos" (*Público*, 2003, p.26). Estamos perante uma catástrofe iminente a nível mundial, catástrofe que irá atingir precisamente a adolescência e a juventude.

As populações mais jovens crescem nos nossos centros urbanos sem os referentes éticos essenciais. "A sociedade perdeu hoje as suas referências universais. A cultura da pessoa foi substituída pela cultura do sucesso, do dinheiro, do prazer e do poder e uma cultura com estas características compromete inevitavelmente a pessoa humana. Esta sociedade materialista, permissiva e hedonista não abre a porta à solidariedade, à partilha e ao serviço, valores indispensáveis para o apoio aos que estão marginalizados e mergulham na angústia da maior solidão. Torna-se, pois, urgente educar toda a gente para uma ética personalista assente nos direitos humanos, no bem comum e nos valores universais" (Bento, 2001, p. 6).

Mas a Educação Sexual não tem dado resposta a esta necessidade, já que não tem ido além do ensino anátomo-fisiológico e das práticas preventivas, estando a descontextualizar a sexualidade, a medicalizá-la e a racionalizá-la, separando-a do restante processo de crescimento e do processo educativo global.

A utilização de uma lógica meramente racionalista na prevenção de doenças e minimização de riscos sanitários é, pelo menos, pouco motivadora para a juventude, que vive em plena saúde e sob a influência de pulsões muito poderosas. Uma ponderação fria e racional dos *pro* e dos *contra*, dos riscos e benefícios de um comportamento ou de outro, não está no contexto do acontecer jovem. É que, em última análise, usar ou não usar preservativo numa relação sexual depende mais de factores ligados à sexualidade no seu todo, com os condicionantes psicológicos, relacionais, culturais, afectivos e situacionais que a caracterizam, do que de todas e quaisquer considerações de natureza sanitária preventiva. "O conflito entre a necessidade de preservar a saúde e outras necessidades associadas ao comportamento sexual, como sejam o afecto e a intimidade, o romantismo, a afirmação do próprio, a aprovação por parte do parceiro, a preservação da relação e a recompensa imediata, entre outras, permite pensar na intervenção de factores que podem envolver outras racionalidades" (Alvarez, 2005, p. 123).

Comunicar com os jovens

Quando consideramos a necessidade de comunicar com os jovens para transmitir mensagens preventivas dirigidas aos comportamentos sexuais, não podemos comunicar com eles da mesma forma que fazemos com os adultos. O gosto pelo risco, a curiosidade e o sentimento de invulnerabilidade são factores que influenciam, muitas vezes de forma paradoxal, a forma como os adolescentes e jovens apreendem as mensagens que lhes são dirigidas. Um conceito merece um especial tratamento nestas faixas etárias: o conceito de *risco*. A ideia de risco está mais associada à noção de desafio, ao incentivo a ultrapassar os próprios limites, do que, propriamente, à ideia de prejuízo potencial para a saúde ou para a vida, do próprio ou de terceiros.

O esforço de *formação* dos jovens merece uma atenção especial. Segundo Massano Cardoso, "num mundo caracterizado por tanta e tão diversificada informação (…), não observamos grandes modificações dos comportamentos. Os jovens e menos jovens continuam a expor-se a riscos altamente publicitados" (…) "Como explicar estas discrepâncias, estes paradoxos? Um crescente excesso de informação e uma profunda falta de conhecimento. É um erro considerar informação como sinónimo de conhecimento. O problema está na transformação da informação em conhecimento" (Massano Cardoso, 2005, p. 135). Esta transformação ocorre através da formação, de uma formação intelectual, afectiva, emocional e cívica, que tome em linha de conta as características desta faixa etária. "É preciso ensinar a separar a boa informação da má e encontrar pedagogos que saibam ajudá-los a incorporar nos seus hábitos e estilos de vida de forma a transformá-la em conhecimento. Deste modo, talvez seja possível inverter, ou, pelo menos, minimizar a tão flagrante ignorância em matérias de risco comportamental e estilos de vida" (ibidem).

A OMS e a Prevenção do VIH

Nos anos 90, surgiram nos Estados Unidos movimentos que tentavam controlar a difusão das IST entre os jovens através da abstinência sexual. Numerosas organizações, com o apoio da política federal, procuravam levar os jovens à abstinência sexual. Em 1993, o movimento cristão juvenil *True Love Waits* começou a incentivar os adolescentes e os jovens a comprometerem-se publicamente a manter a virgindade até ao casamento. Em 1995, 12% dos jovens dos Estados Unidos (ou seja 2,2 milhões) tinham já aderido ao compromisso público e solene de se manterem abstinentes.

Mas o efeito destas campanhas não foi o esperado. Primeiro, porque os que tinham feito esses votos eram apenas 12% e estavam dependentes de haver no seu círculo de colegas e amigos quem tivesse também aderido ao movimento. Em segundo lugar, se acontecia terem relações sexuais, os jovens tendiam a esconder a quebra do seu compromisso público e, por isso, não procuravam o apoio dos profissionais de saúde, não procuravam informação sobre métodos contraceptivos nem preventivos e também não estavam receptivos à informação sobre IST. E quando acontecia terem relações sexuais tendiam a não usar preservativo, dado que ter relações sexuais não fazia parte dos seus objectivos próximos. Assim, estavam mais indefesos que os seus colegas e amigos que não tinham feito voto de virgindade. Por outro lado, o conceito de virgindade, confundido com o conceito de abstinência, está muito conotado culturalmente com o sexo genital, pelo que os adolescentes e jovens se envolviam noutros tipos de comportamentos sexuais que implicam a troca de fluidos, como o sexo oral e o sexo anal.

No estudo de Brückner e Beaman (2005), ao analisarem a prática de sexo oral e anal, verificaram que os que tinham feito voto de virgindade praticavam muito mais o sexo oral e anal do que aqueles que não tinham feito o voto. Sendo sabido que no sexo oral quase nunca é usado o preservativo e que no sexo anal o preservativo é muito menos usado que no sexo vaginal, compreende-se que os adolescentes e jovens que tinham feito voto de virgindade e o quebraram se tenham exposto muito mais ao risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do que os colegas e amigos que não o tinham feito. Deste tipo de estudos se depreende que a abstinência é um bom método de prevenção de IST, designadamente da infecção por VIH/*sida*, quando tomado a nível individual, isto é, quando se considera apenas os que fazem voto de abstinência e o cumprem. Mas é um método de prevenção falível em termos de saúde pública, tendo em conta os que não fazem esse voto, os que o fazem e não cumprem e, ainda, aqueles que tomam o voto de abstinência por um voto de virgindade.

A defesa da abstinência sexual, como estratégia isolada, estabelece uma meta irrealista, por várias ordens de razões: primeiro, porque o número de aderentes (12% nos Estados Unidos) é inferior às taxas de adesão ao preservativo; segundo, porque quem faz o voto de abstinência e o cumpre não tem qualquer garantia de reciprocidade por parte de um(a) futuro(a) companheiro(a); terceiro, porque quem faz o voto de abstinência e não o cumpre se expõe mais facilmente a situações de sexo desprotegido; finalmente, porque a mensagem e a defesa da abstinência competem, em pé de extrema desigualdade, com os apelos hedonistas e muito erotizados do meio sócio-cultural envolvente.

Não é, pois, uma estratégia que possa ser posta em prática isoladamente. Daí a necessidade de a complementar com, pelo menos, as outras duas estratégias defendidas pela OMS: a fidelidade e o uso do preservativo. Ao conjunto das três recomendações da OMS está convencionado chamar-se "**ABC da Prevenção do VIH**", sendo "ABC" a sigla em inglês para "Abstinence", "Being Faithful" e "Condom Use" (UNAIDS, 2004, p. 4-16).

O objectivo das campanhas a favor da fidelidade é reduzir o número de parceiros sexuais ao longo da vida, estimulando a monogamia e a fidelidade mútua dos casais. Sabemos como os adolescentes e jovens, pelo menos nas primeiras fases da sua vida sexual, mudam de parceiro com alguma frequência e não estabelecem de imediato aquilo a que chamamos um casal. E na nossa sociedade actual, é frequente a ocorrência de mais do que um casamento ao longo da vida. Além disso, a fidelidade só resulta se ambos os companheiros foram consistente e mutuamente fiéis e se nenhum deles tiver contraído o VIH previamente.

O uso do preservativo, só por si, está longe também de constituir uma estratégia segura. A adesão ao uso do preservativo tem sido sempre insuficiente e está sujeita a múltiplos preconceitos de imagem e, sobretudo, a factores circunstanciais que dificultam o seu uso consistente.

Mais do que uma matéria do campo estrito da prevenção sanitária, as estratégias para travar a disseminação do VIH têm estado no centro de um encarniçado combate ideológico. Por um lado, os conservadores, que tendem a privilegiar a abstinência e a fidelidade em detrimento do preservativo, cuja propaganda – dizem – tenderia a induzir comportamentos de risco; os liberais que, por outro lado, tendem a privilegiarem as campanhas em favor do preservativo para salvaguardarem a liberdade sexual e de consumo, sem considerarem os comportamentos de risco a que esta visão liberal conduz. A estratégia da OMS surge como uma proposta de compromisso entre estas duas posições extremas. Portugal tem alinhado pelas posições liberais, ao ponto de se privilegiar apenas o uso do preservativo como estratégia de contenção da epidemia de VIH/*sida*. Daí que tanta gente considere que a abstinência sexual não oferece qualquer vantagem preventiva face à prática de relações sexuais com preservativo.

Parece-nos que a estratégia da OMS, como forma de intervenção em saúde pública, vale pela reunião das três medidas em conjunto e não por qualquer delas em particular. Mas é necessário complementá-la com o apelo à realização do teste de despistagem do VIH e com uma revisão das mensagens preventivas de forma a dar aos jovens uma noção real do problema.

Objectivos

- Descrever as práticas preventivas, nomeadamente o uso do preservativo, entre os jovens universitários;
- Identificar os possíveis factores (atitudes e embaraço) que influenciam a utilização de métodos de prevenção, em especial o preservativo;
- Identificar os locais preferidos pelos estudantes para adquirir preservativos.
-Conhecer os interlocutores preferidos dos estudantes em matérias relativas a sua sexualidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa e qualitativa. A amostra obedeceu ao método não probabilístico, de natureza acidental. Utilizámos: um Questionário de auto preenchimento composto de questões socio-demográficas, de comportamento e práticas sexuais; uma Escala de Atitudes face ao Uso do Preservativo - Sexual Risks Scale - Attitudes Toward Condom Use, de DeHart, D. e Birkimer[17]; uma Escala de Embaraço face ao Preservativo (Condom Embarrassment Scale), de Vail-Smith e Durham[18]; Um Teste de Conhecimentos sobre VIH/sida (Koopman, C. e Reid, H., 1998), validados

para Portugal pelos autores do presente artigo, e três questões abertas sobre as razões e motivos do não uso do preservativo";" Quais os locais de preferência para a aquisição de preservativos" e " Quais os interlocutores escolhidos para dialogar sobre questões ligadas à sexualidade". A Escala de Embaraço face ao Preservativo avalia o embaraço vivenciado quando é preciso adquirir preservativos, negociar a sua utilização com o parceiro sexual ou fazer uso efectivo do preservativo durante a relação sexual. O embaraço relacionado com o preservativo define-se como o desconforto psicológico, a auto-consciência e o sentimento de falta de à-vontade associados à compra, negociação do uso e uso do preservativo. Engloba 18 itens, com formato de respostas tipo Likert, de 5 alternativas graduadas de *discordo fortemente* até *concordo fortemente*. Comporta três dimensões: a primeira relaciona-se com a aquisição, compra, obtenção ou posse de preservativos (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 12); a segunda está associada à negociação do seu uso com o parceiro sexual (itens 8, 9, 10, 11 e 13); a terceira relaciona-se com o uso propriamente dito do preservativo (itens 14, 15, 16, 17 e 18).

O coeficiente *alpha* de Cronbach encontrado no nosso estudo foi de ***0,82***, contra 0,92 da escala original. O intervalo de confiança adoptado foi de 95%. A Escala de Atitudes face ao Uso do Preservativo pretende avaliar a atitude dos jovens face ao preservativo, isto é, a sua predisposição para aceitar ou não a utilização do preservativo, engloba 13 itens, com um formato de respostas tipo Likert, de 5 alternativas graduadas de *discordo fortemente* até *concordo fortemente*. As pontuações mais altas são indicadoras de uma pré-disposição mais favorável a práticas de sexo seguro. O coeficiente *alpha* de Cronbach encontrado no nosso estudo piloto foi de ***0,72***, contra 0,88 da escala original. O Teste de Conhecimentos sobre VIH/*sida* engloba três dimensões, respectivamente *conhecimentos médicos e científicos*, *mitos sobre a transmissão do VIH* e *conhecimentos sobre comportamentos de alto risco e comportamentos preventivos*. A pontuação final varia numa escala de um mínimo de 0% a um máximo de 100% de respostas certas. O coeficiente de Kuder-Richardson encontrado no nosso estudo piloto foi de ***0,71***, contra 0,85 da escala original.

Para a análise quantitativa dos dados usámos o programa informático SPSS, versão 15.0, para um nível de significância 5%. Para o tratamento da informação obtida por meio das perguntas abertas efectuou-se a análise do respectivo conteúdo por um painel de três juízes, que obteve a concordância suficiente para assegurar a consistência interna da análise.

Resultados

1- Caracterização da amostra

O estudo abrangeu uma população universitária das oito Faculdades da Universidade de Coimbra, dos dois primeiros e dos dois últimos anos dos respectivos cursos. O universo dos alunos da Universidade de Coimbra, matriculados em Outubro de 2006, era de 18 228. Destes, abrangemos no nosso estudo 696 estudantes, dos 18 aos 24 anos de idade (M=20,71 ± 1,99 anos), representando esta amostra 3,98 % do referido universo. 73% eram do sexo feminino e 27% do sexo masculino. Esta assimetria de género é comum neste tipo de estudos, reproduzindo o claro predomínio do sexo feminino entre a população universitária portuguesa.

2 - Práticas e comportamentos sexuais e preventivos

77,9% dos estudantes referiram já ter tido relações sexuais de qualquer tipo (genitais, orais e ou anais). A média de idade às primeiras relações sexuais foi de 17,34 anos, tendo os estudantes do sexo masculino iniciado a sua vida sexual um pouco mais cedo (M=16,84 anos) que as colegas (M=17,55 anos). De notar que 14,6% dos estudantes da amostra tiveram as suas primeiras relações sexuais aos 15 anos ou menos (22,8% dos rapazes e 11,2% das raparigas). 2,2% dos estudantes inquiridos referiram ter tido experiências de sexo em grupo ou com mais que um parceiro, também com predomínio dos estudantes do sexo masculino. Quanto ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, 50,1% referiram ter tido apenas um parceiro, 32,2% tinham tido dois a três parceiros; e 12% cinco parceiros ou mais (M=2,62;DP=3,47).

A prática sexual mais frequente entre os estudantes da amostra refere-se a relações sexuais genitais e orais (42,8%), seguida de relações genitais (32,3%) e de relações genitais, orais e anais (22,1%). 52,6% referiram usar sempre preservativo (50,7 %raparigas; 57,3 % rapazes), 24,3% usaram-no no início da vida

sexual mas ultimamente não, 12,4% nunca o usaram e 3,7% referiram usá-lo mais ultimamente. Na primeira relação sexual 70,4% dos inquiridos usou o preservativo como método preventivo (92,4% dos rapazes e 62,1% das raparigas) e 22,9% usaram a pílula e o preservativo. Nos últimos três meses 50,0% (50,0 %raparigas; 50,0 % rapazes), referiram ter usado sempre o preservativo, 31,1% nunca o usaram, 10,2% usaram às vezes e 5,6% usaram-no quando não conheciam bem o parceiro.

Quanto ao último encontro sexual, os nossos resultados revelaram que 60,4%(58,2 % raparigas; 65,8 % rapazes), dos inquiridos usaram preservativo e 39,6% não usaram. 75,7% dos estudantes revelaram ausência de percepção de risco pessoal para o VIH e 23,4% muito baixa vulnerabilidade para contrair o VIH. Quanto à percepção da segurança (eficácia) do preservativo, 79,7% dos inquiridos consideram o preservativo um método de prevenção *muito seguro* ou *bastante seguro*, sendo esta percepção ligeiramente mais positiva nas raparigas. Verificámos que 30,4% dos estudantes disseram já ter feito o teste de despistagem do VIH. O sexo foi caracterizado como uma experiência afectiva e de prazer (75,6%) e como uma experiência afectiva (21,2%).

3 - A atitude face ao uso do preservativo

Verificámos que as jovens (M=47,89; p=0,000) têm, estatisticamente, uma atitude mais favorável face ao uso do preservativo do que os rapazes (M=45,0532; p=0,000) (Tabela 1).

TABELA 1 – Comparação das médias dos grupos masculino e feminino em função da atitude face ao preservativo

Género	N	Média na escala de atitude	Desvio padrão	t	gl	P
Masculino	188	45,0532	8,55853	-3,957	694	0,0001
Feminino	508	47,8996	8,37719			

Os estudantes que mostraram ter uma atitude mais favorável ao uso do preservativo referiram usar o preservativo na última relação sexual (Tabela 2). Cruz, J. *et al* (1996) tinham já verificado que os jovens que tencionavam utilizar o preservativo na próxima relação sexual eram aqueles que tinham uma atitude mais favorável e positiva face ao preservativo. Isto parece querer dizer que uma atitude favorável face ao uso do preservativo é preditora da sua utilização. O que deverá ter repercussão na forma e no conteúdo das campanhas de prevenção, tanto mais que, como vimos um dos principais obstáculos ao uso do preservativo é o preservativo em si mesmo.

TABELA 2 – Comparação das médias da escala de atitudes face ao preservativo e o uso e não uso do preservativo na última relação sexual

Uso do preservativo na última relação sexual	N	Média na escala de atitude	Desvio padrão	t	gl	P
Sim	328	47,7591	8,17320	5,412	541	0,0001**
Não	215	43,7628	8,77254			

** muito significativo para p< 0,01

4 - O embaraço face ao preservativo

Verificámos que as jovens (M=37,54; p=0,031) apresentaram médias de embaraço global superiores às dos rapazes (M=35,56; p=0,031). Decompondo o embaraço nas suas três dimensões, *aquisição*, *negociação do uso* e *uso efectivo*, verificámos que as raparigas também apresentaram uma média de

embaraço na aquisição superior à dos rapazes, mas estes superam as raparigas quanto ao embaraço na negociação do uso e do uso propriamente dito, o que se revelou como altamente significativo do ponto de vista estatístico (Tabela 3).

TABELA 3 – O embaraço face ao preservativo e o género

	Masculino n=188		Feminino n=508			
	M	DP	M	DP	t	P
Total Embaraço	35,56	11,41	37,54	10,44	-2,159	0,031*
Aquisição	17,48	6,77	20,75	6,87	-5,596	0,0001**
Negociação	8,73	3,26	8,14	2,98	2,249	0,025*
Uso Efectivo	9,35	3,90	8,64	3,77	2,185	0,029*

*significativo para $p < 0,05$
** muito significativo para $p < 0,01$

Em seguida, procurámos determinar em que situações ou locais era maior o embaraço na aquisição de preservativos, através da análise dos itens 2, 3 e 4 da Escala de Embaraço, ou seja, as três situações ou locais que tornam a aquisição mais embaraçosa. Verificámos que essas três situações ou locais são, por ordem decrescente, um *local perto da casa dos pais*, a *presença de determinadas pessoas* e o *interior da Faculdade*. Os valores encontrados para o embaraço em adquirir o preservativo dentro da Faculdade constituem 40,8% da amostra. Se lhe juntarmos os *indecisos (15,5%)* (cuja resposta traduz algum potencial de embaraço) a percentagem de estudantes que se sentiriam ou poderiam sentir embaraçados ao adquirir preservativos dentro da Faculdade sobe para 56,3% . Uma explicação para este facto pode residir no facto de a Faculdade ser um local onde ocorre a *presença* [embaraçosa] *de certas pessoas*. A presença de *certas pessoas* no momento da compra dos preservativos é motivo de embaraço para 47,2% dos estudantes da amostra, valor que pode atingir 62,4% se lhe juntarmos a resposta *indeciso(15,2%)*, a qual admite, implicitamente, algum potencial de desconforto.

Talvez a colocação de máquinas de distribuição automática em lugar de maior privacidade, como as casas de banho, possa, de algum modo, contornar esta dificuldade

5 - Razões para não usar preservativo

Quanto às *razões para o não uso do preservativo (Tabela 4)*, 59,3% dos que responderam às questões abertas apontaram o preservativo como um problema em si mesmo, sendo a principal componente desse problema o *desconforto físico e psíquic*o que o uso do preservativo acarreta (45,1%); a segunda razão refere-se à *dificuldade do acesso* e aquisição *embaraçosa* ao preservativo (14,2%). 29,2% atribuíram à *impulsividade* própria dos jovens a causa principal do não uso do preservativo e 28,1% apontaram a estabilidade da relação como sendo a principal razão. De notar que 9,5% dos estudantes universitários que responderam atribuiram o não uso do preservativo à prática da *contracepção hormonal oral*, priorizando a contracepção oral para prevenir a gravidez, negligenciando a prevenção de IST e VIH/ *sida*.

Apenas 13,75% dos jovens responsabilizou o preço dos preservativos pela sua não utilização. E parece ignorar que os preservativos são distribuídos gratuitamente nos serviços de saúde.

Frasquilho, M. (1998) constatou que os jovens conotam a sexualidade com um problema e não com uma área própria para criação de saúde. Num inquérito nacional recentemente realizado aos profissionais de saúde dos centros de saúde e hospitais, a DGS encontrou as seguintes frequências de respostas que identificam os obstáculos ao recurso aos serviços de saúde: medo da quebra de confidencialidade (62,0%), desconhecimento do tipo de oferta dos serviços (59,0%), pouca disponibilidade de tempo dos profissionais (44,0%) e desinteresse dos jovens (40,0%) (Prazeres *et al.*, 2004, p. 24).

No estudo de Widdice *et al.* (2006) os estudantes do ensino secundário inquiridos apontaram como benefícios previsíveis de não se usar preservativo

o ganho em divertimento e em prazer. Tendo em conta que este estudo se centrou em estudantes sexualmente inexperientes, poderemos pensar que estes jovens já partem para a vida sexual com esse preconceito contra o uso do preservativo. Taquette et al. (op. cit., p. 213) referem que os jovens sabem, de um modo geral, que o preservativo evita doenças e gravidez e, mesmo assim, não o usam, principalmente por três ordens de razões: o esquecimento, o preço e o desprazer que provoca.

Kátia Sanches (1999) também se debruçou sobre as razões para o não uso do preservativo. Entre as razões que as estudantes apontaram para o não usarem preservativo destacam-se: 24,3% justificaram-se pelo conhecimento que tinham do parceiro; 14,5% pela confiança e fidelidade; 14,5% porque só usam quando necessitam de prevenir a gravidez; 12,1% só usam em relacionamentos ocasionais; 10,2% por restrições impostas pelo parceiro; 9,4% devido a certas características pessoais; 8,3% pelo uso de contraceptivos orais; 8,1% por não terem o hábito de o adquirir; 4,4% porque corta o clima.

No estudo de Fausto Amaro (2004), numa amostra que abrangeu a faixa etária dos 15 aos 69 anos, as razões para o não uso do preservativo distribuíram-se como segue: 34,1% não havia necessidade; 19,5% não o tinha consigo, 17,1% não gosta de usar; 9,8% não pensou no assunto. Por sua vez, Fernández *et al*. (2004, p. 31) concluíram que os melhores preditores do uso do preservativo eram o menor uso da pílula, a menor frequência do coito interrompido e o sentimento de que a atmosfera romântica não ficava deteriorada pelo facto de o usarem. Já Hogben *et al.* (2006) verificaram que a percepção de receptividade no parceiro para o uso do preservativo estava directamente correlacionada com o seu uso consistente.

TABELA 4 – Razões para o não uso do preservativo (Analise Qualitativa)

Dimensão de análise	Categorias de resposta	Sub-categorias	Exemplos	Frequência	Percentagens*
Razões para o não uso do preservativo N=634	O problema é o preservativo n= 376 59,3%	Desconforto físico e psíquico do uso do preservativo	1	286	45,1%
		Acesso difícil e aquisição embaraçosa	2, 3	90	14,2%
	Impulsividade		4	185	29,2%
	Relação primária ou estável		5	178	28,1%
	Preço elevado dos preservativos		6	87	13,7%
	Estar a fazer contracepção hormonal oral		7	60	9,5%
	Efeito de substâncias psico-activas		8	52	8,2%
	Não se percebe por que não fazem		9	35	5,5%
	Outros		10	46	7,3%

* o total ultrapassa 100% uma vez que foi aceite mais do que uma categoria como resposta

1 - "Pelo que costumam dizer, tira o prazer". Q. 358.

2 - "Vergonha dos jovens em comprar os preservativos". Q. 304.

3 - "Os jovens ainda têm algum pudor de os pedir nos centros de saúde, CAJ,…" Q. 298.

4 - "Confiança na sorte, deixam-se levar pelo momento". Q. 202.

5 - "Quando se trata de relações duradouras". Q. 201.

5 - "Por causa do preço elevado dos preservativos. Deveriam ser gratuitos. É a principal razão". Q. 322.

6 - "O facto de recorrer a outros métodos contraceptivos". Q. 299.

7 - "Estão sob o efeito de substâncias que os impedem de pensar no que estão a fazer". Q. 309.

8 - "Eu não vejo qualquer razão para não usar preservativo". Q. 256.

9 - "Défice de informação"; "Querer engravidar";

10 - "Associar VIH a países pouco desenvolvidos"; "Factor religião".

Nas questões fechadas (Tabela 5), quando questionados sobre os motivos de o uso do preservativo não ser uma prática sistemática, apesar de saberem que o seu uso é fundamental para prevenir IST /VIH/*sida*, 55,9%(55,3% dos jovens e 56,1% das jovens) dos estudantes referiram a *confiança no parceiro* e 19,9% (22,9% dos jovens e 18,8% das jovens) o facto de as relações sexuais serem *acontecimentos não programados*. Isto significa que a componente afectiva, emocional e irracional é indissociável da sexualidade e que, por outro lado, ainda não é comum e vulgar os jovens trazerem o preservativo consigo.

TABELA 5 – Motivos para não usar preservativo (Analise Quantitativa)

Motivos para não usar preservativo	Masculino		Feminino	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Confiança no(a) parceiro(a)	105	55,3	284	56,1
Relações sexuais não são programadas	43	22,9	95	18,8
Efeito do álcool ou outras drogas	17	9,0	63	12,4
Não há razão para desconfiar do(a) parceiro(a)	8	4,3	34	6,7
Nem sempre se pode pensar em tudo	7	3,7	8	1,6
Efeito da paixão	5	2,8	9	1,8
Outros	4	2,0	13	2,6
Total	188	100,0	506	100,0

6 - Relações sexuais sob efeito do álcool ou de outras drogas

Nem só as relações sexuais desprotegidas constituem um comportamento de risco. O consumo de álcool e de outras drogas psicoactivas é também um factor que leva a negligenciar a prevenção. No estudo de Alferes (2002, p. 157), "os comportamentos e atitudes sexuais [dos jovens] parecem estar associados à frequência de lugares públicos de divertimento (bares e/ou discotecas)". O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004, p. 16), entre os *settings* prioritários de intervenção ao nível da prevenção e redução dos riscos da transmissão do VIH, inclui os locais de lazer e diversão nocturna.

No nosso estudo 29,0% dos estudantes referiram ter tido *ocasionalmente* relações sexuais sob o efeito do álcool ou de outras drogas e 1,9% referiram ter tido *frequentemente* relações sexuais sob o efeito dessas substâncias (Tabela 6). Este tipo de comportamento é claramente predominante no sexo masculino. Outros investigadores têm mencionado este tipo de comportamento juvenil de risco, tais como Cruz et al. (1997), Camargo e Barbará (2004), Geluda et al. (2006) e Parkes *et al.* (2007).

TABELA 6 – Relações sexuais sob efeito de álcool ou outras drogas e género

Ocorrência	Masculino		Feminino	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Nenhuma	89	56,3	286	74,5
Ocasional	64	40,5	93	24,2
Frequente	5	3,2	5	1,3
Total	158	100,0	384	100,0

Por outro lado, um número importante de universitários (30.8%) desconhece a interferência do álcool e outras drogas no uso sistemático do preservativo. Num item do teste de conhecimentos sobre VIH/sida, "*As pessoas que consomem álcool e drogas, como a marijuana, a cocaína e o crack têm mais tendência para não praticar sexo seguro*", erraram 30,9%, ou seja 215 de 696 jovens universitários inquiridos. Trata-se de um valor elevado, que já tem sido referido em estudos nacionais e estrangeiros. Kátia Sanches (Sanches,1999), no seu estudo com jovens universitárias do Rio de Janeiro, refere que "elas praticamente desconhecem a interferência do álcool e drogas no uso sistemático dos preservativos".

7 - Locais de aquisição do preservativo: onde e quem adquire

Quanto aos locais onde os preservativos são adquiridos (Tabela 7), verificámos que 50,2% (46,7% dos jovens e 51,6% das jovens) são adquiridos nas *farmácias*, 23,0% nos *supermercados*, 6,7% nas *máquinas de venda automática*, 5,9% no *Centro de Atendimento de Jovens (CAJ)* e apenas 4,8% (4,6% dos jovens e 6,5% das jovens)no *Centro de Saúde*. Assim, *apenas 10,7% procuram os serviços de saúde para adquirir [gratuitamente] os preservativos*, sendo essa procura ligeiramente maior no sexo feminino. Estes dados remetem-nos para a necessidade de encontrar os lugares mais adequados à disponibilização dos preservativos aos jovens, melhorar a informação sobre os locais onde essa disponibilização existe ou, ainda, melhorar as condições de atendimento dos jovens nesses locais, tornando-os mais adequados e atractivos.

No que respeita a quem compra ou adquire o preservativo (Tabela 8), o nosso estudo revelou que 46,0% dos inquiridos refere ser *o parceiro* e 31,0% *o próprio*. Os que responderam "o parceiro" foram na sua maioria raparigas (62%); os que responderam "o próprio" foram na sua maioria rapazes (77,0%). As jovens universitárias referem menos a iniciativa da aquisição do preservativo. A este respeito diz Kátia Sanches (Sanches,1999): "Pode-se supor que o ato de comprar preservativos estaria mais associado aos *tabus* e preconceitos relacionados à atividade sexual.

TABELA 7 – Locais de aquisição do preservativo e género

Local de aquisição	Masculino		Feminino	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Farmácia	71	46,7	191	51,6
Centro de Saúde	7	4,6	18	4,9
Supermercado	40	26,3	80	21,6
Máquinas automáticas	14	9,2	21	5,7
Sex shop	1	0,7	1	0,3
CAJ	7	4,6	24	6,5
Não sabe	12	7,9	35	9,4
Total	152	100,0	370	100,0

Com relação às mulheres, a sua compra [...] pode significar que a mulher é sexualmente ativa, que está disponível ou procurando por sexo. Isso [a compra do preservativo pela mulher] pode contradizer as normas aceitas, segundo as quais a mulher, perante a sociedade, deve ocupar um lugar sexualmente passivo". No entanto, esta explicação é apenas aparente ou parcial. As raparigas compram a pílula contraceptiva, e tomam-na, sem estes constrangimentos. E o significado da compra da pílula, de trazê-la na bolsa e de a tomar será virtualmente o mesmo de comprar, trazer consigo ou usar o preservativo. Parece-nos, antes, que o que está em causa são as conotações de género, em que a pílula se situa do lado das representações do imaginário feminino e o preservativo do lado masculino.

TABELA 8 – Iniciativa de aquisição do preservativo e género

Iniciativa	Masculino		Feminino	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Parceiro(a)	11	7,2	228	62,0
O(a) próprio(a)	117	77,0	44	11,9
Oferta	3	2,0	5	1,4
Ambos	21	13,8	91	24,7
Total	152	100,0	368	100,0

8 - Dialogar sobre a sexualidade

Na análise do conteúdo das questões abertas, verificámos que cerca de dois terços dos jovens que responderam disseram que preferiam *falar com amigos ou colegas* quando tinham alguma questão a esclarecer sobre sexualidade, o que está de acordo com as características psico-emocionais desta fase da vida (Tabela 9). Cerca de um terço preferiam *falar com o(a) namorado(a)*. Mas apenas 7,7% referiram que recorreriam a um *profissional especializado* ou a um *serviço de saúde*. Este facto tem sido encontrado por outros investigadores e é reconhecido pela própria Direcção-Geral da Saúde. "É comum considerar-se que os adolescentes sub-utilizam os recursos colocados à sua disposição, ou fazem-no de forma inadequada; afirma-se que têm relutância em informar-se e pedir ajuda junto dos técnicos e que desconhecem o tipo de oferta das várias estruturas; admite-se que temem as atitudes dos profissionais, nomeadamente, quebras de confidencialidade que façam depender a aproximação aos cuidados de experiências anteriores vividas e que se sintam desenquadrados nos serviços, em particular os rapazes" (DGS, 2005, p. 22). Pensa-se que o facto de os jovens não recorrerem aos profissionais de saúde para falar sobre a sua sexualidade se deve, em grande medida, a encararem as estruturas de saúde como locais vocacionados sobretudo para tratar doenças; ou porque têm dificuldade em compreender a sua sexualidade como algo abrangível no modelo médico.

TABELA 9 – Dados relativos à questão com quem dialogas sobre sexualidade

Dimensão de análise	Categorias de resposta	Sub-categorias	Exemplos	Frequência	Percentagens*
Com quem dialoga sobre sexualidade N=674	Amigo (s) ou colega (s)			455	67,5%
	Namorado/a, parceiro/a, cônjuge			208	30,9%
	Pais n=110 16,3%	Mãe		78	11,4%
		Ambos		26	4,0%
		Pai		6	0,9%
	Irmão, irmã			54	8,0%
	Profissional de saúde específico / especializº.			52	7,7%
	Ninguém			42	6,2%
	Familiar			17	2,5%
	Outros		[1]	2	0,3%

o total ultrapassa 100%, uma vez que foi aceite mais do que uma categoria como resposta

1 - "Com quem se confia"; "logo se vê".

"Não adianta falar em DST e AIDS se não falar de sexualidade como um todo e, mais do que isso, não adianta tratar a sexualidade apenas sob o viés do risco, porque não é só risco, mas também prazer. A sexualidade do jovem nos serviços de saúde é sempre vista sob esse viés do risco: é o risco de engravidar, é o risco de pegar DST e AIDS, é o risco de usar drogas. Ou seja, a sexualidade do jovem não é percebida a partir do seu aspecto positivo, como fonte de prazer e auto-estima, como um domínio importante para o processo de autonomização dos jovens. Então, não se pode ver os jovens e sua sexualidade apenas sob o viés do risco; o risco tem de ser inserido numa discussão mais ampla, porque sexualidade também é prazer" (Knauth,2004, p. 167). Frasquilho (1998) conclui que, para o jovem, "o domínio da sexualidade é mais cotado como problema do que como área propensa a criar saúde".

Conclusões:

1. Cerca de metade (52,6%) dos jovens universitários da nossa amostram referiram usar sempre o preservativo nas suas relações sexuais. Este valor enquadra-se na média dos encontrados noutros estudos, mas indicia que uma parte importante da população universitária continua a correr risco elevado.
2. O obstáculo principal ao uso do preservativo é o preservativo em si mesmo, nas suas componentes física e psicológica. Assim, torna-se prioritária uma acção de promoção social do preservativo, *independentemente da sua utilidade ou finalidade preventiva*. Outro obstáculo ao não uso é a *confiança no parceiro*. A relação sexual envolve mais que a mera troca de sensações eróticas. Envolve a afectividade e a partilha de sedução e sensações que de certo modo implicam a confiança e a auto-imagem dos intervenientes.
3. A atitude mais favorável ao preservativo é preditora do seu uso efectivo. Assim, importará promover uma imagem favorável do preservativo em si mesmo, tornando-o um objecto familiar na sedução e no envolvimento erótico, isto é, parte integrante da sexualidade humana moderna e responsável.
4. As raparigas denotaram sentir mais embaraço na aquisição do preservativo e tomam menos a iniciativa da aquisição do preservativo do que os rapazes, embora comprem a pílula contraceptiva a transportem na bolsa e a tomem sem constrangimentos. Como o significado de comprar a pílula, trazê-la na bolsa e tomá-la é virtualmente o mesmo de comprar, trazer consigo ou usar o preservativo, parece-nos que o que está em causa são conotações de género, situando-se a pílula do lado das representações do imaginário feminino e o preservativo do lado do imaginário masculino.
5. Na amostra estudada, o preço dos preservativos não pareceu constituir obstáculo à sua aquisição e utilização. O preço do preservativo não está entre as razões mais invocadas pelos jovens para não o usarem. Inclusivamente, os jovens não os procuram onde eles são gratuitos, como Centros de Saúde e CAJ.
6. Por detrás da aquisição e da negociação do uso do preservativo persistem condicionamentos sociais e de género, aos quais os indivíduos estão submetidos. Esses condicionamentos terão de ser trabalhados, sob pena de não conseguirmos interferir nos comportamentos individuais, já que eles não dependem somente da vontade das pessoas isoladas.
7. Os serviços de saúde, mesmo aqueles que são pensados especificamente para os adolescentes e jovens, têm uma procura reduzida.

As conclusões anteriores parecem implicar a necessidade de um novo discurso preventivo em que a informação e o apelo a novos comportamentos na esfera da sexualidade deixem de basear-se apenas em constructos racionais e passem a dar a primazia às características psíquicas e emocionais dos jovens e a cada fase do seu desenvolvimento.

Bibliografia

ALFERES, V. R. (2002) - **Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade**. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

ALVAREZ, M. J. (2005) - **Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

AMARO, F. (2004) - **Inquérito às opiniões, atitudes, conhecimentos e comportamentos face à sida da população portuguesa dos 15 aos 69 anos**. Lisboa: Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

ANTUNES, M. T. C. (2005) - Comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior: influências de factores individuais e familiares. Teses. **Referência**. 2ª Série, nº 1, p. 89.

BENTO, R. (2001) - SIDA: encruzilhada de perspectivas, dilemas e controvérsias. **Informação SIDA**. Ano 5, nº 26, p. 6-7.

BRÜCKNER, H. ; BEAMAN, P. (2005) - After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. **Journal of Adolescent Health**. Vol. 36, nº 4, p. 271-278.

CAMARGO, B. V. ; BARBARÁ, A. (2004) -. Efeitos de panfletos informativos sobre a Aids em adolescentes. **Psiocologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 20, nº 3, p. 279-287.

CARDOSO, S. Massano (2005) - **Crónicas paraepidemiológicas**. Coimbra: Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Vol. 2.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (2008) - **Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2007. Doc. 13**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

CRUZ, J. F. ; MELO, B. (1996) - A utilização do preservativo nos jovens adultos: estudo preliminar das hipóteses da teoria da acção racional para a prevenção do SIDA. In ALMEIDA, L. ; SILVÉRIO, J. ; ARAÚJO, S. - **Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia**. Braga: Universidade do Minho. p. 131-141.

CRUZ, J. F. [et al.] (1997) - Comportamentos, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**. Vol. 2, nº 2, p. 279-304.

CUNHA-OLIVEIRA, Aliete (2007) - **O uso e o não uso do preservativo numa população jovem: contributo para a compreensão dos factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/SIDA**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Dissertação de mestrado.

CUNHA-OLIVEIRA, Aliete (2008) - **Preservativo, sida e saúde pública – factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/SIDA**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. (Colecção Ciências e Culturas; nº 10).

DEHART, D. ; BIRKIMER, J. (1997) - Trying to practice safer sex: development of the sexual risks Scale. **The Journal of Sex Research**. Vol. 34, nº 1, p. 11-25.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2008a) - **Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008**. Stockholm: ECDPC.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2008b) - **O surveillance report HIV/AIDS surveillance in Europe**. Stockholm: ECDPC.

FERNÁNDEZ, M. L. [et al.] (2004) - Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. **Universitas Psychologica**. Vol. 3, nº 1, p. 27-34.

FRASQUILHO, M. A. (1998) - Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento-problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. **Revista Portuguesa de Saúde Publica**. Vol. 16, nº 1, p. 13-19.

GELUDA, K. [et al.] (2006) – "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 22, nº 8, p. 1671-1680.

HOGBEN, M. [et al.] (2006) - Incorporating adolescent females 'perceptions of their partners' attitudes toward condoms into a model of female adolescent condom use. **Psychology, Health and Medicine**. Vol. 11, nº 4, p. 449-460.

KNAUTH, D. (2004) - **Apresentação, Encontro Estadual de Políticas Públicas de Juventude, Mesa 7 – Políticas de Saúde, 29 e 30 de Setembro de 2003** [Em linha]. São Paulo. p. 163-167. [Consult. 10 Fev. 2007]. Disponível em WWW:<URL:http.// www.pcs.org.br/Livros/politicasPublicas/Mesa7.pdf>..

KOOPMAN, C. ; REID, H. (1998) - Assessment of knowledge and beliefs about HIV/AIDS among adolescents. In DAVIS, C. M. [et al.] - **Handbook of sexuality-related measures**. Thousand Oaks [etc.]: Sage Publications. p. 321-324.

LEVY, L. ; MOREIRA, A. ; RIBEIRO, P. (1996) - Adolescentes e preservativos. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Vol. 26, nº 7, p. 423-426.

PARKES, A. [et al.] (2007) - Explaining associations between adolescent substance use and condom use. **Journal of Adolescent Health**. Vol. 40, nº 2, p. 180.e1-180.e18.

PRAZERES, V. ; LARANJEIRA, A. R. ; OLIVEIRA, V. (2004) - **Saúde juvenil: relatório sobre programas e oferta de cuidados**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2007) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010 – um compromisso com o futuro**. Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2006) - **Circular Informativa nº 20/DFI, de 05/05/06**.

PÚBLICO (2003) - "Sociedade". **Jornal Público**. (9 Julho), p. 26.

SANCHES, K. R. B. (1999) - A **Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade** [Em linha]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. [Consult. 27 Jan. 2006]. Tese de doutoramento. Disponível na Internet:<URL:http://portalteses.icict.fiocruz.br>.

TAQUETTE, S. R. ; VILHENA, M. M. ; PAULA, M. C. (2004) - Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Vol. 37, nº 3, p. 210-214.

UNAIDS (2004) - **Position statement on condoms and HIV prevention**. Geneve : UNAIDS.

UNAIDS (2006) - **Report on the global AIDS epidemics**. Geneve : UNAIDS.

UNAIDS (2008) - **Report on the Global AIDS Epidemics**. Geneve: UNAIDS.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (2005) - **A situação da população mundial em 2005 – a promessa de igualdade. equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio**. New York: UNPF.

VAIL-SMITH, K. ; DURHAM, T. W. (1998) - Condom embarrassment scale. In DAVIS, C. M. [et al.] - **Handbook of Sexuality-Related Measures**. Thousand Oaks [etc]: Sage Publications. p. 137-138.

WIDDICE, L. [et al.] (2006) - Having sex and condom use: potential risks and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents. **Journal of Adolescent Health**. Vol. 39, nº 4, p. 588-595.