UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES - CONHECIMENTOS E ATITUDES FACE À CONTRACEÇÃO E À PREVENÇÃO DAS ISTs

Marta Sofia Pereira dos Reis

Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação, Especialidade Educação para a Saúde

Júri:

Presidente

Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais

Doutora María del Carmen Moreno Rodríguez, professora catedrática da Universidade de Sevilha

Mestre Pedro Santos Pinto Gamito, professor catedrático da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Doutora Maria Leonor Frazão Moniz Pereira da Silva, professora catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, professora catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz, professor catedrático da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar, professor associado da Universidade Lusíada

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Orientador:
Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Coorientador:
Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Com o apoio:

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E DO ENSINO SUPERIOR

18 de dezembro de 2012

Ao Cláudio, aos meus pais e ao meu irmão,

Agradecimentos

A elaboração de uma tese é uma viagem de descoberta, plena de desafios, que nos leva a conhecer novas capacidades e a testar a resistência individual. Embora tenhamos uma vaga ideia sobre o destino que nos aguarda, a chegada é apenas uma paragem que nos leva a vislumbrar novos horizontes e desafios. Este trabalho representa o incessante esforço de crescimento e desenvolvimento pessoal, possível porque uma pluralidade de outros esforços se conjugaram e apoiaram este projeto. A todas as pessoas e instituições envolvidas em geral e a cada uma destas em particular, que ajudaram a levar a bom termo esta viagem, quero dirigir os meus mais sinceros agradecimentos pela conclusão desta dissertação.

À Professora Margarida Gaspar de Matos, o meu reconhecimento e admiração pela orientação deste e de outros projetos por mim realizados nesta área. Agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases deste trabalho, nomeadamente as reflexões, observações, sugestões e inúmeros desafios lançados, que incentivaram o traçar mais uma etapa da minha vida permitindo-me ganhar alento e vislumbrar novos e diferentes horizontes. Pelas suas opiniões e providencial ajuda, disponibilidade, estímulo, encorajamento e apoio incondicional, confiança e segurança depositada, especialmente em momentos de desalento e dúvida, o meu sincero agradecimento.

Ao Professor José Alves Diniz, coorientador deste projeto, o meu agradecimento pela disponibilidade, apoio e conselhos em todos os momentos em que foi solicitado.

À Professora Celeste Simões, pela sua disponibilidade e apoio incansável, por me mostrar o caminho de forma tão clara quando não o via, por estar sempre lá, mesmo quando não era suposto, pelas partilhas tão significativas, profissionais e pessoais.

À equipa do Aventura Social, em especial Lúcia Ramiro, Mafalda Ferreira, Gina Tomé, Inês Camacho, Tânia Gaspar, Nuno Loureiro, Susana Veloso e António Borges, que colaboraram diretamente com este projeto e sempre se mostraram disponíveis para esclarecer dúvidas, enviar sugestões, fazer revisão de documentos e dar uma palavra de incentivo. Pela partilha de experiências, pelo espírito de entreajuda, pelos momentos de prazer juntos, mesmo a trabalhar e, sobretudo, pela amizade.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), pela concessão da bolsa que permitiu a realização desta investigação.

Ao Centro de Malária e outras Doenças Tropicais (CMDT-LA/UNL), por me terem integrado como investigadora e colaboradora e, pelo respetivo apoio na realização deste trabalho.

À Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA e ao Alto Comissariado da Saúde (Ministério da Saúde), pelo apoio ao desenvolvimento e realização deste projeto.

A todas as Faculdades e Institutos Politécnicos Nacionais que participaram na recolha de dados e respetivos docentes, que abdicaram de tempo precioso das suas aulas para a recolha de dados, e estudantes que aceitaram expor aspetos pessoais e íntimos, por vezes delicados, da sua vida, em prol deste estudo.

Às Professoras Célia Alves e Lúcia Ramiro, pela paciência que tiveram para ler os diversos documentos, de os criticar e corrigir, agradeço a disponibilidade, profissionalismo e sentido crítico na revisão linguística.

Reservo os agradecimentos finais para a minha Família e Amigos, que compreenderam e aceitaram as ausências, sem nunca deixarem de me apoiar.

À Lucy, minha querida amiga "Lu", companheira nesta viagem cheia de aventuras e percalços, por ser o meu apoio mais próximo e incondicional, por ser a minha grande amiga, referência, e por acreditar sempre em mim e me fazer sentir especial. Por me desafiar e encorajar a ir mais longe, pela sua franqueza mais pura e dura sem igual, pela sua amizade e companhia em tantos momentos inesquecíveis e de "rara beleza".

À minha "mana do coração", Guida, por estar sempre lá quando eu preciso, nos bons e maus momentos, por acreditar em mim de uma forma tão genuína. Obrigada pela amizade, carinho e apoio incondicional.

Ao Nuno Sousa, por me compreender para além do que é possível, por não ser preciso falar para saber e por incondicionalmente estar do meu lado.

Ao Rui e à Elisa, o reconhecimento da vossa preciosa ajuda na recolha de dados. Por me terem acompanhado nesta caminhada com uma enorme paciência e vontade de ajudar. Pela vossa presença e apoio constante na minha vida.

Aos restantes Amigos pela sua dedicação, apoio e amizade.

À minha Família, pelo carinho, pelo estímulo e pela compreensão incondicionais.

Aos meus sogros e cunhado, Graça, Aníbal e Pedro, que ocupam, desde sempre, um lugar tão especial pelo afeto, incentivo e apoio incondicional, por tanto me terem apoiado e por estarem sempre lá.

À Joana, minha afilhada, pela ternura e estímulos constantes e, cujas luzes me foram especialmente preciosas.

Ao meu irmão, a fazer o seu percurso de jovem adulto, para que nunca esqueça o trilho. Por simplesmente existir, por ser um pilar na minha vida, o meu equilíbrio e a minha tranquilidade, por acreditar sempre em mim e me fazer sentir especial.
Aos meus pais, Ana e Leonardo, pelo seu amor incondicional a quem devo tudo o que tenho e o que sou hoje, que sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu própria não acreditava, obrigada Mãe e Pai.
Ao Cláudio, por "me ter encontrado", escolhido e por partilhar comigo a sua vida e os seus sonhos…pela motivação, confiança e pelo sorriso…por estar sempre comigo, mesmo quando não estava perto de mim.

Um bem-haja a todos os que se interessaram e preocuparam, implícita ou explicitamente, com a consecução deste estudo e que não foram referidos.

Resumo

As ISTs, o VIH/SIDA, a gravidez não desejada e as IVG nos jovens adultos representam uma ameaça para a saúde pública, tornando-se fundamental promover comportamentos sexuais saudáveis. Pretendeu-se caracterizar os comportamentos sexuais dos jovens universitários; analisar conhecimentos e atitudes face aos métodos contracetivos, ISTs e VIH/SIDA; analisar a motivação e as competências necessárias para adotarem comportamentos saudáveis; e averiguar a relação entre todas as variáveis segundo o modelo MIMAC. Realizaram-se seis estudos tendo como suporte a base de dados do estudo nacional HBSC/SSREU. Participaram 3278 estudantes do ensino superior português entre os 18 e os 35 anos. Os resultados indicam que maioria já teve relações sexuais, a primeira ocorreu a partir dos 16 anos e utiliza frequentemente pílula e preservativo. Homens e jovens mais velhos mencionam ter mais comportamentos de risco. Quanto aos comportamentos de proteção, destacam-se os jovens que tiveram ES na escola. Em termos de modelo explicativo, verifica-se que o comportamento sexual preventivo (usar preservativo) não depende dos conhecimentos, mas da motivação e do desenvolvimento das competências. Existe uma percentagem de jovens adultos a frequentar as universidades portuguesas em potencial risco. Constata-se uma necessidade urgente de realizar intervenções na área da promoção da saúde sexual nas universidades.

Palavras-chave: Promoção da saúde sexual; Comportamentos sexuais; Conhecimentos, atitudes, motivação e competências face à contraceção e às ISTs; Educação sexual; Jovens universitários

Abstract

STIs, HIV/AIDS, unwanted pregnancy and abortion among young adults represent a threat to public health, making it essential to promote healthy sexual behaviors. It was intended to characterize the sexual behavior of university students; analyze knowledge and attitude towards contraceptive methods, STIs and HIV/AIDS; analyze motivation and skills to adopt healthy behaviors; and investigate the relationship between all variables, according to the IBM model. Six studies were conducted having as support the database of the national study HBSC/SSREU. 3278 students between 18 and 35 years old of Portuguese higher education participated in the research. Results indicate that most have already had sexual intercourse, had first intercourse at 16 or after and frequently use the pill and condom. Men and older teens mention having more risky behaviors. Young people who had sex education at school refer more protective behaviors. In terms of explanatory model, it appears that the preventive sexual behavior (condom use) does not depend on knowledge, but on motivation and skills. A percentage of young adults attending Portuguese universities are potentially engaging in sexual risk taking. There is an urgent need for interventions in the area of sexual health promotion in universities.

Keywords: Promotion of sexual health; sexual behaviors; Sexual behaviors, Knowledge, attitudes, motivation and skills regarding to contraception and STIs; Sexual education; University students

Índice Geral

Capítulo 1 - Introdução 1
1.1 – Notas introdutórias 1
1.2 – Organização da tese 5
Capítulo 2 – Problema e objetivos 7
2.1. Problema 7
2.2. Objetivos 8
Capítulo 3 – Revisão de literatura 13
3.1. Promoção da saúde sexual 13
3.1.1. Introdução 13
3.1.2. Conceito de saúde / Promoção da saúde 14
3.1.3. Conceito de saúde sexual / Promoção da saúde sexual 15
3.2. Os jovens adultos – Características de grupo e riscos sexuais associados 20
3.2.1. Jovens universitários 20
3.2.2. Os jovens e o seu desenvolvimento psicossocial e sexual 21
3.2.3. Riscos para a saúde sexual dos jovens 23
3.2.3.1. Gravidez não desejada e Interrupção voluntária de gravidez 24
3.2.3.2. Infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) 30
3.2.3.2.1. VIH/SIDA 33
3.2.3.3. Outros riscos associados à saúde sexual dos jovens 37
3.3. Determinantes do comportamento sexual saudável 42
3.3.1. Intervenções com vista à mudança comportamental 45
3.3.2. Modelo teórico de promoção de comportamentos saudáveis - Modelo Informação – Motivação – Aptidões comportamentais (MIMAC) 48
3.4. Prevenção e educação para a saúde sexual dos jovens adultos 51
3.4.1. Educação sexual 54
3.4.1.1. A educação sexual nas escolas portuguesas 57
3.4.2. Agentes de socialização na educação sexual 59
3.4.2.1. Família 60
3.4.2.2. Escola 61

3.4.2.3. Pares /Amigos 64
3.4.2.4. Comunicação social (*mass media)* 65
Capítulo 4 - Metodologia 67
4.1. - O Estudo HBSC e o Estudo HBSC/SSREU 67
4.2. - O Instrumento de Pesquisa HBSC e HBSC/SSREU 69
4.3. - Metodologia Utilizada HBSC e HBSC/SSREU 71
4.3.1. - A amostra HBSC/SSREU 72
4.3.2. – Análise de dados HBSC/SSREU 73
4.4. – Objetivos e variáveis da investigação 74
Capítulo 5 – Estudos 91
Estudo Preliminar – Information and Attitudes about HIV/AIDS in Portuguese Adolescents: state of art and changes in a four year period 93
Resumen 93
Abstract 94
Introduction 95
Method 97
Participants 97
Procedure 98
Instruments 98
Data analysis 99
Results 100
Discussion 103
Key findings 107
References 108
Estudo 1 – Os Comportamentos Sexuais dos Universitários Portugueses de ambos os sexos em 2010 111
Resumo 111
Abstract 112
Introdução 113
Método 115
Amostra 115
Procedimento 115
Medidas 116

Análise de Dados 117
Resultados 117
Discussão 126
Considerações Finais 129
Referências 130
Estudo 2 – Nationwide Survey of Contraceptive and Sexually Transmitted Infection Knowledge, Attitudes and Skills of University Students in Portugal 133
Abstract 133
Resumen 134
Introduction 135
Methods 139
Sample 139
Measures 139
Procedure 144
Data analysis 144
Results 145
Discussion 149
Study Limitations 151
Conclusion 151
Future Directions 152
References 153
Estudo 3 – Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal 157
Abstract 157
Resumen 158
Introduction 159
Method 162
Sample 162
Procedure 163
Measures 164
Data analysis 165
Results 166
Discussion 171
Study Limitations 173

Conclusion 173
Future Directions 173
References 174
Estudo 4 – Determinants influencing male condom use among university students in Portugal 179
Abstract 179
Introduction 180
Method 182
Measures 184
Data analysis 187
Results 188
Discussion 192
References 196
Estudo 5 - The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students 201
Abstract 201
Introdution 202
Methods 204
Sample 204
Procedure 204
Measures 205
Data analysis 206
Results 207
Conclusions 210
References 213
Estudo 6 – Agentes de socialização na educação sexual dos estudantes universitários 217
Resumo 217
Abstract 218
Introdução 219
Método 222
Amostra 222
Procedimento 222
Medidas 223

Análise de Dados 224
Resultados 224
Discussão 229
Considerações Finais 230
Referências 233
Capítulo 6 – Discussão geral 235
6.1 Discussão dos resultados dos estudos 235
Capítulo 7 – Pontos-chave do HBSC/SSREU, limitações e recomendações 247
7.1. – Pontos-chave do estudo HBSC/SSREU 247
7.2. – Limitações globais do estudo 251
7.3. - Recomendações 253
Referências Bibliográficas 255

Índice Tabelas

Tabela 1 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo Preliminar ……..... 76

Tabela 2 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 1…….. 77

Tabela 3 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 2…….. 78

Tabela 4 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 3……. 79

Tabela 5 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 4…….. 80

Tabela 6 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 5…….. 81

Tabela 7 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 6……... 82

Tabela 8 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas aos conhecimentos face aos métodos contracetivos……. 83

Tabela 9 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas aos conhecimentos face às infeções sexualmente transmissíveis (ISTs)…….. 84

Tabela 10 - Variáveis de Investigação HBSC e HBSC/SSREU relativas aos conhecimentos face à transmissão/prevenção do VIH/SIDA……. 85

Tabela 11 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às atitudes face aos métodos contracetivos……... 85

Tabela 12 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às atitudes face às infeções sexualmente transmissíveis (ISTs)…… 86

Tabela 13 - Variáveis de Investigação HBSC e HBSC/SSREU relativas às atitudes face aos portadores com o VIH/SIDA…….. 87

Tabela 14 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às competências de autoeficácia relacionadas com o comportamento sexual mais seguro…… 87

Tabela 15 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas à Motivação em relação ao comportamento preventivo (atitudes, normas subjetivas e intenções comportamentais)……... 88

Tabela 16 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às Competências em relação ao comportamento preventivo (Perceção de dificuldade e Perceção de autoeficácia)…… 89

Table 17 – Socio demographic characteristics……..... 98

Table 18 – Differences between 2002 and 2006 for questions about sexual behaviors……. 100

Table 19 – Predictors of not having sexual intercourse……. 101

Table 20 – Differences between 2002 and 2006 for information regarding HIV/AIDS transmission/prevention…….. 102

Table 21 – Differences between 2002 and 2006 for attitudes towards HIV-infected people ……... 103

Tabela 22 – Diferenças entre géneros e a primeira relação sexual…….……... 120

Tabela 23 – Diferenças entre géneros e comportamentos face à contraceção e preservativo (informação, acesso e utilização)...…… 121

Tabela 24 – Diferenças entre os grupos de idades e a utilização de métodos contracetivos…...….. 122

Tabela 25 – Diferenças entre géneros e comportamentos sexuais de risco……... 123

Tabela 26 – Diferenças entre os grupos de idades e comportamentos sexuais de risco…...……. 125

Table 27 – Differences between genders and sexual behaviours……... 146

Table 28 - Differences between genders and age groups for knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs…….. 148

Table 29 - Bivaried correlation between knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs…… 149

Table 30 – Socio demographic characteristics of Portuguese university students in 2010…… 163

Table 31 - Differences between gender and sexual behaviour and risky sexual behaviour for theentire sample that mentioned already having had sexual intercourse of Portuguese university students in 2010…….. 167

Table 32 – Differences between gender and knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention of Portuguese university students in 2010……... 169

Table 33 – Differences between gender and attitudes towards HIV- infected people of Portuguese university students in 2010 …… 170

Table 34 – Factors associated with inconsistent condom use of the Portuguese university students in 2010…… 170

Table 35 - Differences between gender and HIV/AIDS transmission/prevention information, motivation towards preventive behavior (attitudes towards HIV/AIDS preventive behaviors, subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors and intention to have HIV/AIDS preventive behaviors) and behavioral skills towards HIV/AIDS preventive behaviors **(**perceived difficulty and perceived effectiveness in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS**)** ……. ……. 189

Table 36 – Differences between gender/age group and sex education questions…….. 207

Table 37 - Differences between having/not having had sex education and sexual behaviour and risky sex for the entire sample that mentioned already having had sexual intercourse…….. 209

Table 38 - Differences between knowledge and attitudes concerning contraceptive methods and STIs, and Behaviour Skills for condom use for the entire sample that mentioned having/not having had sex education…… 210

Tabela 39 – Diferenças entre géneros para as questões sobre Educação Sexual na Escola…….. 225

Tabela 40 – Diferenças entre géneros para as questões sobre Educação Sexual……... 227

Tabela 41 – Diferenças entre géneros para o conforto em conversar sobre métodos contracetivos e ISTs com amigos, professores e pais……... 228

Nota: As tabelas 17 a 21 e 27 a 38 estão em inglês uma vez que fazem parte dos estudos publicados em revistas internacionais.

Índice Figuras

Figura 1 - Taxa de fertilidade portuguesa: Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012 ……. 29

Figura 2 - Evolução dos casos de SIDA em função das três principais categorias de transmissão: heterossexual; homo/Bissexual e toxicodependência. Fonte: Centro Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis extraído de www.sida.pt 37

Figura 3 - Modelo da informação-motivação e aptidões comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992) …… 48

Figura 4 - -Distribuição dos sujeitos por regiões …… 73

Figura 5 - Distribuição dos sujeitos por ano de ensino …… 73

Figure 6 - Path analysis between information, motivation, behavioral skills and HIV/AIDS preventive behaviour (condom use) …….. 190

Figure 7 - Path analysis between information, motivation, behavioral skills and HIV/AIDS preventive behaviour (condom use) for men and women …… 191

Nota: As figuras 6 e 7 estão em inglês uma vez que fazem parte de um estudo publicado numa revista internacional.

Índice Abreviaturas

APF - Associação para o Planeamento da Família

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CVEDT - Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

DGES/MCTES – Direcção-Geral do Ensino Superior/Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ES – educação sexual

FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População

GTES - Grupo de trabalho de educação sexual/educação para a saúde

HBSC - *Health Behavior in School-aged Children*

HBSC/SSREU – Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários

INE - Instituto Nacional de Estatística

IST – infeção sexualmente transmissível

ISTs - infeções sexualmente transmissíveis

IVG - interrupção voluntária da gravidez/interrupções voluntárias da gravidez

MIMAC - Modelo de Informação – Motivação – Aptidões comportamentais

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SIDA - síndrome de imunodeficiência adquirida

UNAIDS - *United Nations Programme on HIV/AIDS*

VIH - vírus de imunodeficiência humana

WAS - *World Association for Sexology*

WHO - *World Health Organization*

Capítulo 1 - Introdução

1.1 – Notas introdutórias

O tema desta investigação é a promoção da saúde sexual em jovens universitários portugueses – conhecimentos e atitudes face à contraceção e à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (ISTs).

A pertinência do tema desta investigação prende-se com o facto das infeções sexualmente transmissíveis, do vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA), da gravidez não desejada e da interrupção voluntária da gravidez (IVG) nos jovens adultos representarem uma ameaça para a saúde pública. Tendo como pressuposto o movimento mundial de promover um maior nível de saúde sexual na população e considerando-se os jovens adultos como um grupo social prioritário (ONU, 2010; WAS, 2005), torna-se fundamental procurar perceber os fatores subjacentes aos seus comportamentos sexuais de risco.

Nos últimos anos, muitos investigadores têm estudado a importância da sexualidade no desenvolvimento dos indivíduos, bem como o bem-estar e a qualidade de vida que a sexualidade pode promover. Várias áreas do conhecimento tais como a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, as ciências biomédicas e as ciências da educação têm fornecido contributos importantes para a clarificação desta. Porém, as alterações atitudinais e comportamentais no domínio da sexualidade têm acontecido de forma relativamente rápida, tornando obsoletas as conceções que eram validadas até há pouco tempo na nossa sociedade (Nodin, 2001a). Por exemplo, a idade da primeira relação sexual alterou-se bastante nas últimas duas décadas, quer nos rapazes quer nas raparigas, evidenciando uma tendência de antecipação (Durex, 2005; Matos et al., 2011; Nodin, 2001a). Outro aspeto que tem sofrido modificações, ao longo dos últimos anos, diz respeito ao nível de conhecimentos que os jovens revelam sobre assuntos relacionados com a saúde sexual (APF, 2012; Matos et al., 2011). Igualmente, os diversos valores que hoje influenciam o comportamento sexual também não são os mesmos que os verificados há uns anos atrás (Matos et al., 2010; Vilar, 2005). Não obstante o aumento do nível de conhecimentos e atitudes mais tolerantes, é consensual para a comunidade científica que os adolescentes e os jovens são particularmente

vulneráveis na vivência de uma sexualidade responsável, estando particularmente sujeitos a vários perigos que devem ser trabalhados através de um processo educativo estruturado (GTES, 2007; Vilar, 2005). Por isso, a educação sexual assume-se como um recurso crucial na prevenção de potenciais problemas. Neste contexto técnicos de saúde, professores e investigadores interessados nesta problemática podem tornar-se atores privilegiados, tanto no campo da investigação, como da intervenção em educação para a saúde sexual, o que acarreta a responsabilidade de construção de um quadro de referência específico que seja orientador da reflexão e da ação.

A complexidade inerente à sexualidade e a um mundo em constante metamorfose conduz à necessidade de uma formação profissional adaptada a essa evolução. Na atualidade, a formação académica não se pode limitar à aprendizagem inicial, pois cada vez mais, é essencial o domínio de saberes e de competências específicas em áreas diversificadas. Os profissionais na área da educação para a saúde acreditam, que a formação é o elemento catalisador de uma sociedade em mudança e que as transformações sociais em curso exigem novos desafios pelo que não se pode nem deve ficar limitado ao papel de meros transmissores de conteúdos mas, pelo contrário, deve-se adotar uma atitude educativa global. Nas escolas e nas universidades não se pode apenas ensinar, necessita-se de aprender, questionar a situação atual, tentar melhorá-la e incentivar mudanças construtivas. É nesse contexto, que corroboramos as ideias de Soares, Vasconcelos e Almeida (2002) quando afirmam que a missão das instituições do ensino superior não se deve limitar ao aumento dos conhecimentos (nível dos conteúdos das disciplinas) dos estudantes, mas sobretudo promover o desenvolvimento integral destes. Assim, proporcionar estratégias de promoção de competências nos estudantes do ensino superior promove o bem-estar, saúde (incluindo a saúde sexual) e qualidade de vida, de acordo com os objetivos preconizados pela reforma educativa e contexto social atual (Dias, 2008).

Nos jovens adultos existem acontecimentos que podem ser avaliados como desafios ou como ameaças, nomeadamente a transição do ensino secundário para o ensino superior com a respetiva entrada na universidade. O impacto dessa transição é suscetível de mudar em função do contexto e mediatizado pelo estudante e pela sua integração académica e social (Giami, 2008). Nesta etapa do ciclo vital, o jovem é confrontado com tarefas específicas, experiências diversas tais como o estabelecimento

de relações mais íntimas, a autonomização em relação à família, a gestão do tempo e do dinheiro, o desinvestimento nas relações pré-universitárias, assim como um contacto social mais alargado (Diniz, 2001, Giami, 2008). Assim sendo, o jovem adulto não experiencia mudanças físicas significativas, como ocorreram durante o seu crescimento, mas alterações nas vivências a nível social e emocional. Estas resultam em exigências internas e externas, desenvolvendo a necessidade de maior exploração, comunicação e criatividade em novos contextos sociais e culturais (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007). Contudo, nem todos os jovens se apresentam com maturidade psicossocial e preparação académica, ou se mostram capazes de assumir responsabilidades, de desenvolver autonomia, de se confrontar com situações de estresse, de gerir o tempo e os recursos, de desenvolver interações sociais ajustadas ou de atingir níveis adequados de auto disciplina, competências essenciais para uma boa adaptação pessoal, académica e social.

De acordo com estudos realizados com o objetivo de avaliar práticas e comportamentos saudáveis dos estudantes universitários, verificou-se que os principais interesses manifestados pelos jovens foram: sexo seguro/ISTs, decisões sexuais/intimidade, VIH/SIDA, vida académica, saúde e boa forma física (Nodin, 2001a; Pereira, Vaz, Patrício, Campos, & Pereira, 1999). Realça-se através destes resultados a importância da sexualidade e a necessidade dos jovens universitários abordarem assuntos designadamente no que se refere à promoção da saúde sexual.

Com efeito a saúde, e em especial a saúde sexual, é um direito a que todos deveriam ter acesso, pois é um bem indispensável para a felicidade individual. Todavia a saúde sexual ultrapassa o domínio da medicina, na medida em que apela a comportamentos individuais, familiares, sociais, políticos, económicos e culturais. Por isso, é difícil mudar o comportamento de alguém que não deseja efetivamente mudar. A mudança só ocorrerá quando despertar significado e desejo de abertura a novas experiências. Acresce que as verdadeiras mudanças implicam sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão. Neste sentido, cada indivíduo deve tirar partido das suas capacidades para investir na promoção da sua saúde sexual e evitar a doença, mas isso só será possível se houver motivação, competências e informação, tal como postula o modelo da informação-motivação e aptidões comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992). Este modelo teórico recebe especial destaque ao longo da presente investigação, por ter sido o modelo mais utilizado no âmbito da redução dos riscos sexuais (Carey et al., 1997; Fisher et al., 1994; Weinhardt, Carey, & Carey, 1997) e por

se considerar ser o que melhor explica os comportamentos sexuais preventivos (Fisher & Fisher, 1998).

Salienta-se ainda a importância não só da educação sexual em meio escolar, mas também das campanhas que fazem educação para a saúde sexual. Estas por sua vez devem ter como pilar fundamental o facto de que as ISTs não escolhem idade, sexo ou estatuto social, assim como a gravidez não desejada e a IVG também não escolhem idade ou estatuto social, podendo ser vivenciadas por todos (direta ou indiretamente).

Nesta perspetiva, seria de igual forma importante investir, ainda, na educação sexual no ensino superior, pois só desta forma se continuará a investir na prevenção primária (iniciada na escola), ou seja, na promoção da saúde sexual e na prevenção da doença.

Na prática, os educadores de saúde sexual têm que aprender a liderar grupos em contextos e condições específicas, recorrendo a estratégias criativas, uma vez que a educação sexual implica uma perspetiva democrática de conjugação de esforços (GTES, 2007). A prevenção, através da educação sexual, define-se como um processo multidimensional (de comunicação e de intervenção social e educativa) que tem por finalidade a capacitação e responsabilização das pessoas nas tomadas de decisões relacionadas com a saúde sexual.

O tema desta investigação decorre da importância das questões atrás apresentadas e que são resumidamente elencadas de seguida. Em primeiro lugar, porque é uma necessidade para a comunidade científica investigar os comportamentos sexuais dos jovens universitários portugueses e procurar perceber os fatores envolvidos nos comportamentos de risco, de forma a delinear estratégias promotoras de saúde sexual que sejam atuais e motivadoras. A utilização crescente das novas tecnologias de informação e comunicação desempenham, cada vez mais, um papel privilegiado na implementação de abordagens inovadoras e apelativas. Em segundo lugar, porque se realizou uma investigação nacional e pioneira sobre a saúde sexual dos jovens do ensino superior português devido ao protocolo estabelecido entre a Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos (Coordenadora da Equipa Aventura Social), a Coordenação Nacional para a Infeção do VIH/SIDA e o Alto Comissariado da Saúde (Ministério da Saúde), nas pessoas do Professor Henrique Barros e da Professora Maria do Céu Machado, respetivamente, aos quais a investigadora enquanto membro da Equipa

Aventura Social está grata pela confiança e apoio na realização do estudo HBSC/SSREU que levou à presente dissertação. Em terceiro lugar, porque a sexualidade é, para todos os efeitos, uma importante matriz do desenvolvimento pessoal e social, sem a qual o ser humano dificilmente se realiza plenamente, tornando-se, por isso, num tema pertinente no domínio da investigação nas Ciências da Educação, nomeadamente na especialidade da Educação para a Saúde.

1.2 – Organização da tese

A tese está organizada em sete capítulos distintos, incluindo ainda bibliografia. Os dois primeiros capítulos versam a introdução, o enquadramento do problema subjacente à investigação, o objetivo geral e os objetivos específicos definidos ao longo dos estudos efetuados. O terceiro capítulo centra-se no enquadramento teórico, no qual se dá conta da incursão feita pela literatura científica nacional e internacional, permitindo desta forma contextualizar o problema em estudo, bem como sustentar os objetivos delineados. Assim, a revisão teórica procurou abranger de forma sistematizada e aprofundada as áreas de estudo identificadas como as mais relevantes para introduzir a investigação. No quarto capítulo, apresenta-se a fundamentação da metodologia seguida nos estudos efetuados. No quinto capítulo são sucessivamente apresentados os sete artigos resultantes dos estudos realizados no âmbito da dissertação. O estado da publicação (publicado, no prelo, aceite, em revisão ou submetido) está indicado em rodapé, na primeira página de cada artigo. Cada um deles está organizado de acordo com as normas específicas da revista científica da área à qual foi submetida, o que geralmente se refletiu no cumprimento da estrutura da *American Psychological Association* (APA): Resumo, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências. Cinco artigos estão escritos em inglês por terem sido submetidos a revistas internacionais, estando os dois restantes escritos em português, por terem sido enviados para revistas de língua portuguesa. Finalmente, nos capítulos 6 e 7 apresenta-se a discussão e apontam-se os pontos-chave do trabalho, as limitações e as recomendações.

As referências bibliográficas de todos os capítulos apresentam-se no final, em conformidade com a 6ª versão das normas da APA.

O texto está redigido em Português, com as regras do novo acordo ortográfico, à exceção dos estudos escritos em inglês.

Capítulo 2 – Problema e objetivos

2.1. Problema

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em termos mundiais, cerca de 15 milhões de adolescentes são mães anualmente (WHO, 2010) e 21.6 milhões de interrupções voluntárias da gravidez ocorreram em 2008 em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos (WHO, 2011a, 2011b). Em Portugal, no ano de 2010, 4052 adolescentes entre os 13 e os 19 anos foram mães (INE, 2011) e no ano de 2010, realizaram-se 19151 interrupções voluntárias da gravidez em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos, mas a maioria ocorreu em jovens entre os 15 e os 29 anos (cerca de 55%) (DGS, 2011).

Segundo o relatório da UNAIDS (2011), 34 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivem com VIH/SIDA. Em 2010, foram infetadas mundialmente 2.7 milhões de pessoas e 42% dos novos casos de infeção pelo VIH ocorreram em jovens entre os 15 e os 24 anos (UNAIDS, 2011). Em Portugal, os dados de 2010 do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT, 2011) comprovaram a tendência dos últimos anos, isto é, o aumento do número de heterossexuais infetados bem como dos indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, o que significa que um número significativo terá contraído a infeção no fim da adolescência ou início da idade adulta.

As estimativas de 2005 da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011c) mencionam que ocorrem anualmente cerca de 348 milhões de novos casos curáveis de ISTs, em idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Mais de 100 milhões de ISTs ocorrem anualmente em jovens com menos de 25 anos (UNAIDS, 2008). Em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de ISTs não é conhecido. Os dados disponíveis da Direcção-Geral da Saúde (2004) parecem indicar que a maior incidência das ISTs se verifica nos indivíduos do sexo masculino, entre os 25 e os 44 anos de idade, e na região de Lisboa e Vale do Tejo. De acordo com o Global Sex Survey (2005), 8% dos jovens portugueses com idades entre os 16 e os 20 anos já teve uma IST.

Por estes motivos, a população adolescente e os jovens adultos são considerados grupos de relevância nas práticas de ações preventivas e em investigações no âmbito dos comportamentos sexuais.

Em termos de ações preventivas no âmbito dos comportamentos sexuais, a educação sexual constitui uma das prioridades da Educação para a Saúde, uma vez que através dela se realiza a prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens e se promovem atitudes e comportamentos saudáveis.

Optou-se por desenvolver um estudo nacional com uma amostra da população de jovens adultos, pois por um lado estes encontram-se num período importante de transição da vida, e por outro lado há necessidade de existir maior conhecimento científico sobre este grupo etário em relação aos comportamentos sexuais. De entre os jovens adultos, considerou-se o subgrupo dos jovens que frequentam o ensino superior dada a elevada percentagem dos mesmos (entre 30% e 35% segundo o EACEA, 2012) e por ser uma amostra mais fácil de recolher de modo sistemático e controlado.

Justifica-se assim a necessidade de existirem investigações sobre o comportamento sexual dos jovens que frequentam o ensino superior para orientar o planeamento de ações na área da saúde e educação sexual desses jovens.

2.2. Objetivos

Antes de se estabelecerem os objetivos desta investigação e no sentido de se identificar estes com maior rigor, foi efetuado um estudo preliminar.

> **Estudo Preliminar:** Information and attitudes about HIV/AIDS in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. Este estudo do HBSC com adolescentes serviu de suporte para justificar a extensão do mesmo aos alunos do ensino superior no que diz respeito ao tema da saúde sexual. O objetivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre o comportamento sexual dos adolescentes portugueses e as possíveis mudanças num período de 4 anos (comparando o estudo HBSC de 2002 com o de 2006), designadamente (1) caracterizar a primeira relação sexual, a idade da primeira relação sexual e o uso do preservativo na última relação sexual; (2) analisar diferenças entre os dois estudos e os conhecimentos face à prevenção/transmissão do VIH/SIDA e (3) analisar diferenças entre os dois estudos e as atitudes face aos portadores do

VIH/SIDA. Os resultados deste estudo demonstraram que, de 2002 para 2006, ocorreu um aumento na idade da primeira relação sexual dos adolescentes e uma diminuição do número de adolescentes que tiveram relações sexuais. No geral os adolescentes têm um bom nível de conhecimentos sobre como se proteger do VIH/SIDA. No entanto, comparando com os dados de 2002 com os de 2006, houve uma redução de conhecimentos e consequente aumento de dúvidas em relação ao VIH/SIDA e também nas atitudes de aceitação face aos portadores de VIH/SIDA. Devido ao estado incipiente da educação sexual em 2006, os resultados não podem ser atribuídos à educação sexual, porém serão relevantes para a comparação dos resultados do estudo, de 2010, do HBSC.

Analisados os resultados deste estudo, e tendo como base teórica o modelo de Informação – Motivação – Aptidões comportamentais (MIMAC), definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- Investigar os comportamentos sexuais dos jovens universitários portugueses;
- Analisar os conhecimentos, as atitudes face aos métodos contracetivos, ISTs, VIH/SIDA, a motivação e as competências necessárias para se praticar comportamentos sexuais preventivos; e
- Averiguar a relação entre as variáveis anteriormente mencionadas.

Assim, para atingir os objetivos gerais propostos foram realizados seis estudos com os seguintes objetivos específicos:

Estudo 1: Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses em 2010. O objetivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre o comportamento sexual dos jovens universitários portugueses, nomeadamente (1) averiguar os jovens que já tiveram relações sexuais, caracterizar a primeira relação sexual (idade, utilização e escolha de método contracetivo e motivos para ter a primeira relação sexual), comportamentos relativos à contraceção e ao preservativo (fontes de informação, acesso, utilização de métodos contracetivos e a frequência do uso do preservativo) e comportamentos sexuais de risco (número de parceiros sexuais ao longo da vida, ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso, ter parceiros sexuais ocasionais, número de parceiros sexuais ocasionais no último ano, ter relações sexuais associadas ao álcool e às drogas, ter uma IST, ter efetuado uma IVG e ter engravidado sem desejar); (2) analisar diferenças entre géneros face às variáveis mencionadas e (3) analisar diferenças entre grupos de idade para a utilização de métodos contracetivos e comportamentos sexuais de risco.

Estudo 2: Nationwide Survey on Knowledge, Attitudes and Skills concerning contraceptive methods and STIs among Portuguese university students. Os objetivos deste estudo foram avaliar conhecimentos, atitudes e competências sobre os métodos contracetivos e ISTs dos jovens universitários, verificar diferenças entre géneros e grupos de idade face às variáveis mencionadas e, ainda avaliar a possível associação entre as variáveis (conhecimentos, atitudes e competências).

Estudo 3: Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal. O objetivo do estudo 3 foi analisar os conhecimentos face ao VIH/SIDA, as atitudes face aos portadores do VIH/SIDA e determinar comportamentos que colocam os jovens adultos em risco de infeção; analisar as diferenças entre os géneros para o conhecimento, atitudes e comportamentos de risco face ao VIH/SIDA e verificar quais os fatores (género, idade, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA e comportamentos de risco, designadamente ter parceiros ocasionais, relações sexuais associadas ao consumo do álcool e drogas e ter tido uma IST) que podem estar associados ao comportamento - não usar sempre preservativo.

Estudo 4: Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. Este estudo teve como objetivo principal analisar o poder dos constructos (informação, motivação e competências) do modelo MIMAC (Fisher & Fisher, 1992) para prever a utilização do preservativo masculino (comportamento sexual preventivo) e as diferenças entre géneros. Teve como objetivos específicos: 1) descrever o comportamento preventivo face ao VIH/SIDA (uso do preservativo masculino), os conhecimentos (informação), a motivação e as competências comportamentais face à prevenção/transmissão VIH/SIDA; 2) analisar as diferenças de género para o comportamento preventivo face ao VIH/SIDA (uso do preservativo masculino), os conhecimentos (informação), a motivação e as competências comportamentais face à prevenção/transmissão VIH/SIDA; 3) analisar o poder dos constructos do modelo MIMAC (IMB) para prever a utilização do preservativo masculino e 4) analisar as diferenças de género e o poder dos constructos do modelo MIMAC (IMB) para prever a utilização do preservativo masculino.

Estudo 5: The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. O estudo 5 teve como objetivo investigar os efeitos da educação sexual em meio escolar na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, designadamente analisar diferenças entre os jovens que tiveram e os que não tiveram educação sexual na escola relativamente ao comportamento contracetivo, aos comportamentos sexuais de risco (incluindo o uso consistente do preservativo, parceiros ocasionais, relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas, ISTs, gravidez indesejada e IVG), aos conhecimentos e atitudes face aos métodos contracetivos e ISTs, e ainda, relativamente às competências comportamentais.

Estudo 6: Agentes de Socialização na Educação Sexual dos Jovens Universitários. O objetivo do estudo 6 foi aprofundar a importância dos agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários, nomeadamente analisar a opinião dos jovens adultos face à importância da educação sexual e avaliar o desempenho dos pais, do grupo de pares e da escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis dos jovens.

Assim, esta tese é constituída por sete estudos.

No capítulo seguinte será apresentada a revisão bibliográfica que fundamenta e justifica a pertinência dos objetivos e que valida a lógica que levou à realização dos diversos artigos.

Capítulo 3 – Revisão de literatura

3.1. Promoção da saúde sexual

3.1.1. Introdução

A sexualidade é um tema que ao longo das últimas décadas tem merecido a atenção de diversos autores das ciências sociais e humanas, uma vez que é uma área de grande importância no desenvolvimento do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é uma dimensão essencial do ser humano ao longo do seu ciclo de vida, que inclui as capacidades individuais e sociais e as condições de envolvimento emocional/amor, erotismo, sexo e reprodução. É ancorada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças e valores e expressa-se através de uma identidade, atitudes, valores, papéis, comportamentos e relacionamentos. A definição proposta pela OMS, frequentemente citada, versa o seguinte:

"*A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.*" (PAHO/WHO, 2000, p.6)

Assim, a sexualidade é o resultado da interação dos fatores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais e éticos (WHO, 2000). Esta definição é integradora de múltiplas facetas e dimensões, apresentando a particularidade de enfatizar o caráter sistémico e holístico dessa "energia motivacional" que é a sexualidade. Não se centra, exclusivamente, no ato sexual, acrescentando-lhe componentes cognitivos, emocionais, relacionais e éticos. Por isso, sexo e sexualidade são conceitos diferentes, embora profundamente relacionados.

O termo "sexo" pode ser utilizado para designar o género biológico, feminino ou masculino, para fazer referência aos órgãos genitais, ou ainda, para referir uma série de comportamentos humanos relacionados com a genitalidade, nomeadamente, a cópula e a masturbação (Alferes, 1997). O termo "sexualidade" tem, frequentemente,

uma conotação mais genérica pois, para além, da dimensão comportamental e biológica, engloba aspetos referentes à personalidade, que incluem, a sensualidade, o erotismo, os afetos e as emoções, e as interações sociais, entre outros. Neste contexto, Masters, Johnson e Kolodny (1987) fazem uma distinção entre a noção de ato sexual, entendido como uma manifestação de caráter essencialmente genital e o comportamento sexual, que compreende, não somente os atos sexuais, como também todo o sistema de valores, atitudes e conduta que a pessoa possui em relação à sua sexualidade. Assim, a sexualidade pode ser estudada segundo várias dimensões, entre as quais se destacam a biológica, a psicológica, a comportamental, a clínica, a histórico-cultural e a ética. Atendendo ao papel que desempenham no desenvolvimento e comportamento humanos, não podemos valorizar uma em detrimento de outra, porque todas interagem em simultâneo criando uma realidade de natureza bio-psico-social.

3.1.2. Conceito de saúde / Promoção da saúde

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948). Esta definição não se limita ao funcionamento do organismo do indivíduo (saúde como ausência de doença), dá uma visão muito mais ampla e multidimensional de todos os fatores que podem influenciar a saúde do ser humano, alargando-se a todos os outros aspetos que a saúde representa: estilos de vida, condições sociais, económicas, ambientais e, de forma mais vasta, a qualidade de vida. O conceito de saúde apresenta, assim, à semelhança do conceito de sexualidade, uma visão integral e holística do indivíduo, apontando para a necessidade das estratégias de promoção da saúde contemplarem o desenvolvimento ativo da qualidade de vida e do bem-estar dos indivíduos (Bennett & Murphy, 1997; Diaz, Blanco, Horcajo, & Valle, 2007).

A promoção da saúde é definida como um processo que deve capacitar os indivíduos a aumentar o controlo sobre a sua saúde, para assim conseguir melhorá-la, isto é, os indivíduos deverão ser capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e alterar o ambiente ou adaptar-se a ele (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

Mais do que em qualquer outro período da História, o século XX assistiu a grandes evoluções na área da saúde (Koelen, Vaandrager, & Colomér, 2001). Os progressos na medicina, associados ao crescimento económico e à melhoria das condições de vida das populações, foram responsáveis por uma melhoria na esperança média de vida e diminuição da mortalidade (Eaton, Cordain, & Lindeberg, 2002). A promoção da saúde também tem contribuído para melhorias neste sector e refere-se a um vasto número de ações dirigidas à população, delineadas com o objetivo de promover o desenvolvimento saudável de todos os indivíduos. Estas ações baseiam-se na promoção de comportamentos de saúde, estilos de vida saudáveis e modificações no meio envolvente, permitindo o desenvolvimento de melhores indicadores de saúde nas populações (Matos et al., 2006).

Investir na saúde dos jovens é investir no futuro, garantindo às populações ganhos na qualidade da saúde e benefícios financeiros e sociais (WHO, 2003).

3.1.3. Conceito de saúde sexual / Promoção da saúde sexual

A abordagem anteriormente descrita sobre a promoção da saúde tem correspondência em termos de promoção da saúde sexual.

Inicialmente, o domínio da saúde sexual foi definido de modo restrito, valorizando-se, sobretudo, os aspetos diretamente relacionados com a reprodução, nos quais se incluíam a gravidez, o parto e a contraceção. Por isso, nas últimas décadas, a atenção dos serviços e dos profissionais centrava-se nesses temas, em geral, sob a designação de Saúde Materna e Planeamento Familiar, dirigindo-se, em particular, para a população feminina (DGS, 2004).

A mudança social, as necessidades expressas pelos indivíduos em relação às suas vivências, a reflexão dos profissionais e também algumas medidas das organizações de saúde vieram reforçar a importância de enquadrar a problemática da reprodução num contexto mais vasto. Assumiu-se, assim, que esse domínio está intimamente relacionado com a expressão e o prazer sexual, as relações conjugais, os papéis sociais atribuídos a cada um dos sexos, ao bem-estar e à autodeterminação na vivência da sexualidade (Butler, 2004; Nodin, 2001a; Ogden, 2004; Reis, Ramiro, Carvalho, & Pereira, 2009).

O conceito de saúde sexual corresponde, hoje, a uma forma alargada de pensar e agir ativamente na promoção de vivências gratificantes, informadas e seguras no domínio da sexualidade de ambos os sexos (IPPF, 2009; WHO, 2006a).

A saúde sexual é definida pela Organização Mundial de Saúde como: "*um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade. Ela não consiste somente em ausência de doença ou de disfunção. A saúde sexual precisa de uma abordagem positiva e respeitadora perante a sexualidade e as relações sexuais, bem como, perante a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coação, de discriminação e/ou de violência. A fim de atingir e manter a saúde sexual, os direitos humanos de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e assegurados"* (WHO, 2006a, p.5).

Esta definição inclui uma abordagem multidimensional da sexualidade humana e salienta a importância dos direitos sexuais. Estes, por sua vez estão relacionados com os direitos humanos universais, referentes à sexualidade, que derivam dos direitos de liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade, e como tal devem ser reconhecidos, respeitados, promovidos e defendidos por todos.

Os direitos sexuais foram formalmente aprovados pela Assembleia Geral da *World Association for Sexology* (WAS), em 1999, no 14º Congresso Mundial de Sexologia, realizado em Hong Kong, na República Popular da China, e são os seguintes:

1. Direito à liberdade sexual. A liberdade sexual diz respeito à possibilidade dos indivíduos expressarem o seu potencial sexual, excluindo-se todas as formas de coação, exploração e abuso.

2. Direito à autonomia sexual, integridade sexual e à segurança do corpo sexual. Este direito envolve a capacidade de uma pessoa tomar decisões autónomas sobre a própria vida sexual num contexto de ética pessoal e social. Também inclui o controlo e a obtenção de prazer do próprio corpo, livre de qualquer tipo de tortura, mutilação e violência.

3. Direito à privacidade sexual. É o direito de cada ser humano tomar decisões e comportamentos sobre a sua intimidade, desde que, não interfiram com os direitos sexuais dos outros.

4. Direito à igualdade sexual. É o direito de cada ser humano ser livre de todas as formas de discriminação, independentemente do seu sexo, género, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião e debilidade física ou mental.

5. Direito ao prazer sexual. O prazer sexual, incluindo autoerotismo, é uma fonte de bem-estar físico, psicológico, intelectual e espiritual.

6. Direito à expressão sexual. A expressão sexual é mais do que um prazer erótico ou atos sexuais. Cada indivíduo tem o direito de expressar a sexualidade através da comunicação, toques, expressão emocional e amor.

7. Direito à livre associação sexual. Significa a possibilidade de casamento ou não, do divórcio, e do estabelecimento de outros tipos de associações sexuais responsáveis.

8. Direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis. É o direito de decidir ter ou não ter filhos, o número e o tempo entre cada um, e o direito total aos métodos de regulação da fertilidade.

9. Direito à informação baseada no conhecimento científico. A informação sexual deve ser efetuada através do conhecimento científico, eticamente desenvolvido, bem como a divulgação apropriada dessa informação, e a todos os níveis sociais.

10. Direito à educação sexual integral. Este é um processo que dura a vida toda, desde o nascimento e ao longo da vida, e deveria envolver todas as instituições sociais.

11. Direito à saúde sexual. É o direito a cuidados de saúde sexual, que deverão estar disponíveis para a prevenção e tratamento de todas as preocupações, problemas e disfunções sexuais.

Segundo Robinson, Bockting, Rosser, Miner e Coleman (2002), a saúde sexual é uma abordagem da sexualidade fundada em conhecimento preciso, consciência pessoal e autoaceitação, em que o comportamento de alguém, os seus valores e emoções são congruentes e integrados dentro de uma estrutura de personalidade e de autodefinição. Esta envolve a capacidade de ter intimidade com o parceiro, de comunicar explicitamente as suas necessidades e desejos sexuais, de ser sexualmente funcional (ter desejo, estar excitado, e obter satisfação sexual), de atuar de forma deliberada e responsável, e de estabelecer limites sexuais (Robinson et al., 2002). Inclui, ainda, um aspeto comunitário, que reflete também o respeito e a valorização pelas diferenças

individuais e a diversidade, e um sentimento de pertença e de envolvimento numa determinada cultura sexual (Butler, 2004; Robinson et al., 2002).

De uma forma geral, a revisão da literatura realizada por Edwards e Coleman (2004) menciona a saúde sexual como a capacidade de desfrutar e experimentar a sexualidade de forma livre, logo sem o risco de infeções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, interrupções voluntárias de gravidez, coerção, violência e discriminação. Desta forma, para se ser sexualmente saudável é necessário que os indivíduos tenham relações sexuais de uma forma segura, agradável e informada, baseadas numa autoestima positiva e respeito mútuo (Edwards & Coleman, 2004). Por isso, as experiências sexualmente saudáveis podem melhorar a qualidade de vida e o prazer, as relações pessoais, a comunicação e a expressão de uma identidade (Edwards & Coleman, 2004).

Assim, a saúde sexual também não se limita à ausência de doença ou de disfunção, pois ela inclui a capacidade de compreender e medir os riscos, as responsabilidades, os resultados e os impactos das práticas sexuais, assim como inclui a capacidade de integrar a sexualidade na vida de cada um, de sentir prazer, e de reproduzir-se, se o indivíduo assim o entender (WHO, 2000).

Contudo, a maioria dos programas de intervenção e das investigações no âmbito da promoção da saúde sexual limitam-se a tentar encontrar soluções para problemáticas como as ISTs, o VIH/SIDA, as disfunções sexuais e a violência, o que de alguma forma corresponde apenas ao campo da epidemiologia clínica (WHO, 2001; 2006a; 2006b). Deste modo, dão maior ênfase aos fatores de risco e às doenças, sem contemplarem os aspetos da intimidade, da satisfação sexual, da comunicação de necessidades e desejos sexuais, entre outros aspetos, que contribuem igualmente para uma sexualidade saudável, com influência direta na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (Fagundes, 2009).

Ainda assim, alguns autores já têm em consideração questões do tipo relacional e emocional, muito por conta da evolução que o conceito de sexualidade tem sofrido ao longo das décadas, particularmente no que respeita às significações sociais e psicológicas da sexualidade e da dinâmica das relações entre parceiros (Fagundes, 2009; Giami, 2008). Parece, pois, importante, que a promoção da saúde sexual, tal como afirmam Menard e Offman (2009), desenvolva competências ao nível afetivo-relacional, nomeadamente competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, de comunicação, assertividade e negociação, por forma a incrementar quer a prática de

comportamentos sexuais seguros, quer os níveis de prazer e de bem-estar dos indivíduos nos seus relacionamentos sexuais.

Por conseguinte, a promoção da saúde sexual visa essencialmente o desenvolvimento de competências, quer individuais, quer sociais, através de métodos diversos mas complementares, que incluem não apenas a informação, mas também a educação para que os indivíduos possam ter um papel ativo no controlo da sua saúde sexual (Reis, Ramiro, Carvalho, et al., 2009).

No que concerne, ainda, à promoção da saúde sexual, é crucial realçar a Declaração de Montreal, intitulada "Saúde Sexual para o Milénio" realizada em 2005 e em que Portugal participou e assumiu, à semelhança de outros países, alcançar oito objetivos até 2015 (WAS, 2005):

1. Reconhecer, promover, assegurar e proteger os direitos sexuais para todos;
2. Avançar para a equidade de género;
3. Eliminar todas as formas de violência e abusos sexuais;
4. Prover acesso universal à informação e educação integral da sexualidade;
5. Assegurar que os programas de saúde reprodutiva reconheçam a importância essencial da saúde sexual;
6. Deter e reverter a propagação do VIH/SIDA e outras infeções de transmissão sexual (ISTs);
7. Identificar, abordar e tratar inquietudes, doenças e disfunções sexuais;
8. Conseguir o reconhecimento do prazer sexual como um componente do bem-estar.

Com efeito, torna-se essencial conhecer o nível de recursos (inter)pessoais, e de que forma estes recursos podem relacionar-se com a sexualidade dos indivíduos, a fim de se elaborarem e implementarem programas que promovam estilos de vida sexuais mais saudáveis e níveis mais elevados de bem-estar físico, psicológico e social, com a consequente diminuição dos custos relativos aos cuidados de saúde (Precioso & Taveira, 2007) e a obtenção dos objetivos do milénio propostos (WAS, 2005).

3.2. Os jovens adultos – Características de grupo e riscos sexuais associados

Optou-se por desenvolver um estudo nacional com uma amostra da população de jovens do ensino superior, pois por um lado encontram-se num período de transição da sua vida, e por outro lado devido à necessidade de existir maior conhecimento científico sobre este grupo etário em relação ao seu processo de decisão, às influências recebidas, bem como o contexto e a perspetiva deste público, para o desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas, designadamente no âmbito da sexualidade.

3.2.1. Jovens universitários

Ser estudante do ensino superior pode constituir um desafio desejado e calculado, representando a oportunidade para alcançar a autonomia ambicionada e desenvolver competências específicas numa determinada área científica e profissional.

Ao chegarem ao ensino superior, os estudantes, na sua maioria, experimentam uma certa insegurança relativamente ao novo estilo de vida (contactos sociais, papéis e rotinas que têm de desempenhar). Possuem também expectativas positivas em relação à sua nova vida e são quase sempre partilhadas com a família e os amigos, com um certo orgulho. Porém, às vezes, estas expectativas positivas podem dar lugar a expectativas negativas, sobretudo nos jovens universitários deslocados da sua área de residência, ou seja, a euforia motivada pelo ingresso cede lugar à tristeza e à saudade da família, dos amigos, da casa e do local onde se vivia (Pinheiro, 2003).

A transição do ensino secundário para o ensino superior é marcada por diversas exigências, nomeadamente a nível pessoal, social e académico. Ao ingressar no ensino superior, o jovem vai deparar-se com novos contextos de vida e desafios, tais como novas metodologias de ensino e de avaliação, a capacidade de adquirir e modificar rotinas e hábitos de estudo, além de uma maior autonomia na gestão do tempo. Ocorrem mudanças no sentido de uma maior mobilidade e emancipação, uma maior autonomia face à família, na gestão dos recursos económicos mas, também, na resposta às solicitações internas (dos desejos, aspirações e do desenvolvimento em geral dos jovens adultos) e externas (da sociedade e do mercado de trabalho) (Pinheiro, 2003).

Sendo o Ensino Superior uma instituição de índole social considera-se que o mesmo deveria apoiar-se na cooperação e no trabalho de equipa entre prestadores de cuidados de saúde, indivíduos, famílias e grupos da comunidade. A pertinência desta parceria é tanto mais exigível se se tiver em conta a prevalência das gestações não desejadas, das interrupções voluntárias de gravidez, das ISTs e do VIH/SIDA, e neste sentido a prevenção converte-se na arma mais eficaz, para combater ou travar estes riscos. Desta forma, as Instituições de Ensino Superior podem desempenhar um papel fundamental e primordial na promoção e prevenção da saúde sexual.

3.2.2. Os jovens e o seu desenvolvimento psicossocial e sexual

Segundo a WHO (2011a), o termo "juventude" implica que o indivíduo tenha uma idade entre os 15 e os 29 anos. No período que decorre entre os 15 e os 20 anos predominam os aspetos do desenvolvimento psicossocial. Este é caracterizado, sobretudo, pela afirmação pessoal e pela necessidade de pertença a um grupo (Fuertes & López, 1989; Sampaio, 2000).

Quanto ao jovem adulto, este encontra-se numa fase de desenvolvimento entre a adolescência e a idade adulta, que está compreendida em torno dos 20-29 anos, mas que se pode prolongar até à faixa etária entre os 30-35 anos (WHO, 2011a). Esta fase caracteriza-se por um estabelecimento estável da identidade pessoal e sexual, uma certa independência dos pais e marca o início da fundação de uma escala de valores ou um código ético próprio.

Não existe, assim, uma idade específica para definir, com precisão, o início da entrada na vida adulta, pois os limites da juventude não são limites cronológicos, mas eminentemente sociais e culturais, traçados fundamentalmente pela sua capacidade ativa, ou seja, pela capacidade de participação na produção e reprodução da própria sociedade (Sampaio, 2000). Podendo-se considerar ainda que, a independência económica e a saída de casa dos pais são os principais acontecimentos que determinam a entrada no mundo dos adultos.

O jovem adulto caracteriza-se pela posse da maturação física, cognitiva e emocional, pelo que o comportamento sexual tem tendência a ser mais expressivo e menos exploratório, e as relações mais íntimas, sobressaindo a escolha de um par com

uma relação de afeto, onde existe, à partida, uma maior consciência dos riscos e necessidades de proteção (Costa, Lopes, Souza, & Patel, 2001; Fuertes & López, 1989).

Para o género masculino, os impulsos sexuais são inicialmente bastante afastados da noção de amor, uma vez que o desejo sexual encontra-se claramente localizado nos órgãos genitais e as fantasias eróticas fixam-se em atributos físicos específicos como seios, pernas e genitais (Costa et al., 2001; Fuertes & López, 1989). Por outro lado, para o género feminino, o amor tem prioridade sobre a genitália, pelo que o desejo sexual torna-se difuso e não diferenciado de outros sentimentos, sendo que as suas fantasias têm características predominantemente românticas, com entrega, impulsos maternais, modificações súbitas de estado de humor, compaixão ou prazer com a estimulação direta do corpo, particularmente das zonas erógenas, apesar do orgasmo não ser sempre o objetivo primordial (Costa et al., 2001; Fuertes & López, 1989).

Diversos estudos analisam em detalhe os processos psicossociais que constituem a passagem da adolescência à idade adulta. De acordo com a revisão da literatura efetuada por Giami (2008), alguns autores, na década de 80, ressalvavam o prolongamento da adolescência, marcado pela continuidade de residência com os pais, o prolongamento da duração dos estudos e o aumento da idade da obtenção do primeiro emprego, do casamento e da procriação, que consequentemente resultariam num prolongamento da dependência afetiva e social e a conservação das jovens gerações excluídas das decisões.

Battagliola, Brown e Jaspard (1997), no estudo sobre os "itinerários de passagem à idade adulta", definem a juventude como uma fase de transição ao longo da qual se efetua uma dupla passagem: do fim da escolaridade para a entrada no mercado de trabalho, da saída de casa dos pais para a formação do casal e a constituição de uma família. Contudo, estas etapas não são ultrapassadas por todos os indivíduos, sendo que elas constituem apenas indicadores na direção da autonomia e da procura de um *status* de adulto (Battagliola et al., 1997).

Atualmente, o que verificamos é que existe um adiamento de um conjunto de etapas, nomeadamente no prolongamento de um período que vai desde a saída do sistema escolar à inserção no mercado de trabalho, e entre a saída de casa dos pais à formação de uma família, o que não permite identificar aquilo que seria uma rutura nítida entre a adolescência e a idade adulta, sendo que os rituais de passagem que outrora eram fortemente institucionalizados e eram pontos de referência,

designadamente as primeiras experiencias sexuais, o casamento, o fim dos estudos e o primeiro trabalho, não constituem mais os pontos de passagem ritualizados em relação aos quais poder-se-ia tornar um adulto (Battagliola et al., 1997).

Estudos efetuados com jovens dos 18 aos 25 anos descrevem de forma idêntica as modalidades de acesso a idade adulta, ou seja, um processo de inserção profissional, familiar e social, que se inicia com o fim da escolaridade, podendo considerar-se como finalizado após a obtenção de um emprego estável e com o casamento (Giami, 2008). Segundo Giami (2008), esta faixa etária será, então, um período de idades mal definido, consagrado às experiências, mas durante o qual se evita tomar decisões importantes, encontrando-se por isso num momento crucial da sua evolução pessoal e social. Com efeito, neste período, estes pós-adolescentes, obrigados a afastarem-se da adolescência, esforçam-se para se tornarem adultos e por encontrar um lugar, uma identidade e ligações que reconheçam como próprias, com uma relativa autonomia. É uma fase que implica uma pesquisa de si, do outro, de experiências múltiplas, e tempo de crise para jovens adultos mantidos numa dependência parental, que facilmente contradiz os seus desejos de independência.

Em suma, a juventude é apreendida como um período intermediário, uma situação transitória, de passagem, de crise, uma sucessão de etapas, de *status*, que se caracteriza pela desmistificação das relações sexuais/amorosas.

3.2.3. Riscos para a saúde sexual dos jovens

Os riscos associados à saúde sexual situam-se fundamentalmente ao nível da gravidez não desejada, da interrupção voluntária da gravidez (IVG), do VIH/SIDA e de outras ISTs, que podem comprometer o projeto de vida ou até mesmo a própria vida dos jovens (Matos et al., 2010b). A prevalência destes riscos têm vindo sistematicamente a aumentar, em particular nos jovens adultos constituindo um problema importante de Saúde Pública, sendo consequentemente o foco de muitos trabalhos de investigação (UNAIDS, 2011; WHO, 2011b).

Para além destes riscos significativos descritos anteriormente, existem outros problemas que constituem atualmente o padrão comportamental de risco característico dos jovens adultos e que colocam em causa a saúde sexual destes, nomeadamente a antecipação da idade da primeira relação sexual (CDC, 2010; Godeau et al., 2008; Nodin, 2001a; UNAIDS, 2010; WHO, 2010), o uso inconsistente de métodos

contracetivos e de preservativos, o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual (Bell, 2009; Brook, Morojele, Zhang, & Brook, 2006; Eaton et al., 2008; Madkour, Farhat, Halpern, Godeau, & Gabhainn, 2010; UNAIDS, 2008).

Deste modo, torna-se fundamental compreender os fatores subjacentes aos comportamentos sexuais de risco nos jovens, bem como analisar os diversos estudos realizados no âmbito dos comportamentos sexuais que têm considerado os jovens como um grupo social prioritário de intervenção (UNAIDS, 2011; WHO, 2011b).

Assim, neste capítulo procede-se à caracterização individual de cada uma destas problemáticas, referindo os diversos fatores de risco identificados relativamente a cada uma delas e descrevendo os dados existentes relativos à situação mundial e à realidade portuguesa no grupo de jovens adultos.

3.2.3.1. Gravidez não desejada e Interrupção voluntária de gravidez

A gravidez não desejada prende-se diretamente com a capacidade de regulação da fertilidade. Por sua vez, a ausência de desejo relativo à gravidez constitui o principal motivo pelo qual mulheres em todo o mundo procuram a sua interrupção (DGS, 2011; WHO, 2011b).

A interrupção voluntária da gravidez (IVG), situação que se encontra repleta de implicações legais e morais numa série de países, constitui ela própria uma situação de risco para a saúde da mulher, sendo a causa desconhecida de diversas complicações, principalmente quando realizada na clandestinidade (DGS, 2011; WHO, 2011b).

Em Portugal, de acordo com a Lei 16/2007, a interrupção voluntária da gravidez é legal desde que:

- Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;

• Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

• A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;

• Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

A maneira mais apropriada para evitar a gravidez não desejada, à exceção da abstinência, é a utilização eficaz dos métodos contracetivos. De acordo com a opinião de alguns autores a utilização de qualquer método contracetivo constitui-se acima de tudo como um processo de tomada de decisão tendo em consideração a consciência do tipo de relação existente, das vivências associadas à gravidez e do conhecimento explícito e operacional da utilização de métodos contracetivos (Langille, 2007; Nodin, 2001a; Ogden, 2004). Neste sentido se a contraceção não é uma tarefa fácil para um adulto, torna-se ainda mais difícil para o jovem e mais ainda para um adolescente.

Segundo Lourenço (1998) são vários os motivos que levam a gravidez não desejada a ser considerada uma questão de urgência social epidemiológica e como um fator que pode ter um forte impacto negativo ao nível da saúde: a) a maioria das adolescentes e jovens adultas engravida fora da situação de uma relação afetiva estável; b) as adolescentes e jovens adultas, que levam a sua gravidez a termo, pertencem na sua maioria a níveis socioeconómicos baixos; c) as profundas modificações a nível social e laboral que ocorreram exigem uma escolaridade superior às mulheres e uma intensa vida profissional, o que é inibidor da procriação; d) genericamente e no contexto da saúde pública, a prevenção da gravidez não desejada especialmente em idades mais novas, combate efetivamente a morbilidade e mortalidade, quer das mães, quer dos recém-nascidos. Neste contexto, a gravidez não desejada é, acima de tudo, um importante problema de saúde pública, em grande parte evitável, estando associada a sequelas negativas, tanto para as jovens que engravidam como para os seus filhos (DGS, 2011; Langille, 2007; WHO, 2011b).

Lindemann (1977, citado por Ogden, 2004) propôs um modelo de tomada de decisão contracetiva ao longo de três fases que sugere uma maior probabilidade de uso de contracetivos à medida que o indivíduo progride:

1) **fase natural** – nesta fase as relações sexuais são relativamente inesperadas e os indivíduos não se encaram como seres sexualmente ativos. Por esta razão o uso da contraceção é pouco provável.

2) **fase de prescrição pelos pares** – nesta fase, os indivíduos pedem conselhos sobre o uso de contracetivos aos amigos, as relações sexuais são mais frequentes e a maior parte da contraceção envolve métodos pouco seguros.

3) **fase do perito** – nesta fase, os indivíduos já incorporaram a sexualidade no seu autoconceito, procuram conselhos de profissionais e planeiam o uso da contraceção.

De uma forma geral podemos considerar que os adolescentes e jovens adultos se encontram algures entre estas três fases. Não obstante, quando se tornam sexualmente ativos, a decisão de utilizar e obter o contracetivo, é influenciada por muitos outros fatores entre os quais, o conhecimento (Nodin, 2001a).

A eficácia do uso dos métodos contracetivos, para além do conhecimento, está sujeito a outros fatores psicológicos fundamentais, tais como a eficácia e intenção do jovem para usá-los, a perceção que este tem da atitude dos pares e a sua própria capacidade de assertividade (Baele, Dusseldorp, & Maes, 2001; House, Bates, Markham, & Lesesne, 2010; Kirby, Van der Sluijs, & Currie, 2010). E é ainda importante averiguar a quem é que os jovens recorrem para ter informação e acesso face aos métodos contracetivos, uma vez que podem representar verdadeiros obstáculos ao uso destes (Santos & Nogueira, 2009).

A decisão de utilizar contraceção, bem como a eleição do método, de acordo com Masters, Johnson e Kolodny (1995), depende fundamentalmente de dois condicionamentos práticos: a operacionalidade e os riscos que os mesmos comportam para a saúde. Os jovens devem, ainda, ser informados dos vários métodos existentes, modos de ação, vantagens e desvantagens de cada um, para que tenham a possibilidade de realizar uma escolha livre e consciente do método mais adequado à

sua situação. Para tal, é necessário atuar ao nível de ações de planeamento familiar, no sentido de promover continuamente a capacidade técnica e o uso sistemático, e na avaliação contínua da eficácia das ações desenvolvidas, junto da população alvo (Espejo et al., 2003).

Relativamente aos comportamentos que estão mais associados ao uso irregular dos métodos contracetivos, pode-se designar as dificuldades em comunicar com o parceiro sexual acerca de aspetos sexuais, o facto de ter relacionamentos mais estáveis e o consumo de álcool e outras drogas que favorecem a prática do sexo desprotegido (Bell, 2009; Brook et al., 2006; Eaton et al., 2008; Fortenberry,Tu, Harezlak, Katz, & Orr, 2002; Godeau et al., 2008). Também as atitudes face à utilização de contraceção são importantes fatores que influenciam o seu uso. Possuir atitudes negativas em relação à sexualidade ou à contraceção é suficiente para a sua não utilização, uma vez que estas podem ser as primeiras a modelar o comportamento (Robison, Scheltema, & Cherry, 2005; Roque, 2001). É fundamental possuir atitudes positivas em relação à sexualidade, ou seja, é essencial que o jovem esteja disposto a aprender sobre sexualidade, ISTs e contraceção, discutir a escolha ou a utilização de contracetivos com o parceiro e pensar como adquirir métodos contracetivos; aumentando a sua capacidade de autoeficácia contracetiva.

Assim, a facilidade em comunicar sobre aspetos sexuais, a capacidade de negociação e a autoeficácia para exigir, por exemplo, o uso do preservativo, e as atitudes face à utilização dos métodos contracetivos, são importantes fatores preditores do uso (Robison et al., 2005; Roque, 2001).

As investigações apontam para o facto de que quando os jovens estão envolvidos em relacionamentos com uma duração mais longa, isso pode constituir uma barreira à promoção de comportamentos sexuais saudáveis e seguros (Pirotta & Schor, 2004) uma vez que, nesta área, parece existir uma correlação entre o envolvimento afetivo e a desvalorização dos comportamentos de prevenção face à doença, talvez porque acreditem que, solicitar a um parceiro de longa data a utilização do preservativo, pode gerar um sentimento de desconfiança em relação à fidelidade do casal.

Dados relativos à gravidez não desejada, IVG e comportamento contracetivo nos jovens adultos

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em termos mundiais, cerca de 15 milhões de adolescentes são mães anualmente (WHO, 2010) e 21.6 milhões de IVG ocorreram em 2008 em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos (WHO, 2011b). Em Portugal, no ano de 2010, 4052 adolescentes entre os 13 e os 19 anos foram mães (INE, 2011) e no ano de 2010, realizaram-se 19151 IVG em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos, mas a maioria ocorreu em jovens entre os 15 e os 29 anos (55%) (DGS, 2011).

A Figura 1 revela a situação portuguesa nos últimos anos, no que diz respeito à taxa de fertilidade. Mantendo a tendência que já se verifica há alguns anos, observou-se entre 2005 e 2010 um decréscimo da taxa de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, por oposição a um aumento em grupos etários mais elevados, tendência reveladora de um adiamento da idade da maternidade. Em 2010, a taxa de fecundidade específica mais elevada verificou-se no grupo etário dos 30-34 anos de idade, superando novamente a taxa observada no grupo etário dos 25-29 anos.

A taxa de fecundidade nas adolescentes, no ano de 2010, (dos 15 aos 19 anos de idade) manteve a tendência de decréscimo, atingindo os 14.7 por cada mil. Porém, apesar da diminuição, esta continua a ser uma das maiores taxas de fertilidade juvenil quando comparada com outros países da União Europeia (UE). De acordo com dados publicados em 2009 (e referentes a 2007) pela Organização das Nações Unidas (ONU), Portugal tem das mais altas taxas de fertilidade em adolescentes da Europa. Na tabela dos 27 países da União Europeia, Portugal surge em oitavo lugar, com uma taxa de fertilidade em adolescentes de 16.5 por cada mil.

Na tabela da ONU, o primeiro lugar na taxa de fertilidade em adolescentes, que corresponde a nascimentos por cada mil mães com idades entre os 15 e os 19 anos, é ocupado pela Bulgária (42.2). Seguem-se a Roménia, o Reino Unido (24.1), a Lituânia, a Estónia, a Eslováquia, a Hungria (20.2) e Portugal. Dos países com taxas de fertilidade mais baixa, destaca-se, com 3.8, a Holanda, em último lugar. A média na zona euro é de 8.4. Apesar de continuar elevado, o número de nados vivos fruto de gravidezes de adolescentes tem diminuído, desde finais da década de 1970.

Taxas de fecundidade específicas por grupo etário (em permilagem), Portugal, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taxas de fecundidade por grupo etário das mulheres (em permilagem)						
15-19	19,0	17,0	16,9	16,2	15,5	14,7
20-24	47,6	45,5	44,1	45,9	43,8	44,4
25-29	84,3	79,6	76,1	76,7	72,7	74,7
30-34	85,3	83,8	82,8	85,8	82,5	85,6
35-39	37,6	38,4	39,4	42,0	41,6	44,2
40-44	7,4	7,7	7,4	7,8	8,0	9,1
45-49	0,5	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5

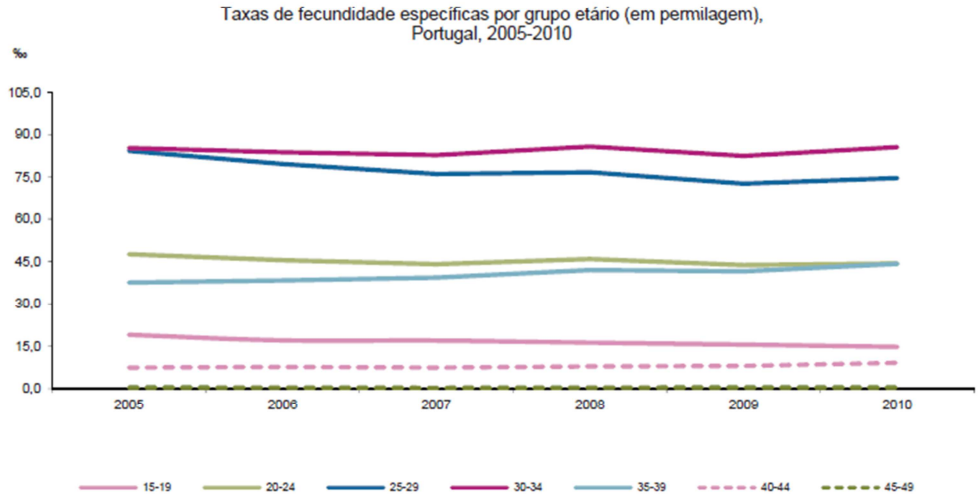


Figura 1 - Taxa de fertilidade portuguesa: Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012.

De acordo com um relatório publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (2012), algumas razões para esta tendência de declínio prendem-se a) com a introdução, no Sistema Nacional de Saúde, da Consulta de Planeamento Familiar, b) um reforço das práticas de educação sexual nas escolas sobre os métodos contracetivos, c) nalguns casos com a legalização do aborto e, finalmente, d) com a influência das campanhas de prevenção do VIH/SIDA conquanto estas estimulam a utilização do preservativo.

Relativamente ao comportamento contracetivo no mundo, as estatísticas sugerem que mais de 60% dos jovens da europa ocidental, central e de leste (Avery & Lazdane, 2010) e dos Estados Unidos (CDC, 2010) usam preservativo. Segundo o estudo de Pirotta e Schor (2004), realizado a estudantes universitários de São Paulo, os métodos mais utilizados são o preservativo masculino e a pílula, relacionando-se o uso destes com o tipo de relacionamento (relação esporádica ou namoro), aumentando o uso da pílula que substitui o uso do preservativo nos jovens que referiam ter uma relação mais estável e que designavam de namoro.

Em Portugal, a prevalência de uso dos métodos contracetivos é alta (85%), porém concentrada no uso da pílula, utilizada por 65.9% das mulheres (INE, 2007). Entre os adolescentes portugueses, os métodos mais utilizados são o preservativo masculino e a pílula (Matos et al., 2011). Esta tendência também se verifica nos jovens adultos portugueses. Num estudo realizado recentemente a 2741 estudantes universitários, 64% dos estudantes revelou utilizar apenas um método contracetivo, em que o preservativo aparece em primeiro lugar (49%), seguido da pílula (38%) (APF, 2012). Neste estudo ainda foi possível verificar que apesar da pílula ser um dos métodos contracetivos mais referido, cerca de 76% das estudantes menciona esquecer a sua toma, expondo-se assim a uma gravidez não desejada. Foi igualmente possível verificar que a predisposição dos jovens adultos para a utilização de métodos alternativos de contraceção está diretamente dependente dos conhecimentos que têm sobre os mesmos (APF, 2012).

Considerando que os jovens universitários têm um acesso privilegiado à informação, face a estes resultados observa-se que existe, ainda, um longo caminho a percorrer no esclarecimento e na informação desta população. É necessário sensibilizá-los para a relevância da temática da saúde sexual e reprodutiva e para as escolhas mais convenientes, decididas através de uma atitude responsável na contraceção.

3.2.3.2. Infeções sexualmente transmissíveis (ISTs)

Segundo a definição proposta pela WHO (2011c) entende-se por ISTs todas aquelas infeções possíveis de serem transmitidas de pessoa a pessoa por via do contacto sexual, estando identificados mais de 30 agentes infeciosos entre bactérias, vírus e parasitas responsáveis por essas patologias. As infeções transmitidas por via sexual ocorrem em relações heterossexuais e homossexuais e resultam do contacto íntimo com órgãos genitais, boca ou reto. As cinco ISTs mais referidas são a sífilis, a gonorreia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e o granuloma inguinal, não obstante, considera-se ainda como IST infeções por herpes genital, a uretrite inespecífica, a tricomoníase, a candidíase, a pediculose púbica, a escabiose, as verrugas genitais ou venéreas, o vírus da hepatite B, o condiloma subcutâneo e a vaginose bacteriana. O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é o exemplo clássico das ISTs de nova geração (UNAIDS, 2008; WHO, 2011c).

O tratamento está disponível para a maioria das ISTs, mas a prevenção é a opção preferível, uma vez que as ISTs podem, a longo prazo, originar graves implicações para a saúde e para a sociedade. O preservativo constitui o método mais eficaz para a prevenção das ISTs entre os indivíduos sexualmente ativos.

Os jovens são particularmente vulneráveis às ISTs e consequentes problemas de saúde porque (UNAIDS, 2008):

- Falta-lhes conhecimentos sobre como prevenir as ISTs;

- Têm menos capacidade para procurar informação adequada ou tratamento devido à ignorância, medo, timidez ou inexperiência;

- A experiência sexual anterior à completa maturação do tecido vaginal pode resultar num traumatismo para o mesmo, aumentando a vulnerabilidade das jovens às ISTs;

- Quanto mais cedo os jovens iniciarem a atividade sexual, maior a probabilidade estatística de terem um número de parceiros sexuais mais elevado ao longo da vida, aumentando também consequentemente a possibilidade de contrair ISTs.

Outros fatores de elevado risco para os jovens são:

1. Ter relações sexuais desprotegidas (sem preservativo);
2. Ter vários parceiros sexuais (ou alteração de parceiros sexuais);
3. Ter um parceiro que tem outros parceiros sexuais;
4. Ter antecedentes pessoais de uma qualquer IST;
5. Ter um parceiro com antecedentes de IST;
6. Consumir drogas ou álcool numa relação sexual ocasional;
7. Ter um parceiro que consome drogas ou álcool.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias para reduzir as ISTs (UNAIDS, 2008; DGS, 2004):

- Aumentar o conhecimento sobre as IST em geral (por exemplo: promover estudos epidemiológicos em populações específicas classicamente relacionadas com a aquisição de ISTs: migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes, jovens adultos e reclusos; incentivar e apoiar a colaboração de cientistas portugueses com os seus pares de outros países, assim como a sua participação em redes internacionais);

- Promover o conhecimento sobre ISTs por parte dos profissionais de saúde e do cidadão (por exemplo: disponibilizar informação sobre ISTs a nível do ensino básico, secundário e universitário, e consultas de planeamento familiar adequadas à idade e ao nível educacional dos indivíduos a que se destinam);
- Identificar áreas prioritárias de intervenção (por exemplo: avaliar a eficácia das diversas práticas utilizadas na vigilância e controlo das IST e uniformizá-las);
- Implementar um sistema nacional de vigilância epidemiológica em Portugal (por exemplo: qualquer IST ser de notificação obrigatória);
- Aumentar o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva (por exemplo: sensibilizar todos os prestadores de cuidados de saúde que o atendimento aos jovens deve ser abrangente, deve incluir uma informação clara e adequada sobre saúde sexual e prevenção das ISTs, bem como garantir a confidencialidade de todos os casos clínicos).

Dados relativos às ISTs nos jovens adultos

De acordo com as estimativas de 2005 da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011c) ocorrem anualmente cerca de 348 milhões de novos casos curáveis de ISTs, nomeadamente: sífilis, gonorreia, candidíase e tricomoníase, em idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Mais de 100 milhões de ISTs ocorrem anualmente em jovens com menos de 25 anos (UNAIDS, 2008).

Em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de ISTs não é conhecido. Os dados disponíveis pela Direcção-Geral da Saúde (2004) parecem indicar que a maior incidência das ISTs se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade, e na região de Lisboa e Vale do Tejo. De acordo com o Global Sex Survey (2005), 8% dos jovens portugueses com idades entre os 16 e os 20 anos já teve uma IST.

Porém, o número de doentes nas consultas de IST tem vindo a aumentar. Os adolescentes e adultos jovens são geralmente os mais afetados, assim como aqueles com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, em Portugal, conhece-se muito pouco sobre a prevalência das ISTs em grupos específicos.

O número de casos de sífilis congénita é ainda muito elevado em Portugal, por comparação com outros países da Europa, o que significa que esta infeção é também muito frequente no adulto (DGS, 2004).

Sabe-se também que, em Portugal, fatores reconhecidos como responsáveis por

uma maior incidência das IST nos últimos anos têm vindo a ganhar relevo, como, por exemplo, o aumento do número de viajantes, de migrantes, dos comportamentos sexuais de risco e a ineficácia das respostas das estruturas de saúde no controlo das ISTs (DGS, 2004).

A incidência das ISTs pode ser um indicador indireto da incidência do VIH/SIDA, porque os comportamentos que proporcionam uma dada IST propiciam todas as outras e, da mesma forma, os comportamentos que evitam uma evitam todas as outras. Contudo, o VIH/SIDA veio introduzir novas dinâmicas na compreensão da sexualidade humana, na medida em que despertou o interesse de uma vasta comunidade científica, política e económica, razão pela qual merece um tópico específico neste trabalho.

3.2.3.2.1. VIH/SIDA

O Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH) é um agente infecioso que após um período mais ou menos prolongado de tempo leva ao chamado Síndrome de Imunodeficiência Humana (SIDA) e eventualmente à morte do indivíduo infetado. Até ao momento, os esforços empreendidos para desenvolver uma cura ou vacina para o VIH revelaram-se infrutíferos, em grande parte devido às próprias características do vírus. Apesar de existirem atualmente medicamentos bastante eficazes para o seu tratamento e que permitem inclusive a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos infetados pelo VIH e o aumento da esperança de vida, contínua a ser da maior importância a mudança de comportamentos de risco, de forma a diminuir o seu contágio.

A transmissão do VIH só pode ocorrer por via horizontal - sexual e sanguínea - e vertical – materno fetal. Quanto à via de <u>transmissão sexual,</u> as secreções sexuais de uma pessoa infetada, mesmo que aparentemente saudável, podem, com grande probabilidade, transmitir o VIH sempre que exista uma relação sexual com penetração - vaginal, anal ou oral - sem preservativo. O risco é potenciado em relações sexuais com parceiros desconhecidos, múltiplos ou ocasionais, pelo que o uso do preservativo é imprescindível. É importante ter em conta que basta *uma* relação sexual não protegida com uma pessoa infetada para haver possibilidade de contrair o VIH.

Relativamente à <u>transmissão sanguínea</u>, na situação de um dos indivíduos ser portador, qualquer contacto de sangue com mucosas ou com feridas abertas implica o

risco de transmissão do VIH. A principal causa de transmissão por esta via ocorre através da partilha de agulhas, seringas e outros objetos contaminados pelo VIH entre os toxicodependentes que utilizam drogas injetáveis. Embora represente menor risco, não devem ser partilhados objetos cortantes onde exista sangue de uma pessoa infetada, mesmo que esteja já seco (é o caso das lâminas de barbear, escova de dentes, *piercings*, instrumentos de tatuagem e de furar as orelhas e alguns utensílios de manicura). Desde 1996, em Portugal, que todo o sangue usado nas transfusões sanguíneas é previamente testado, pelo que não constitui risco.

A transmissão materno-fetal pode acontecer durante a gravidez, parto ou período de aleitamento, pelo que sempre que haja alternativas à amamentação, esta deve ser evitada. Para evitar a transmissão do VIH ao feto é aconselhado que as grávidas tomem medicamentos antirretrovirais durante a gravidez (CVEDT, 2011; UNAIDS, 2008; 2010; 2011).

Quando foram detetados os primeiros casos, o desconhecimento acerca da doença era enorme e, desde então, tem-se vindo a assistir a profundas alterações. Houve um aumento significativo do grau de conhecimento científico acerca do vírus, dos efeitos que provoca no organismo, da sua epidemiologia e dos seus principais determinantes sociais (Ayres, 2002). A introdução da terapia antirretroviral tem permitido um decréscimo do número de mortes e uma maior esperança de vida nos doentes desde os anos 90 (Mocroft et al., 2002). Contudo, assiste-se a um "paradoxo epidemiológico", ou seja, à medida que se avança no desenvolvimento de um tratamento cada vez mais eficaz, aumentam o número de indivíduos infetados. O aumento da esperança média de vida dos doentes, e a conceção de que a SIDA deixou de ser uma doença mortal para se tornar uma doença crónica, traduz-se num maior número de indivíduos infetados com vida sexual ativa. A incapacidade que a doença implicava após o aparecimento dos primeiros casos exigia que os doentes ficassem longe da população em geral, o que não acontece hoje em dia. Isto significa que atualmente se multiplicaram as hipóteses de contacto entre indivíduos portadores do vírus e indivíduos saudáveis (Ayres, 2002).

Uma das características cruciais do VIH/SIDA, que faz dele objeto preferencial de investigação e intervenção por parte das ciências sociais e humanas, e da Psicologia em particular, é o facto de o vírus se transmitir e se prevenir através de um fator comum

que é o comportamento. Por isso, a melhor forma de combater esta pandemia passa pela prevenção e mudança de comportamentos (Dias, Matos, & Gonçalves, 2002; Matos et al., 2010a).

A necessidade de desenvolver programas ao nível da prevenção do VIH/SIDA levou a que se averiguassem os fatores de risco ao nível social, psicológico e situacional, para que desta forma a ação preventiva fosse mais eficaz.

Uma vez que a vulnerabilidade face à contração do VIH/SIDA se prende sobretudo com o comportamento e com as circunstâncias de vida dos indivíduos, há que ter em conta que os fatores sociais variam ao longo do tempo, de acordo com as fases do desenvolvimento do ciclo de vida. Acresce ainda o efeito que têm os outros significativos, família, amigos, parceiros, experiência de vida, as crenças culturais e religiosas bem como o ambiente envolvente. Quer os fatores sociais quer a qualidade e eficácia dos programas nacionais de prevenção face ao VIH/SIDA são extremamente importantes, pois não se pode esperar que um indivíduo se proteja do VIH se não possuir conhecimentos adequados sobre o mesmo, se não tiver sido educado no sentido de evitar determinados comportamentos, ou se não tiver fácil acesso aos serviços especializados onde possa obter essa mesma informação e os meios para se proteger.

Para além dos fatores sociais, é preciso ter também em conta as características individuais, apesar destas últimas serem sempre afetadas pelas anteriores, sendo impossível conceber o indivíduo fora do seu meio sociocultural que lhe vai sempre influenciar as atitudes e comportamentos.

Durante vários anos conotou-se a SIDA com determinados grupos de risco, o que teve um efeito devastador na disseminação da doença pelos outros grupos. A ideia de que só as pessoas pertencentes a determinados grupos com comportamentos considerados desviantes, designadamente homossexuais, toxicodependentes e prostitutas estariam mais vulneráveis ao contágio do VIH/SIDA levou a que rapidamente se criassem estigmas e que os indivíduos não pertencentes aos referidos grupos se percecionassem como imunes ao VIH/SIDA (Amaro, 2004; CDC, 2007). Esta perceção errada foi responsável, nos últimos anos, por um aumento do VIH/SIDA entre heterossexuais (CVEDT, 2011). Este fenómeno pode relacionar-se com a perceção de vulnerabilidade e/ou de risco que os indivíduos têm em relação ao VIH/SIDA.

A perceção de vulnerabilidade face a um determinado acontecimento, conjugada com outros fatores, nomeadamente a avaliação da severidade do mesmo ou a eficácia percecionada do comportamento protetor, podem determinar o comportamento final,

colocando ou não a pessoa em risco de contrair o VIH/SIDA (Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996). Desta forma, percebe-se também a razão pela qual os indivíduos que se envolvem em comportamentos de riscos referirem maior probabilidade de contágio do VIH/SIDA do que os outros que não têm, pois não se percecionam como vulneráveis ao contágio.

Vários outros fatores têm sido estudados como predisponentes à infeção do VIH, tais como o consumo do álcool ou drogas que, pelo seu efeito, poderão incapacitar o juízo crítico, induzindo comportamentos de risco (Amaro, 2004).

Consequentemente, os fatores associados ao contágio do VIH/SIDA são diversos sendo, portanto também várias as áreas a trabalhar quando se procura intervir na sua prevenção.

Dados relativos ao VIH/SIDA nos jovens adultos

Segundo o relatório da UNAIDS (2011), 34 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivem com VIH/SIDA. Em 2010, foram infetadas mundialmente 2.7 milhões de pessoas e 42% dos novos casos de infeção pelo VIH ocorreram em jovens entre os 15 e os 24 anos (UNAIDS, 2011). Em Portugal, segundo os últimos resultados disponibilizados pelo Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis (CVEDT, 2011), o número total acumulado de casos de infeção VIH/SIDA a 31 de Dezembro de 2010 era de 39347, sendo que destes, 16370 são casos de SIDA, de entre os quais 83% correspondem ao grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, e 81.1% dos indivíduos infetados pelo VIH são homens. Dado que a infecção pelo VIH, após a fase aguda, passa por um longo período assintomático ou de latência clínica, até surgirem os primeiros sintomas e evoluir para a SIDA, a maior parte destes indivíduos foi, muito provavelmente, infetada durante a adolescência ou início da idade adulta.

Da análise da distribuição de casos de SIDA, por categorias de transmissão, constata-se que a maioria dos casos está associada a indivíduos que referem o consumo de drogas por via endovenosa ou "toxicodependentes" (45.5%), seguindo-se os casos associados à transmissão por via heterossexual (37.3%) e por via homossexual masculina (12.4%). Para contrariar a ideia de que a SIDA é um problema específico de determinados grupos como os homossexuais e os toxicodependentes, a Figura 2 coloca em evidência as percentagens de diagnósticos de SIDA efetuados de 2001 até 2010 e

registados pelo CVEDT (2011) nas três categorias de transmissão: heterossexual, homo/bissexual e toxicodependentes.

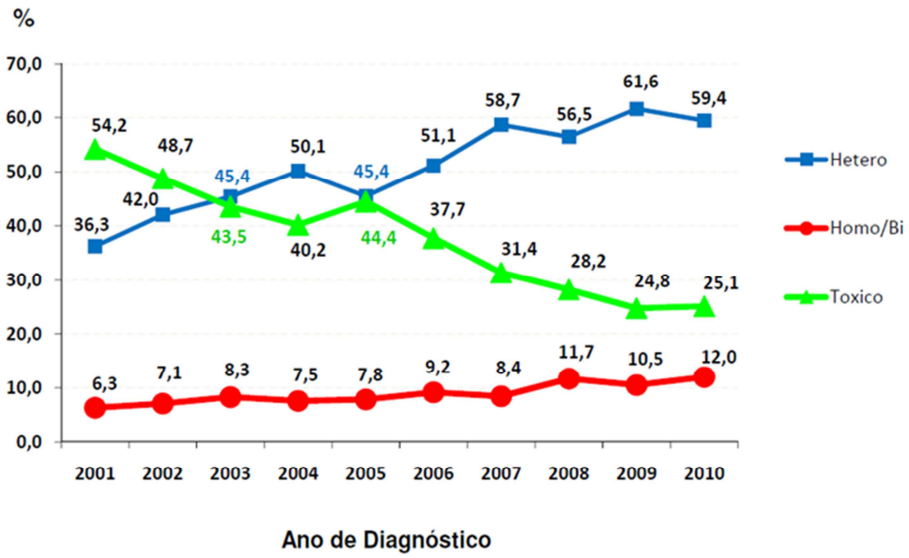


Figura 2 - Evolução dos casos de SIDA em função das três principais categorias de transmissão: heterossexual, homo/bissexual e toxicodependência. Fonte: Centro Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis extraído de www.sida.pt

A análise da Figura 2 revela uma forte tendência de subida de diagnósticos entre os heterossexuais, uma tendência de descida entre os toxicodependentes e uma estabilização entre os homo/bissexuais. Estes dados podem ser reveladores da falta de conhecimentos que ainda persiste sobre esta temática, levando a uma baixa prevalência de práticas sexuais seguras, particularmente entre os heterossexuais. Muito trabalho estará ainda por fazer no domínio da educação e da promoção da saúde sexual.

3.2.3.3. Outros riscos associados à saúde sexual dos jovens

Neste capítulo serão abordados outros riscos que colocam em causa a saúde sexual dos jovens adultos, tais como a antecipação da idade da primeira relação sexual, o uso inconsistente de métodos contracetivos e de preservativos, o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual.

Dados relativos à idade da primeira relação sexual nos jovens adultos

Nos países mais desenvolvidos, os jovens estão a antecipar cada vez mais a idade da primeira relação sexual (CDC, 2010; Godeau et al., 2008; Nodin, 2001a; UNAIDS, 2010; WHO, 2010). A antecipação das primeiras experiências sexuais, associada à idade cada vez mais tardia do primeiro relacionamento longo e estável alargou o período de relações sexuais instáveis. Este fenómeno aumenta a vulnerabilidade dos jovens às ISTs, ao VIH/SIDA, a gestações não desejadas e a IVG (Charlotte, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000; DGS, 2011).

De acordo com os dados do estudo Global Sex Survey (2005), realizado a mais de trezentos mil jovens de 41 países, a idade média para a primeira relação sexual situa-se entre os 16.5 e os 18 anos de idade. No grupo dos jovens com idades entre os 25 e os 34 anos, a primeira relação sexual surgiu em média aos 17.9 anos. No grupo de jovens com idades entre os 16 e os 20 anos, a primeira relação sexual surgiu, em média, aos 16.3 anos (Durex, 2005). Um estudo realizado pela REPROSTAT (Imamura et al., 2006) revelou que os jovens (entre os 16 e os 19 anos de idade) tinham a sua primeira relação sexual em média entre os 15.2 e os 16.4 anos de idade.

Em Portugal, também se verifica que a idade da primeira relação sexual tem sido antecipada ao longo dos anos, tal como mostra o estudo Global Sex Survey. De acordo com o estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), realizado em 2010, numa amostra de 3436 jovens, que frequentavam o 8º e 10º anos de escolaridade, verificou-se que 21.8% referiu já ter tido relações sexuais e a maioria mencionou ter tido a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde (Matos et al., 2011). Numa outra investigação realizada por Reis e Matos (2007a; 2007b; 2008), a 436 estudantes universitários portugueses, com idades entre os 18 e 24 anos, observou-se que 83% dos jovens já tinham iniciado a sua vida sexual. Destes, 74.5% referiram ter tido a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde. Os rapazes (39.6%), mais frequentemente que as raparigas (17.1%), iniciaram entre os 13 e os 15 anos; e as raparigas (80.6%) mais frequentemente que os rapazes (59.4%) aos 16 anos ou mais tarde.

Dados relativos ao uso inconsistente de métodos contracetivos e de preservativos nos jovens adultos

Analisando alguns estudos efetuados no âmbito da utilização inconsistente dos métodos contracetivos e do preservativo, apesar de ainda existirem muitas situações que são consequência da falta de conhecimento dos métodos contracetivos (APF, 2012; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008), verifica-se que os jovens, no geral, utilizam de forma irregular a contraceção ou então não utilizam qualquer método contracetivo, expondo-se a uma gravidez não desejada, para além do risco de contração de uma IST (APF, 2012; Matos et al., 2011; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008; UNAIDS, 2008).

Dados recolhidos no "Youth Risk Behavior Surveillance" (Eaton et al., 2008), demonstram que 61.5% dos estudantes afirmaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual. No geral, a prevalência de ter usado o preservativo na última relação sexual foi maior entre os homens (68.5%) do que entre as mulheres (54.9%). Verificaram ainda que as raparigas mais novas (61%) utilizam mais frequentemente o preservativo do que as mais velhas (49.9%) e as raparigas mais velhas tendem a reportar uma maior utilização da pílula como método contracetivo (25.6%).

Em Portugal, no estudo do HBSC (2010), os métodos mais referenciados são o preservativo masculino (82.5%) e a pílula (53.5%), observou-se que rapazes (81.4%) e raparigas (84.1%) mencionaram utilizar o preservativo na última relação sexual, mas os rapazes (18.6%) mais frequentemente que as raparigas (15.9%) não usaram. Relativamente ao uso da pílula na última relação sexual, as raparigas (58.5%) mencionaram usá-la mais frequentemente que os rapazes (48.2%) (Matos et al., 2011). Esta tendência também acontece nos jovens adultos portugueses (APF, 2012; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008). Num estudo realizado recentemente a 2741 estudantes universitários, 64% dos jovens mencionaram usar apenas um método contracetivo, designadamente o preservativo (49%) ou a pílula (38%). Neste estudo ainda foi possível verificar a inconsistência do método contracetivo oral, pois cerca 76% das jovens mencionou esquecer a sua toma. Verificou-se também que o conhecimento de alternativas aos métodos convencionais (preservativo e pílula) é amplamente mais reduzido: o anel vaginal, em conjunto com outras opções, é referenciado somente por 30% dos estudantes. Somente 0.5% referiu utilizar o anel vaginal e 48% da população analisada desconhece que este é um método contracetivo hormonal. É importante referir

ainda que 18% dos jovens não respondeu qual a forma de contraceção que utiliza e cerca de 5% especificou que não utiliza qualquer método contracetivo (APF, 2012).

Dados relativos ao número de parceiros e existência de parceiros ocasionais nos jovens adultos

Outros comportamentos de riscos característicos dos jovens adultos e que colocam em causa a sua saúde sexual são o número de parceiros e a existência de parceiros ocasionais. Através dos estudos analisados, observa-se uma forte tendência para que os jovens tenham relações sexuais esporádicas e diferentes parceiros.

Eaton e colaboradores (2008), no estudo "Youth Risk Behavior Surveillance" verificaram que 14.9% dos jovens afirmaram ter tido quatro ou mais parceiros na sua vida sexual, sendo a percentagem nos homens (17.9%) superior à das mulheres (11.8%). Em 2005, Sieverding, Boyer, Siller, Gallaread e colaboradores analisaram os resultados de um programa sobre educação para a saúde no estado da Califórnia (São Francisco – E.U.A.), que decorreu entre Janeiro de 2001 e Maio de 2002, para jovens sexualmente ativos cujas idades variavam entre 12 e 22 anos, e verificaram que 63% tinham tido dois ou mais parceiros sexuais, 47% não tinham usado preservativo e 18% tinham tido pelo menos uma infeção sexual.

Em Portugal, num estudo realizado por Nodin (2001a) com jovens entre os 18 e os 25 anos, verificou-se que 42.7% dos rapazes e 6.2% das raparigas afirmaram ter parceiros ocasionais. Num outro estudo realizado pela Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, efetuado numa amostra de 1000 indivíduos residentes em Portugal continental com idades entre os 15 e os 69 anos, destaca-se que 16% dos inquiridos relataram que no ano anterior tiveram mais de um parceiro sexual, ou pelo menos um parceiro ocasional. Destes, 20% responderam que nunca usavam o preservativo e 42% que o usavam às vezes. Em relação à última relação sexual, 32% responderam que esta ocorreu sem preservativo (Amaro, 2004). Em 2006, Reis e Matos verificaram que a maioria dos jovens universitários incluídos na sua investigação referiu não ter parceiros sexuais ocasionais (83%), mas os rapazes (43.4%) mais frequentemente que as raparigas (6.2%,) mencionaram ter parceiros ocasionais (Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008; 2009).

Dados relativos ao consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual nos jovens adultos

Os alunos do ensino superior, embora saibam que o consumo de álcool e/ou drogas traz alguns riscos, nomeadamente para a prática de sexo desprotegido e o envolvimento com mais de um parceiro sexual, predispondo-os ao risco de contágio de ISTs, do VIH/SIDA e de gestações não desejadas; apresentam comportamentos de risco, ingerindo bebidas alcoólicas e/ou consumindo drogas, muitas vezes de uma forma descontrolada, utilizando este argumento como desculpa quando acontece alguma dessas consequências (Reis & Dessunti, 2007; Silva, Malbergier, Stempliuk, & Andrade, 2006).

Diversos estudos têm confirmado uma associação entre o consumo do álcool e drogas e a prática de comportamentos sexuais de risco (Eaton et al., 2008; Labrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen, & Marriot, 2005; Wang et al., 2009; Wang, Li, Stanton, Zhang, & Fang, 2010).

Segundo os dados obtidos no "Youth Risk Behavior Surveillance" (Eaton et al., 2008), 22.5% dos jovens sexualmente ativos consumiram álcool ou drogas na última relação sexual. Verificou-se que os homens (27.5%) apresentam este comportamento mais frequentemente do que as raparigas (17.7%). Labrie e colaboradores (2005), num estudo efetuado com rapazes, observaram existir uma associação negativa entre o consumo de álcool e a utilização de contraceção, e especificamente a utilização do preservativo, aumentando a probabilidade de adquirir uma IST.

Em Portugal, num estudo realizado a 666 estudantes do ensino superior, cerca de 13% afirmaram ter tido relações sexuais depois de terem consumido álcool, e que isso não teria acontecido se não tivessem bebido. Essa percentagem foi superior entre os homens (20.4%) do que entre as mulheres (5.8%) (Santos, 2011). No estudo de Reis e Matos (2007a; 2007b; 2008; 2009), 31.4% dos jovens universitários mencionaram ter tido relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas, tendo-se verificado a mesma tendência do estudo anterior, ou seja, aos homens (49.1%) aconteceu mais frequentemente que às mulheres (19.1%) ter relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas; e que às mulheres (79.4%) com mais frequência que os homens (42.5%) nunca aconteceu. No estudo do HBSC (2010), apesar da maioria dos adolescentes, que já teve relações sexuais, referir não ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas (87.3%), 12.7% mencionou que esta situação já lhe aconteceu. E são os

rapazes (16.4%) que afirmam mais frequentemente que as raparigas (7.6%) ter tido este comportamento de risco (Matos et al., 2011).

Como se pode observar através dos estudos enunciados, o consumo de bebidas alcoólicas e/ou drogas associado ao comportamento sexual verifica-se mais no género masculino e a frequência da associação destes dois comportamentos vai aumentando à medida que aumenta a idade. Estas informações corroboram de certa forma a ideia de Amaral e Saldanha (2006) que advogam que os rapazes representam a bebida como ligada ao prazer (mulher, cerveja e festa). No geral, estes dados mostram claramente a existência de um conjunto de fatores que determinam as diferenças individuais no desempenho de comportamentos sexuais preventivos. Os jovens do género masculino, na adolescência e início da idade adulta, parecem ter maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco.

Desta forma, salienta-se que os comportamentos sexuais de risco são da responsabilidade de cada indivíduo que decide escolher um comportamento entre os vários possíveis, relacionados com os seus conhecimentos, comportamentos e crenças. E além disso depende, ainda, da sua educação, do meio socioeconómico e cultural. No entanto, é preciso orientar e educar os jovens antes destes se depararem com tomadas de decisão acerca da sua sexualidade e comportamentos sexuais de risco, o que implica trabalhar na aquisição de conhecimentos mas, também, de atitudes e valores importantes na prevenção da saúde sexual (FNUAP, 2005).

3.3. Determinantes do comportamento sexual saudável

Diversas investigações efetuadas têm mostrado a existência de um conjunto de diferentes variáveis que podem explicar a variância da disposição individual em adotar comportamentos sexuais saudáveis.

Muitas das investigações existentes, focaram a sua atenção no papel desempenhado pelas variáveis demográficas ao nível da adoção de comportamentos sexuais seguros.

A idade, por exemplo, parece apresentar uma relação curvilínea com a intenção em adotar comportamentos preventivos: os adolescentes e os jovens adultos apresentam comportamentos de maior risco para a saúde do que as crianças ou os adultos mais velhos (Matos et al., 2011; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008; WHO, 2010). Aliás,

abordou-se no capítulo anterior que os estudos realizados com jovens mais novos apresentavam menor incidência de comportamentos de risco quando comparados com estudos com jovens mais velhos.

O género também tem sido relacionado com os comportamentos de saúde de um modo geral, e especificamente com os comportamentos sexuais. A evidência empírica relativa às diferenças de género no que se refere à disposição individual em adotar estratégias sexuais seguras, aponta para o facto de o género masculino se envolver mais frequentemente em comportamentos sexuais de risco (Eaton et al., 2008; Matos et al., 2011; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008; 2009). Os resultados das diferentes investigações mostram a importância do papel desempenhado por esta variável na compreensão dos fatores preditores dos comportamentos de redução do risco sexual.

Alguns investigadores têm ainda considerado o estatuto socioeconómico como um determinante dos comportamentos preventivos da saúde, o qual apresenta uma relação positiva com a incidência de outros comportamentos de saúde, em particular no que se refere a comportamentos sexuais preventivos (Kirby, 2001a; Matos, 2008; Pereira, Matos, & Leal; 2011).

Para além das variáveis demográficas, outras variáveis psicossociais influenciam a adoção de comportamentos de saúde e, mais especificamente, de comportamentos sexuais preventivos. A influência do grupo de pares (Camargo & Botelho, 2007; Stanton et al., 2002; Whitaker & Milleer, 2000; Wetherill, Neal, & Fromme, 2010), a perceção de controlo sobre a saúde (Kelly et al.,1990; Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009), bem como os estilos de resolução de problemas e as estratégias de *coping* (Folkman, Chesney, Pollack, & Phillips, 1992; Soper, Wolchik, Tein, & Sandler, 2010; Teva, Bermúdez, & Buela-Casal, 2010), são algumas das variáveis que têm também sido estudadas.

Vários autores relataram a importância de fatores contextuais como, por exemplo, o consumo de álcool e drogas em conjunto com as relações sexuais no envolvimento em comportamentos sexuais de risco no final da adolescência e início da idade adulta (Eaton et al., 2008; Matos et al., 2011; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008; Santos, 2011). Na generalidade, os resultados obtidos pelos vários estudos nesta área apontam para uma diminuição das competências comportamentais para negociar o uso de preservativos sob a influência de álcool e/ou drogas.

Têm também sido efetuadas várias investigações no sentido de mostrar a importância da identificação e da avaliação dos determinantes psicológicos dos

comportamentos sexuais preventivos. Os estudos sobre o papel desempenhado pelo conhecimento e pelas atitudes face aos métodos contracetivos, às ISTs e à transmissão do VIH/SIDA ao nível da determinação dos comportamentos sexuais preventivos têm apresentado resultados que apontam, quase sempre, para um baixo poder explicativo destas variáveis acerca do envolvimento dos jovens em comportamentos de risco (Matos et al., 2010a; Reis, & Matos, 2007a; 2007b; Vilar, 2005). Estes resultados sugerem a importância de um bom nível de conhecimentos e de atitudes favoráveis. No entanto, quer o conhecimento quer as atitudes não parecem ser, na maior parte dos estudos, condições suficientes para a mudança comportamental. Nas atitudes acresce, ainda, o facto de serem reforçadas pelas crenças (componente cognitiva) e pelas emoções (componente emocional), que podem conduzir a uma intenção comportamental (outro determinante do comportamento) (Oppenheim, 1992). O baixo poder explicativo do conhecimento, das atitudes e da intenção comportamental pode ser explicado pela perceção de invulnerabilidade ao risco e à doença nos jovens.

De facto, de entre os fatores preditores da redução dos comportamentos de risco sexual, muitos estudos obtiveram resultados que suportaram as hipóteses de que as perceções de vulnerabilidade pessoal e a história comportamental prévia predizem as preocupações acerca de uma gravidez indesejada e da contração de ISTs, as quais, por sua vez, predizem a mudança comportamental (Li, Zhang, Mao, Zhao, & Stanton, 2011; Mickler, 1993). Por exemplo, a baixa perceção do risco de infeção pelo VIH é apontada como um dos motivos que levam os jovens adultos a não praticar relações sexuais protegidas (Adefuye, Abiona, Balogun, & Durrell, 2009; Boone & Duran, 2009**;** Malloy, Fisher, Albright, Misovich, & Fisher, 1997). Outras razões que parecem estar relacionadas com a prática de relações sexuais de risco referem-se à indisponibilidade de acesso aos preservativos e a dimensões relacionadas com a personalidade como, por exemplo, a procura de sensações sexuais (Gabriela et al., 2012; Wetherill et al., 2010), as quais podem explicar partes da variância residual dos comportamentos sexuais preventivos.

Outras investigações identificaram fatores como as normas sociais como preditores significativos do sucesso ou da dificuldade de redução do risco sexual em homossexuais do sexo masculino, adolescentes e adultos heterossexuais (Evans, Blitstein, & Davis, 2011; Hamilton & Mahalik, 2009; L'Engle & Jackson, 2008; Walcott, Chenneville, & Tarquini, 2011).

O papel da perceção de autoeficácia enquanto competência comportamental para a adoção e manutenção de comportamentos sexuais preventivos tem sido corroborado em várias investigações. Jovens com elevados níveis de autoeficácia sexual (por exemplo, negociar o uso do preservativo com um parceiro sexual), praticam menos comportamentos sexuais de risco (Basen-Engquist & Parcel, 1992; Brien., Thombs, Mahoney, & Wallnau, 1994; Bryan, Aiken, & West, 1997; Seth, Raiji, DiClemente, Wingood, & Rose, 2009), enquanto jovens com baixos níveis de autoeficácia tendem mais frequentemente a realizar práticas sexuais de risco (Katz, Fortenberry, Zimet, Blythe, & Orr, 2000; Reissing, Lalibert, & Davis, 2005). Face ao constructo – perceção de autoeficácia, Bandura (2007) defende que o exercício de controlo pessoal face aos comportamentos sexuais de risco requer um nível de autoeficácia que permita comunicar diretamente as preocupações sexuais de um individuo e os seus métodos de negociação de proteção sexual, assegurando assim o seu uso. Desta forma, a perceção de autoeficácia sexual é um fator que pode contribuir para que um jovem possa decidir ter relações sexuais seguras ou inseguras e apesar de os indivíduos saberem que os comportamentos sexuais seguros reduzem o risco de infeção, só os adotam se acreditarem que são capazes de os desempenhar (Coulter, 2007).

A maior parte das investigações defendem que para executar um comportamento sexual saudável o indivíduo necessita de melhores competências comunicacionais sexuais e uma perceção de prazer mais elevada (Seth, Raiford, Robinson, Wingood, & DiClemente, 2010), um maior suporte social e atitudes mais positivas acerca do uso de contraceção e do preservativo (Raj, 1996; Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, & Middlestadt, 2010), o que sugere que as intervenções com adolescentes e jovens adultos devem ajudar a otimizar as competências comunicacionais, dirigir-se a aspetos motivacionais e ensinar os indivíduos a ter prazer em atividades sexuais protetoras.

3.3.1. Intervenções com vista à mudança comportamental

Não existe uma intervenção única que domine a área da educação e promoção da saúde. Nem se pretende que assim seja, dado que os problemas de saúde, os comportamentos, as populações, as culturas e os contextos de saúde pública são díspares e amplos.

Todas as intervenções realizadas com vista à mudança comportamental mostram a importância do desenvolvimento e implementação de programas de educação para a saúde (Kirby, 2001a; 2001b). No entanto, no planeamento deste tipo de intervenções devem ser tidas em consideração as necessidades de determinados grupos em particular, aos quais devem dirigir-se-lhes especificamente, bem como seguir os paradigmas teóricos que lhes dão suporte. Corroborando vários autores, Moreira (2001) refere que os programas de prevenção devem ser elaborados tendo à partida uma base teórica adequada, com um suporte empírico correto, pois a conjugação da teoria com a observação permite uma melhor compreensão do problema.

Todavia, a natureza complexa subjacente ao fenómeno da gravidez não desejada, da IVG, das ISTs e do VIH/SIDA tem impedido a emergência de uma teoria explicativa, que consiga conceptualizar de forma satisfatória todas as variáveis do problema. Se umas teorias conseguem explicar determinados aspetos, falham na consideração de outros. Na prática, apercebemo-nos de uma sucessão de teorias que resultam, em grande parte, da aplicação empírica dos modelos, centrando-se só em determinados fatores, subestimando os outros. Atualmente, apesar do número de teorias/modelos preventivos existentes ser elevado, não há nenhum modelo que se destaque pela sua supremacia.

Como referido no capítulo anterior, a maior parte dos estudos assume que a informação relacionada com os métodos contracetivos, ISTs e o VIH/SIDA não é, por si só, suficiente para influenciar comportamentos de proteção para a saúde. Com vista à mudança, para além de terem motivos para alterar os seus hábitos de risco, as pessoas necessitam de possuir recursos, meios comportamentais e suporte social. Ou seja, não é suficiente ter informação ou motivação para efetuar essa mudança, são necessárias, também, determinadas competências comportamentais. É ainda necessário ter em consideração que é diferente ter competências de autorregulação e ser capaz de as utilizar de forma eficaz e sistemática em circunstâncias que podem ser complexas. Assim, para haver sucesso, é necessário acreditar na autoeficácia para exercer controlo pessoal (Bandura, 1994). Por outro lado, as crenças que as pessoas têm acerca da sua motivação e autorregulação comportamental desempenham um papel crucial quando os indivíduos consideram alterar hábitos que são prejudiciais para a saúde.

Parece existir, portanto, todo um conjunto de determinantes (biológicos, psicológicos e psicossociais) dos comportamentos sexuais preventivos que podem combinar-se entre si e divergir de pessoa para pessoa e que facilitam, interferem ou

impedem o desempenho de comportamentos sexuais seguros em adolescentes e em jovens adultos.

A mudança comportamental deve ser o foco principal dos objetivos das estratégias de intervenção e prevenção dos riscos sexuais (Coyle, Kirby, Marin, Gómez, & Gregorich, 2004; Esere, 2008; Kirby, Laris, & Rolleri, 2007; Mueller, Gavin, & Kulkarni, 2008). Isto porque, apesar da importância das modificações das diversas variáveis relacionadas com o risco de gravidez indesejada, de ISTs e de infeção do VIH, no que se refere à promoção da mudança comportamental, é a própria mudança nos comportamentos de risco que os previne.

Dadas as dificuldades em mudar comportamentos, as estratégias que facilitam o processo de mudança devem ser consideradas. Apesar do objetivo final ser a adoção de um comportamento em particular, os modelos teóricos que incluem componentes cognitivas e emocionais podem ser úteis e facilitar a concretização desse objetivo.

Uma vez que a incidência da gravidez não desejada, das ISTs e do VIH/SIDA continua a aumentar e estes acontecem através dos comportamentos, as teorias psicológicas e sociais a propósito do comportamento humano e da mudança comportamental podem representar um grande contributo para o desenvolvimento das intervenções de redução de comportamentos sexuais de risco.

Construídas com base em constructos cognitivo-atitudinais e afetivo-emocionais, as teorias de modificação comportamental permitem a identificação de variáveis associadas ao risco e à mudança, as quais podem ser incluídas em programas de redução quer do risco de gestações não desejadas, quer do risco de ISTs e do VIH/SIDA.

Deste modo, são vários os modelos ou tentativas de compreensão dos comportamentos sexuais de risco, os quais utilizam constructos como, por exemplo, a perceção de autoeficácia, as competências e intenções comportamentais, as crenças e o conhecimento, as atitudes e a motivação, as normas e a perceção de suscetibilidade em relação aos riscos sexuais.

Torna-se assim extremamente importante recorrer aos modelos teóricos para avaliar situações que podem colocar em causa a saúde sexual dos indivíduos. Um dos modelos que parece encontrar-se numa posição privilegiada para efetuar esta investigação é o Modelo de Informação - Motivação e Aptidões Comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992; 1993) desenvolvido a partir da Teoria da Ação Racional (TAR, Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) e integra também

aspetos do Modelo de Crenças de Saúde (MCS, Rosenstock, 1974) e da teoria da autoeficácia (Bandura, 1994).

Por ter sido o modelo mais utilizado no âmbito da educação sexual e por ser considerado o que melhor explica os comportamentos sexuais preventivos, optou-se por usar este modelo como referencial teórico para identificar os determinantes do uso do preservativo masculino (comportamento sexual preventivo) dos jovens universitários.

3.3.2. Modelo teórico de promoção de comportamentos saudáveis - Modelo Informação – Motivação – Aptidões comportamentais (MIMAC)

O modelo da informação-motivação e aptidões comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992) descreve três determinantes fundamentais na prevenção dos comportamentos sexuais de risco: (a) informações sobre transmissão e prevenção; (b) motivação para reduzir o risco (que inclui atitudes pessoais sobre comportamento preventivo, normas subjetivas para a prevenção sexual e intenções comportamentais); e (c) aptidões comportamentais (incluindo a perceção de autoeficácia e de dificuldade) (Bandura, 1994; Fisher & Fisher, 1992; 1993). Assim, de acordo com este modelo, existem três pré-requisitos para executar um comportamento sexual preventivo: informação, motivação e aptidões comportamentais. Juntos, eles vão determinar se os indivíduos serão capazes de adotar comportamentos preventivos (ver figura 3).

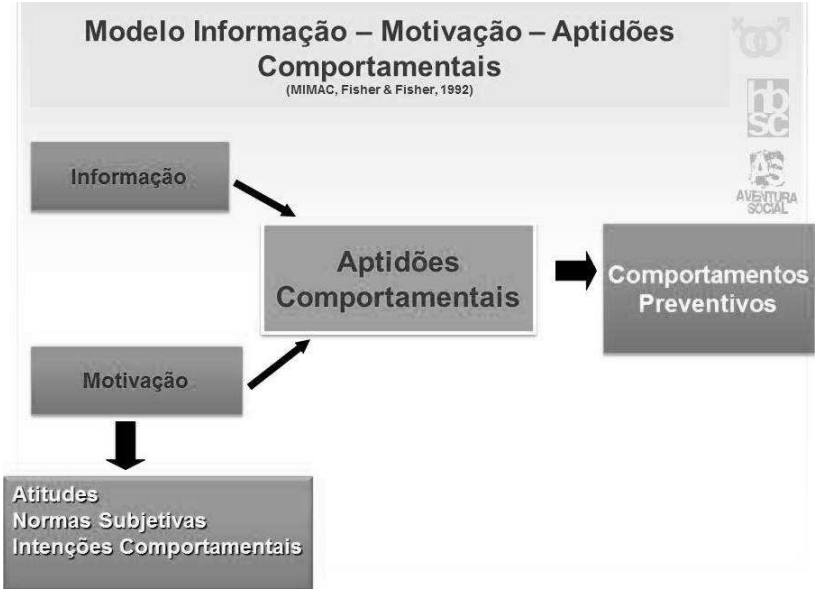


Figura 3- Modelo da informação-motivação e aptidões comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992)

A informação compreende a aquisição de conhecimentos adequados para a adoção de comportamentos sexuais saudáveis, contudo é um constructo que por si só, não é determinante para a mudança de comportamentos de risco (Fisher & Fisher, 1992; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble, & Malloy, 1996).

A motivação engloba as atitudes pessoais em relação aos comportamentos preventivos, as normas subjetivas, isto é, a perceção de suporte normativo para o seu desempenho e as intenções comportamentais para o desempenho dos comportamentos sexuais preventivos. As atitudes (positivas ou negativas) referem-se à avaliação que o indivíduo faz do comportamento alvo, no sentido de ser a favor ou contra o desempenho desse comportamento. O julgamento subjetivo dos indivíduos em relação ao grau de aprovação ou desaprovação do desempenho do comportamento por parte de outros significativos diz respeito às normas subjetivas e tem a ver com um julgamento global da pressão percebida para desempenhar o comportamento. As intenções comportamentais estão relacionadas com os julgamentos da probabilidade subjetiva do modo como o indivíduo tenciona comportar-se.

As aptidões comportamentais, constituídas pela perceção de eficácia e de dificuldade, referem-se às capacidades que os jovens possuem para desempenhar esses mesmos comportamentos. No entanto, a informação e a motivação são dois constructos independentes, uma vez que os indivíduos informados podem não estar necessariamente motivados, assim como indivíduos motivados podem não estar necessariamente bem informados acerca dos comportamentos sexuais adequados. Acresce que, estando informados e motivados, podem não ter as aptidões necessárias para a execução do comportamento (Fisher & Fisher, 1992). Ou seja, o modelo assume que a informação e a motivação ativam as aptidões comportamentais para dar origem a comportamentos de redução do risco. As aptidões comportamentais tornam-se especialmente importantes quando a mudança comportamental requer competências complexas, como, por exemplo, iniciar a utilização do preservativo ou discutir a realização do teste do VIH com um parceiro sexual. A este nível, o modelo identifica um conjunto de aptidões que são assumidas como sendo necessárias universalmente para a prevenção de comportamentos sexuais de risco, designadamente a autoaceitação da sexualidade, aquisição de preservativos, negociação do uso destes e fazer o teste do VIH. A teoria da autoeficácia de Bandura (1994) é também introduzida neste modelo no que se refere à crença na capacidade individual para utilizar as aptidões comportamentais no reportório proposto como uma aptidão comportamental final para a adoção de comportamentos

preventivos. O uso de preservativos requer, não só algumas aptidões técnicas mas, também, negociação interpessoal. Convencer um parceiro resistente a ter relações sexuais seguras pode exigir um elevado sentimento de autoeficácia para ter controlo sobre as suas atividades sexuais.

Uma das vantagens deste modelo tem a ver com o facto de os seus constructos derivarem de três dos modelos mais utilizados na promoção de comportamentos saudáveis (Teoria da Ação Racional, Modelo de Crenças de Saúde e Teoria da Autoeficácia), constructos esses que foram combinados de modo a poderem ser utilizados no contexto da investigação acerca dos determinantes dos comportamentos sexuais preventivos.

Outra das suas vantagens é o facto de derivar de um produto de análises conceptuais de intervenções de redução do risco de infeção pelo VIH que foram bem-sucedidas e que permite também demonstrar uma relação direta entre o modelo teórico e o desenvolvimento da intervenção. Este modelo foi utilizado em diversas populações (Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002; Fisher, Williams, Fisher, & Molloy, 1999; Kalichman et al., 2002), incluindo estudantes universitários (Bazargan, Kelly, Stein, Husaini, & Bazargan, 2000; Fisher, Fisher, Williams, & Malloy, 1994), para explicar os determinantes psicológicos dos comportamentos sexuais preventivos, mais especificamente o uso de preservativo.

Foi o modelo mais testado no que se refere à prevenção do VIH, as suas proposições foram confirmadas em estudos correlacionais dos determinantes do risco e dos comportamentos preventivos na transmissão da SIDA em diversas populações (Carey et al., 1997; Fisher et al., 1994; Weinhardt et al., 1997) bem como em investigações acerca de intervenções experimentais (Fisher, Fisher, & Rye, 1995). Os resultados obtidos mostraram que os modelos de equações estruturais suportam fortemente este modelo (Fisher & Fisher, 1998).

As investigações realizadas, com base neste modelo, em estudantes universitários, tiveram como resultado um aumento significativo de informação em relação à SIDA, da motivação e das aptidões comportamentais que determinavam mudanças relacionadas com o acesso aos preservativos, com a capacidade de negociar relações sexuais seguras e com uma maior frequência do uso de preservativos (Fisher & Fisher, 1998).

Utilizando análises de percursos, Fisher e Fisher (1992) mostraram que a informação, a motivação e as aptidões comportamentais predizem os resultados

comportamentais de redução do risco. Para além disso, este modelo dá-nos uma heurística que é útil para descrever componentes comuns das intervenções com o objetivo de modificar comportamentos baseadas na maior parte das teorias gerais de mudança comportamental.

3.4. Prevenção e educação para a saúde sexual dos jovens adultos

Prevenir vem da expressão latina "prevenire" (antes de vir). Isto é, agir antes de surgir uma determinada situação, neste caso, antes de uma gravidez não desejada, IVG, IST e/ou da infeção pelo VIH/SIDA. Prevenir significa desenvolver atividades que impeçam ou dificultem a apresentação de determinadas condições. Segundo Moreira (2001), a valorização da prevenção nem sempre foi consensual e o próprio conceito de prevenção continua a dividir os especialistas em relação à terminologia a adotar. A tipologia mais antiga considera a prevenção primária (intervenção anterior ao problema, de forma a evitar o seu aparecimento), secundária (destinada a tratar o mais breve possível o problema, após a sua identificação) e terciária (intervenção de reabilitação, cujo objetivo é recuperar qualidade de vida). O mesmo autor apresenta uma tipologia mais recente, baseada em Gordon (1987), apresentando a prevenção universal (dirigida à população em geral), a indicada (dirigida a grupos de indivíduos que se encontram numa situação de maior risco do que a população em geral) e a seletiva (destinada a grupos de alto risco).

Em síntese, a tipologia de prevenção primária, secundária e terciária refere-se essencialmente ao momento em que as estratégias preventivas são implementadas, enquanto a tipologia de prevenção universal é a mais recomendada porque se centra na população alvo, a quem as intervenções preventivas se destinam. Assim, ao longo deste trabalho, será abordada a temática da prevenção, no sentido de evitar o aparecimento da condição, de acordo com a tipologia de Gordon (1987).

Refira-se, ainda, que segundo Moreira (2001), para uma prevenção ser eficaz, tem de estar sinalizado o que se quer diminuir ou anular - fatores de risco - bem como o que se quer incrementar - fatores protetores. Porém, a relação entre os fatores de risco e o desenvolvimento de uma gravidez não desejada, uma IVG, ISTs e o VIH/SIDA não é linear, mas mediada por contextos e momentos diferentes. A família, a escola, os professores, a comunidade, os técnicos de prevenção e o avanço dos conhecimentos são

elementos que interagem silenciosamente no desenvolvimento da vulnerabilidade ou resiliência dos indivíduos. Todos os indivíduos estão em risco, pelo que as intervenções preventivas, além de acompanharem o desenvolvimento do indivíduo, deverão ser dirigidas, preferencialmente, a toda a população. Convém realçar que, tal como os fatores de risco, os fatores protetores não devem ser encarados de uma forma linear, pois a presença de um único fator de proteção não é sinónimo de imunidade aos riscos. O efeito de proteção resulta da ação de vários fatores (Ramiro, Reis, Matos, & Diniz, 2011a; Reis, Matos, & Equipa Aventura Social, 2009).

No entanto, a prevenção não deve constituir um conjunto de estratégias que se implementem apenas num determinado momento. Deve assumir-se a prevenção como desenvolvimental, pois as medidas preventivas, limitadas a determinados momentos, não permitem resultados satisfatórios e podem pôr em causa todos os esforços da mesma.

A prevenção da saúde sexual exige um programa global de atividades que englobe a saúde e a educação, bem como a política, o sector económico e os domínios jurídicos (Butler, 2004, Matos et al., 2010a). Em cada área de ação é necessário eliminar os fatores de risco e promover os fatores protetores. Estes cinco domínios de intervenção (saúde, educação, política, economia e direito) deverão basear-se nos seguintes princípios fundamentais: a) tomada de consciência sobre a importância do género na dinâmica de saúde sexual; b) reconhecimento da diversidade de papéis e orientações sexuais; c) promoção do respeito pelos direitos individuais; d) participação de todos, incluindo os mais vulneráveis e marginalizados, em atividades para promover a saúde sexual; e) tomada de consciência da necessidade de resolver os problemas associados ao risco e à vulnerabilidade; e f) criação de políticas e normas sociais propiciadoras de um bom ambiente de saúde e bem-estar.

Os dados objetivos acerca do número de comportamentos sexuais de risco e o grande número de fatores envolvidos no desempenho de comportamentos sexuais seguros aumentam a importância da implementação de programas e campanhas de prevenção orientadas especificamente para a alteração de comportamentos e, no geral, para a promoção da saúde sexual (Matos, 2008; Matos et al., 2010a). A maior parte dos programas tem como população alvo os adolescentes, independente do género, e são criados para serem desenvolvidos exclusivamente em contexto escolar. Em alguns casos, os professores e os pais são envolvidos na mudança de comportamentos, e os

pares são usados como líderes de opinião (Matos, 2008). Porém, e tendo em conta os objetivos desta investigação, considera-se crucial alargar os programas e campanhas de prevenção aos jovens do ensino superior.

Para tal, é fundamental compreender a sexualidade dos jovens universitários para se evitar situações como a gravidez não desejada, o aborto, as ISTs e em particular o VIH/SIDA. A sexualidade tem um papel muito importante no crescimento e desenvolvimento de qualquer ser humano e por isso a orientação desta é uma medida essencial para uma transição para a vida adulta harmoniosa, responsável e segura (Matos et al., 2010a; Matos et al., 2011).

A compreensão da sexualidade humana implica o conhecimento dos contextos social, familiar e individual e o modo como os indivíduos organizam as trocas e experiências sexuais. Ou seja, o modo como os jovens interagem e se relacionam sexualmente resulta dos modelos de comportamentos e atitudes vigentes no contexto familiar e social.

Se considerarmos a prevenção como a única forma para modificar comportamentos, a avaliação de necessidades específicas deve ter em conta a importância das normas sociais e dos amigos (grupo de pares), da aquisição de competências cognitivas e comportamentais necessárias à implementação e manutenção da mudança, e contemplar a avaliação da vulnerabilidade ao risco, da motivação para a mudança e, ainda, das situações que possam influenciar a implementação dessa mudança.

No domínio da educação, Butler (2004) defende ser fundamental que qualquer processo educativo se oriente de acordo com os seguintes princípios: a) ser abrangente a toda a população juvenil; b) ser realizada por profissionais com formação específica em sexualidade e saúde sexual, quer sejam profissionais de saúde, professores, assistentes sociais, ou outros profissionais; e c) incidir em iniciativas de base comunitária, para satisfazer as necessidades dos jovens ou de outros grupos especialmente vulneráveis que não estejam inseridos no sistema educativo ou que tenham dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados. Num contexto mais amplo, as atividades políticas são necessárias quer para mobilizar recursos financeiros, materiais e humanos para a saúde sexual, quer para mobilizar as forças vivas da comunidade (associações, institutos, delegações governamentais e não governamentais, entre outros). Do ponto de vista

legislativo, deverão ser garantidos os direitos individuais, a proteção daqueles que são vulneráveis à exploração, o reconhecimento do direito à integridade corporal, e a promoção do acesso aos serviços de saúde e de educação.

A educação para a saúde sexual deve ainda ser praticada segundo um processo de diagnóstico e de intervenção. Deve assentar no princípio de que, as fases de avaliação das necessidades, motivação para aprender, bem como das metas a atingir devem ser estabelecidas com os jovens. A intervenção deve estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem dos jovens, bem como a avaliação deve ocorrer periodicamente ao longo do processo, para verificar se as metas estão ou não a ser alcançadas. Na maior parte dos casos, ao longo do tempo, torna-se necessário um reforço do ensino (Ramiro, Reis, & Matos, 2008; Reis et al, 2009).

A educação para a saúde sexual não pode basear-se numa imposição prescritiva de comportamentos, sem que haja um desenvolvimento de programas educativos, vinculando as necessidades das comunidades e dos indivíduos. As mudanças de estilos de vida devem produzir-se de forma voluntária. O professor é um agente educativo que se transforma num facilitador de elementos cognitivos e de instrumentos de conduta aos estudantes e seus grupos (Ramiro, Reis, & Matos, 2010; Ramiro & Matos, 2008)

A educação constitui um vértice fundamental na promoção da saúde sexual, sendo a escola, e neste caso também a universidade, um espaço privilegiado para essa ação. Desta forma, a escola e a universidade podem constituir-se como importantes ambientes promotores da saúde, tanto para os alunos como para o pessoal docente e não docente, através da criação de condições de vida e de trabalho que sejam saudáveis, seguras, estimulantes e agradáveis. Estas instituições de ensino devem proporcionar aos seus membros, não só a possibilidade de adquirir conhecimentos e competências na área da saúde mas, fundamentalmente, poder facilitar as escolhas saudáveis nos diferentes contextos das suas vidas (Ramiro & Matos, 2008).

3.4.1. Educação sexual

A educação sexual (ES) ou educação para a sexualidade está intrinsecamente ligada à promoção da saúde sexual. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e

crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam seguros nas suas opções (GTES, 2007). O ponto seguinte é dedicado à clarificação deste conceito, que também constitui um objetivo central nesta dissertação.

A educação sexual deve ser assumida, nas suas várias vertentes, como um dos polos de cidadania, enquadrada no conjunto das relações pessoais e interpessoais, no respeito por si próprio e pelos outros, e de uma vivência satisfatória e gratificante, além da aquisição de informação e de conhecimentos mais adequados, no sentido de menores riscos. A vivência da sexualidade prende-se com a vivência da cidadania, com a segurança, com a autoestima, com a opção por condutas menos lesivas para a saúde e promotoras da realização pessoal e social (GTES, 2007).

Segundo a literatura, a educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual dos jovens. Se estes possuírem conhecimentos, motivação e competências podem mudar as suas atitudes e, posteriormente, os seus comportamentos (Belo & Silva, 2004; Gavin, Catalano, David-Ferdon, Gloppen, & Markham, 2010; Synovitz, Herbert, Kelley & Carlson, 2002), percebendo que a sexualidade pode ser vivida de forma feliz e saudável.

O facto de os jovens terem atualmente muita facilidade em obter informação não garante que estes escolham informação correta e, consequentemente, que as suas escolhas sejam as mais adequadas, por isso a educação sexual poderá desempenhar um papel relevante na triagem desta informação, contribuindo para que seja utilizada da melhor forma (Piscalho, Serafim, & Leal, 2000; Ramiro, Matos, & Vilar, 2008). Contudo, a educação sexual não deve cingir-se a informações sobre os aspetos físicos do ato sexual e do uso do preservativo, é essencial a abordagem de outros aspetos, como os sentimentos e os afetos (Aquilino & Bragadottir, 2000; Matos et al., 2010b).

Se considerarmos a educação sexual a principal forma de prevenir comportamentos de risco, seja promovendo os comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco, deve-se ter em conta a) a importância da aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias (à implementação desses determinados comportamentos – ou à capacidade de mudança desses outros), b) a

avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança e, ainda, c) os fatores interpessoais e sociais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como são as normas sociais, a pressão dos amigos (grupo de pares) e a influência do parceiro.

A educação sexual deve incidir na promoção da utilização sistemática do preservativo, com intensificação de campanhas de sensibilização. Devem ser dadas aos jovens orientações sobre o início da vida sexual, mostrar a importância das emoções e do controlo de práticas sexuais de risco (Taquette, Andrade, Vilhena, & Paula, 2005). Estas não se limitam à penetração vaginal, existindo uma multiplicidade de práticas que exigem proteção contra as ISTs: o sexo oral e o sexo anal são alguns dos comportamentos que têm sido alvo de investigações. Estas práticas são cada vez mais comuns entre os jovens para evitar os riscos de uma gravidez não desejada. No entanto, surgem quase sempre sem qualquer proteção, constituindo um risco importante de ISTs, em especial o sexo anal (Halpern-Felsher, Cornell, Kropp, & Tschann, 2005; Prinstein, Meade, & Cohen, 2003).

A intervenção na saúde sexual dos adolescentes e dos jovens adultos é considerada prioritária nos objetivos de desenvolvimento do milénio sobre a Saúde Sexual até 2015, "pretendendo-se assegurar o desenvolvimento e execução de programas de prevenção que promovam a adoção de comportamentos preventivos, utilizando metodologias cientificamente reconhecidas" (ONU, 2010; WAS, 2005). A criação de um programa de educação sexual que tenha em conta a multiculturalidade e a diversidade socioeconómica permanece ainda hoje um desafio. É essencial que sejam realizadas intervenções comunitárias que incluam a participação da família, dos pares, da escola/universidade e da comunidade, criando programas que promovam competências pessoais e sociais (Ramiro, Matos, et al., 2008; Ramiro et al., 2011a).

Mas a educação sexual, no âmbito da educação para a saúde, implica, também, a consciencialização do desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos (de forma direta ou indireta), como são a família, a escola, os amigos, os *mass media* e a comunidade no geral, que se complementam no processo educativo. Estes diferenciam-se através de dois tipos de ES: a informal (não intencional), protagonizada pela família (pais), pares e meios de comunicação que transmitem atitudes e crenças, e a formal (intencional), protagonizada por diferentes instituições

como a escola através de intervenções estruturadas e sistematizadas (GTES, 2007; Vilar, 2005; Vilar & Ferreira, 2008).

3.4.1.1. A educação sexual nas escolas portuguesas

> A prática tem demonstrado que a escola é o único espaço que pode garantir uma educação sexual a todos os cidadãos (Silva, 2006). E, apesar das suas dificuldades, do peso das tarefas que já lhe estão entregues, as escolas podem encontrar meios humanos e materiais para implementar um programa de educação sexual realizado com qualidade, até porque congregam uma massa crítica de informação e conhecimento científico que só as instituições vocacionadas para a educação podem disponibilizar. Além disso, dispõem de espaços e equipamentos que podem ser rentabilizados. Contudo, qualquer projeto em contexto escolar, no quadro de um sistema educativo centralizado, carece do apoio de uma política coerente e clara que desencadeia as ações necessárias para ajudar as escolas naquelas funções.

Nos últimos anos, a implementação da educação sexual em meio escolar tem originado um grande debate em Portugal. Em 1978, 1981 e 1984, a questão da legalização do aborto dividiu a população portuguesa. Apesar de esta não ter sido aceite nessa altura, esta questão justificou a primeira legislação sobre educação sexual nas escolas. Contudo, em 1985 a preocupação com a educação sexual voltou a sofrer uma estagnação (Reis & Vilar, 2004). Em 1997, na sequência da identificação de vários problemas e necessidades não resolvidas relativamente aos direitos sexuais e reprodutivos da população, reforçou-se a ideia de que a educação para a sexualidade era obrigatória. Entre 1995 e 1998, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde e a Associação para o Planeamento da Família criaram o Projeto "Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas — Um Projeto Experimental". Até 2005 pretendeu-se fazer uma generalização gradual desta experiência nas escolas portuguesas no sentido da integração regular de projetos e atividades de Educação Sexual nos vários níveis de ensino (Marques, Pereira, Silva, Vilar, & Cadete, 1999).

Em 2005 foi criado um Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) que determinou que a educação sexual seria abordada no âmbito de um programa de promoção da saúde. De acordo com as recomendações deste grupo de trabalho, no relatório final apresentado em 2007, os assuntos a abordar deviam envolver, entre

outros, o entendimento da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que engloba valores e uma dimensão ética, a compreensão dos aspetos relacionados com as principais ISTs (incluindo o VIH/SIDA), a maternidade na adolescência e a interrupção voluntária da gravidez, assim como aspetos relacionados com o uso de métodos contracetivos e preservativo para a prevenção da gravidez na adolescência e das ISTs, respetivamente.

O Relatório Final (GTES, 2007) das atividades deste grupo aponta para a existência de um número significativo de escolas do ensino básico que já dedicavam uma das novas áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica, Área de Projeto ou Estudo Acompanhado) à Educação para a Saúde – e em que a educação sexual está contemplada – e propõe a avaliação de um conjunto de conteúdos considerados mínimos. Para facilitar a dinamização da educação sexual em meio escolar, é proposto que o professor coordenador possa usufruir de uma redução de três horas na componente letiva. Mais recentemente o ministério criou uma lei (Lei n.º 60/2009) que reitera a obrigatoriedade da aplicação da ES em meio escolar, identificando uma carga horária mínima a ser aplicada a cada nível de ensino, potenciando assim a implementação da mesma.

Não obstante, ainda existem muitos entraves à implementação da educação sexual em muitas escolas: formação inicial deficitária dos professores; dificuldade do Ministério da Educação na atribuição de tarefas e na criação de recursos educativos apropriados para o efeito e na gestão de uma carga horária que sofreria um acréscimo para professores e alunos; e pais que, em geral, atribuem uma carga negativa a uma potencial disciplina que aborde esta temática (talvez por recearem que os seus filhos não estejam na faixa etária adequada para abordar tais assuntos ou por uma questão de religião e de valores) (Ramiro, Matos et al., 2008).

A escola enquanto espaço de socialização das crianças, adolescentes e jovens assume um papel fulcral no desenvolvimento e implementação da educação sexual, contribuindo para a formação pessoal e social destes. O projeto educativo de escola constitui uma base sólida para o desenvolvimento da promoção sexual, criando parcerias e envolvendo a família e as várias instituições que fazem parte da comunidade educativa, respondendo assim aos documentos de política educativa. Um programa de educação sexual na escola não pode ser limitado a aspetos meramente informativos, deve privilegiar um debate de ideias sobre valores pessoais, permitindo assim que os intervenientes assumam um papel participativo, adquirindo os dados

necessários para construírem as suas próprias referências e definirem as suas opções. Apenas assim é possível implementar um processo de ensino-aprendizagem que privilegie a comunicação e a construção de valores, tendo em vista a formação de indivíduos participativos na sociedade, de forma responsável e pertinente, prontos a apoiar o próximo e a mudar para melhor o mundo e as relações humanas (GTES, 2007; Ramiro, Matos et al., 2008).

3.4.2. Agentes de socialização na educação sexual

Sendo a educação sexual um processo que influencia a estruturação e maturação da personalidade do indivíduo, e que está dependente da cultura em que se está inserido, limitá-la a uma dimensão fisiológica, esquecendo toda a sua dimensão afetiva e social é propor aos jovens um esquema bastante redutor. Por isso, a educação sexual deve apresentar-se como uma proposta de preparação para a vida pessoal, social, comunitária e particularmente familiar, que se alimenta em valores de vida, de civismo, de amor, de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano (GTES, 2007).

As necessidades de formação tendem a centrar-se na própria vivência afetiva e sexual dos jovens, nas suas preocupações e dúvidas, não só sobre si, mas sobre as suas relações com os outros, numa busca de identidade não só pessoal e sexual, como também na construção das suas atitudes e valores. Embora esta educação deva ser assumida prioritariamente pelos pais, podemos observar que ainda hoje os pais funcionam pouco como informadores espontâneos ou são pouco solicitados nestas questões, apesar dos jovens reconhecerem que se sentem mal informados em questões sexuais (Matos et al., 2011).

Considera-se assim que a vivência familiar, a escolaridade, o convívio com os amigos e colegas, os meios de comunicação social, o contacto com profissionais de saúde, entre outros, são intervenientes na educação sexual do jovem, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade. No entanto, estes constituem referências que podem divergir nos saberes, nos valores e nos modelos atitudinais e comportamentais que preconizam.

No ponto seguinte, são abordados alguns trabalhos de investigação que estudam

a influência da família, da escola, dos pares/amigos e dos meios de comunicação (*mass media)*, nas condutas sexuais dos jovens.

3.4.2.1. Família

A família tem um papel basilar na construção da sexualidade (Cortesão, Silva, & Torres, 2005), bem como constitui um contexto privilegiado no desenvolvimento de atitudes e crenças, e um modelo de identificação básico, pelo que os exemplos transmitidos verbalmente e não verbalmente pelos pais e irmãos assumem bastante relevância (GTES, 2007; Vilar, 2005; Vilar & Ferreira, 2008). Contudo, enquanto fonte de informação, esta surge com um papel mais reduzido, não obstante os adolescentes e os jovens expressam o desejo de obter mais informação junto da mesma e consideram-na uma das principais fontes (Menezes, 1990; Piscalho et al., 2000). Num estudo de Vilar e Ferreira (2008), 59% dos jovens afirmaram nunca falar ou falar pouco com o pai e 38% com a mãe. A literatura evidencia uma resistência e dificuldade de comunicação entre estes (Allen, 2001; Mayock, Kitching, & Morgan, 2007; Vilar, 2005), sendo que os jovens percecionam que os pais não abordam todos os conteúdos da sexualidade, focando-se nas consequências negativas da sua prática, e diferenciando a informação segundo o género do filho (Measor, 2004; Mturi & Henninko, 2005).

Outras investigações têm procurado avaliar o impacto da influência da família relativamente à adoção e manutenção de comportamentos sexuais protetores e/ou de risco dos jovens (Bonell et al., 2006; DiClemente et al., 2001; Huebner & Howell, 2003; Markham et al., 2010). Os resultados demonstram que a influência parental nos comportamentos sexuais dos filhos depende por um lado, das atitudes e valores que os modelos parentais afirmam/demonstram relativamente ao sexo (Bonell et al., 2006; DiClemente et al., 2001; Huebner & Howell, 2003) e, por outro, da qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos (Hutchinson, 2002; Markham et al., 2010; Meschke, Bartholomae, & Zenthall, 2002). Por isso as atitudes e os valores transmitidos pelos pais aos filhos podem influenciar de forma negativa ou positiva os comportamentos sexuais, constituindo um maior ou menor fator de risco para a saúde dos jovens (Hutchinson, 2002; Markham et al., 2010; Mcneely et al., 2002). As investigações sugerem que uma boa relação entre pais e filhos, bem como um controlo e supervisão parental estão associados a um início mais tardio das relações sexuais, ao aumento da utilização de

métodos contracetivos e à diminuição da gravidez não desejada (Meschke et al., 2002). Em contrapartida, a perceção, por parte dos jovens, de um menor controlo parental tem estado associada ao aumento dos comportamentos sexuais de risco (Huebner & Howell, 2003).

Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman e Fong (2003) demonstraram, ainda, que a comunicação entre mães e filhas acerca dos comportamentos sexuais de risco promove a proteção das ISTs.

Meschke e colaboradores (2002) referem que a qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos é importante para uma comunicação efetiva. No entanto, o facto de os pais acharem que falar acerca das questões sexuais - nomeadamente contraceção e ISTs - pode ser interpretado como um sinal de encorajamento da atividade sexual, constitui um obstáculo face à comunicação positiva entre pais e filhos (Moore & Rosenthal, 1991).

Mesmo sabendo que os jovens têm outras fontes de informação, o papel dos pais é fundamental dada, ainda, a sua tonalidade afetiva pois é através do contacto e da comunicação afetiva com os pais que se estabelecem vínculos fortes e seguros que vão ser essenciais na aprendizagem de formas de expressão afetivas íntimas e segurança emocional. Os pais contribuem, assim, para o futuro harmonioso dos filhos, baseado no bem-estar, no saber amar, na realização sexual e na felicidade (Bonell et al., 2006; Eisenberg, Bearinger, Sieving, Swain, & Resnick, 2004).

3.4.2.2. Escola

A escola, outro agente de socialização com grande influência sobre os comportamentos sexuais dos jovens, é um local prioritário na medida que possui oportunidades únicas para prevenir comportamentos sexuais de risco e, ainda, contém uma lei (Lei n.º 60/2009) que estabelece a obrigatoriedade da aplicação da educação sexual em meio escolar.

Apesar de se percecionar a sua necessidade, a implementação efetiva da educação sexual nas escolas portuguesas tem conhecido múltiplas resistências, por se tratar de um tema que suscita polémica, numa sociedade tendencialmente católica e conservadora como a portuguesa (Marques & Prazeres, 2000; Nodin, 2001b). Segundo vários especialistas, algumas das críticas levantadas à abordagem da sexualidade num

contexto educativo formal, prendem-se com os efeitos que tal abordagem poderá suscitar no comportamento dos jovens, nomeadamente, o incitar a um início precoce e irrefletido da atividade sexual. Critica-se igualmente a capacidade que a educação sexual terá para produzir alterações positivas nos jovens no que respeita à vivência da sexualidade destes (Marques & Prazeres, 2000; Nodin, 2001b; Vilar, 2005).

Os estudos que procuram compreender o impacto da educação sexual no meio escolar demonstram que a participação em programas de educação sexual pode diminuir a frequência de comportamentos sexuais de risco dos jovens (Esere, 2008; Kirby et al., 2007; Matos et al., 2011; Mueller et al., 2008).

Em Portugal, num estudo nacional efetuado recentemente a adolescentes (HBSC/OMS), verificou-se que os jovens que mencionaram ter tido educação sexual na escola (65.9%) revelaram menos comportamentos sexuais de risco, mais conhecimentos face à prevenção do VIH/SIDA e atitudes não discriminatórias relativamente aos portadores de VIH/SIDA (Matos et al., 2011; Ramiro, Reis, Matos, & Diniz, 2011b).

Como existem poucos estudos em Portugal sobre o impacto da ES no meio escolar, torna-se fundamental o recurso à experiência de outros países, de forma a esclarecer tanto esta como outras questões (por exemplo, a opinião dos pais e dos professores face à ES). De acordo com Nodin (2001b), nos EUA, vários estudos têm sido realizados sobre a eficácia de programas de educação sexual, tendo como objetivo específico a verificação do impacto destes programas sobre os conhecimentos e comportamentos dos jovens.

Por exemplo, uma linha de investigação importante é a relação entre a educação sexual e a utilização de contracetivos. Mueller e colaboradores (2008) concluíram na investigação destes, realizada a 2019 jovens entre os 15 e os 19 anos, que a exposição a ações educativas formais sobre contraceção faz subir a percentagem de utilizadores de métodos contracetivos entre os adolescentes. Curiosamente foram os rapazes que mais passaram a utilizar o preservativo, ao passo que, nas raparigas, essa mudança não foi significativa. Num outro estudo realizado por Coyle e colaboradores (2004), em escolas do ensino secundário dos EUA, estes investigadores verificaram os efeitos dos programas de educação sexual nos dois géneros, sendo que os rapazes pareceram ser mais recetivos à mudança de comportamento do que as raparigas. Os dados obtidos apontaram no sentido de que as intervenções educativas tendem a atrasar a iniciação sexual entre os rapazes, mas não nas raparigas. Segundo os autores, quando comparados

com o grupo de controlo, os estudantes sexualmente educados, mostraram possuir mais conhecimentos, atitudes mais positivas face à saúde sexual, maior capacidade em resistir à pressão sexual e, consequentemente estavam menos expostos a situações de risco sexual. Uma conclusão importante deste estudo consistiu na constatação de que nas raparigas os efeitos psicossociais da intervenção educativa foram mais limitados.

Kirby e colaboradores (2007) efetuaram uma meta-análise de 83 estudos que mediam o impacto da educação sexual em jovens com menos de 25 anos de todo o mundo e concluíram que a maioria dos programas diminui a idade da primeira relação sexual, aumenta o uso do preservativo e da contraceção, bem como diminui outros comportamentos sexuais de risco.

Verifica-se, através destes resultados, a importância da educação sexual na escola na promoção da saúde sexual dos jovens, constituindo-se como um contributo fundamental para a formação pessoal e social destes. Por isso, é sobretudo no domínio dos conhecimentos e das competências que a escola poderá cumprir um papel mais importante, quando comparada com os outros agentes de socialização, nomeadamente a família, os *mass media* e os amigos. Pois, ao contrário dos *mass media*, a escola tende a promover uma aprendizagem de forma articulada e com um sentido lógico. Por outro lado, a escola, por ser um espaço de ensino formal e de saberes interdisciplinares, é capaz de transmitir conhecimentos técnicos e científicos que, muitas vezes, as famílias não podem promover (pela sua natureza informal e pela deficiente preparação e dificuldades de comunicação de muitos progenitores) e nem os *mass media* são capazes de transmitir de forma estruturada (Lindberg, Santelli, & Singh, 2006; Vilar, 2005).

Desta forma, a escola é um lugar privilegiado onde podem ser adquiridos os conhecimentos e as competências pessoais e sociais sobre a sexualidade (Ramiro, Matos et al., 2008). Sendo assim, é indispensável que os professores aumentem o seu campo de competências e intervenção, os técnicos de saúde tenham um papel mais ativo em contexto educativo, e sejam criadas condições para um maior envolvimento das famílias na educação e relação com a escola. Estudos realizados apenas com professores do ensino básico e secundário sobre educação sexual (Reis & Vilar, 2004; Ramiro & Matos, 2008), mostraram que a maior parte dos professores (cerca de 72%) referiu não ter prática em educação sexual em meio escolar, apesar de considerarem que possuem conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, um grau de conforto aceitável para dinamizarem atividades relacionadas e formação complementar na área. Um resultado extremamente relevante nestes dois estudos refere-se ao facto de apenas uma

percentagem inferior a um terço dos professores avaliados planear envolver-se na educação sexual no futuro, sugerindo a necessidade de reavaliação das condições necessárias à implementação de programas de educação sexual em meio escolar em Portugal.

É essencial que as escolas desenvolvam um modelo de educação sexual, tendo em conta as características próprias da adolescência e as características específicas dos alunos, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes.

A realização de cursos de sensibilização para pais e de cursos de formação para professores e técnicos de saúde pode ajudar também a aumentar a colaboração com as escolas e, desse modo, promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (e.g., escolas, universidades), constituídos por equipas pluridisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a *Internet*) pode ajudar a implementação de campanhas de prevenção primária, para o esclarecimento e orientação dos jovens para a sexualidade, nomeadamente facultando informação sobre os métodos contracetivos, fornecendo gratuitamente preservativos e pílulas, e dando acompanhamento psicoafectivo à jovem grávida e/ou ao casal e até formação pré-natal ao jovem casal que se encontra à espera do primeiro filho (Ramiro et al., 2011a).

3.4.2.3. Pares /Amigos

Para além da influência parental e da escola face às atitudes e comportamentos sexuais dos jovens, constata-se também, a influência intensa do grupo de pares. Conversar com os amigos é uma das formas mais habituais da aquisição de informação sobre sexualidade, na medida em que é um período em que os jovens procuram ativamente meios de identificação, de afirmação e de pertença, ou seja, é através dos amigos que o processo de socialização se efetua (Kirby, 2001a; 2001b; Nodin, 2001;Voisin & Neilands, 2010). Segundo um estudo nacional português (Matos et al. 2011) efetuado a 5050 adolescentes, 47.5% dos jovens afirmaram que os amigos são importantes fontes de informação sobre sexualidade, 40.7% recolheram esta informação junto dos pais e 21% junto dos professores. Num outro estudo realizado a 1936 estudantes universitários portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 25

anos, verificou que 55.2% mencionam os amigos como a principal fonte de informação (Nodin, 2001).

Outras investigações revelam que quando existe uma relação pouco próxima com os pais, assiste-se, habitualmente, a um aumento da influência dos pares nas questões sexuais (Measor, 2004; Meschke et al., 2002). No entanto a influência dos amigos pode ser positiva ou negativa, depende do nível de educação sexual dos amigos e que a maior parte das vezes é negativa porque, segundo os estudos, os jovens, no geral, têm conhecimentos incorretos, fundamentados em crenças erróneas ou destorcidas e competências insatisfatórias (Nodin, 2001; Vilar,2005).

3.4.2.4. Comunicação social (*mass media)*

Os *mass media* são usualmente a primeira fonte de informação a que os jovens recorrem dada a possibilidade de anonimato e o acesso facilitado (Nodin, 2001; Reis & Matos, 2008). Se antes eram as revistas, os livros, os jornais e a televisão a que o jovem recorria, hoje em dia existe um meio de comunicação muito mais eficaz na área da sexualidade, a *internet* (L'Engle, Brown, & Kenneavy, 2006). A *internet* permite ao jovem aceder, de forma independente e discreta, a toda a informação sobre a sexualidade e a educação nesta área, por isso, é essencial que a educação sexual efetuada pela família e pela escola saiba rentabilizar a *internet*, uma vez que é um meio de fácil acesso para o jovem, bem como todos os outros meios de comunicação que o jovem pode selecionar para obter informações acerca da sexualidade (Bay-Cheng, 2001; L'Engle et al., 2006). Acresce, ainda, a necessidade de alertar os jovens para as diferentes potencialidades positivas e negativas da *internet*, uma vez que existem muitas informações falsas e inadequadas e que podem induzir os jovens a cometer riscos sexuais desnecessários (Vilar, 2005).

Desta forma, compete à família, à escola, aos amigos e à comunidade no geral, de forma pluridisciplinar, proporcionarem educação sexual aos jovens, tendo sempre presente que os jovens alteram mais frequentemente o seu comportamento se sentirem que estão em risco (perceção de vulnerabilidade), se acreditarem que o preservativo funciona, se possuírem capacidades para negociar a utilização deste e se tiverem a

crença que a prevenção é aprovada pelos seus pares (House et al., 2010; Reis et al., 2009).

A família e a escola devem desenvolver competências pessoais e sociais, nomeadamente o autoconceito, a tomada de decisão e a resolução de problemas que permitam otimizar o funcionamento saudável do jovem. Devem ainda ajudar a desenvolver uma sexualidade esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade da tomada de decisões por comportamentos sexuais saudáveis e a qualidade de vida dos jovens (House et al., 2010). Tudo feito com informação transparente e conhecimentos em que o afeto e a confiança são fundamentais, porque educação para a sexualidade é sobretudo educação da afetividade.

Os jovens universitários constituem uma parcela da população bastante negligenciada nas intervenções para a educação sexual e simultaneamente com significativa necessidade das mesmas, atendendo às peculiaridades do processo de transição para a vida adulta, fase plena de ambiguidade, de fatores de estresse e de risco.

Capítulo 4 - Metodologia

Neste capítulo serão abordados os aspetos metodológicos gerais, comuns aos estudos apresentados. Inicialmente procede-se a uma breve exposição do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) e do estudo Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU). Posteriormente descreve-se o instrumento de pesquisa HBSC e HBSC/SSREU, adotado para a recolha nacional dos dados, e a metodologia preconizada no protocolo de aplicação do instrumento. O presente capítulo encerra com uma sinopse dos objetivos do projeto global, que justificaram a seleção das variáveis de investigação indicadas.

4.1. - O Estudo HBSC e o Estudo HBSC/SSREU

HBSC

O *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) é um estudo desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (WHO). Os primeiros passos deste estudo remontam aos anos de 1983/1984, com a participação de três países: Finlândia, Noruega e Inglaterra. Desde então, o estudo tem sido realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação (Aarø, Wold, Kannas, & Rimpelä, 1986). Volvidas sete fases de investigação, em 2005-2006, fazem parte do estudo 43 países europeus e não-europeus. Portugal integrou o estudo em 1994 como membro convidado (Matos, Simões, & Canha, 2000) através da equipa Aventura Social/Faculdade de Motricidade Humana em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Em 1997/1998, a equipa Aventura Social levou a cabo o primeiro estudo nacional (Matos, Simões, Reis & Canha, 2000). O segundo estudo nacional ocorreu no ano de 2002 (Matos & Equipa Aventura Social, 2003), o terceiro em 2006 (Matos et al., 2006) e o quarto em 2010 (Matos et al., 2011).

O HBSC é um estudo de investigação e monitorização, com o objetivo de informar e dar suporte a políticas de promoção e educação para a saúde, nos programas e intervenções dirigidos a adolescentes, tanto a nível nacional como internacional.

A finalidade original do estudo tem-se mantido ao longo dos anos,

enquadrando-se numa abordagem dos estilos de vida dos adolescentes, de forma a aumentar a compreensão dos comportamentos de saúde/bem-estar dos adolescentes, na sua relação com os diversos contextos sociais, através da recolha de dados entre os países. Deste modo é possível comparar os dados não só entre regiões do país como entre vários países (Roberts et al., 2007). Com o decorrer dos diversos estudos foram formulados vários objetivos. Como principais objetivos do estudo HBSC destacam-se (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Currie et al, 2004; Matos et al., 2006):

- Iniciar e manter uma pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar;

- Contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual e metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;

- Recolher dados relevantes junto dos adolescentes de forma a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros;

- Contribuir para uma base de conhecimento dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes;

- Identificar resultados para audiências relevantes, incluindo investigadores, políticos de saúde e de educação, técnicos de promoção da saúde, professores, pais e adolescentes;

- Fazer a ligação com os objetivos da WHO especialmente na monitorização dos objetivos principais do HEALTH XXI no que respeita aos comportamentos de saúde dos adolescentes.

O estudo HBSC dispõe de um protocolo de pesquisa, seguido pelas equipas de investigação de todos os países participantes, que inclui aspetos como a ordem das questões, as questões obrigatórias e facultativas, orientações de tradução, orientações sobre procedimentos de amostragem e recolha de dados. Este protocolo de pesquisa

facilita a posterior análise transnacional dos dados (Currie, Samdal, & Boyce, 2001). Este estudo cumpre estritamente as regras de Helsínquia e foi aprovado por uma comissão de ética.

HBSC/SSREU

O estudo nacional "Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários" (HBSC/SSREU) foi realizado pela primeira vez em 2010, e é uma extensão do estudo HBSC. Pretendeu-se alargar o estudo HBSC, devido à insuficiência de estudos nacionais no que diz respeito ao tema da saúde sexual e reprodutiva nos alunos do ensino superior português.

Os objetivos do estudo Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários (HBSC/SSREU) visam uma compreensão aprofundada dos comportamentos sexuais dos estudantes portugueses do ensino superior, bem como estudar os conhecimentos, as atitudes, as normas, as intenções, o conforto e as competências face à sexualidade, à contraceção, às ISTs e ao VIH/SIDA. Pretendeu-se também compreender a importância da educação sexual para estes jovens.

O HBSC/SSREU foi sujeito a um painel de especialistas e a um pré-teste. Teve a aprovação de uma Comissão Científica, da Comissão de Ética do Hospital São João do Porto, da Comissão Nacional de Proteção de Dados, do Conselho Consultivo da Equipa Aventura Social e seguiu à risca todas as recomendações de Helsínquia para a implementação da investigação.

Esta pesquisa nacional foi realizada em 2010 para o Ministério da Saúde e para a Coordenação Nacional para a Infeção do VIH/SIDA.

4.2. - O Instrumento de Pesquisa HBSC e HBSC/SSREU

HBSC

O questionário internacional do HBSC/OMS é desenvolvido numa lógica de cooperação pelos investigadores dos países que integram a rede. A aplicação do questionário é realizada de quatro em quatro anos, e para além de identificar e acompanhar a evolução dos padrões de comportamentos de saúde dos adolescentes na relação com os contextos, fornece estímulos à reflexão dos investigadores

participantes do estudo para posteriormente melhorarem o instrumento de pesquisa bem como o protocolo que o acompanha no sentido de existir uma atualização constante face às próprias mudanças dos comportamentos dos adolescentes (Currie et al., 2001).

O protocolo de investigação inclui informações detalhadas e instruções abrangendo os seguintes aspetos (Roberts et al., 2007): quadro conceptual para o estudo; justificações científicas para cada uma das áreas temáticas do inquérito; versão internacional dos questionários e instruções para uso; orientações sobre metodologia de pesquisa, incluindo amostragem, recolha de dados, procedimentos e instruções para a preparação de bases de dados nacionais; exportação para o Banco Internacional de Dados sediado na Universidade de Bergen; e regras relativas à utilização de dados HBSC e publicações internacionais.

Os dados recolhidos em cada país são integrados numa base de dados internacional, o que possibilita comparações entre os resultados do questionário e o estudo de tendências de comportamentos que podem ser avaliados tanto a nível nacional como a nível internacional.

O estudo seguiu todas as normas para pesquisa com seres humanos, neste caso particular, com menores: aprovado por uma comissão de ética (Hospital São João - Porto), pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, pelo Ministério da Educação, pelas Direções Regionais de Educação, pelas escolas participantes e mediante o consentimento informado dos pais, requerido através da comissão de pais de cada escola.

O questionário de tipo autopreenchimento é constituído por quatro módulos: questões obrigatórias, questões específicas, questões de monitorização e questões de comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA.

Do vasto grupo de questões do questionário HBSC, utilizaram-se, apenas, as questões consideradas mais apropriadas para responder aos objetivos específicos formulados no artigo preliminar, de forma a integrar e a justificar a necessidade do HBSC/SSREU.

HBSC/SSREU

O instrumento de investigação do HBSC/SSREU (Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes Universitários) é constituído por um questionário de

autopreenchimento, que resultou do protocolo internacional do HBSC no que diz respeito às questões aplicáveis (atendendo às diferenças na população) a nível demográfico, bem como nas relacionadas com o comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. Para além dessas, acrescentaram-se outras questões, nomeadamente no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes face à contraceção; às atitudes sexuais; às normas subjetivas, às intenções comportamentais, às competências relativas ao preservativo e aos comportamentos de risco; e acrescentaram-se, também, questões sobre educação sexual.

Dos itens do questionário HBSC/SSREU, foram utilizadas as questões consideradas mais adequadas aos objetivos específicos formulados para cada artigo, em conjugação com os objetivos gerais pensados para este projeto.

4.3. - Metodologia Utilizada HBSC e HBSC/SSREU

HBSC

A metodologia utilizada em todos os anos em que foram realizados os estudos esteve de acordo com o protocolo internacional de Currie e colaboradores (2001).

As escolas participantes foram selecionadas de forma aleatória e a amostra estratificada pelas 5 regiões de Portugal continental. Os conselhos diretivos de cada escola foram contactados telefonicamente de forma a confirmarem a sua disponibilidade.

A recolha dos dados foi feita através de um questionário enviado para as escolas participantes, por correio. A acompanhar os questionários foram enviadas: uma carta dirigida ao Presidente do Conselho Executivo, apresentando o estudo, uma cópia da autorização da Direção Regional de Educação correspondente, uma carta com os procedimentos de aplicação do questionário destinada ao professor da turma selecionada e ainda um questionário a ser preenchido pelo professor que acompanhou o processo de recolha de dados na turma.

Os questionários foram aplicados à turma na sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação do questionário frequentavam o 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, de forma a enquadrar o maior número possível de jovens com 11, 13 e 15 anos de idade.

Após a aplicação dos questionários, solicitou-se à escola que procedesse ao reenvio destes pelo correio.

HBSC/SSREU

As universidades participantes foram selecionadas de forma aleatória e a amostra estratificada pelas 5 regiões de Portugal continental. Após a seleção das instituições de ensino superior, estas foram contactadas, através de correio eletrónico, no sentido de confirmar a sua disponibilidade para colaborar no estudo. Após confirmação da participação, os coordenadores dos cursos/departamentos selecionados agendavam a data de aplicação do questionário.

A recolha de dados foi efetuada pela investigadora através de um questionário de autopreenchimento que foi aplicado às turmas em sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação dos questionários podiam frequentar qualquer ano do ensino superior, de forma a enquadrar o maior número possível de jovens do ensino superior. A participação foi voluntária, confidencial e anónima e o preenchimento do questionário durou entre 60 e 90 minutos.

4.3.1. - A amostra HBSC/SSREU

De modo a obter uma amostra representativa da população que frequenta o ensino superior em Portugal, efetuou-se uma seleção aleatória, estratificada por regiões do país, das universidades e institutos politécnicos, quer do ensino público quer do privado. Dos 144 institutos/universidades de Portugal continental procedeu-se à recolha de cinco instituições na região Norte, quatro instituições na região Centro, cinco na região de Lisboa e Vale do Tejo, duas na no Alentejo e três no Algarve.

A técnica de recolha da amostra foi o “cluster sampling”, considerando-se a turma o “cluster”. Assim, recolheram-se questionários em 124 turmas, num total de 3278 alunos, entre os 18 e os 35 anos, inscritos no ano letivo de 2009/2010.

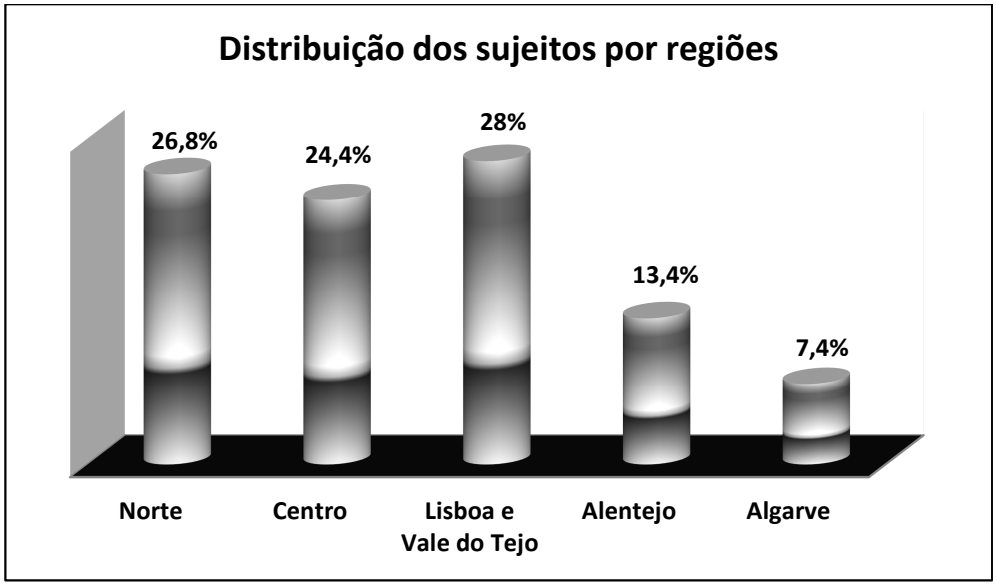


Figura 4 - -Distribuição dos sujeitos por regiões

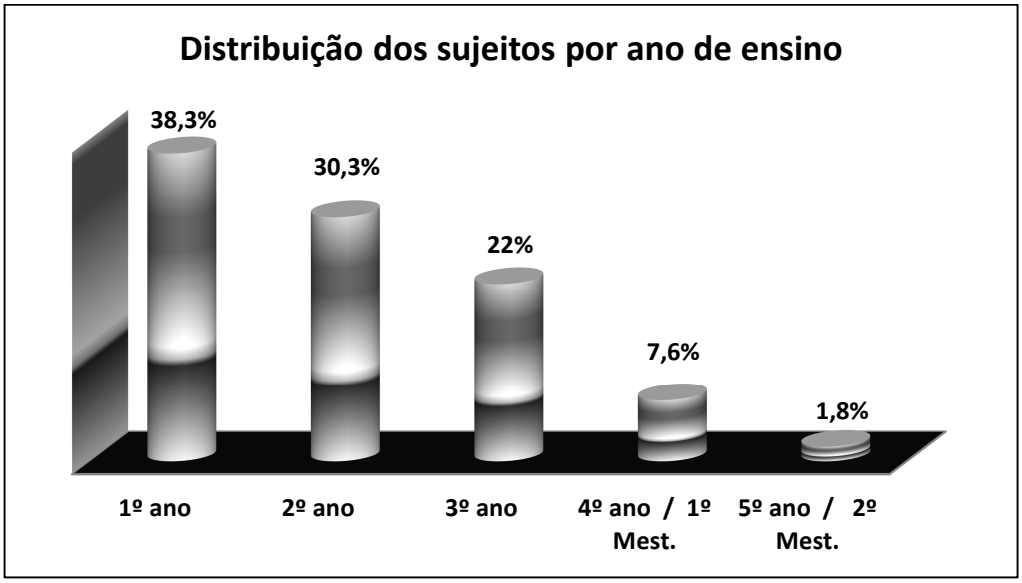


Figura 5 - Distribuição dos sujeitos por ano de ensino

4.3.2. – Análise de dados HBSC/SSREU

Os questionários foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa "Eyes and Hands – Forms", versão 5. Estes dados foram, de seguida, transferidos para uma base de dados no programa "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS, versão 19.0 para Windows) para efeitos de análise e tratamento estatístico. Selecionaram-se apenas os inquiridos entre os 18 e os 35 anos.

4.4. – Objetivos e variáveis da investigação

Antes de se estabelecerem os objetivos desta investigação e no sentido de se identificar estes com maior rigor, foi efetuado um estudo preliminar com os dados do estudo HBSC (como já foi enunciado no capítulo dois).

Estudo Preliminar: O objetivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre o comportamento sexual dos adolescentes portugueses e as possíveis mudanças num período de 4 anos (comparando o estudo HBSC de 2002 com o de 2006). Este estudo do HBSC com adolescentes serviu de suporte para justificar a extensão do mesmo aos alunos do ensino superior no que diz respeito ao tema da saúde sexual.

Na prossecução dos objetivos gerais do projeto, foram estabelecidos objetivos específicos, formulados para cada estudo levado a cabo. Todos os estudos já foram publicados/submetidos em revistas internacionais e nacionais. Estes objetivos específicos encontram-se expostos em baixo. Alguns destes artigos estão escritos em inglês (enquanto língua científica) uma vez que foram publicados/submetidos em revistas internacionais, nomeadamente:

Estudo 1: O objetivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento sobre o comportamento sexual dos jovens universitários portugueses, nomeadamente (1) averiguar os jovens que já tiveram relações sexuais, caracterizar a primeira relação sexual, comportamentos relativos à contraceção e ao preservativo e comportamentos sexuais de risco; (2) analisar diferenças entre géneros face às variáveis mencionadas e (3) analisar diferenças entre grupos de idade para a utilização de métodos contracetivos e comportamentos sexuais de risco.

Estudo 2: O objetivo deste estudo foi avaliar conhecimentos, atitudes e competências sobre os métodos contracetivos e ISTs dos jovens universitários, verificar diferenças entre géneros e grupos de idade face às variáveis mencionadas e, ainda avaliar a possível associação entre as variáveis (conhecimentos, atitudes e competências).

Estudo 3: O objetivo deste estudo foi analisar os conhecimentos face ao VIH/SIDA, as atitudes face aos portadores do VIH/SIDA e determinar comportamentos que colocam os jovens adultos em risco de infeção; analisar as diferenças entre os géneros para o conhecimento, atitudes e comportamentos de risco face ao VIH/SIDA e verificar quais os fatores (género, idade, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA e comportamentos de risco, designadamente ter parceiros ocasionais, relações sexuais associadas ao consumo do álcool e drogas e ter tido uma IST) que podem estar associados ao comportamento - não usar sempre preservativo.

Estudo 4: Este estudo teve como objetivo principal analisar o poder dos constructos (informação, motivação e competências) do modelo MIMAC (Fisher & Fisher, 1992) para prever a utilização do preservativo masculino (comportamento sexual preventivo) e as diferenças entre géneros.

Estudo 5: O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos da educação sexual em meio escolar na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, designadamente analisar diferenças entre os jovens que tiveram e os que não tiveram educação sexual na escola relativamente ao comportamento contracetivo, aos comportamentos sexuais de risco, aos conhecimentos e atitudes face aos métodos contracetivos e ISTs, e ainda, relativamente às competências comportamentais.

Estudo 6: O objetivo deste estudo foi aprofundar a importância dos agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários, nomeadamente analisar a opinião dos jovens adultos face à importância da educação sexual e avaliar o desempenho dos pais, do grupo de pares e da escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis dos jovens.

De acordo com a finalidade de cada estudo, natureza da amostra e o desenho conceptual da investigação, foram definidas variáveis que, em alguns casos, tiveram que ser agregadas e recodificadas com vista a obter os resultados mais esclarecedores possíveis. As tabelas que se seguem pretendem expor, por artigo, a amostra utilizada, as variáveis e respetivas codificações, e os procedimentos estatísticos utilizados.

Tabela 1 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo Preliminar

Estudo Preliminar	Amostra HBSC 2002/2006	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period	**7093;** **F-52,3%;** **M- 47,7%**	• **Year of study** (1–2002/2–2006); **Gender** (1–male/2–female); **Age**; **Grade** (1–8th/2–10th); **Nationality**(1-Portuguese/2-African+Brazilian); • **Sexual intercourse** (1–yes/2–no); **Age of 1st sexual intercourse** (1-11 years or less, 2-12 and 13 years, 3–14 years or more); **Condom use at last sexual intercourse** (1–yes/2–no); **Having sexual intercourse** (0-had/1–not had); • **Information regarding HIV/AIDS* -** Items were rated on a three response options (1= yes, 2= no and 3= I do not know). Correct responses were coded as 1 and both incorrect or uncertain responses were coded as 0 since none of them represent for sure correct knowledge. After recoding the scores in each item, they were added so as to be obtained an overall result. Final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more information / more positive knowledge; • **Attitudes towards HIV-infected people* -** young people were asked to respond to five statements about attitudes towards HIV-infected people. Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more positive attitudes.	Mean, standard deviation, and frequency; χ^2 test; one-way ANOVA; logistic regression

***Nota:** Os itens e as opções de respostas que compõem a escala dos Conhecimentos face ao VIH/SIDA e a escala das Atitudes face aos portadores do VIH/SIDA estão descritos nas tabelas 10 e 13, respetivamente.

Tabela 2 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 1

Estudo 1	Amostra HBSC/SSREU	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
Os Comportamentos Sexuais dos Universitários Portugueses de ambos os sexos em 2010	**3278;** **F- 69,7%;** **M- 30,3%**	• **Género** (1 – masculino/2 – feminino); **Idade**; **Nacionalidade** (1- Portuguesa/2- Países Europeus/3- Brasil/4- Países Africanos); **Estado Civil** (1-Solteiro/ 2-Casado / 3-União de facto/4- Divorciado); **Religião** (1-Católica/2- Protestante/3- Budista/4- Ortodoxa/5-Nenhuma/6-Outra); **Orientação Sexual** (1-Heterossexual/ 2-Homossexual/ 3-Bissexual); • **Grupos de idade** (18 e 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 35 anos); • **Ter relações sexuais** (1-sim/2-não); • **1ª Relação sexual:** - **Idade:** 1-11 ou menos, 2-12 e 13 anos, 3-14 e 15 anos, 4-16 anos ou mais; - **Utilização de método contracetivo** (1-sim/2-não); - **Uso de método contracetivo 1ª relação sexual:** pílula - (1-sim,/2-não), preservativo – (1-sim/2-não) e coito interrompido – (1-sim/2-não); - **Motivos para ter a 1ª relação sexual:** Decisão por consentimento mútuo - (1-sim/2-não), Muito apaixonados (1-sim/2-não), Foi por acaso (1-sim/2-não), Parceiro tomou a iniciativa (1-sim/2-não), O próprio tomou a iniciativa (1-sim/2-não) e Sentiu-se pressionado (1-sim/2-não); • **Comportamentos face à contraceção e preservativo:** - **Fontes de informação**: Técnicos de saúde (1-sim/2-não), Folhetos/Livros (1-sim/2-não), Amigos (1-sim/2-não), Comunicação social (*mass media*) (1-sim/2-não), Mãe (1-sim/2-não), *Internet* (1-sim/2-não), Professores (1-sim/2-não), Pai (1-sim/2-não) e Associações (1-sim/2-não); - **Local de obtenção dos métodos contracetivos:** Farmácia (1-sim/2-não), Supermercado (1-sim/2-não), Planeamento familiar (1-sim/2-não), Centro saúde (1-sim/2-não), Médico família (1-sim/2-não); - **Utilização de métodos contracetivos:** pílula - (1-sim/2-não), preservativo – (1-sim/2-não) e coito interrompido – (1-sim/2-não); - **Frequência do uso do preservativo**: 1 -usou sempre, 2 – não usou sempre; • **Comportamentos sexuais de risco:** - **Ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso** (1-sim/2-não); - **Ter parceiros sexuais ocasionais** (1-sim/2-não); - **Número de parceiros sexuais ocasionais no último ano** (1, entre 2 e 3, > 3); - **Ter relações sexuais associadas ao álcool** (1-sim/2-não); - **Ter relações sexuais associadas às drogas** (1-sim/2-não); - **Ter tido uma IST** (1-sim/2-não); - **Ter efetuado uma IVG** (1-sim/2-não); - **Ter engravidado sem desejar** (1-sim/2-não).	Frequências, percentagens e teste do Qui-quadrado - χ^2

Tabela 3 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 2

Estudo 2	Amostra HBSC/SSREU	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
Nationwide Survey of Contraceptive and Sexually Transmitted Infection Knowledge, Attitudes and Skills of University Students in Portugal	**3278;** **F- 69,7%;** **M- 30,3%**	• **Gender** (1–male/ 2–female); • **Age Groups** (18 and 19 years, 20 to 24 years, 25 to 35 Years); • **Sexual behavior:** - three questions about first sexual intercourse: age (1-11 years or less, 2-12 and 13 years, 3–14 and 15 years, 16 years or more), use of contraceptive method (1-no/2-yes) and which contraceptive method was used: condom (1-yes/2-no) and pill (1-yes/2-no); one question about the contraceptive method usually used: condom (1-yes/2-no) and pill (1-yes/2-no); and the degree of sexual risk behaviour, which was measured through six behaviours - occasional partners (1-yes/2-no), having had sexual intercourse with alcohol and drugs (1-yes/2-no) and having had an STI, an unintended pregnancy and having made a voluntary interruption of pregnancy (1-yes/2-no). • **Knowledge concerning contraceptive methods was assessed through answers to 14 items***. Each item has four or five optional answers, but only one is correct. Results vary between 0 and 14, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding contraceptive methods. • **Knowledge concerning sexual transmitted infections was assessed through the answer of 21 items***. Each item has four or five optional answers, but only one is correct. Results vary between 0 and 21, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding STIs. • **Attitudes towards contraceptive methods were assessed through the answer to 11 items***. Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1= strongly disagree; 5= strongly agree). The results can vary between 11 and 55 points, with the highest score indicating more positive attitudes for contraception use. • **Attitudes towards STIs were assessed through the answer to 27 items***. Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1= strongly disagree; 5= strongly agree). Results vary between 27 and 135 points, the highest score being an indicator of more positive/preventive attitudes towards STIs. • **Self-efficacy skills related to safer sexual behavior were assessed through the answer to nine items***. Students were asked to indicate their level of self-efficacy using a five-point response format (1= strongly unsafe; 5= strongly safe). Summing items yields a total score that may range from 9 to 45. Students who score high on this scale believe they can effectively practice safer sex behaviours.	Mean, standard deviation, and frequency; χ^2 test; one-way ANOVA; Pearson correlation coefficient

***Nota:** Os itens e as opções de respostas que compõem as escalas dos Conhecimentos face aos métodos contracetivos e ISTs, as escalas das Atitudes face aos métodos contracetivos e ISTs e a escala das Competências de autoeficácia relativamente ao comportamento sexual mais seguro estão descritos nas tabelas 8, 9, 11, 12 e 14, respetivamente.

Tabela 4 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 3

Estudo 3	Amostra HBSC/SSREU	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal	**3278;** **F- 69,7%;** **M- 30,3%**	• **Gender** (1– male/2– female); • **Age**; • **Nationality** (1- Portuguese/2- European countries/3- Brazilian/4- African countries); • **Marital status** (1-Single/ 2-Married / 3-Unmarried cohabitation/4- Divorced); • **Religious affiliation** (1- Catholic/2- Protestant/3- Buddhist/4- Orthodox/5-None/6-Other); • **Sexual Orientation** (1-Heterosexual/ 2-Homosexual/ 3-Bisexual); • **Sexual behaviour** - three questions about first sexual intercourse: age (1-11 years or less, 2-12 and 13 years, 3–14 and 15 years, 16 years or more), use of contraceptive method (1-no/2-yes) and which contraceptive method was used: condom (1-yes/2-no) and pill (1-yes/2-no); and one question about the contraceptive method usually used: condom (1-yes/2-no) and pill (1-yes/2-no); Sexual risk behaviour was measured through five behaviours - consistent condom use (0-always used/1-not always used), occasional partners (1-yes/0-no), having had a sexually transmitted infection (1-yes/0-no) and having had sexual intercourse with alcohol and drugs (1-yes/0-no); • **Knowledge regarding HIV/AIDS*** - young people were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention. Items were rated on a three response options (1= yes, 2= no and 3= I do not know). Correct responses were coded as 1 and both incorrect or uncertain responses were coded as 0 since none of them represent for sure correct knowledge. After recoding the scores in each item, they were added so as to be obtained an overall result for Information Regarding HIV/AIDS transmission /prevention. Final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more information / more positive knowledge; • **Attitudes towards HIV/AIDS*** - young people were asked to respond to five statements about attitudes towards HIV-infected people. Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more positive attitudes.	Mean, standard deviation, and frequency; χ^2 test; one-way ANOVA; logistic regression

***Nota:** Os itens e as opções de respostas que compõem a escala dos Conhecimentos face ao VIH/SIDA e a escala das Atitudes face aos portadores do VIH/SIDA estão descritos nas tabelas 10 e 13, respetivamente.

Tabela 5 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 4

Estudo 4	Amostra HBSC/SSREU	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
Determinants influencing male condom use among university students in Portugal	**2730;** **F- 67,8%;** **M- 32,2%**	• **Gender** (1– male/2– female); • **HIV / AIDS preventive behavior** was assessed through one question regarding frequency of condom use: "During the past 12 months, did you or your partner use a condom?" Students responded "never" (1) to "always" (5) to this question. "Always" was scored "1", any other answer (in most cases, sometimes, rarely or never) was scored "0". The recoding was done this way since all other answers but "always" imply sexual risk behaviors. Condom use was also the variable selected as the HIV/ AIDS preventive behavior for the path analysis; • **Knowledge regarding HIV/AIDS*** -young people were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention. Items were rated on a three response options (1= yes, 2= no and 3= I do not know). Correct responses were coded as 1 and both incorrect or uncertain responses were coded as 0 since none of them represent for sure correct knowledge. After recoding the scores in each item, they were added so as to be obtained an overall result for Information Regarding HIV/AIDS transmission /prevention. Final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more information / more positive knowledge; • **Motivation towards HIV/AIDS preventive behavior*** - was assessed with regard to personal attitudes, subjective norms and behavioral intentions related to six HIV/AIDS preventive behaviors: (1) persuade your partner to practice safer sex only, (2) use condoms every time having sex, (3) always carry condoms with you, (4) take an HIV test using blood (HIV Test), (5) buy condoms and (6) ask your partner to take an HIV test using blood (HIV test), - **Attitudes towards HIV/AIDS subscale:** students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a three-point response format (1= very bad, 2= neither good nor bad and 3= very good). The results obtained vary between 6 and 18, being the highest score an indicator of more positive attitudes towards HIV/AIDS preventive behaviors; - **Subjective norms regarding HIV/AIDS subscale:** students were asked to mark how far they believed that most people thought was important that they should perform each of the six preventive behaviors by using a three-point response format (1= completely false, 2= neither true nor false and 3= completely true). The results were added in order to construct an overall measure of subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors. All items were worded positively in such a way that a higher score on this subscale corresponded to more positive attitudes towards HIV/AIDS preventive behaviors. For this reason, the scores on this subscale range from 6 to 18; - **Intention to have HIV/AIDS preventive behaviors subscale:** students were asked to signal the likelihood that they intended to carry out each of the six behaviors. Response options were 1 (=unlikely), 2 (=more or less likely) and 3 (=very likely), therefore high scores on this scale corresponded to increased intentions to perform preventive behaviors in transmitting HIV/AIDS. Total scores ranged from 6 to 18; • **Behavioral skills towards HIV/AIDS preventive behaviors*** were assessed with two subscales: - **Perceived difficulty** was assessed through a subscale of five items. Using a response set that ranged from 1= hard to 3 = easy, students rated their level of difficulty in adopting five HIV/AIDS preventive behaviors with a sex partner. Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who scored high on this scale believed they could easily practice those behaviors; - **Perceived effectiveness** was assessed through a subscale of five items. Using a response set that ranged from 1= ineffective to 3 = effective, students rated their level of effectiveness in adopting five HIV/AIDS preventive behaviors with a sex partner. Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who scored high on this subscale believed they could effectively practice safer sex behaviors.	Mean, standard deviation, and frequency; χ^2 test; one-way ANOVA; Pearson correlation coefficient: linear regression; and Path analysis

***Nota:** Os itens e as opções de respostas que compõem a escala dos Conhecimentos face ao VIH/SIDA, a escala da Motivação e a escala das Competências comportamentais relativamente aos comportamentos sexuais preventivos estão descritos nas tabelas 10, 15 e 16, respetivamente.

Tabela 6 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 5

Estudo 5	Amostra HBSC/SSREU	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students	**3278;** **F- 69,7%;** **M- 30,3%**	• **Gender** (1– male/2– female); • **Age Groups** (18 to 21 years, 22 to 28 years, 29 to 35 Years); • **Sex education at school** (1- had/2- not had); • **Three sex education questions:** must sex education be addressed in schools? (1-yes/2-no); did you have sex education in school in the last years? (1-yes/2-no) and did you feel informed with the issues that were discussed in sex education classes? (1-very much informed/2- reasonably informed/3- not at all informed); • **Sexual behaviour:** two questions about 1st sexual intercourse: age (1-11 years or less, 2-12 and 13 years, 3–14 and 15 years, 16 years or more) and which contraceptive method was used: condom (1-yes/2-no) and pill (1-yes/2-no); one question about the contraceptive method usually used: condom (1-yes/2-no) and pill (1-yes/2-no)**;** • **The degree of sexual risk behaviour**, which was measured through seven behaviours - consistent condom use (1-always used/2-not always used), occasional partners (1-yes/2-no), having had sexual intercourse with alcohol and drugs (1-yes/2- no) and having had a sexually transmitted infection, a pregnancy and having made a voluntary interruption of pregnancy (1-yes/2-no); • **Knowledge Concerning Contraceptive Methods was measured via the 14 items***. Each item has four or five optional answers, but only one is correct. The results obtained vary between 0 and 14, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding contraceptive methods. • **Knowledge Concerning Sexual Transmitted Infections was measured via the 21 items***. Each item has four or five optional answers, but only one is correct. The results obtained vary between 0 and 21, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding STIs. • **Attitudes towards Contraceptive Methods were assessed through 11 items***. Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1- strongly disagree; 5- strongly agree). The results obtained can vary between 11 and 55 points, with the highest score indicating more positive attitudes for contraception use. • **Attitudes towards STIs were assessed through 27 items***. Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1- strongly disagree; 5- strongly agree). The results obtained vary between 27 and 135 points, being that the highest score is an indicator of more positive/preventive attitudes towards STIs. • **Behavioral skills towards preventive behaviors*** were assessed with two subscales: - **Perceived difficulty** was assessed through a subscale of five items. Using a response set that ranged from 1= hard to 3 = easy, students rated their level of difficulty in adopting five preventive behaviors with a sex partner. Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who scored high on this scale believed they could easily practice those behaviors; - **Perceived effectiveness** was assessed through a subscale of five items. Using a response set that ranged from 1= ineffective to 3 = effective, students rated their level of effectiveness in adopting five preventive behaviors with a sex partner. Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who scored high on this subscale believed they could effectively practice safer sex behaviors.	Mean, standard deviation, and frequency; χ^2 test; T-student test

***Nota:** Os itens e as opções de respostas que compõem as escalas dos Conhecimentos face aos métodos contracetivos e ISTs, as escalas das Atitudes face aos métodos contracetivos e ISTs e a escala das Competências comportamentais relativamente aos comportamentos sexuais preventivos estão descritos nas tabelas 8, 9, 11, 12 e 16, respetivamente.

Tabela 7 - Descrição das amostras, variáveis e procedimentos estatísticos utilizados no Estudo 6

Estudo 6	Amostra HBSC/SSREU	Variáveis e codificação	Procedimentos Estatísticos
Agentes de Socialização na Educação Sexual dos Jovens Universitários	**3278;** **F- 69,7%;** **M- 30,3%**	• **Género** (1 – masculino/2 – feminino); • **Importância da ES na escola** (1- muito importante/2- razoavelmente importante/3- nada importante); • **ES deve ser abordada na escola** (1- sim/2- não); • **Tiveram ES na escola** (1- sim/2- não); • **Disciplinas que abordaram a educação sexual** (1- Disciplinas curriculares/2- Ações externas/3- Áreas curriculares não disciplinares); • **Ficaram esclarecidos** (1- muito esclarecidos/2- razoavelmente esclarecidos, 3- nada esclarecidos); • **Quem deve ser o responsável pela ES:** - Pais/Família (1- concordo/2- não concordo nem discordo/3- discordo); - Técnicos de saúde (1- concordo/2- não concordo nem discordo/3- discordo); - Escola (1- concordo/2- não concordo nem discordo/3- discordo); - Comunicação social *(mass media)* (1- concordo/2- não concordo nem discordo/3- discordo); • **Onde têm obtido informação sobre a educação sexual:** Amigos (1-sim/2-não), *Internet* (1-sim/2-não), Comunicação Social (*mass media*) (1-sim/2-não), Centro de Saúde (1-sim/2-não), Namorado (a) (1-sim/2-não), Pais (1-sim/2-não), Professores (1-sim/2-não), Irmãos (1-sim/2-não); • **Sentem-se informados em relação a todas as questões relacionadas com a sexualidade** (1- sim/2- não); • **Assuntos que gostariam de ver esclarecidos:** ISTs e SIDA (1-Sim/2-Não), Contraceção e sexo seguro (1-sim/2-não), Segurança pessoal (prevenção do abuso sexual) (1-sim/2-não), Prazer e orgasmo (1-sim/2-não), Comunicação acerca do relacionamento amoroso (1-sim/2-não), Gravidez e parentalidade na adolescência (1-sim/2-não), Masturbação (1-sim/2-não), Atração, amor e intimidade (1-sim/2-não), Imagem corporal (1-sim/2-não), Homossexualidade (1-sim/2-não), Sonhos molhados (1-sim/2-não), Reprodução e nascimento (1-sim/2-não), Puberdade (1-sim/2-não); • **Grau de conforto em conversar sobre métodos contracetivos e ISTs com amigos, professores e pais** (1- à vontade/2- pouco à vontade/3- não falo com eles sobre isso).	Frequências, percentagens e teste do Qui-quadrado - χ^2

As escalas do questionário HBSC e HBSC/SSREU utilizadas nos 7 estudos, bem com os respetivos itens e opções de repostas que as compõem, encontram-se expostas nas tabelas que seguem:

Tabela 8 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas aos conhecimentos face aos métodos contracetivos (Reis, Ramiro, & Matos, 2009)

Questões	Opções de resposta
1 - A função principal da pílula é:	a) destruir os espermatozoides, b) inibir a ovulação, c) impedir a implantação do óvulo, d) regular a ovulação e e) não sei
2 - A pílula é um método contracetivo com 99% de eficácia para:	a) evitar uma IST, b) evitar uma gravidez, c) ambas as situações e e) não sei
3 - O que fazer quando se esquece de tomar a pílula?	a) se for num prazo de 12 horas, pode-se tomar sem colocar em causa a contraceção, b) deve-se tomar imediatamente e utilizar outro método contracetivo (ex: preservativo com espermicida), c) não se pode tomar e é aconselhável utilizar outro método contracetivo (ex: preservativo com espermicida) e d)não sei
4 - O que acontece se tiver diarreia ou vómitos e utiliza a pílula como método contracetivo?	a) a eficácia anticoncecional da pílula pode ficar reduzida se tiver vómitos ou diarreia forte dentro de 4 horas após a toma da pílula, b) a eficácia anticoncecional da pílula pode ficar reduzida se tiver vómitos ou diarreia forte dentro de 8 horas após a toma da pílula, c) a eficácia anticoncecional da pílula só pode ficar reduzida se tiver várias vezes vómitos ou diarreia que persistam por mais de 12 horas) e d) não sei
5 - A função principal do adesivo contracetivo e do anel vaginal são:	a) impedir a ovulação, b) inibir a entrada dos espermatozoides, c) impedir a implantação do óvulo e d) não sei
6 - Como se utiliza o adesivo contracetivo corretamente?	a) coloca-se um adesivo todos os dias durante 21 dias consecutivos, fazendo-se uma pausa de 7 dias, b) coloca-se um adesivo durante 3 semanas consecutivas, seguindo-se uma de descanso, c) coloca-se um adesivo por semana, durante 3 semanas consecutivas, seguindo-se uma de descanso e d) não sei
7 - Como se utiliza o anel vaginal corretamente?	a) coloca-se um anel todos os dias durante 21 dias consecutivos, fazendo-se uma pausa de 7 dias, b) coloca-se um anel durante 3 semanas consecutivas, seguindo-se uma de descanso, c) colocam-se 3 anéis, um por semana, durante 3 semanas consecutivas, seguindo-se uma de descanso e d) não sei
8 – O que acontece se tiver diarreia ou vómitos e utiliza o adesivo contracetivo ou o anel vaginal como método contracetivo?	a) a eficácia anticoncecional pode ficar reduzida se tiver vómitos ou diarreia forte dentro de 4 horas, b) a eficácia anticoncecional pode ficar reduzida se tiver vómitos ou diarreia forte dentro de 8 horas, c) a eficácia anticoncecional não é colocada em causa e d) não sei
9 – O que pode reduzir o efeito da pílula, do adesivo e do anel vaginal?	a) álcool e/ou drogas, b) determinados medicamentos, tais como calmantes, ansiolíticos ou antibióticos, c) ambas as alíneas anteriores e d) não sei
10 – A contraceção de emergência ou pílula do dia seguinte pode ser tomada[1]:	a) até 24 horas, após uma relação sexual não protegida, b) até 48 horas, após uma relação sexual não protegida, c) até 72 horas, após uma relação sexual não protegida e d) não sei
11 - O preservativo é o único método:	a) que evita uma gravidez, b) que evita uma IST e gravidez e c) não sei
12 - O método contracetivo menos eficaz é:	a) o preservativo, b) o adesivo contracetivo, c) o coito interrompido, d) a pílula, e) a abstinência (não ter relações sexuais) e f) não sei
13 - Qual das seguintes situações deve levar uma mulher a tomar contraceção de emergência ou pílula do dia seguinte?	a) sempre que se esqueceu de tomar a pílula contracetiva habitual por mais de 12 horas, b) se teve relações sexuais não protegidas , c) quando suspeita que está grávida por ter um atraso na menstruação, d) todas as alíneas anteriores e e) não sei
14 - Em Portugal é possível fazer uma Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher, de forma legal:	a) até às 8 semanas de gestação, b) até às 10 semanas de gestação, c) até às 12 semanas de gestação e d) não sei

[1] Quando esta questão foi efetuada ainda não existia a possibilidade da pílula do dia seguinte até 120 horas, pois só foi comercializada em Portugal no primeiro trimestre de 2010.

Tabela 9 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas aos conhecimentos face às infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Reis, Ramiro, & Matos, 2009)

Questões	**Opções de resposta**
1. Das ISTs abaixo descritas, assinale as que têm cura:	
1.1 Gonorreia	1-sim, 2-não
1.2 Sífilis	1-sim, 2-não
1.3 Clamídia	1-sim, 2-não
2. O tratamento das ISTs é mais eficaz se:	a) ambos os parceiros forem tratados ao mesmo tempo, b) só o parceiro com sintomas for visto pelo médico, c) a pessoa tomar o medicamento até os sintomas desaparecerem, d) os parceiros continuarem a ter relações sexuais, e) todas as anteriores e f) não sei
3. Das afirmações abaixo descritas, qual delas é falsa, no que se refere ao tratamento das ISTs?	a) o médico particular pode tratar qualquer IST, b) os hospitais podem tratar qualquer IST, c) os tratamentos das IST's são fáceis de encontrar, d) os Centros de Saúde com planeamento familiar não podem tratar qualquer IST e e) não sei
4. Qual dos seguintes sintomas é falso para indicar uma IST?	a) corrimento abundante no pénis, b) lubrificação vaginal, c) comichão e ardor ao urinar, d) bolhas nos genitais e e) não sei
5. Das ISTs abaixo descritas, assinale as que se pode tomar vacina:	
5.1. Hepatite B	1-sim, 2-não
5.2. HPV – Vírus do Papiloma Humano	1-sim, 2-não
6. Assinale as potenciais vias de transmissão do VIH:	
6.1. Saliva	1-sim, 2-não
6.2. Sangue	1-sim, 2-não
6.3. Urina	1-sim, 2-não
6.4. Picadas de mosquito	1-sim, 2-não
6.5. Casas de banho	1-sim, 2-não
6.6. Piscinas	1-sim, 2-não
6.7. Seringas	1-sim, 2-não
6.8. Esperma	1-sim, 2-não
6.9. Beijos	1-sim, 2-não
6.10. Abraços	1-sim, 2-não
7. Numa relação heterossexual, quem é que tem mais probabilidades de ficar infetado com o VIH (se o/a parceiro/a estiver infetado/o)?	a) homens e mulheres igualmente vulneráveis, b) o homem, c) a mulher e d) não sei
8. Qual das seguintes afirmações é verdadeira para prevenir as ISTs?	a) urinar depois de ter relações sexuais, b) o dispositivo Intrauterino (DIU) impede as ISTs, c) o preservativo é o melhor método de prevenção de ISTs, d) observar sinais de ISTs antes de ter relações sexuais e e) não sei
9. Das afirmações abaixo descritas, qual delas é falsa, no que se refere à transmissão das ISTs?	a) é possível contrair uma IST através de objetos e utensílios cortantes, b) as pessoas com parceiros sexuais ocasionais têm maior probabilidade de contrair uma IST, c) o risco de contrair uma IST aumenta sempre que a pessoa tem um novo parceiro sexual, d) é impossível contrair uma IST através de roupa infetada, lençóis e objetos similares e e) não sei

Tabela 10 - Variáveis de Investigação HBSC e HBSC/SSREU relativas aos conhecimentos face à transmissão/prevenção do VIH/SIDA (Matos et al., 2003)

Questões	Opções de resposta
1. Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA se usar uma agulha e/ou seringa já utilizada por outra pessoa?	1-sim, 2-não, 3-não sei
2. Se alguém infetado com o VIH/SIDA tossir ou espirrar perto de outras pessoas, estas poderão ficar também infetadas?	1-sim, 2-não, 3-não sei
3. Se uma mulher infetada com o VIH/SIDA estiver grávida, o seu bebé pode ficar infetado?	1-sim, 2-não, 3-não sei
4. Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por abraçar alguém que está infetado?	1-sim, 2-não, 3-não sei
5. Tomar a pílula pode proteger uma mulher de ser infetada pelo VIH/SIDA?	1-sim, 2-não, 3-não sei
6. Uma pessoa pode ficar infetada pelo VIH/SIDA se tiver relações sexuais sem utilizar preservativo, mesmo que seja só uma vez?	1-sim, 2-não, 3-não sei
7. Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infetada com o VIH/SIDA?	1-sim, 2-não, 3-não sei
8. Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa?	1-sim, 2-não, 3-não sei
9. Uma pessoa pode ficar infetada com o VIH/SIDA com uma transfusão de sangue, num hospital, em Portugal?	1-sim, 2-não, 3-não sei

Tabela 11 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às atitudes face aos métodos contracetivos (CAS - Kyes, 1987; tradução de Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, 2005; adaptada por Reis, 2006, 2009)

Questões	Opções de resposta
1. Os métodos contracetivos aumentam a vontade sexual.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
2. Os métodos contracetivos fazem as relações sexuais parecer mais românticas.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
3. Eu sentir-me-ia à vontade se conversasse sobre contraceção com os meus amigos.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
4. As pessoas devem usar contracetivos independentemente de conhecerem o seu parceiro sexual há mais ou menos tempo.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
5. Os métodos contracetivos podem realmente tornar a relação sexual mais agradável.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
6. Não há dificuldade nenhuma no uso de métodos contracetivos.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
7. Usar métodos contracetivos faz um relacionamento parecer demasiado permanente.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
8. O sexo é agradável se for usado um método contracetivo.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
9. Vale a pena usar contracetivos mesmo que os custos monetários sejam elevados.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
10. Os métodos contracetivos fazem as relações sexuais parecer demasiado planeadas.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
11. Sinto-me melhor comigo próprio(a) quando uso métodos contracetivos.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente

Tabela 12 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às atitudes face às infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) (STD – AS: Yarber, Mohammad & Veenker, 1988; traduzida e adaptada por Reis, 2006, 2009)

Questões	Opções de resposta
1. A forma como cada pessoa vive a sua sexualidade tem a ver com a preocupação em contrair uma IST.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
2. É fácil usar os métodos contracetivos que reduzem as possibilidades de vir a ter uma IST.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
3. O sexo responsável é uma das melhores maneiras de reduzir o risco de IST.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
4. Ir ao médico é a melhor forma de impedir os efeitos prejudiciais das ISTs.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
5. Escolher o parceiro sexual certo é importante para reduzir o risco de iniciar uma IST.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
6. Uma taxa elevada de IST deve ser de interesse público.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
7. Todas as pessoas com uma IST têm obrigação de levar o seu parceiro ao médico.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
8. A melhor forma de convencer o nosso parceiro sexual a aderir ao tratamento de uma IST é ir ao médico com ele.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
9. Assim que sabemos que temos uma IST é necessário mudar os nossos hábitos sexuais.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
10. Seria extremamente agradável para mim fazer um tratamento de uma IST.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
11. Pensar que posso adquirir uma IST e ser sexualmente ativo faz-me sentir nervoso.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
12. Não sinto que seja insulto sugerir ao meu parceiro sexual o uso do preservativo para evitar uma IST.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
13. Gosto e sinto-me à vontade de falar sobre ISTs com o meu parceiro.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
14. Se eu achasse que teria uma IST iria ao médico.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
15. Se eu achasse que teria uma IST levava de imediato o meu parceiro a fazer exames médicos comigo.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
16. Seria confortável para mim falar da minha IST com o meu parceiro se fosse sexualmente ativo(a).	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
17. Ter relações sexuais com mais de uma pessoa e pensar que posso adquirir uma IST angustia-me.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
18. Considero que a abstinência sexual é a melhor forma de prevenir ISTs.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
19. Se eu tivesse uma IST, cooperaria com as pessoas da saúde pública para encontrar formas de prevenção das	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
20. Se eu tivesse uma IST, evitaria expor-me durante o tratamento.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
21. Se tivesse frequentemente relações sexuais com mais de uma pessoa, faria testes com bastante regularidade.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
22. Antes de decidir ter relações sexuais com alguém, devo observar todos os sinais indicadores de uma possível	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
23. Para diminuir a possibilidade de adquirir uma IST, a melhor opção é ter um parceiro sexual fixo.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
24. Ao desconfiar que posso vir a ter uma IST, evitarei ter qualquer contacto sexual.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
25. Só de pensar que posso ter uma IST, faz-me evitar ter relações sexuais.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
26. Se eu tivesse possibilidades, suportaria esforços comunitários para controlar as ISTs.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente
27. Estaria disposto a trabalhar com outras pessoas sobre a prevenção das ISTs.	1 – discordo completamente, 2- discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo, 5 – concordo completamente

Tabela 13 - Variáveis de Investigação HBSC e HBSC/SSREU relativas às atitudes face aos portadores com o VIH/SIDA (Matos et al., 2003)

Questões	Opções de resposta
1. Eu deixaria de ser amigo duma pessoa que estivesse infetada com o VIH.	1 – discordo a 3 – concordo
2. Deve ser permitido aos jovens infetados com o VIH frequentar a escola.	1 – discordo a 3 – concordo
3 Eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infetado com o VIH.	1 – discordo a 3 – concordo
4. Eu visitaria um amigo(a) que estivesse infetado(a) com o VIH.	1 – discordo a 3 – concordo
5. As pessoas infetadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população.	1 – discordo a 3 – concordo

Tabela 14 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às competências de autoeficácia relacionadas com o comportamento sexual mais seguro (Basen-Engquist et al., 1998; tradução de Reis, Ramiro, & Matos, 2009)

Questões	Opções de resposta
1 – Imagine que conhece alguém numa festa. Ele ou ela quer ter sexo consigo. Apesar de estarem muito atraídos um pelo outro, não está pronto para ter sexo. Até que ponto está seguro que conseguiria não ter sexo?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
2 – Imagine que você e o seu namorado/a têm saído juntos, mas nunca tiveram relações sexuais. Ele ou ela quer mesmo ter relações sexuais. No entanto, você não se sente preparado/a. Até que ponto está seguro que conseguiria não ter relações sexuais até estar preparado/a?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
3 – Imagine que você e o seu namorado/a decidiram ter relações sexuais, mas ele ou ela não querem usar preservativo. Você não quer ter relações sexuais sem preservativo. Até que ponto está seguro que conseguiria não ter relações sexuais até o seu parceiro concordar em usar preservativo?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
4 - Imagine que você e o seu namorado/a têm tido relações sexuais, mas não têm usado preservativo. Você quer, mesmo, começar a usar preservativo. Até que ponto está seguro que conseguiria dizer ao seu parceiro que quer começar a usar preservativo?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
5 - Imagine que está a ter relações sexuais com alguém que conheceu há pouco tempo. Sente que é importante usar preservativo. Até que ponto está seguro que conseguiria dizer a essa pessoa que quer usar preservativo?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
6 – Imagine que você ou o seu parceiro usam a pílula contracetiva para evitar a gravidez. Você quer usar preservativo para evitar uma IST ou VIH. Até que ponto está seguro que conseguiria convencer o seu parceiro que também precisam de usar preservativo?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
7 - Até que ponto está seguro que conseguiria usar preservativo corretamente ou explicar ao seu parceiro como usar um preservativo corretamente?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
8 – Se quisesse adquirir um preservativo, até que ponto está seguro que conseguiria ir a uma loja comprar um?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro
9 – Se decidisse ter relações sexuais, até que ponto está seguro de que teria em sua posse um preservativo quando precisasse?	1 – muito pouco seguro, 2- pouco seguro, 3 – nem seguro nem inseguro, 4 – seguro, 5 – bastante seguro

Tabela 15 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas à Motivação em relação ao comportamento preventivo (atitudes, normas subjetivas e intenções comportamentais) (Carvalho, 1999; adaptada por Reis, Ramiro, & Matos, 2009)

Motivação	
Atitudes	**Opções de resposta**
1. Tentar persuadir o(s) meu(s) parceiro(s) a praticar somente sexo seguro seria:	1 - muito mau a 3 – muito bom
2. Para mim, comprar preservativos seria:	1 - muito mau a 3 – muito bom
3. Ter sempre preservativos comigo seria:	1 - muito mau a 3 – muito bom
4. O(s) meu(s) parceiro(s) e eu utilizarmos preservativos durante as relações sexuais seria:	1 - muito mau a 3 – muito bom
5. Fazer uma análise sanguínea de forma a verificar se tenho o vírus que causa a SIDA seria:	1 - muito mau a 3 – muito bom
6. Pedir ao(s) meu(s) parceiro(s) para fazer uma análise ao sangue de forma a verificar(em) se tem (têm) o vírus que causa a SIDA seria:	1 - muito mau a 3 – muito bom
Normas subjetivas	**Opções de resposta**
1. A maior parte das pessoas, que são importantes para mim, pensam que eu devia tentar persuadir o(s) meu(s) parceiro(s) a praticar somente sexo seguro.	1 – completamente falso a 3-completamente verdade
2. A maior parte das pessoas, que são importantes para mim, pensam que eu devia comprar preservativos.	1 – completamente falso a 3-completamente verdade
3. A maior parte das pessoas, que são importantes para mim, pensam que eu devia ter sempre preservativos comigo.	1 – completamente falso a 3-completamente verdade
4. A maior parte das pessoas, que são importantes para mim, pensam que eu e o(s) meu(s) parceiro(s) devíamos utilizar sempre preservativos durante as relações sexuais.	1 – completamente falso a 3-completamente verdade
5. A maior parte das pessoas, que são importantes para mim, pensam que eu devia fazer um exame sanguíneo, de forma a verificar se tenho o vírus que causa a SIDA.	1 – completamente falso a 3-completamente verdade
6. A maior parte das pessoas, que são importantes para mim, pensam que eu devia pedir ao(s) meu(s) parceiro(s) para fazer(em) um exame sanguíneo de forma a verificar se tem (têm) o vírus que causa a SIDA.	1 – completamente falso a 3-completamente verdade
Intenções comportamentais	**Opções de resposta**
1. Tenciono tentar persuadir o(s) meu(s) parceiro(s) a praticar somente sexo seguro.	1 – muito pouco provável a 3-muito provável
2. Tenciono comprar preservativos.	1 – muito pouco provável a 3-muito provável
3. Tenciono ter sempre preservativos comigo.	1 – muito pouco provável a 3-muito provável
4. Se tiver relações sexuais, tenciono que eu e o(s) meu(s) parceiro(s) utilizemos sempre preservativos.	1 – muito pouco provável a 3-muito provável
5. Tenciono fazer um exame sanguíneo durante o próximo mês para verificar se tenho o vírus que causa a SIDA.	1 – muito pouco provável a 3-muito provável
6. Tenciono pedir ao(s) meu(s) parceiro(s) para fazer uma análise ao sangue de forma a verificar(em) se tem (têm) o vírus que causa a SIDA.	1 – muito pouco provável a 3-muito provável

Tabela 16 - Variáveis de Investigação HBSC/SSREU relativas às Competências em relação ao comportamento preventivo (Perceção de dificuldade e Perceção de autoeficácia) (Carvalho, 1999; adaptada por Reis, Ramiro, & Matos, 2009)

Competências (ou aptidões comportamentais)	
Perceção de dificuldade	**Opções de resposta**
1. Até que ponto é difícil para si comprar preservativos?	1 – difícil a 3 - fácil
2. Até que ponto seria difícil dar apoio ao seu parceiro sexual se ele começasse a falar acerca do uso de preservativo para reduzir o risco de contrair as diferentes ISTs?	1 – difícil a 3 - fácil
3. Até que ponto seria difícil para si falar de sexo seguro (por exemplo, utilizar sempre preservativo) com o seu parceiro numa situação não sexual, como, por exemplo, enquanto conduz?	1 – difícil a 3 - fácil
4. Até que ponto seria difícil para si utilizar preservativo, todas as vezes que tem encontros sexuais ocasionais?	1 – difícil a 3 - fácil
5. Até que ponto consegue recusar ter relações sexuais com uma pessoa que conheceu recentemente, se ela se recusasse a usar preservativo consigo?	1 – difícil a 3 - fácil
Perceção de autoeficácia	**Opções de resposta**
1. Com que eficácia consegue recusar ter relações sexuais desprotegidas? (Nota: relações sexuais desprotegidas significam (1) relações sexuais com o pénis dentro da vagina, sem preservativo; (2) relações sexuais com o pénis no ânus, sem preservativo; ou (3) relações sexuais com o pénis na boca, sem preservativo.)	1 – ineficaz a 3 - eficaz
2. Com que eficácia consegue dizer ao seu parceiro que pretende somente praticar sexo seguro?	1 – ineficaz a 3 - eficaz
3. Com que eficácia consegue convencer o seu parceiro a praticar somente sexo seguro?	1 – ineficaz a 3 - eficaz
4. Com que eficácia consegue persuadir o seu parceiro a fazer uma análise ao sangue consigo, para detetar o VIH?	1 – ineficaz a 3 - eficaz
5. De uma forma geral, com que eficácia pode ter a certeza que vai utilizar preservativo?	1 – ineficaz a 3 - eficaz

Capítulo 5 – Estudos

Estudo Preliminar – Information and Attitudes about HIV/AIDS in Portuguese Adolescents: state of art and changes in a four year period[1]

Resumen

La incidencia de infección con VIH/SIDA en la población heterosexual ha aumentando en los adultos jóvenes. El objetivo de esta investigación fue profundizar los conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA, y evaluar si desde 2002 hasta 2006 han cambiado. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario autoadministrado, de la conducta de salud en niños de edad escolar (HBSC), que se ha aplicado a una muestra portuguesa. Este estudio, hecho en colaboración con la OMS, proporciona datos representativos de Portugal, incorporando una muestra de 7.093 adolescentes portugueses, elegidos aleatoriamente entre los que frecuentan el octavo y decimo grado de la escuela. Los resultados obtenidos mostran que la edad de la primera relación sexual aumento y que el número de adolescentes que reportaron haber tenido relaciones sexuales diminuyó. También ha diminuido el nivel de información y prevención de VIH / SIDA bien como las actitudes positivas hacia las personas con VIH / SIDA. En general, los adolescentes tienen bueno conocimiento de cómo protegerse. Sin embargo, en comparación con 2002, hubo una reducción de los conocimientos y por consiguinte las dudas sobre el VIH/SIDA aumentaron. En 2006, la educación sexual estava en un estado incipiente y por eso los resultados obtenidos no se pueden atribuir a la educación sexual, pero pueden ser relevantes para la comparación con HBSC 2010.

[1] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J.A., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23(2): 260-266. (IF=0,939)

Nota: No âmbito deste artigo realizaram-se duas publicações, nomeadamente: **1) Reis, M.**, Ramiro, L., Magnussen, J., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., & the HBSC Risk Behaviour Group (2012). Sexual Experience. In Currie, C. et al. (eds) *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010* (pp. 173-175). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. / **2)** Ramiro, L., **Reis, M.**, Magnussen, J., Windlin, B., Moreau, N., Godeau, E., Looze, M., & the HBSC Risk Behaviour Group (2012). Condom and pill use. In Currie, C. et al. (eds) *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010* (pp. 177-181). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Abstract

The incidence of infection with HIV/AIDS among the heterosexual population has been increasing in young adults. The goal of this research was to deepen knowledge of preventive sexual behavior in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes about HIV/AIDS, and assessing whether they changed from 2002 to 2006. Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese sample of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC), a collaborative WHO study. The study provides national representative data of 7093 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 8th and 10th grade of high school. Results showed there was an increase in the age of first sexual intercourse and a decrease in the number of teenagers who reported having had sexual intercourse, also in the level of information regarding HIV/AIDS transmission/prevention and in positive attitudes towards people with HIV/AIDS. In general, adolescents have good knowledge about how to protect themselves from becoming infected. However, comparing to 2002, there was a reduction of knowledge and consequent increase in the doubts regarding HIV/AIDS. Given the incipient state of sex education in 2006, the results cannot be attributed to sex education, but they will be relevant for comparison with the 2010 HBSC results.

Introduction

The incidence of infection with human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome - HIV/AIDS among the heterosexual population has been systematically increasing, particularly in young adults (Eurostat, 2006; UNAIDS, 2009) constituting a major public health problem in the world, for which Portugal is no exception.

According to UNAIDS (2009), at the end of 2008 there were about 33.4 million people living with HIV infection in the world and 85% of the newly HIV/AIDS infected occur in an age group (15-49) which includes young people. Nevertheless, the recent declines in HIV incidence in several countries (eg. Dominican Republic and United Republic of Tanzania) demonstrate that to reduce sexual transmission of HIV is a possibility.

In Portugal, according to the latest available report from the national monitoring center of sexually transmitted diseases (CVEDT, 2010), the total number of cumulative cases of HIV/AIDS on 31st December 2009 was 37,201, with 15,685 of these being cases of AIDS, among which 75.8% correspond to the group of individuals aged between 20 and 49 years (46.7% between 20 and 34), and 81.4% of individuals infected with HIV are men. From the analysis of the distribution of the cases of AIDS according to the transmission categories, it appears that the majority are associated with patients who report the use of drugs intravenously or "drug addicts" (41.7%), followed by cases associated with heterosexual transmission (41.1%) and male homosexuality (12.7%). However, statistics confirm the epidemiological pattern recorded annually since 2000, that is, there is a proportional increase in the number of cases of heterosexual transmission and subsequent decrease (proportional) of the cases associated with drug dependence.

Since the incubation period of HIV, according to research published can vary between 6 and 12 years, most of these individuals were most likely infected during adolescence or early adulthood (Matos et al., 2006). In the absence of an effective cure and taking into account the particular epidemiology of disease, both the control and prevention of AIDS are largely dependent on changes in behavior, mostly on the sexual level.

There are several HIV prevention interventions currently being implemented. However, most of them aren´t theory-based and instead focus (almost) exclusively on disseminating information, disregarding motivation and behavioral skills training. Moreover, when evaluated, these interventions did not show a significant impact on adolescents' HIV risk behaviors. Therefore, it is critically important to develop interventions based on theories that have shown empirically to reduce sexual risk behaviors (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000).

According to literature, if young people possess knowledge, information and motivation on safe sexual behavior, they may change their attitudes and their behavior (Belo & Silva, 2004; Synovitz, Herbert, Kelley, & Carlson, 2002; Thompson, Currie, Todd, & Elton, 1999).

The information-motivation behavioral skills (IMB) model (Fisher & Fisher, 1992) has been validated over the years with diverse populations (Carey et al., 2000; Fisher et al., 1996; Gordon, Carey, & Carey, 1997; Hawa, Munro, & Doherty-Poirier, 1998). It claims that HIV prevention information, motivation, and behavioral skills are the essential determinants of HIV preventive behavior. As for information, it mainly contemplates information regarding HIV transmission and prevention; as for motivation, it refers to the engagement in HIV preventive behavior, as well as personal motivation (positive attitudes towards the performance of HIV preventive actions) and social motivation (perceived social support for performing these actions); and as for behavioral skills, it refers to the specific skills one needs in order to perform HIV preventive actions, which includes the sense of self-efficacy for doing them (Bandura, 1989; Bandura, 1994; Fisher & Fisher, 1992; Fisher & Fisher, 1993). Thus, according to this model there are three prerequisites to possess HIV preventive behavior; information – motivation – and – behavioral skills. The three of them determine whether individuals will be able to have preventive behavior.

According to WHO's recommendations (UNAIDS, 2008), in the absence of a cure for HIV/AIDS, its prevention depends on the adoption and maintenance of safe behaviors, noting that the educational strategies that modify or eliminate risk behavior remain the major interventions to prevent and control the spread of this pandemic. Thus, it is essential to defend an action as soon as possible. Since adolescence is the period of transition between childhood and adulthood, and this stage is characterized by a

plasticity and vulnerability of the personality, adolescents are naturally more likely to absorb the concepts that will lead them to a healthier physical, psychological and sexual maturity. It is crucial that they realize that their sexuality can be experienced in a healthy and happy way, and that to protect from STIs, including HIV/AIDS, they have to use condoms always (for it is the only way of protection against HIV/AIDS and other STIs) (Matos et al., 2008). As such, it is necessary to educate young people *before* they are faced with making decisions about their sexuality and sexual behavior, which involves not only working on the acquisition of information but also motivation and behavioral skills (Eurostat, 2006; FNUAP, 2005).

In order for a IMB–based model HIV intervention to be effective for Portuguese adolescents, their specific information, motivation and behavior skills deficits must be addressed, which requires identifying them previously to intervention. Therefore, this article's goal is to deepen the knowledge of preventive sexual behavior in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes about HIV/AIDS, and assessing whether they have changed and how they have changed from 2002 to 2006.

Method

Participants

Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese sample of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) of 2002 and 2006, a collaborative WHO study (Currie et al., 2000; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006). The study provides national representative data of 7093 Portuguese adolescents, randomly chosen from those attending 8th and 10th grade of high school. The sample included 52.3% girls and 47.7% males, whose mean age was 15.10 years (standard deviation 1.35). The majority of adolescents are of Portuguese nationality (93.7%), 55.3% attended the 8th grade and 44.7% attended the 10th grade and are distributed proportionally by all the educational Portuguese regions (North, Center, Lisbon and Tagus Valley, Alentejo and the Algarve) in the mainland (see table 17).

Table 17 – Socio demographic characteristics

	2002 (N=3762)		2006 (N=3331)		Total (N=7093)	
	N	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
Gender						
Male	1806	48	1579	47.4	3385	47.7
Female	1956	52	1752	52.6	3708	52.3
Grade						
8th grade	2181	58	1740	52.2	3921	55.3
10th grade	1581	42	1591	47.8	3172	44.7
Nationality						
Portuguese	3382	93.3	3101	94.1	6483	93.7
African + Brazilian	82	2.3	81	2.5	163	2.4
	M	***SD***	***M***	***SD***	***M***	***SD***
Age	15.12	1.35	15.07	1.34	15.10	1.35

Procedure

The sampling unit used in this survey was the class. The 135 schools in the sample were randomly selected from the official national list of public schools, stratified by region. In each school, classes were randomly selected in order to meet the required number of students for each grade, according to the international research protocol (Currie et al., 2000).

This study has the approval of a scientific committee, an ethical national committee and the national commission for data protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

Instruments

In the questionnaire, which covers a wide range of questions about behaviors and lifestyles in adolescence, it was selected issues that relate to socio-demographic characteristics, sexual behavior, information regarding HIV/AIDS transmission/prevention and attitudes towards people living with HIV/AIDS.

Data analysis

Sexual behaviors. The χ^2-test was used to examine sexual behaviors according to base year. A logistic regression analysis was conducted considering "not having had sexual intercourse" as a dependent variable and using gender, age, information regarding HIV/AIDS transmission/prevention and attitudes towards people living with HIV/AIDS as independent variables.

Information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. Young people were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention: 1."it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles"; 2."it is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing"; 3."an HIV-infected pregnant woman may pass the virus to her baby"; 4."it is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected"; 5."the oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection"; 6."it is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once"; 7."someone who looks healthy can be HIV infected"; 8."it is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon"; 9."it is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital". Items were rated on a three response options (1=Yes, 2= No and 3= I do not know). Only responses that showed correct information scored and so final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more positive knowledge/more information. These items were shown to have adequate reliability (Cronbach's alpha of 0.81). Chi-squared analyses were used to examine the association between 2002 and 2006 for information regarding HIV/AIDS transmission/prevention.

Attitudes towards HIV/AIDS - infected people. Young people were asked to respond to five statements about attitudes towards HIV-infected people: 1. "I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS", 2. "Adolescents with AIDS should be allowed to go to school", 3. "I would sit near an infected student in classroom", 4. "I would visit a friend if he or she had AIDS" and 5. "HIV infected people should live apart of the rest of people". Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more positive attitudes. These items were shown to have adequate reliability (Cronbach's alpha of 0.76). Chi-squared analyses were used to examine the association between 2002 and 2006 for attitudes towards HIV/AIDS - infected people. A Pearson

correlation analysis was conducted to examine the association between information regarding HIV/AIDS transmission/prevention and attitudes towards HIV-infected people.

Results

Sexual behaviors related to HIV/AIDS. A substantial minority of young people continue to engage in high-risk practices. The percentage reporting ever having had sexual intercourse was 23.7% in 2002 and 22.7% in 2006. Boys were more likely than girls to report ever having had sexual intercourse (30.6% versus 16.7%). The age of 1st sexual intercourse increased from 2002 to 2006 (56.8% versus 71.6% at 14 or more). From the total sample, 23.4% report that they or their partner did not use a condom the previous time they had engaged in sexual intercourse. However, this percentage decreased from 2002 to 2006 (28.3% versus 18.7%) (table 18).

Table 18 – Differences between 2002 and 2006 for questions about sexual behaviors

		2002		2006		Total	χ^2
		N	%	N	%		
Sexual Intercourse							1.019
	Yes	862	23.7	723	22.7	1585	
	No	2772	76.3	2464	77.3	5236	
		Males		**Females**		**Total**	χ^2
		N	%	N	%		
Sexual Intercourse							183.714***
	Yes	980	**30.6**	605	**16.7**	1585	
	No	2222	**69.4**	3014	**83.3**	5236	
Young people who have had sexual intercourse							
		2002		**2006**		**Total**	χ^2
		N	%	N	%		
Age of 1st sexual intercourse							35.430***
	11 years or less	143	**17.2**	68	**9.7**	211	
	12 – 13 years	217	**26.1**	134	**19.2**	351	
	14 years or more	473	**56.8**	497	**71.1**	970	
Condom use at last sexual							20.370***
	Yes	596	**71.7**	634	**81.3**	1230	
	No	235	**28.3**	146	**18.7**	381	

In logistic regression model we obtained an adjusted model (Hosmer and Lemeshow χ^2= 13.800 (8) p =. 087) and the regression equation explained 11% of the variance (Nagelkerke R2 = 0.11) and 78% of cases that did not have sexual relations. In this model, the condition of "not having had sex" is explained by the variables gender (girls with a 0.5 times greater likelihood of being in this group) [OR 0.46; 95% CI 0.40–0.52; *P*<0.000] and age (8th grade more often than 10th grade adolescents, with a probability 3.8 times higher to be in this group) [OR 3.76; 95% CI 3.15–4.49; *P*<0.000] (see table 19).

Table 19 – Predictors of not having sexual intercourse

	β	SE	p	CI (95%)	OR
Gender	-.784	,066	.000	(.402 – .519)	.457
Age	1.323	.091	.000	(3.145 – 4.486)	3.756
Information HIV/AIDS	-.047	.039	.224	(.883 – 1.029)	.954
Attitudes HIV/AIDS	-.019	.038	.608	(.911 – 1.056)	.981

OR: adjusted odds ratio; CI: confidence interval.

Information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. According to our results, we found that from 2002 to 2006, young people more often say that coughing, sneezing and hugging someone infected with HIV/AIDS can be a means of transmission, that the pill can protect a woman from being infected, and that a person may seem very healthy and be infected. In 2002, young people more often claimed that a person could become infected with HIV/AIDS if he/she used a needle and / or a syringe already used by an infected person, that an infected pregnant woman could infect her baby, that one could become infected through a blood transfusion in a hospital in Portugal, and that a person could become infected with HIV/AIDS by using utensils to eat or drink (dishes, cutlery, glasses) previously used by an infected person (see Table 20). From 2002 to 2006 there was a slight decrease in information regarding HIV/AIDS transmission/prevention.

Attitudes towards HIV/AIDS-infected people. It was found that in 2002 young people agreed more often that they would be able to attend a class next to a colleague infected with HIV/AIDS, and that they would visit a friend that was infected (see table 21). In 2006, young people agreed more often that people infected with HIV/AIDS

should live apart from the rest of the population (see table 21). From 2002 to 2006 there was also a slight decrease in positive attitudes towards people with HIV/AIDS.

Table 20 – Differences between 2002 and 2006 for information regarding HIV/AIDS transmission/prevention

	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles						65.373***
Yes	3500	**94.1**	2831	**89.8**	6331	
No	93	2.5	74	2.3	167	
I do not Know	128	**3.4**	249	**7.9**	377	
It is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing						23.152***
Yes	454	**12.2**	445	**13.9**	899	
No	2525	**68.0**	2002	**62.6**	4527	
I do not Know	732	**19.7**	753	**23.5**	1485	
An HIV-**infected pregnant woman may pass the virus to her baby**						105.363***
Yes	3298	**89.0**	2564	**80.2**	5862	
No	106	**2.9**	150	**4.7**	256	
I do not Know	302	**8.1**	485	**15.2**	787	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected						75.800***
Yes	114	**3.1**	175	**5.5**	289	
No	3352	**90.6**	2673	**83.6**	6025	
I do not Know	234	**6.3**	349	**10.9**	583	
The oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection						9.938**
Yes	361	**9.8**	361	**11.3**	722	
No	2432	65.8	2145	67.0	4577	
I do not Know	905	**24.5**	694	**21.7**	1599	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once						5.886
Yes	3251	87.9	2766	86.7	6017	
No	187	5.1	150	4.7	337	
I do not Know	260	7.0	273	8.6	533	
Someone who looks healthy can be HIV infected						22.118***
Yes	2800	**76.0**	2485	**78.2**	5285	
No	313	**8.5**	177	**5.6**	490	
I do not Know	572	15.5	517	16.3	1089	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon						23.160***
Yes	798	21.5	726	22.8	1524	
No	1986	**53.6**	1534	**48.1**	3520	
I do not Know	922	**24.9**	931	**29.2**	1853	
It is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital						372.567***
Yes	3138	**84.7**	2060	**64.6**	5198	
No	153	**4.1**	339	**10.6**	492	
I do not Know	415	**11.2**	788	**24.7**	1203	

	2002		2006		Total		
	M	SD	M	SD	M	SD	F
Total scale	**6.30**	1.70	**6.16**	2.08	**6.24**	1.88	10.115***

Table 21 – Differences between 2002 and 2006 for attitudes towards HIV-infected people

	2002		2006		Total	χ^2
	N	%	N	%		
I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS						5.752
Agree	226	6.1	222	7.0	448	
I'm not sure	629	17.0	588	18.5	1217	
Disagree	2852	76.9	2366	74.5	5218	
Adolescents with AIDS should be allowed to go to school						1.122
Agree	2586	70.1	2188	69.3	4774	
I'm not sure	644	17.5	550	17.4	1194	
Disagree	457	12.4	418	13.2	875	
I would sit near an infected student in classroom						14.326***
Agree	2615	**70.8**	2106	**66.6**	4721	
I'm not sure	775	**21.0**	749	**23.7**	1524	
Disagree	305	**8.3**	309	**30.9**	614	
I would visit a friend if he or she had AIDS						13.071***
Agree	3104	**83.9**	2540	**80.6**	5644	
I'm not sure	425	**11.5**	444	**14.1**	869	
Disagree	172	4.6	169	16.9	5.4	
HIV infected people should live apart of the rest of people						11.905**
Agree	294	**8.0**	293	**9.3**	587	
I'm not sure	300	**8.1**	314	**9.9**	614	
Disagree	3103	**83.9**	2551	**80.8**	5654	

	2002		2006		Total		
	M	SD	M	SD	M	SD	F
Total scale	**13.47**	2.03	**13.28**	2.12	**13.38**	2.07	14.617***

Discussion

Comparing the data from the 2002 and 2006 HBSC surveys, there was a slight decrease in the number of adolescents who reported having had sexual intercourse, a slight increase in age of first sexual intercourse, an increase in the number of adolescents that used a condom during the last sexual intercourse, a slight reduction of knowledge and consequent increase in the doubts regarding HIV/AIDS transmission/prevention, and a slight decrease in positive attitudes towards people with HIV/AIDS.

Therefore, on the one hand, there's an improve on sexual reproductive health because in 2006 less adolescents reported having had sexual intercourse, had their first

sexual intercourse at an older age, and used condom more often during last sexual intercourse, which means that there was a bigger chance they could be better informed and motivated, and have better behavioral skills than in 2002. This also means that it's not so obvious that adolescents are anticipating their sexual debut, probably because of all the HIV/AIDS campaigns and structured sex education that was already going on until 2006.

On the other hand, some aspects of sexual reproductive health cause some concern: a slight reduction of knowledge and consequent increase in the doubts regarding HIV/AIDS transmission/prevention, and a slight decrease in positive attitudes towards people with HIV/AIDS.

In general, adolescents have good knowledge about the main HIV/AIDS transmission routes and how to protect themselves from becoming infected. However, a minority still lack knowledge about main issues. This conclusion reinforces findings from other studies in this area (Currie et al., 2000; Eurostat, 2006). In 2006, 11.3% believed the oral contraceptive could protect against HIV/AIDS infection. This may be the reason why some of them haven´t used a condom during the last sexual intercourse and, unfortunately, why the incidence of HIV/AIDS continues to be so significant in this age group.

And 13.3% don't know it is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once. Though most adolescents admitted knowing that it is possible for a person to have intercourse without a condom once and get infected with HIV/AIDS, it seems that several students may be underestimating the risk in the sense that their risk perception is not consistent with their reports of involvement in potentially risky behaviors such as not having used condom during the last sexual intercourse.

In relation to the number of adolescents that used condom during the last sexual intercourse, one has to refer that still about 20% are not using it and thus continue engaging in sex risk behaviors.

These cannot be forgotten, it is important to learn why the message doesn't get through to these individuals and what their specific characteristics are, in order for prevention interventions to be more successful with this group. This could also be due to the fact that it is not of immediate consequence to their daily lives. This must be an area of consideration for policy makers and providers of any sexual health intervention.

As for the slight decrease in positive attitudes towards people with HIV/AIDS, it is important to say that, in general, they do have very positive attitudes, they are tolerant and inclusive. Nevertheless, there is a general decrease in their positive attitudes, which must be analyzed, especially because it's not the only area they have shown a setback. Some authors (Matos et al., 2008) believe that a few adolescents are no longer concerned about being well informed about prevention and transmission of HIV/AIDS, as long as they use a condom. In this sense they may not be so concerned either about being tolerant towards HIV infected people, they may see it as the result of their own irresponsibility, lacking the ability to consider that condoms aren't 100% effective, so even using a condom at every sexual intercourse there's a chance of becoming infected for condoms can break, tare and slip off.

To summarize, neither information about prevention and transmission of HIV/AIDS nor attitudes towards people with HIV/AIDS were identified as predictors of not having sexual intercourse. The results showed a gap between what young people know about the disease and expressing in sexual behavior. Thus, we can say that is not knowledge per se, although it is a major prerequisite, which will implement the behavioral changes. Several studies have pointed to the relativization of the amount of knowledge about HIV / AIDS, both in preventive behavioral measures, and formulating judgments about personal risk of infection (Matos et al., 2008, UNAIDS, 2009).

Regarding the perception of vulnerability, young people continue to underestimate or minimize the risk and to a certain optimism seems to prevail over whose explanatory reasons may point to: the level of knowledge about the disease provide a strong sense of control and self-confidence, the permanence in the social imaginary of invulnerability among heterosexual and social representation of illness onset, associated with the famous categorizations (DiClemente, Forrest, & Mickler, 1990); cognitive functioning in adolescence leading to the phenomenon called "egotism" and that therefore, if translates into difficulties in realizing their vulnerability (Boruchovitch, 1992), the sex education programs, incorporated into the curriculum, they followed the traditional formats of teaching sessions, strongly homogenized in their content and purposes little different for different target audiences.

This may seem disappointing in terms of sexual education, but in Portugal it was about in the last quarter of 2005 that a group of specialists (GTES, 2005) became responsible for making recommendations for the implementation of sex education and it has been in the sequence of those guidelines that the Portuguese Ministry of Education

has produced specific legislation and established support measures that enabled sex education in Portuguese schools. Despite the obligation of sexual education, it is not currently offered in all schools yet, but it is considered that it is implemented in quite a number of schools. Given the incipient state of sex education in schools in Portugal at the year this data was collected (2006), the results for the level of information and attitudes cannot be attributed to sex education, but they will certainly be relevant for comparison with the results of the next HBSC study - 2010 – and at that time they will allow the assessment of school-based sexual education effectiveness.

HIV prevention school-based programs have been suggested (Basen-Engquist *et al*., 1997; Thurman, 2000) as a means of effective universal access when targeting adolescents. Schools present a valuable setting because that's where nearly all adolescents spend a significant part of their time; it possesses educational structures and resources that will favor the integration of the HIV theme in the context of sexual health education programs (Diclemente et al., 2000). However, research emphasizes that few programs achieve positive results. This is probably due to the lack of a theory at the base of the intervention program (Fisher & Fisher, 2000).

In Portugal, despite the guidelines, there isn't a program of intervention based on a specific theory as studies show it should. The guidelines indicate teachers to improve adolescents' information, not only regarding HIV/AIDS transmission and prevention but also to clarify myths and misconceptions, work on their attitudes, and motivation to condom use, as well as develop their personal and social skills, which is somehow similar to the IMB model (Information, Motivation, and Behaviour model). But it is necessary that the IMB model, which has demonstrated intervention efficacy, *is* clearly adopted, i.e., identified, explained and then applied and evaluated in Portuguese schools.

Prior to deliver the IMB classroom model, the deficits related to information, motivation, and behavioral skills must be identified so that a prevention program is tailored for the targeted students. This program is delivered by regular teachers in everyday classroom settings.

Taking into account the results and testing, necessary is a greater contribution of all the AIDS prevention, providing information adequate and persistent, allowing teenagers choose healthier lifestyles.

As synthesis note we want to underline the undeniable value of the Health Promotion, in school context, as form of assuring the youth's healthy development,

when there are structuring principles of the process of the human beings to act and to intervene in the course of their life.

Key findings

1) Decrease in number of adolescents who reported having had sexual intercourse;

2) Increase in age of first sexual intercourse;

3) Increase in the number of adolescents that used a condom during the last sexual intercourse;

4) Reduction of knowledge and consequent increase in the doubts regarding HIV/AIDS transmission/prevention;

5) Decrease in positive attitudes towards people with HIV/AIDS.

References

Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In Mays, V., Albee, G. &. Schneider, S. (Eds.), *Primary prevention of AIDS*: 128–141.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum.

Basen-Engquist, K., Parcel, G., Harrist, R., Kirby, D., Coyle, K., Banspach, S., & Rugg, D. (1997). The Safer Choices Project: Methodological issues in school-based health promotion intervention research. *Journal of School Health, 67:* 365–371.

Belo, M. & Silva, J. (2004). Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers. *Revista de Saúde Pública*, 38 (4): 479-487.

Boruchovitch, E. (1992). Factores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 26 (6), 137-443.

Carey, M. P., Braaten, L. S., Maisto, S. A., Gleason, J. R., Forsyth, A. D., Durant, L. E., et al. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: a second randomised clinical trial. *Health Psychology*, 19 (1), 3-11.

Carvalho, M., & Baptista, A. (2006). Modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, 8: 163-192.

Currie C., Hurrelmann K., Settertobulte W., Smith R., & Todd J. (2000). *Health and health behavior among young people*. Copenhagen: World Health Organization.

CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH / SIDA (2010). *A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009*. Lisboa: INSA.

Diclemente R., Wingood G., Crosby R., Sionean, C., Brown, L., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B., Harrington, K & Davies, S. (2000). Prospective study of

psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, 108:1–6.

DiClemente, R., Forrest, K., & Mickler, S. (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH – Preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2: 201-212.

Eurostat (2006). *População e Condições de trabalho – Demografia.*

Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In Peterson, J. & DiClemente, R. (Eds.), *HIV prevention handbook*. New York: Plenum.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Misovich, S.J., Kimble, D., & Malloy, T.E. (1996). Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, 15(2): 114-123.

Fisher, W. & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behavior: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1, 99–106.

FNUAP - Fundo das Nações Unidas para a população. (2005). A situação da população mundial 2005 – A Promessa de Igualdade: Equidade em matéria de Género, *Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*, 45-55.

Gordon, C.M., Carey, M.P., & Carey, K.B. (1997). Effects of a drinking event on behavioural skills and condom attitudes in men: implications for HIV risk from a controlled experiment. *Health Psychology*, 16(5): 490-495.

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005). *Educação para a saúde nas escolas: relatório preliminar*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.

Hawa, R., Munro, B., & Doherty-Poirier, M. (1998). Information, motivation and behaviour as predictors of AIDS risk reduction among Canadian first year university students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(1): 9-18.

Matos, M. e Equipa do Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois*). Lisboa: Edições FMH.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J.A., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje e em 8 anos*. Retrieved from http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf

Matos, M.G. (ed). (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA.* Lisboa: IHMT/FMH/FCT.

Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., & Pereira, S. (2009). A Sexualidade e os Amores. In Sampaio, D. & Matos, M.G. (Coord.). *Jovens com Saúde - Diálogo com uma geração* (pp. 265-282). Lisboa, Portugal: Texto Editores. ISBN: 9789724740287

Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R.M., & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: relationship to sexuality education results of Louisianna college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*, 17: 163-172.

Thompson C, Currie C, Todd J, & Elton R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15–16 years old, 1990–1994 findings from WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research*, 14: 357–70.

Thurman, S. (2000). Youth and HIV/AIDS 2000: A new American agenda. A message from the Director of National AIDS Policy. In *The body: An AIDS and HIV information resource.* Retrieved from www.thebody.com/whitehouse/youthreport/

UNAIDS. (2009). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Retrieved from http://www.unaids.org/en/default.asp

Estudo 1 – Os Comportamentos Sexuais dos Universitários Portugueses de ambos os sexos em 2010[2]

Resumo

O impacto causado pela infeção do VIH/SIDA, juntando-se a outros riscos ligados à atividade sexual, como a gravidez não desejada, fez com que a sexualidade passasse a ser considerada uma questão de urgência social e um fator que pode ter um forte impacto negativo ao nível da saúde, considerando-se, os jovens adultos, como um grupo especialmente vulnerável em termos de saúde sexual e reprodutiva. Esta investigação avaliou os comportamentos sexuais dos jovens universitários portugueses. A amostra do estudo nacional HBSC/SSREU é constituída por 3278 jovens, entre os 18 e os 35 anos. Os resultados obtidos demonstram que a maioria já teve relações sexuais, teve a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais e utilizou como primeira contraceção o preservativo. Os métodos contracetivos escolhidos habitualmente por estes jovens são o preservativo e a pílula com intenção de prevenir, quer uma infeção sexualmente transmissível, quer uma gravidez indesejada. Os homens tiveram a primeira relação sexual mais cedo que as raparigas e não utilizaram qualquer método contracetivo, o que sugere um elevado risco para contrair uma gravidez não desejada ou uma IST. Os homens e os jovens mais velhos referiram, mais frequentemente, ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso; parceiros sexuais ocasionais; mais de 3 parceiros sexuais ocasionais no último ano e relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas. Os resultados refletem a necessidade de implementar políticas educacionais no âmbito da sexualidade, visando a orientação dos jovens quanto às práticas sexuais saudáveis. É imprescindível tornar os jovens mais responsáveis e mais atentos quanto aos cuidados com a sua saúde sexual, bem como a dos seus parceiros.

Palavras-chave: Comportamentos sexuais; Saúde sexual e reprodutiva; Jovens universitários, Portugal

---

[2] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A (in press). Os Comportamento Sexuais dos Universitários Portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista de Saúde Pública Portuguesa* (Elsevier).

Nota: No âmbito deste artigo realizaram-se **1)** uma publicação - **Reis, M.**, Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2012). Youth Reproductive and Sexual Health in Portugal – National Research. *The Journal of Sexual Medicine, 9* (Suppl 2) - Special Issue: Proceedings from the Meetings of APSSM and SLAMS e **2)** uma comunicação oral no XI Congress de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual, em Buenos Aires (Argentina) que se realizou de 8 a 11 Setembro de 2011.

Abstract

Sexuality is shaped by a multitude of influences in a dynamic process and is, therefore, crucial for the development of the human being. The increase in STIs and unplanned pregnancies is responsible for ranking the young people as an important target group in terms of sexual health prevention. This research assessed the sexual behaviors of university students in Portugal. The sample national HBSC / SSREU consists of 3278 young people between 18 and 35 years old. The findings show the majority had have sexual intercourse, had their first sexual intercourse from the age of 16 onwards and used either the condom or the contraceptive pill. The contraceptive methods chosen by these young people are usually the condom and the pill intended to prevent either a sexually transmitted infection or unwanted pregnancy. The men report having had their first sexual intercourse earlier than women and did not having used any contraceptive method, which suggests a risky behaviour. Men and older young people reported more often, having sexual intercourse with another person during the romantic relationship, occasional sexual partners, more than three sexual partners in the last year and sexual intercourse under the influence alcohol or drugs. The results reflect the need to implement educational policies in the context of sexuality, aimed at guiding young people about healthy sexual practices. It is essential to make young people more aware and more responsible in caring for their sexual health, as well as its partners.

Keywords: Sexual behaviour, Sexual and reproductive health, University students, Portugal

Introdução

Os indivíduos sexuados alcançam a sua identidade e autonomia na adolescência[1]. A adolescência é uma fase da vida em que o ser humano passa por profundas transformações e vivencia novas experiências no que diz respeito à sexualidade. Nesta fase é habitual acontecerem as primeiras relações amorosas, que apesar de não serem sempre planeadas, muitas vezes terminam na primeira experiência sexual[2,3]. Não é um processo harmonioso, pois a maturidade emocional nem sempre acompanha a maturidade física, o que torna a adolescência uma etapa de extrema vulnerabilidade a riscos ligados à atividade sexual, tais como a gravidez indesejada, o aborto, o VIH/SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), que podem comprometer o projeto de vida ou até mesmo a própria vida do adolescente[1,4].

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em termos mundiais, cerca de 15 milhões de adolescentes dão à luz anualmente[5] e 21.6 milhões de abortos ocorreram em 2008 em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos[6]. Em Portugal, no ano de 2010, 4052 adolescentes entre os 13 e os 19 anos foram mães[7] e no ano de 2010, realizaram-se 19151 interrupções voluntárias da gravidez em mulheres com idade entre os 15 e os 44 anos, mas a maioria ocorreu em jovens entre os 15 e os 29 anos (55%)[8].

Segundo o relatório da UNAIDS[9], 34 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivem com VIH/SIDA. Em 2010, foram infetadas mundialmente 2.7 milhões de pessoas e 42% dos novos casos de infeção pelo VIH ocorreram em jovens entre os 15 e os 24 anos[9]. Em Portugal, os dados de 2010 do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis comprovaram a tendência dos últimos anos, isto é do aumento do número de heterossexuais infetados bem como dos indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, o que significa que um número significativo terá contraído a infeção ainda durante a adolescência ou início da idade adulta[10].

Assim, a população adolescente e os jovens adultos são considerados grupos de relevância nas práticas de ações preventivas e em investigações no âmbito dos comportamentos sexuais, identificando-se o uso inconsistente ou o não uso de preservativos, a existência de parceiros sexuais ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e a atividade sexual como fatores e comportamentos de risco a prevenir e a analisar[11-14].

É de conhecimento público que o uso do preservativo é o único método que permite uma dupla prevenção, tanto para as ISTs quanto para a gravidez indesejada. No entanto, apesar do aumento da frequência no uso do preservativo entre os jovens[2,15], o uso inconsistente ainda é frequente, principalmente nas relações eventuais e não planeadas[11-14].

Porém, o uso do preservativo e de métodos contracetivos não está necessariamente associado ao conhecimento. Um menor índice de uso de métodos contracetivos não está relacionado diretamente com a falta de informação[16,17].

A eficácia do uso do preservativo e de outros métodos contracetivos, para além do conhecimento, está sujeito a outros fatores psicológicos fundamentais, tais como a eficácia e intenção do jovem para usá-lo(s), a perceção que este tem da atitude dos pares e a sua própria capacidade de assertividade[17-19]. E é ainda importante averiguar a quem é que os jovens recorrem para ter informação e acesso face aos métodos contracetivos, uma vez que estes podem representar verdadeiros obstáculos que impedem o seu uso[20].

Em Portugal, a prevalência de uso dos métodos contracetivos é alta, porém concentrada no uso da pílula, utilizadas por 85% das mulheres[21]. Entre os adolescentes portugueses, os métodos mais utilizados são o preservativo masculino e a pílula[22]. No mundo, as estatísticas sugerem que mais de 60% dos jovens da europa ocidental, central e de leste[2] e dos Estados Unidos[15] usam preservativo. Segundo o estudo de Pirotta e Schor[16], realizado a estudantes universitários de São Paulo, os métodos mais utilizados são o preservativo masculino e a pílula, relacionando-se o seu uso com o tipo de relacionamento (esporádico ou namoro), em que o uso da pílula aumenta ou o uso do preservativo é substituído nos jovens que referiam ter uma relação mais estável e que designavam de namoro.

Optou-se por desenvolver um estudo nacional com uma amostra da população de jovens adultos, pois por um lado estes encontram-se num período importante de transição da vida, e por outro lado há necessidade de maior conhecimento científico em relação aos comportamentos sexuais. De entre os jovens adultos, considerou-se o subgrupo dos jovens que frequentam o ensino superior dada a elevada percentagem dos mesmos (entre 30 – 35%, segundo o EACEA[23]) e por ser uma amostra mais fácil de recolher de modo sistemático e controlado.

É crucial existirem investigações sobre o comportamento sexual dos universitários para orientar o planeamento de ações na área da saúde e educação sexual desses jovens.

Deste modo é objetivo do presente estudo aprofundar o conhecimento da sexualidade dos jovens universitários portugueses, nomeadamente (1) caracterizar a 1ª relação sexual, comportamentos relativos à contraceção (informação, acesso e utilização) e comportamentos sexuais de risco; (2) analisar diferenças entre géneros face às variáveis mencionadas e (3) analisar diferenças entre grupos de idade para a utilização de métodos contracetivos e comportamentos sexuais de risco.

Método

Amostra

A amostra do estudo nacional HBSC/SSREU é constituída por 3278 estudantes universitários portugueses, entre os 18 e os 35 anos, selecionados aleatoriamente dos jovens que frequentavam o ensino superior português no ano letivo 2009/2010. A amostra incluiu 30.3% do género masculino e 69.7% do género feminino (distribuição esta que é aproximadamente a encontrada na população universitária portuguesa[24]), com uma média de idades de 21 anos (*DP*=3.00). A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa (97.3%), de religião católica (71.9%), solteira (95.5%) e refere ser heterossexual (96.4%).

Procedimento

O estudo nacional "Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários" (HBSC/SSREU) foi feito pela primeira vez em 2010 – é uma extensão do estudo HBSC. O Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (www.hbsc.org) que pretende estudar os comportamentos de saúde em adolescentes em idade escolar e está inscrito numa rede internacional de investigação constituída por 43 países europeus, entre os quais Portugal, através da equipa do Projeto Aventura Social, da Faculdade de Motricidade Humana[25].

De modo a obter uma amostra representativa da população que frequenta o ensino superior em Portugal, efetuou-se uma seleção aleatória, estratificada pelas cinco regiões do país, das universidades e institutos politécnicos, quer do ensino público quer do privado.

A técnica de recolha da amostra foi a "cluster sampling", considerando-se a turma o "cluster" ou unidade de análise. Assim, recolheram-se questionários em 124

turmas num total de 3278 alunos inscritos no ano letivo de 2009/2010. A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula e o preenchimento dos questionários foi supervisionado pelo investigador responsável pelo estudo. Antes do preenchimento, os estudantes foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

Esta pesquisa nacional foi realizada em 2010 para o Ministério da Saúde e para a Coordenação Nacional para a Infeção do VIH/SIDA. Teve a aprovação de uma Comissão Científica, da Comissão Nacional de Ética e da Comissão Nacional de Proteção de Dados e seguiu à risca todas as recomendações de Helsínquia para a implementação da investigação.

Medidas

O questionário internacional do HBSC/OMS é desenvolvido numa lógica de cooperação pelos investigadores dos países que integram a rede. O questionário "Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários" (HBSC/SSREU)[26] utilizado neste estudo, resultou do protocolo internacional no que diz respeito às questões aplicáveis a nível demográfico, bem como nas relacionadas com o comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA[25]. Para além dessas, acrescentaram-se outras, nomeadamente no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes face à contraceção; às atitudes sexuais; às competências relativas ao preservativo e aos comportamentos de risco; e acrescentaram-se, também, questões sobre educação sexual.

Do questionário, foram selecionadas para este estudo específico as seguintes questões: (1) ter relações sexuais; (2) primeira relação sexual (idade, utilização, escolha de método contracetivo usado pelo próprio ou pelo parceiro e motivos para ter a primeira relação sexual); (3) comportamentos face à contraceção e preservativo (fontes de informação, acesso, utilização de métodos contracetivos e a frequência do uso do preservativo) e (4) comportamentos sexuais de risco (ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso, ter parceiros sexuais ocasionais, número de parceiros sexuais ocasionais no último ano, ter relações sexuais associadas ao álcool e às drogas, ter uma IST, ter efetuado uma IVG e ter engravidado sem desejar).

Análise de Dados

As análises e procedimentos estatísticos foram efetuados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19.0 para Windows). Utilizou-se estatística descritiva (com apresentação de frequências e percentagens para descrever as diferentes variáveis nominais) e para analisar as diferenças entre géneros e grupos de idade utilizou-se o teste do Qui-quadrado - χ^2 (com análise de residuais ajustados para localização dos valores significativos). O nível de significância estatística foi determinado para $p \leq .05$.

Resultados

Primeira relação sexual – Diferenças entre géneros

Verificou-se que do total da amostra, 83.3% (N=2730) dos jovens universitários mencionaram já ter tido relações sexuais. Os homens (88.6%) relataram mais frequentemente do que as mulheres (81%) que tiveram relações sexuais ($\chi^2(1) = 29.15$, $p = .000$). Dos jovens universitários e ambos os sexos que mencionaram ter tido relações sexuais, 79.2% referiram que tiveram a sua primeira relação sexual aos 16 ou mais tarde, 90.3% usou contraceção na primeira relação sexual, designadamente o preservativo (86.8%).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para a idade da primeira relação sexual ($\chi^2(3) = 60.05$; $p = .000$) e para a utilização e escolha do método contracetivo (preservativo e pílula) ($\chi^2(1) = 59.10$, $p = .000$; $\chi^2(1) = 18.56$; $p = .000$; $\chi^2(1) = 91.19$; $p = .000$, respetivamente) na primeira relação sexual.

Os resultados mostraram que apesar de, quer a maioria de homens (72%) quer de mulheres (82.5%) terem tido a primeira relação sexual aos 16 aos ou mais tarde, os homens mais frequentemente mencionam ter iniciado mais cedo (aos 11 anos ou menos, entre os 12 e os 3 anos, e entre os 14 e 15 anos).

Quanto à utilização ou não de método contracetivo na primeira relação sexual (usado pelo próprio ou pelo parceiro), homens (84%) e mulheres (93.3%) usaram-no mas, os homens (16%) mais frequentemente que as mulheres (6.7%) referiram não usar.

Relativamente à escolha do método contracetivo (usado pelo próprio ou pelo parceiro) na primeira relação sexual, as mulheres (88.7%, 26.2%) mais frequentemente que os homens (82.7%, 10.2%) mencionaram o preservativo e a pílula.

Quando inquiridos sobre as razões para a primeira relação sexual, os jovens de ambos os sexos que referiram já ter tido relações sexuais afirmaram maioritariamente que foi uma decisão por consentimento mútuo (74%), em especial as mulheres [(77.8%), ($\chi^2(1) = 42.08$, p = .000)]. Destacou-se, ainda, estarem muito apaixonado/as (30.7%), novamente em particular para as mulheres [(35.4%), (χ 2 (1) = 57.51, p = .000)]. Estas mencionam ainda, e mais frequentemente que os homens, que tiveram a primeira relação sexual porque se sentiram pressionadas [(3.2%), ($\chi^2(1) = 7.85$, p = .005)]. Os homens mais frequentemente mencionaram ter tido a primeira relação sexual por acaso (14.7%) e tomarem eles próprios a iniciativa (10.1%) ($\chi^2(1) = 70.72$, p = .000; $\chi^2(1) = 70.73$, p = .000, respetivamente) (tabela 22).

Comportamentos face à contraceção e preservativo: informação, acesso e utilização pelo próprio ou pelo parceiro – Diferenças entre géneros

Quando inquiridos acerca das diferentes fontes onde obtiveram informação sobre os métodos contracetivos que costumam utilizar, a maioria apontou os técnicos de saúde (58.9%), folhetos/livros (52.9%) e amigos (52.2%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para as seguintes fontes de informação: técnicos de saúde ($\chi^2(1) = 281.76$; p = .000), comunicação social (*mass média*) ($\chi^2(1) = 37.61$; p = .000), mãe ($\chi^2(1) = 13.05$; p = .000), *internet* ($\chi^2(1) = 13.21$; p = .000), professores ($\chi^2(1) = 16.64$; p = .000), pai ($\chi^2(1) = 134.45$; p = .000) e associações ($\chi^2(1) = 5.28$; p = .022). As mulheres mais frequentemente referiram utilizar os técnicos de saúde (69.8%) e a mãe (42.6%) como fontes de informação, ao passo que os homens mais frequentemente referiram utilizar a comunicação social (*mass média*) (50.1%), a *internet* (43.1%), os professores (42.4%), o pai (31.6%) e as associações (7.7%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para os amigos nem para os folhetos/livros.

Relativamente à questão sobre o acesso da contraceção e do preservativo, a maioria dos jovens inquiridos de ambos os sexos adquiriu os métodos contracetivos que utiliza na farmácia (70.1%). Em relação a este local não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros. No entanto, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para as seguintes locais: supermercado ($\chi^2(1) = 76.38$; p = .000), planeamento familiar ($\chi^2(1) = 111.09$; p = .000), centro de saúde ($\chi^2(1) = 15.73$; p = .000) e médico de família ($\chi^2(1) = 39.97$; p = .000).

Os homens adquiriram os métodos contracetivos mais frequentemente no supermercado (38.8%) e as mulheres no planeamento familiar (29.3%), centro de saúde (21%) e médico de família (11.9%). Estas diferenças relativamente ao local de acesso dos métodos contracetivos possivelmente devem-se ao tipo de método usado pelos jovens ser diferente, ou seja os preservativos podem comprar-se em supermercados, ao contrário da pílula.

Quanto aos métodos contracetivos usados habitualmente (pelo próprio ou pelo parceiro) a maioria dos jovens de ambos os sexos mencionou a pílula (70.4%) e o preservativo (69%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em relação à pílula e ao preservativo (χ^2 (1) = 63.60, p = .000; χ^2 (1) = 4.41, p = .036, respetivamente).

As mulheres (75.2%) referiram usar a pílula com mais frequência do que os homens (60.3%). Enquanto os homens mencionaram mais frequentemente o uso do preservativo (71.7%) do que as mulheres (67.7%).

Na questão efetuada para avaliar a frequência do uso do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses, a maioria dos jovens de ambos os sexos mencionou não usar sempre (67.4%) e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros (tabela 23).

Utilização de métodos contracetivos – Diferenças entre grupos de idade

A análise das diferenças entre os três grupos de idade e a utilização de métodos contracetivos revelou diferenças estatisticamente significativas para a pílula e o preservativo (χ^2(1) = 26.604, p = .000; χ^2(1) = 81.356, p = .000, respetivamente).

O grupo de jovens com idades entre os 20 e os 24 anos (74.1%) referiu usar a pílula com mais frequência do que o grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) e mais velhos (entre os 25 e os 35 anos). E o grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) mencionou mais frequentemente o uso do preservativo (78.9%) do que os outros dois grupos de jovens mais velhos.

Na questão efetuada para avaliar a frequência do uso do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos três grupos de idade (χ^2(1) = 71.499, p = .000). Os jovens mais novos mencionaram com mais frequência usar sempre (43.4%) e os outros dois grupos de jovens mais velhos referiram mais frequentemente não usar sempre (70% e 81.1%, respetivamente) (tabela 24).

Tabela 22 – Diferenças entre géneros e a primeira relação sexual

	Homens (N=993)		Mulheres (N=2285)		Total (N=3278)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Relações sexuais							29.15***
Sim	880	**88.6**	1850	81.0	2730	83.3	
Não	113	11.4	435	**19.0**	548	16.7	
Jovens que já tiveram relações sexuais (N=2730)							
	Homens (N=880)		**Mulheres (N=1850)**		**Total[1] (N=2730)**		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Idade da 1ª relação sexual (N=2730)							60.05***
11 anos ou menos	14	**1.6**	2	0.1	16	0.6	
12 e 13 anos	44	**5.0**	39	2.1	83	3.0	
14 e 15 anos	188	**21.4**	282	15.2	470	17.2	
16 anos ou mais	634	72	1527	**82.5**	2161	79.2	
Uso de métodos contracetivos na 1ª relação sexual (N=2730)							59.10***
Não usou	141	**16.0**	124	6.7	265	9.7	
Usou	739	84.0	1726	**93.3**	2465	90.3	
Métodos contracetivos escolhidos na 1ª relação sexual (% de jovens que responderam sim)							
Preservativo	728	82.7	1641	**88.7**	2369	86.8	18.56***
Pílula	90	10.2	484	**26.2**	574	21.0	91.19***
Coito interrompido	13	1.5	34	1.8	47	1.7	0.46
Motivos para ter tido a sua 1ª relação sexual (% de jovens que responderam sim)							
Decisão por consentimento mútuo	582	66.1	1439	**77.8**	2021	74.0	42.08***
Muito apaixonados	185	21.0	654	**35.4**	839	30.7	57.51***
Foi por acaso	129	**14.7**	96	5.2	225	8.2	70.72***
Parceiro tomou a iniciativa	51	5.8	130	7.0	181	6.6	1.46
O próprio tomou a iniciativa	89	**10.1**	48	2.6	137	5.0	70.73***
Sentiu-se pressionado	12	1.4	59	**3.2**	71	2.6	7.85**

[1] O número total difere considerando que alguns jovens não responderam a algumas questões.
* p≤ .05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|.

Tabela 23 – Diferenças entre géneros e comportamentos face à contraceção e preservativo (informação, acesso e utilização)

	Homens (N=880)		Mulheres (N=1850)		Total[1] (N=2730)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Fontes de informação dos métodos contracetivos (N=2730)							
Técnicos de saúde	317	36.0	1292	**69.8**	1609	58.9	281.76***
Folhetos/Livros	472	53.6	971	52.5	1443	52.9	0.32
Amigos	468	53.2	957	51.7	1425	52.2	0.50
Comunicação social (*mass média*)	441	**50.1**	698	37.7	1139	41.7	37.61***
Mãe	311	35.3	788	**42.6**	1099	40.3	13.05***
Internet	379	**43.1**	663	35.8	1042	38.2	13.21***
Professores	373	**42.4**	635	34.3	1008	36.9	16.64***
Pai	278	**31.6**	240	13.0	518	19.0	134.45***
Associações	68	**7.7**	101	5.5	169	6.2	5.28*
Local de obtenção dos métodos contracetivos (N=2730)							
Farmácia	621	70.6	1292	69.8	1913	70.1	0.15
Supermercado	341	**38.8**	420	22.7	761	27.9	76.38***
Planeamento familiar	97	11.0	542	**29.3**	639	23.4	111.09***
Centro saúde	129	14.7	389	**21.0**	518	19.0	15.73***
Médico de família	38	4.3	220	**11.9**	258	9.5	39.97***
Método contracetivo usado pelo participante ou pelo parceiro (% de jovens que responderam sim)							
Pílula	531	60.3	1392	**75.2**	1923	70.4	63.60***
Preservativo	631	**71.7**	1253	67.7	1884	69.0	4.41*
Coito interrompido	62	7.0	166	9.0	228	8.4	2.90
Frequência do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses							2.03
Usou sempre	283	34.5	559	31.7	842	32.6	
Não usou sempre	537	65.5	1205	68.3	1742	67.4	

1 O número total difere considerando que alguns jovens não responderam a algumas questões.
* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|.

Tabela 24 – Diferenças entre os grupos de idades e a utilização de métodos contracetivos pelo próprio ou pelo parceiro

	18-19 anos (N=795)		20-24 anos (N=1612)		25-35 anos (N=323)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Método contracetivo usado pelo participante ou pelo parceiro (% de jovens que responderam sim)							
Pílula	524	65.9	1195	**74.1**	204	63.2	26.604***
Preservativo	627	**78.9**	1089	67.6	168	52.0	81.356***
Coito interrompido	64	8.1	138	8.6	26	8.0	0.225
Frequência do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses							71.499***
Usou sempre	328	**43.4**	456	30.0	58	18.9	
Não usou sempre	427	56.6	1066	**70.0**	249	**81.1**	

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|.

Comportamentos sexuais de risco – Diferenças entre géneros e grupos de idade

Considerando os potenciais comportamentos sexuais de risco, os resultados mostraram existir uma minoria de jovens em risco que afirmaram ter tido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso (7.7%); parceiros sexuais ocasionais (33%); relações sexuais associadas ao álcool (35.5%) e às drogas (5.7%); uma infeção sexualmente transmissível (3.3%); uma gravidez indesejada (4.2%) e ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez (3.2%).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para ter tido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso ($\chi^2(1) = 136.73$; $p = .000$); parceiros sexuais ocasionais ($\chi^2(1) = 333.11$; $p = .000$); número de parceiros sexuais ocasionais no último ano ($\chi^2(1) = 63.60$; $p = .000$) e ter relações sexuais associadas ao álcool e às drogas ($\chi^2(1) = 166.52$; $p = .000$; $\chi^2(1) = 57.22$; $p = .000$, respetivamente).

Consideradas as diferenças entre o género, são os homens quem mais referiram ter tido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso (16.6%); parceiros sexuais ocasionais (57.4%); mais de 3 parceiros sexuais ocasionais no último ano (33.3%) e relações sexuais associadas ao álcool e às drogas (53.1%;10.7%, respetivamente) (ver tabela 25).

A análise das diferenças entre os três grupos de idade e os comportamentos sexuais de risco revelou diferenças estatisticamente significativas para ter tido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso ($\chi^2(2) = 14.615$; $p = .001$); parceiros sexuais ocasionais ($\chi^2(2) = 24.258$; $p = .000$); ter relações sexuais associadas ao álcool e às drogas ($\chi^2(2) = 29.239$; $p = .000$; $\chi^2(2) = 22.420$; $p = .000$, respetivamente); ter tido uma infeção sexualmente transmissível ($\chi^2(2) = 23.861$; $p = .000$); ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez ($\chi^2(2) = 25.379$; $p = .000$) e ter engravidado sem desejar ($\chi^2(2) = 69.514$; $p = .000$).

Verificou-se, ainda, que o grupo de jovens mais velhos (dos 25 aos 35 anos) mais frequentemente mencionou ter tido relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso (12.1%); parceiros sexuais ocasionais (41.2%); relações sexuais associadas ao álcool e às drogas (42.7%;11.3%, respetivamente); uma infeção sexualmente transmissível (5.7%), uma gravidez não desejada (13.1%) e ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez (7.4%). O grupo de jovens mais novos mencionou ter menos comportamentos de risco (ver tabela 26).

Tabela 25 – Diferenças entre géneros e comportamentos sexuais de risco

	Homens (N=880)		**Mulheres (N=1850)**		**Total[1] (N=2730)**		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Durante o seu relacionamento amoroso teve relações sexuais com outra pessoa (N=2666)							136.73***
Sim	140	**16.6**	66	3.6	206	7.7	
Não	702	83.4	1758	**96.4**	2460	92.3	

[1] O número total difere considerando que alguns jovens não responderam a algumas questões.
* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|.

Tabela 25 – Diferenças entre géneros e comportamentos sexuais de risco (cont.)

	Homens (N=880)		Mulheres (N=1850)		Total[1] (N=2730)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Parceiros sexuais ocasionais (N=2669)							333.11***
Sim	484	**57.4**	396	21.7	880	33.0	
Não	359	42.6	1430	**78.3**	1789	67.0	
Parceiros sexuais ocasionais no último ano (% apenas jovens que responderam sim N=722)							63.60***
1	131	30.7	156	**52.9**	287	39.8	
Entre 2 a 3	154	36.1	111	37.6	265	36.7	
Mais de 3	142	**33.3**	28	9.5	170	23.5	
Ter tido relações sexuais associadas ao álcool (N=2658)							166.52***
Sim	446	**53.1**	497	27.3	943	35.5	
Não	394	46.9	1321	**72.7**	1715	64.5	
Ter tido relações sexuais associadas às drogas (N=2565)							57.22***
Sim	88	**10.7**	58	3.3	146	5.7	
Não	731	89.3	1688	**96.7**	2419	94.3	
Ter tido uma infeção sexualmente transmissível (N=2647)							0.02
Sim	28	3.4	59	3.3	87	3.3	
Não	807	96.6	1753	96.7	2560	96.7	
Ter efetuado uma interrupção voluntária de gravidez (N= 2553)							1.04
Sim	30	3.7	51	2.9	81	3.2	
Não	783	96.3	1689	97.1	2472	96.8	
Ter engravidado sem desejar (% do participante ou parceiro) (N=2581)							0.004
Sim	33	4.3	76	4.2	109	4.2	
Não	741	95.7	1731	95.8	2472	95.8	

[1] O número total difere considerando que alguns jovens não responderam a algumas questões.
* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|.

Tabela 26 – Diferenças entre os grupos de idades e comportamentos sexuais de risco

	18-19 anos (N=795)		20-24 anos (N=1612)		25-35 anos (N=323)		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Durante o seu relacionamento amoroso teve relações sexuais com outra pessoa (N=2666)							14.615***
Sim	42	5.4	126	8.0	38	**12.1**	
Não	738	**94.6**	1446	92.0	276	87.9	
Parceiros sexuais ocasionais (N=2669)							24.258***
Sim	210	26.9	541	34.4	129	**41.2**	
Não	572	**73.1**	1033	65.6	184	58.8	
Parceiros sexuais ocasionais no último ano (% apenas jovens que responderam sim N=722)							9.456
1	61	32.1	189	43.6	37	37.4	
Entre 2 a 3	73	38.4	155	35.8	37	37.4	
Mais de 3	56	29.5	89	20.6	25	25.3	
Ter tido relações sexuais associadas ao álcool (N=2658)							29.239***
Sim	217	28.0	592	**37.7**	134	**42.7**	
Não	557	**72.0**	978	62.3	180	57.3	
Ter tido relações sexuais associadas às drogas (N=2565)							22.420***
Sim	28	3.8	84	5.5	34	**11.3**	
Não	708	**96.2**	1443	94.5	268	88.7	
Ter tido uma infeção sexualmente transmissível (N=2647)							23.861***
Sim	6	0.8	63	**4.0**	18	**5.7**	
Não	764	**99.2**	1500	96.0	296	94.3	
Ter efetuado uma interrupção voluntária de gravidez (N= 2553)							25.379***
Sim	11	1.5	47	3.1	23	**7.4**	
Não	736	**98.5**	1450	96.1	286	92.6	
Ter engravidado sem desejar (% do participante ou parceiro) (N=2581)							69.514***
Sim	14	1.9	56	3.7	39	**13.1**	
Não	740	**98.1**	1473	96.3	259	86.9	

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Discussão

O presente estudo teve como objetivo central conhecer a sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses, designadamente caracterizar a primeira relação sexual, comportamentos relativos à contraceção e ao preservativo (informação, acesso e utilização) e comportamentos sexuais de risco; analisar diferenças entre géneros face às variáveis mencionadas e analisar diferenças entre grupos de idade para a utilização de métodos contracetivos e comportamentos sexuais de risco.

Os resultados permitem-nos afirmar que a maioria dos jovens universitários de ambos os sexos mencionou já ter tido relações sexuais, teve a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde e utilizou como primeira contraceção o preservativo. Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos[2,15,22].

A análise comparativa entre géneros demonstrou existirem diferenças estatisticamente significativas para a idade, o uso de métodos contracetivos, a escolha do método contracetivo e os motivos para ter tido a primeira relação sexual. Verificou-se que mais frequentemente os homens tiveram a primeira relação sexual mais cedo que as mulheres e não utilizaram qualquer método contracetivo, o que sugere um elevado risco para contrair uma IST ou uma gravidez não desejada.

Relativamente à escolha do método contracetivo pelo parceiro ou pelo próprio na primeira relação sexual, as mulheres mais frequentemente que os homens referiram o preservativo e a pílula. Em relação à pílula, como é a mulher que engravida e é esta que a toma, aceita-se que seja ela a demonstrar maior preocupação e responsabilidade contracetiva. Quanto ao preservativo, apesar de ser o homem a usá-lo, os estudos apontam para a dificuldade dos homens recusarem ter relações sexuais sem o preservativo e as mulheres mencionarem melhores competências no sentido de convencerem o parceiro a usar o preservativo ou na ausência de preservativo a recusarem ter relações sexuais, pelo que as mulheres têm demonstrado mais competências também face à prevenção das ISTs[27].

Quanto às razões para a primeira relação sexual, os jovens adultos de ambos os sexos, em especial as mulheres, afirmaram maioritariamente que foi uma decisão por consentimento mútuo. No entanto, há uma minoria de jovens a referir que tiveram por acaso (mais frequentemente os homens) e que foram pressionados (mais frequentemente as mulheres), denotando-se uma possível influência do duplo padrão, isto é, que os

homens mais frequentemente procurem ter relações sexuais, independentemente de terem uma relação afetiva enquanto se espera que as mulheres mais frequentemente não queiram se envolver em relações sexuais pois priorizam o envolvimento emocional[28]. Daqui decorre a necessidade de se realizar intervenções específicas, adaptadas aos géneros, no âmbito das competências pessoais e sociais, nomeadamente no que diz respeito ao planear o futuro, à importância das questões psicoafectivas e a ser eficaz e assertivo na recusa das relações sexuais indesejadas. Estes dados corroboram os encontrados noutros estudos[18,19].

No que se refere aos comportamentos face à contraceção e ao preservativo, a maioria aponta os técnicos de saúde, folhetos/livros e amigos como principais fontes onde obtiveram informação sobre os métodos contracetivos que costumam utilizar. Mas, as mulheres mais frequentemente que os homens recorreram aos técnicos de saúde, sugerindo, mais uma vez, que as mulheres têm maior preocupação contracetiva, profilática e maior familiaridade com os profissionais e serviços de saúde[26,27].

Relativamente às questões sobre o acesso e uso habitual dos métodos contracetivos, a maioria dos jovens inquiridos mencionou adquirir os métodos contracetivos que utiliza na farmácia e habitualmente usam a pílula e o preservativo. Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos[2,15,16,22]. Porém, a maioria dos estudantes universitários portugueses de ambos os sexos mencionou usar de forma inconsistente o preservativo. Estes dados corroboram os encontrados noutros estudos[14].

A análise comparativa entre os três grupos de idade revelou diferenças estatisticamente significativas para a utilização de métodos contracetivos e a frequência do uso do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses. O grupo de jovens com idades entre os 20 e os 24 anos referem usar a pílula com mais frequência do que o grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) e mais velhos (entre os 25 e os 35 anos). E o grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) mencionam mais frequentemente o uso do preservativo e o uso consistente do preservativo nos últimos 12 meses do que os outros dois grupos, o que sugere que os jovens no início das relações amorosas recorrem ao preservativo, e à medida que a duração do relacionamento aumenta existe uma mudança na escolha do método contracetivo. As investigações apontam para o facto de que quando os jovens estão envolvidos em relacionamentos com uma duração mais longa, isso pode constituir uma barreira à promoção de comportamentos sexuais saudáveis e seguros uma vez que, nesta área, parece existir uma associação entre o

envolvimento afetivo e a desvalorização dos comportamentos de prevenção face à doença, talvez porque acreditem que, solicitar a um parceiro de longa data a utilização do preservativo, pode gerar um sentimento de desconfiança em relação à fidelidade do casal[16].

Para além disso, acresce que a fase de jovem adulto caracteriza-se por um estabelecimento estável da identidade pessoal e sexual, uma certa independência dos pais e marca o início da fundação de uma escala de valores ou um código ético próprio desenvolvido através do contexto sociocultural em que este cresceu.

Relativamente aos comportamentos sexuais de risco, observou-se que uma minoria dos participantes mencionou ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso; parceiros sexuais ocasionais; relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas; uma infeção sexualmente transmissível; uma gravidez indesejada e ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez.

A comparação entre os géneros e os seus comportamentos sexuais atuais revelou diferenças estatisticamente significativas, em que os homens apresentaram mais comportamentos de risco, pois mais frequentemente mencionam ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso; parceiros sexuais ocasionais; mais de 3 parceiros sexuais ocasionais no último ano e relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas. Estes resultados estão de acordo com a literatura[11-13].

Consideradas as diferenças entre os grupos de idade, são os jovens do grupo de idades mais velho (25 aos 35 anos) que mencionam ter mais comportamentos sexuais de risco, nomeadamente ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso; parceiros sexuais ocasionais; relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas; uma infeção sexualmente transmissível; uma gravidez não desejada e ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez. Por sua vez, o grupo de jovens mais novos mencionou ter menos comportamentos de risco. Face a estes resultados, observa-se que temos uma minoria de jovens em risco e isso sugere que os comportamentos sexuais saudáveis não são consistentes ou abandonadas ao longo do tempo. Depreende-se também que os jovens adultos portugueses continuam a constituir, na atualidade, um grupo prioritário a nível de prevenção em termos de saúde sexual e reprodutiva.

Considerações Finais

Os resultados refletem a necessidade de implementar políticas educacionais no âmbito da sexualidade, visando a orientação dos jovens quanto às práticas sexuais saudáveis com o objetivo de reduzir a incidência de ISTs e gravidez não planeada nesta população. É imprescindível tornar os jovens mais responsáveis e mais atentos quanto aos cuidados com a sua saúde sexual, bem como a dos seus parceiros.

Dada a grande diversidade dos métodos contracetivos disponíveis, os jovens precisam de ser esclarecidos sobre as vantagens e desvantagens de todos os métodos de forma a poderem escolher o melhor método que se adequa a si. E porque nem todos os jovens universitários vão aos centros de saúde, é imperativo criar um espaço na universidade para essa troca de informações da população estudantil em geral. O desenvolvimento de estratégias mais voltadas para esta população, como por exemplo, o uso da *internet*, a existência de gabinetes próprios para esclarecimento, as campanhas de sensibilização (quer no campus universitário quer nas residências) devem ser sistemáticas e contínuas, pois podem ser recursos valiosos.

É necessário desenvolver a responsabilidade individual e grupal para que sejam possíveis mudanças de comportamento, baseando-se em aceitação e não em obrigação. É importante a educação sexual sistematizada, que desmistifica as crenças negativas, e associa o uso dos métodos contracetivos ao prazer resultante da segurança que eles proporcionam. As pessoas precisam ser sensibilizadas quanto aos riscos reais que elas correm, para que ocorram mudanças de comportamentos e atitudes.

Espera-se que esta investigação possa ter contribuído para a compreensão da sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses e, sobretudo, para a necessidade de sensibilizar a comunidade no geral, para a importância da promoção da educação para a saúde e sexualidade.

Referências

1. MATOS, M.G., SIMÕES, C., TOMÉ, G., CAMACHO, I., FERREIRA, M., REIS, M., RAMIRO, L., PEREIRA, S., & MORAIS, M. *O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo. HBSC/OMS.* In Matos, M.G. e Equipa do Projecto Aventura Social (eds). Sexualidade: Afecto, Cultura e Saúde (pp. 93-158).Coisas de Ler, 2010.

2. AVERY, L., & LAZDANE, G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care; 2010,* 15(S2): S54-S66.

3. REIS, M., RAMIRO, L., CARVALHO, M., PEREIRA, S. *A Sexualidade e os Amores.* In Sampaio, D. & Matos, M.G. (Coord.). Jovens com Saúde - Diálogo com uma geração (pp. 265-282).Texto Editores. Lisboa. ISBN: 9789724740287, 2009.

4. REIS, M., RAMIRO, L., MATOS, M.G., DINIZ, J.A. & SIMÕES, C. Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 2011, *23(2)*, 260-266.

5. WHO. Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2010.

6. WHO. Facts on Induced Abortion Worldwide. Department of Reproductive Health and Research. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2011.

7. INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Taxas de Natalidade referentes ao ano 2010. Acedido em Dezembro de 2011 www.ine.pt

8. DGS – DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Relatório dos registos das Interrupções da

   Gravidez – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal, 2011.

9. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, 2011.

10. CVEDT – CENTRO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE

TRANSMISSÍVEIS. INFECÇÃO VIH/SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. *CVEDT*. Lisboa: INSA, 2011.

11. BELL, J. Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: A qualitative approach to understanding risky sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 2009, *32*, 379-391.

12. BROOK, D., MOROJELE, N., ZHANG, C., & BROOK, J. South African Adolescents: Pathwais to Risky Sexual Behavior. *AIDS Education and Prevention*; 2006, 18 (3): 259-272.

13. EATON, D., KANN, L., KINCHEN, S., SHANKLIN, S., ROSS, J., HAWKINS, J., HARRIS, W., LOWRY, R., MCMANUS, T., CHEYEN D., LIM C., BRENER, N., & WECHSLER, H. Youth risk behavior surveillance, United 3. States, 2007. *MMWR, 2008, 57*(SS-4), 1-136.

14. GODEAU, E., NIC GABHAINN, S., VIGNES, C., ROSS, J., BOYCE, W., & TODD, J. Contraceptive use by 15 year-old students at their last sexual intercourse results from 24 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; 2008,* 162(1): 6673.

15. CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR; 2010*, 59.

16. PIROTTA, K.C, & SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública*; 2004, 38(4): 495-502.

17. KIRBY, J., VAN DER SLUIJS, W., & CURRIE, C. HBSC Briefing Paper 18b Attitudes towards condom use. HBSC Briefing Paper Series, 2010.

18. BAELE, J., DUSSELDORP, E., & MAES, S. Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 2001,* 28: 421-431.

19. HOUSE, L., BATES, J., MARKHAM, C., & LESESNE, C. Competence as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth: A systematic review. *Journal of Adolescent Health; 2010,* 46(3)(suppl1): S7-S22.

20. SANTOS, C., & NOGUEIRA, K. Gravidez na adolescência: falta de informação?. *Adolescência & Saúde, 2009,* 6(1): 48-56.

21. INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Inquérito Nacional de Saúde 2007. Lisboa, Portugal, 2007.

22. MATOS, M.G., SIMÕES, C., TOMÉ, G., CAMACHO, I., FERREIRA, M., RAMIRO, L., REIS, M., & EQUIPA AVENTURA SOCIAL. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Relatório do Estudo HBSC 2010.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL, 2011.

23. EACEA - EDUCATION, AUDIOVISUAL AND CULTURE EXECUTIVE AGENCY (EACEA P9 Eurydice) (2012). *Key Data on Education in Europe 2012*, Brussels: Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. Retrieved from: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice

24. DGES /MCTES, 2011. Retrieved from: http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt

25. CURRIE, C., SAMDAL, O., BOYCE, W., & SMITH, R. *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO, 2001.

26. MATOS, M.G., REIS, M., RAMIRO, L., & EQUIPA AVENTURA SOCIAL. *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior – Relatório do Estudo HBSC/SSREU.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL, 2011.

27. REIS, M.; RAMIRO, L.; MATOS, M.G.; & DINIZ, J.A. Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*, in press.

28. FUERTES, A., & LÓPEZ, F. *Para Compreender la sexualidad*. Navarra. Verbo Divino, 1989.

Estudo 2 – Nationwide Survey of Contraceptive and Sexually Transmitted Infection Knowledge, Attitudes and Skills of University Students in Portugal[3]

Abstract

Sexually transmitted infections (STIs) and unintended pregnancies are contemporary public health concerns. Understanding factors (e.g. knowledge, attitudes and skills) influencing sexual behaviours of university students are critical to develop targeted and tailored risk-reduction interventions for this vulnerable population. Thus, the goals of this study were (1) to describe sexual behaviours and analyze differences between genders for sexual behaviours; (2) to identify whether differences exist between genders and age groups regarding knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs, and (3) to evaluate the association of knowledge with attitudes and skills with sexual behaviour among university students in Portugal. The sample included 3278 students. The majority of students were of Portuguese nationality, single, catholic and heterosexual. Results show that the majority were sexually active and use condoms and oral contraceptives. In general, university students have high knowledge, positive attitudes and skills about contraception and STIs. Gender analyses indicated that women had greater knowledge, and more favourable attitudes, and higher skills toward contraceptive and STI preventive behaviour. Conversely, men had higher risk acceptance. The findings demonstrate positive associations between knowledge, attitudes and skills. College students, in particular, face new challenges in sexual health and would benefit from more comprehensive education aimed at promoting healthy decision-making about family planning and STI prevention.

Keywords: Knowledge, attitudes and skills about contraceptive methods and sexually transmission infections, University students, Survey descriptive study

---

[3] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G & Diniz, J.A. (in press). Nationwide Survey of Contraceptive and Sexually Transmitted Infection Knowledge, Attitudes and Skills of University Students in Portugal. *The International Journal of Clinical and Health Psychology*. (IF= 1.842)

Nota: No âmbito deste artigo realizaram-se duas publicações e uma comunicação, nomeadamente: **1) Reis, M.**, Ramiro, L., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., & Matos, M.G. (2011). Sexual behaviors, knowledge, attitudes and skills in a national sample of Portuguese college students.*The Journal of Sexual Medicine*, *8* (Suppl 3), 276. GREAT BRITAIN e **2)** Ramiro, L., **Reis, M.**, Matos, M.G. & Diniz, J.A. (2012). Knowledge, Attitudes and Behavior related to Sexually Transmitted Infections. In Malla, N. (eds). *Sexually Transmitted Disease*. INTECH,(199-218), Open Access Publisher. ISBN 979-953-307-091-8; e **3)** uma comunicação no 20th WORLD Congress for Sexual Health - Forging the Future / Sexual Health in the 21st Century, World Association for Sexual Health, Glasgow, UK. 12 a 16 Junho de 2011.

Resumen

Infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados son contemporáneos problemas de salud pública. Comprender los factores (por ejemplo, conocimientos, actitudes y habilidades) que influyen en los comportamientos sexuales de los estudiantes universitarios es fundamental para desarrollar selectivas y ajustadas las intervenciones de reducción de riesgo para esta población vulnerable. Así, los objetivos de este estudio fueron (1) describir comportamientos sexuales y analizar diferencias entre los sexos para las conductas sexuales, (2) para identificar si existen diferencias entre sexos y grupos de edad con respecto a conocimientos, actitudes y habilidades relativas a métodos anticonceptivos y ITS, y (3) para evaluar la asociación del conocimiento con actitudes y habilidades de comportamiento sexual entre los estudiantes universitarios en Portugal. La muestra incluyó a 3278 estudiantes. La mayoría de los estudiantes tiene nacionalidad portuguesa, es soltera, católica y heterosexual. Resultados muestran que la mayoría es sexualmente activa y utiliza el condón y la píldora. En general, los estudiantes universitarios tienen buenos conocimientos, actitudes positivas y habilidades sobre la anticoncepción y ITS. Las mujeres presentaron un mayor conocimiento, actitudes, aptitudes, intereses y conductas preventivas frente al riesgo y los hombres presentan una mayor aceptación del riesgo. Nuestro estudio demuestra una asociación positiva entre los conocimientos, actitudes y habilidades. Estudiantes universitarios se enfrentan a retos particulares en el área de la salud sexual y necesitan una educación más integral, que promueve la toma de decisiones saludables sobre planificación familiar y prevención de ITS.

Palabras-clave: Conocimientos, actitudes y habilidades relativas a los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, Estudiantes universitarios, Estudio de encuesta descriptive

Introduction

The rates of sexually transmitted infections (STIs) among young people are a major public health concern. Globally, over 100 million STIs occur each year in people under the age of 25 years old (UNAIDS, 2009). According to WHO (2011), at the end of 2010 there were about 34 million people living with HIV infection in the world and 42% of the newly HIV/AIDS infected occur in young people aged between 15 and 24 years old. In Portugal, according to the latest available report from the national monitoring center of sexually transmitted diseases (CVEDT, 2011), there was a proportional increase in the number of cases of heterosexual transmission among the 20-49 year old cohort, which means that some were infected during adolescence or early adulthood.

In addition to STIs, unintended pregnancies and abortions are also public health concerns for young people (WHO, 2010). According to the World Health Organization, globally, approximately 15 million adolescents are mothers annually (WHO, 2010) and 21.6 million abortions occurred in 2008 in women aged 15 to 44 years old (WHO, 2011). In Portugal, in 2010, 4052 teenagers between 13 and 19 years old were mothers (INE, 2011) and in 2010, there were 19,151 abortions in women aged 15 to 44 years but most occurred in young people between 15 and 29 years old (55%) (DGS, 2011).

It is a fact that unprotected sex is one of the main routes of transmission of sexually transmitted infections (e.g. HIV/AIDS) and unintended pregnancies (Castro and Bermúdez, 2011; Reis, Ramiro, Matos, Diniz, and Simões, 2011). Consequently knowledge, attitudes and behavioural skills concerning contraceptive methods and STIs are crucial factors that influence healthy sexual behaviour (e.g. consistent condom use) (Bermúdez et al., 2012; Ganczak et al., 2007; Reis and Matos, 2007, 2009). According to the empirical literature, possessing correct knowledge and positive attitudes in relation to sexuality or contraception may be sufficient to ensure that young people change their attitudes and their behaviours and therefore use condoms (Reis, Ramiro, Matos, Diniz and Simões, 2011). It is essential that young people are willing to learn about sexuality, STIs and contraception, to discuss the usage and the election of a contraceptive with their partner and to plan to acquire the chosen contraceptive method; thus increasing their capacity of contraceptive self-efficacy. Therefore, skill facility in communicating about sex, the capacity to negotiate, self-efficacy to demand use of condoms, as well as positive

attitudes towards use of contraceptive methods are important factors predicting their use (Bermúdez et al., 2012; Robinson, Scheltema and Cherry, 2005).

Furthermore, effective strategies of behavioural change in individuals who engage in sexual activity are needed. Explanatory models of risky sexual behaviour include multiple psychosocial variables. For example according to the model of information-motivation behavioural skills (IMB) - to improve a safer sexual behaviour, the first goal must be to improve knowledge, and then foster motivation (that includes attitudes, behavioural intentions and subjective norms - perceived social support to perform these actions) and behavioural skills (Fisher and Fisher, 1992). The IMB model has been studied in a variety of populations (Bermúdez, Herencia-Leiva, & Uribe Rodríguez, 2009; Fisher, Fisher, Bryan, and Misovich, 2002; Kalichman et al., 2002), including college students (Bazargan, Kelly, Stein, Husaini, and Bazargan, 2000; Fisher, Fisher, Williams, and Malloy, 1994), regarding safe sex. Information and motivation were found to be independent factors, each related to behavioural skills, and behavioural skills were related to preventive behaviours (e.g., condom use discussions, condom accessibility, condom use during sexual intercourse, and HIV antibody testing). Specifically, the model states that information and motivation work through prevention behavioural skills to influence risk reduction behaviours. Moreover, information and motivation are independent constructs, since some people are well informed but may not be motivated to perform preventive behaviours while other people are motivated to perform preventive behaviours but may not be well informed. Information and motivation, however, may relate to behavioural skills which are relevant to risk behaviour changes, such as condom use (Fisher and Fisher, 1992;1993).

Regarding safe sexual behaviour, several studies consider young people to be a priority group for intervention due to the inconsistent use of contraceptive methods and condoms, the existence of occasional partners and the influence of alcohol and/or drugs in sexual intercourse (Nodin, 2001; Reis and Matos, 2007, 2009). Condoms and birth control pills are the most commonly used contraceptive (ACHA, 2009; Matos et al., 2011). But for nearly half of unintended pregnancies, contraceptive methods had been used (Finer and Henshaw, 2006), which suggests incorrect or inconsistent use of contraception. To decrease the rates of STIs and unintended pregnancies, it is crucial that sexually active individuals use appropriate contraceptive methods both correctly and consistently. Regarding condoms, it is also important to consider that they are the only birth control

method that simultaneously reduce the risk of STIs, including HIV (Reis, Ramiro, Matos, Diniz, and Simões, 2011).

One study that assessed condom use among university students reported that 83.1% had engaged in unprotected sex at sometime during the past, with women having a higher rate of unprotected sex than men. This study also showed that more than one-third of sexually active students never used condoms in the last three months (Bontempi, Mugno, Bulmer, Danvers and Vancour, 2009). In Portugal and according to the broadest national study – the HBSC (Health behaviour in school-aged children) – there is an increase in condom and oral contraceptive use from 2002 to 2010 (92.6%, 40% in 2002, 94.1%, 47.1% in 2006, and 95.2%, 53.5% in 2010; respectively) during last sexual intercourse among 8th and 10th grade students; nevertheless, not all adolescents practice sexual preventive behaviours, yet. Males reported higher rates of sexual activity and lower rates of contraception (Matos et al., 2011). Another survey among 1402 Portuguese youth between 18 and 25 years old showed that the condom (73.8%) and oral contraceptive (44.2%) were the most commonly used contraceptive methods and a third of young people mentioned having had occasional partners and sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs in the last year (Nodin, 2001). Similar findings were also reported in another survey among 436 youth between 18 and 24 years old, which demonstrated that the condom (71.4%) and oral contraceptive (63.2%) were the most commonly used contraceptive methods, 17% mentioned having had occasional partners and 31.4% having had sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs in the last year (Reis, Ramiro, and Matos, 2009). Both surveys also demonstrated that men mentioned a higher use of the condom, more occasional partners and sexual intercourse under the influence of alcohol or drugs than women (Nodin, 2001; Reis, Ramiro, and Matos, 2009). Nevertheless none of these Portuguese studies analyzed the difference between age groups.

Concerning knowledge, attitudes and skills in relation to STIs or contraception there is still a need to deepen the study of these variables in order to understand the current needs of young people and then draw up intervention strategies (Bermúdez et al., 2012; Reis and Matos, 2007; Reis, Ramiro, and Matos, 2009; Weinstein et al., 2008).

A study assessing knowledge regarding sexually transmitted infections in young people found that around 75% believed they were reasonably well informed regarding

STIs, but many underestimated they were at risk for being infected with HIV and/or STIs. Moreover, although almost all participants knew STIs were transmitted via sexual contact, they were unaware of the consequences for untreated STIs (Kaiser Family Foundation, Hoff, Greene and Davis, 2003). As for gender differences, females were more likely to be familiar with knowledge regarding risk, transmission and long term health implications concerning sexual health (Weinstein et al., 2008).

Reis, Ramiro, Matos, Diniz and Simões (2011) conducted a study in Portugal in which 7093 young people participated. They assessed knowledge of preventive sexual behaviour in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes towards HIV/AIDS, and whether they changed from 2002 to 2006. They concluded that there was a reduction of knowledge about how to protect themselves from becoming infected and an increase in the doubts regarding HIV/AIDS. Another survey on knowledge and attitudes about contraception and STIs among university students in Portugal showed that women demonstrated better knowledge and more preventive attitudes to risk-taking, while men demonstrated bigger risk acceptance (Reis and Matos, 2007; Reis, Ramiro, and Matos, 2009).

However Portuguese studies have never analyzed behavioural skills of adolescents and young people nor age differences, which our study aimed to analyse. This is particularly important to study, especially in university context, where they spend a significant part of their lives at a time they are particularly active sexually and consequently when their behavioural skills may be so relevant. A study among university students showed that those who reported having had sex education in previous years had engaged in less risky behaviours than those who didn't (Reis, Ramiro, Matos and Diniz, 2011), thus suggesting that sex education may have a significant role in prevention.

Behavioural surveillance surveys consist of repeated cross-sectional surveys conducted systematically to monitor changes in HIV, STI and risk behaviours. Besides monitoring, it is also an evaluation tool designed to track trends related to knowledge, attitudes and behaviours in subpopulations that may be prone to infection (CVEDT, 2011; UNAIDS, 2009,2011).

This study was developed by using a recent, nationally representative survey. The main objective of the survey was to assess sexual behaviours, knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs among students aged 18 to 35 years

old. Thus, the goals of this study were (1) to describe sexual behaviours and analyze differences between genders for sexual behaviours; (2) to identify whether differences exist between genders and age groups regarding knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs, and (3) to evaluate the association of knowledge with attitudes and skills with sexual behaviour among university students in Portugal.

According to literature we hope to show that: (a) condom and oral contraceptives are the most used contraceptive methods, (b) men more often than women report engaging in sexual risk behaviours, (c) women and younger students have better knowledge, behavioural skills and more positive attitudes concerning contraceptive methods and STIs and (d) there is an association between knowledge, attitudes and behavioural skills concerning contraceptive methods and STIs.

Methods

Sample

The sample consists of 3278 randomly selected university students in Portugal, between the ages of 18 and 35. It provides national representative data from those attending university during the academic year 2009/2010. Data were collected through a self-administered questionnaire. The sample included 69.7% women and 30.3% men. This percentage is consistent with the gender distribution in the Portuguese university population (DGES/MCTES, 2011). The mean age was 21 years old (standard deviation 3). The majority of students were of Portuguese nationality (97.3%), single (95.5%), catholic (71.9%) and heterosexual (96.4%).

Measures

Socio-demographic characteristics were assessed through the following items - gender (male/female), age (included as a continuous variable), nationality (Portuguese, European countries, Brazilian, African countries, other), marital status (single, married, unmarried cohabitation, divorced, widower), religion (Catholic, Protestant, Buddhist, Orthodox, None, other) and sexual orientation (Heterosexual, Homosexual, Bisexual).

Sexual behaviour was assessed through the following behaviours - three questions about first sexual intercourse: age, use of contraceptive method (Yes/No) and which contraceptive method was used; one question about the contraceptive method usually used; and the degree of sexual risk behaviour, which was measured through six behaviours - occasional partners (Yes/No), having had sexual intercourse with alcohol and drugs (Yes/No) and having had an STI, an unintended pregnancy and having made a voluntary interruption of pregnancy (Yes/No). These questions were developed for the purpose of the HBSC research (from which this study derives) and which aimed at studying health and risk behaviours in adolescence (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The Portuguese version of the scale was used (Matos et al., 2011).

Knowledge concerning contraceptive methods was assessed through answers to 14 items developed by the authors and based on literature documenting the importance of knowledge of contraceptive methods (Reis & Matos, 2007). Young people were asked to respond to fourteen questions about contraceptive methods: 1. "The main function of the oral contraceptive is…?", 2. "The oral contraceptive is a contraceptive method with 99% efficiency for…?", 3. "What should a woman do when she forgets to take the oral contraceptive?", 4. "What happens if a woman has diarrhea or vomits and uses the oral contraceptive?", 5. "The main function of the contraceptive adhesive and vaginal ring is…?", 6. "How does a woman use the contraceptive patch properly?", 7. "How does a woman use the vaginal ring correctly?", 8. "What happens if a woman has diarrhea or vomits and uses the contraceptive patch or the vaginal ring?", 9. "What can reduce the effect of the oral contraceptive, the contraceptive patch and the vaginal ring?", 10. "Contraception emergency pill or the morning after pill can be taken…", 11. "The condom is the only method…", 12. "The less effective contraceptive method is…", 13. "Which of the following situations should cause a woman to take contraception emergency pills or the morning after pill?", 14. "In Portugal it is legally possible to make a voluntary abortion at the request of a woman …?". Each item has four or five optional answers, but only one is correct. Results vary between 0 and 14, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding contraceptive methods. For this measure, Cronbach's alpha was .79.

Knowledge concerning sexual transmitted infections was assessed through the use of 21 items developed by the authors and based on literature documenting the importance of knowledge of STIs (Reis & Matos, 2007). Young people were asked to respond to

twenty one questions about STIs: 1. “Is gonorrhoea curable?”, 2. “Is syphilis curable?”, 3. “Is chlamydia curable?”, 4. “The treatment of STIs is more effective if...”, 5. “Which of the following statement is false with regard to the treatment of STIs?”, 6. “Which of the following symptoms is false to indicate an STI?”, 7. “Is there a vaccine for Hepatitis?”, 8. “Is there is a vaccine for human papilloma virus?”, 9. “Please tick the potentials ways of transmission of HIV: a) saliva, b) blood, c) urine, d) toilet, e) swimming pools, f) syringes, g) sperm, h) kisses, i) hugs, j) mosquito bite”, 10. “During heterosexual intercourse, who has got higher chances of getting infected with HIV (if the partner is infected)?”, 11. “Which of the following is true to prevent STIs?”, 12. “Which of the statements listed below is false with regard to the transmission of STIs?”. Each item has two, four or five optional answers, but only one is correct. Results vary between 0 and 21, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding STIs. This scale has an acceptable level of internal consistency (alpha= .81).

Attitudes towards contraceptive methods were assessed through use of 11 items selected from the Contraceptive Attitudes Scale (Reis & Matos, 2007). Young people were asked to state their opinion regarding eleven statements about attitudes towards contraceptive methods: 1.“The contraceptive methods increase sexual desire”, 2. “The contraceptive methods make sex seem more romantic”, 3. I feel I would be comfortable talking about contraception with my friends”, 4. “People should use contraceptives regardless of knowing their sexual partner for a longer or shorter time”, 5 “The contraceptive methods can really make intercourse more pleasurable”, 6. “There is no difficulty in the use of contraceptive methods”, 7. “Using contraceptives makes a relationship seem too permanent”, 8. “Sex is nice if you use a contraceptive method”, 9. “ It pays to use contraceptives even though the monetary costs are high”, 10. “Contraceptive methods make sex seem too planned”, 11. “I feel better about myself when using contraceptive methods”. Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1= Strongly disagree; 5= Strongly agree). The results can vary between 11 and 55 points, with the highest score indicating more positive attitudes for contraception use. For this measure, Cronbach's alpha was .83.

Attitudes towards STIs were assessed through use of 27 items selected from the STD Attitudes Scale (Reis & Matos, 2007). Young people were asked to respond to twenty seven statements about attitudes towards STIs: 1. “The way each person lives

his/her sexuality is related to how concerned he/she is about contracting an STI", 2. "It's easy to use contraceptive methods that reduce the chances of getting an STI", 3."Responsible sex is one of the best ways to reduce the risk of an STIs", 4. "Going to the doctor is the best way to prevent the damaging effects an STIs", 5. "Choosing the right sexual partner is important to reduce the risk of getting an STI", 6. "A high rate of STIs should be of public interest", 7. "All people with an STI have an obligation to take their partner to the doctor", 8. "The best way to convince one's sexual partner to join the treatment of an STI is to go to the doctor with him/her", 9. "When one knows he/she has an STI is it necessary to change one's sexual habits", 10. "It would be very pleasant for me to do a treatment of an STI", 11. "Thinking you can acquire an STI and being sexually active makes you feel nervous", 12. "I do not feel it is insulting to suggest to my sexual partner to use condoms to avoid an STI", 13. "I feel the urge to talk about STIs with my partner", 14. "If I thought I had an STI, I would go to the doctor", 15. "If I thought I had an STI, I would immediately take my partner to make medical examinations me", 16. "It would be comfortable for me to talk about my STI with my partner if sexually active", 17. "Having sex with more than one person and thinking that I can acquire an STI distresses me", 18. "I believe that sexual abstinence is the best way to prevent STIs", 19. "If I had an STI, I would cooperate with people from public health to find ways of preventing STIs", 20. "If I had an STI, I would avoid exposing myself during treatment", 21. "If I had sex with more than one person often, I would do tests quite regularly", 22. "Before you decide to have sex with someone, you must observe all warning signs of a possible STI", 23. "To decrease the possibility of acquiring an STI, the best option is to have a steady sexual partner", 24. "If I suspect that I have an STI, I will avoid having any sexual contact", 25. "The thought of having an STI makes me avoid having sex", 26. "If I could I would support community efforts to control STIs", 27. "I would be willing to work with others on prevention of STIs". Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1= Strongly disagree; 5= Strongly agree). Results vary between 27 and 135 points, the highest score being an indicator of more positive/preventive attitudes towards STIs. This scale has an acceptable level of internal consistency (alpha= .80).

Self-efficacy skills related to safer sexual behaviour were assessed through use of nine items selected from the Sexual Risk Behaviour Beliefs and Self-efficacy Scales. This scale assessed the degree self-efficacy for refusing sexual intercourse, self-efficacy for

communicating about safer sex and self-efficacy for buying and using condoms (Basen-Engquist et al., 1998). The Portuguese version of the scale was used (Matos, Reis, Ramiro, & equipa Aventura Social, 2011). Young people were asked to respond to nine statements about self-efficacy for safe sex: 1. "Imagine that you met someone at a party. He or she wants to have sex with you. Even though you are very attracted to each other, you are not ready to have sex. How sure are you that you could keep from having sex?", 2. Imagine that you and your boyfriend or girlfriend have been going together, but you have not had sex. He or she really wants to have sex. Still, you do not feel ready. How sure are you that you could keep from having sex until you feel ready?", 3. Imagine that you and your boyfriend or girlfriend decide to have sex, but he or she will not use a condom (rubber). You do not want to have sex without a condom (rubber). How sure are you that you could keep from having sex, until your partner agrees it is OK to use a condom (rubber)?", 4. Imagine that you and your boyfriend or girlfriend have been having sex but have not used condoms (rubbers). You really want to start using condoms (rubbers). How sure are you that you could tell your partner you want to start using condoms (rubbers)?", 5. "Imagine that you are having sex with someone you just met. You feel it is important to use condoms (rubbers). How sure are you that you could tell that person that you want to use condoms (rubbers)?", 6. "Imagine that you or partner use birth control pills to prevent pregnancy. You want to use condoms (rubbers) to keep from getting STI or HIV. How sure are you that you could convince your partner that you also need to use condoms (rubbers)?", 7. "How sure are you that you could use a condom (rubber) correctly or explain to your partner how to use a condom (rubber) correctly?", 8. If you wanted to get a condom (rubber), how sure are you that you could go to the store and buy one?", 9. "If you decide to have sex, how sure are you that you could have a condom (rubber) with you when you needed it?". Students were asked to indicate their level of self-efficacy using a five-point response format (1= Strongly unsafe; 5= Strongly safe). Summing items yields a total score ranging from 9 to 45. Students who score high on this scale believe they can effectively practice safer sex behaviours. This scale has an acceptable level of internal consistency (alpha= .86).

All scales were subjected to validation by an expert panel. Prior to carrying out the research, a pilot test was conducted.

Procedure

The national survey "Sexual and Reproductive Health in University Students" (HBSC / SRHUS) – is an extension of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study for university students. The HBSC study is a collaborative WHO research, undertaken in 43 countries with the aim to study school-aged behaviour regarding health and risk behaviours in adolescence. Portugal is part of this group of countries since 1996 (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001).

This cross-sectional study was carried between March and June 2010 with an evaluation protocol that was administered to university students. The 19 universities in the sample were randomly selected from the 144 official national list of universities. The sample was stratified by region: five universities in the North, four in the Centre, five in Lisbon and Tagus Valley, two in Alentejo and three in the Algarve. We established previous contact with the selected universities to have authorization for our research. The sampling unit used in these surveys was the class. In each university, classes were randomly selected to meet the required number of students for each grade in a total of 124 classes. After having received authorization, we solicited voluntary participants to fill out the questionnaires and explained the study's aim. There were no refusals. To protect participants and their anonymity, no information regarding identity requested on the questionnaire. Participants were sitting in individual desks, at a reasonable distance from other participants, thus guaranteeing confidentiality. This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and strictly followed the guidelines for human rights protection.

Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 19 for Windows. Descriptive statistics including frequencies, means and standard deviations were performed to give general descriptions of the data. Sexual behaviour was compared between genders using Chi-square ($\chi 2$) tests. The analysis of differences between genders and age groups, in terms of knowledge, attitudes and skills on contraceptives and STIs, was evaluated using ANOVA for independent groups. The Pearson correlation coefficient was used to determine the associations between

dimensions of knowledge, attitudes and skills. The level for statistical significance was set at $p < .05$. Only significant results are discussed.

Results

Sexual behaviour

Structured self-reported questionnaires were completed by 3278 participants, between the ages of 18 and 35. In this sample 83.3% of young people reported a history of sex. Men (88.6%) were more likely to report being sexually experienced than women (81%) ($p = 0.000$). Of the students who were sexually experienced, 79.2% reported first sexual intercourse at the age of 16 or later and 90.3% used contraception in their first sexual intercourse, primarily condoms (86.8%). Results showed that, although both the majority of men (72%) and women (82.5%) had their first sexual intercourse at the age of 16 or later, men more often claim to have started sex at a younger age. As for use of a contraceptive method at first sexual intercourse (used by the own or by the partner), a high proportion of men (84%) and women (93.3%) reported contraceptive use, with men (16%) mores than women (6.7%) not using contraception. Regarding the choice of the contraceptive method at first intercourse (used by the own or by the partner), women (88.7%; 26.2%) more often than men (82.7%; 10.2%) report having chosen condoms and the oral contraceptive.

As for usual contraceptive methods (used by the own or by the partner) oral contraceptives (70.4%) and condoms (69%) are the most frequently reported. Significant variation was observed between genders in relation to both oral contraceptive and condom use ($p = 0.036$, respectively): women (75.2%) reported using oral contraceptives more often than men (60.3%), while men refer the condom (71.7%) more often than women (67.7%).

Results showed that the majority of men have occasional sexual partners (57.4%) and sexual intercourse under the effect of alcohol (53.1%) ($p=0.000$). Though the rates of sexual intercourse under the influence of drugs is not as high (10.7%) ($p=0.000$) as the other risky sexual behaviours mentioned previously, they still represent a major concern in men's sexual behaviours. And they have all these risky behaviours more frequently than women. Regarding STIs, abortions and unintended pregnancies, 3.3%, 3.2% and 4.2% reported having an STI, abortion and unintended pregnancy (see table 27).

Table 27 – Differences between genders and sexual behaviours

	Male (N=993)		Female (N=2285)		Total (N=3278)		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Ever had sexual intercourse							29.15***
Yes	880	**88.6**	1850	81.0	2730	83.3	
No	113	11.4	435	**19.0**	548	16.7	
Only university students who reported having had their first sexual intercourse (N=2730)							
	Male (N=880)		**Female (N=1850)**		**Total[1] (N=2730)**		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Age of 1st sexual intercourse (N=2730)							60.05***
Age 11 or less	14	**1.6**	2	0.1	16	0.6	
Ages 12 and 13	44	**5.0**	39	2.1	83	3.0	
Ages 14 and 15	188	**21.4**	282	15.2	470	17.2	
Age 16 and more	634	72	1527	**82.5**	2161	79.2	
Use of contraceptive method in 1st sexual intercourse							59.10***
Not used	141	**16**	124	6.7	265	9.7	
Used	739	84	1726	**93.3**	2465	90.3	
Contraceptive method used in 1st sexual intercourse (% of people who responded yes)							
Condom	728	82.7	1641	**88.7**	2369	86.8	18.56***
Oral contraceptive	90	10.2	484	**26.2**	574	21	91.19***
Contraceptive method usually used by participant or partner (% of people who responded yes)							
Oral contraceptive	531	60.3	1392	**75.2**	1923	70.4	63.60***
Condom	631	**71.7**	1253	67.7	1884	69.0	4.41*
Occasional sexual partners (N=2669)							333.11***
Yes	484	**57.4**	396	21.7	880	33	
No	359	42.6	1430	**78.3**	1789	67	
Sexual intercourse under the influence of alcohol (N=2658)							166.52***
Yes	446	**53.1**	497	27.3	943	35.5	
No	394	46.9	1321	**72.7**	1715	64.5	
Sexual intercourse under the influence of drugs (N=2565)							57.22***
Yes	88	**10.7**	58	3.3	146	5.7	
No	731	89.3	1688	**96.7**	2419	94.3	
Ever had STI (N=2647)							0.02
Yes	28	3.4	59	3.3	87	3.3	
No	807	96.6	1753	96.7	2560	96.7	
Ever made voluntary interruption of pregnancy (N= 2553)							1.04
Yes	30	3.7	51	2.9	81	3.2	
No	783	96.3	1689	97.1	2472	96.8	
Ever had unintended pregnancy (% of participant or partner) (N=2581)							0.004
Yes	33	4.3	76	4.2	109	4.2	
No	741	95.7	1731	95.8	2472	95.8	

1 The total numbers differ considering that some young people have not replied to some parameters.
* p≤ .05; ** p≤ .01; *** p≤ .001. In bold – values that correspond to an adjusted residual ≥ │1.9│.

Differences between genders and age groups for Knowledge, Attitudes and Skills concerning contraceptive methods and STIs

The mean total score in relation to knowledge concerning contraceptive methods and STIs was 7.17 (SD= 2.34) and 15.10 (SD=2.63), respectively; with men showing significantly less knowledge (M = 6.21, SD=2.28; M=14.51, SD=3.00, respectively) than women [(M = 7.57, SD=2.24; M=15.36, SD=2.41) (F (1; 3075) = 235.36, p= .000; F (1; 3063) = 69.54, p= .000)].

The mean total score in relation to attitudes towards contraceptive methods and STIs was 38.87 (SD=4.99) and 102.17 (SD=9.93), respectively; with men showing significantly more negative attitudes (M = 36.87, SD=5.22; M=100.32, SD=10.93, respectively) than women [(M = 39.74, SD=4.64; M = 102.96, SD=9.37 (F(1; 3163) = 235.82, p= .000; F (1; 2973) = 44.98, p= .000)].

The level of self-efficacy skills related to safer sexual behaviour among young people was high, as indicated by a total mean score of 36.42 out of 45 points, with females (M = 37.52, SD=5.81) showing significantly more self-efficacy skills related to safer sexual behaviour than males [(M = 33.86, SD=6.54 (F (1; 3111) = 239.86, p= .000)].

Statistically significant differences were found between age groups for knowledge concerning contraceptive methods (F (2; 3074) = 28.806, p= .000) and attitudes towards contraceptive methods and STIs (F (2; 3162) = 5.631, p< 0.004; F (2; 2972) = 3.515, p= .030). The *Post*-hoc comparisons indicated that young people aged between 20 - 24 reported having more knowledge about contraceptive methods (M=7.45, SD=2.41) when compared with the other two age groups (18-19 years old: M = 6.84, SD=2.15; 25-35 years old: M = 6.74, SD=2.35, respectively).Young people aged 18 - 19 years showed significantly more positive attitudes towards contraceptive methods (M=39.17, SD=4.80) when compared with older students e (25-35 years old: M=38.13, SD=5.12). And young people aged 25-35 years showed significantly more positive/preventive attitudes towards STIs (M=103.62, SD=9.68) when compared with the other two age groups (18-19 years old: M = 101.93, SD=9.44; 20-24 years old: M = 102.06, SD=10.27, respectively) (see table 28).

Table 28 - Differences between genders and age groups for knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs

	Male (N=993)		**Female (N=2285)**		**Total (N=3278)**		**F**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	
Knowledge concerning contraceptive methods	6.21	2.28	**7.57**	2.24	7.17	2.34	235.36***
Knowledge concerning STIs	14.51	3.00	**15.36**	2.41	15.10	2.63	69.54***
Attitudes towards contraceptive methods	36.87	5.22	**39.74**	4.64	38.87	4.99	235.82***
Attitudes towards STIs	100.32	10.93	**102.96**	9.37	102.17	9.93	44.98***
Self-efficacy skills related to safer sexual behaviour	33.86	6.54	**37.52**	5.81	36.42	6.27	239.86***
	Age Groups						
	18-19 Years (N=1145)		**20-24 Years (N=1801)**		**25-35 Years (N=332)**		**F**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	
Knowledge concerning contraceptive methods	**6.84**	2.15	**7.45**	2.41	**6.74**	2.35	28.806***
Knowledge concerning STIs	14.98	2.50	15.20	2.70	15.00	2.73	2.493
Attitudes towards contraceptive methods	**39.17**	4.80	38.81	5.08	**38.13**	5.12	5.631**
Attitudes towards STIs	**101.93**	9.44	**102.06**	10.27	**103.62**	9.68	3.515*
Self-efficacy skills related to safer sexual behaviour	36.52	5.91	36.36	6.38	36.44	6.88	.227

* p≤ .05; ** p≤ .01; *** p≤ .001

Bivariated correlations among the variables under study

Associations among the variables under study were analyzed through *Pearson's* correlation.

As observed in table 29, knowledge concerning contraceptive methods was associated in a positive, moderate and statistically significant way with knowledge concerning STIs (r = .40; p = .0005) and in a positive, weak and statistically significant way with attitudes towards contraceptive methods (r = .18; p = .0005), attitudes towards STIs (r = .13; p = .0005) and self-efficacy skills related to safer sexual behaviour (r = .19; p = .0005).

Knowledge concerning STIs was statistically significant, positive and weak in terms of attitudes towards contraceptive methods (r = .20; p = .0005), attitudes towards STIs (r = .11; p = .0005) and self-efficacy skills related to safer sexual behaviour (r = .23; p = .0005).

Attitudes towards contraceptive methods were associated in a positive, moderate and statistically significant way with attitudes towards STIs (r = .32; p = .0005) and self-efficacy skills related to safer sexual behaviour (r = .36; p = .0005).

There was a positive, weak and statistically significant correlation between attitudes towards STIs and self-efficacy skills related to safer sexual behaviour (r = .23; p = .0005).

Table 29 - Bivaried correlation between knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs

	Knowledge concerning contraceptive methods	**Knowledge concerning STIs**	**Attitudes towards contraceptive methods**	**Attitudes towards STIs**	**Self-efficacy skills related to safer sexual behaviour**
Knowledge concerning contraceptive methods	-				
Knowledge concerning STIs	.403***	-			
Attitudes towards contraceptive methods	.179***	.201***	-		
Attitudes towards STIs	.130***	.108***	.320***	-	
Self-efficacy skills related to safer sexual behaviour	.186***	.226***	.357***	.232***	-

***p≤.0005

Discussion

The main aim of the current study was to describe the sexual behaviours of university students in Portugal and assess differences between genders and age groups for knowledge, attitudes and skills concerning contraceptive methods and STIs, and evaluate the association between knowledge, attitudes and skills.

Results showed the majority is sexually active, had their first sexual intercourse at the age of 16 or later, used condom as their first contraceptive method and usually used the oral contraceptive and condom. There also seems to be a general tendency for females to report more use of oral contraceptive than males, which may be explained by the fact that men may not always know if their partner uses the oral contraceptive. As for condom use, in general, men are more likely to report it, possibly as they feel less embarrassed buying and/or carrying them (WHO, 2009). Therefore, these results confirm our first hypothesis and have also been found in other studies (ACHA, 2009; Matos et al., 2011).

Regarding risk behaviours, it was found that men reported more risk behaviour because they have had more occasional partners and more sex associated with alcohol and drug use. These results confirm our second hypothesis and are corroborated by other researches (Nodin, 2001; Reis, Ramiro, and Matos, 2009).

Concerning STIs, unintended pregnancies and abortions, it was found that a minority of students reported having had at least one of them. Therefore, we have a minority, but worthy of concern, students at risk and this suggests that protective behaviours are not consistent or they are abandoned over time.

Most young people have reasonable knowledge about contraception and STIs, especially women and young people aged between 20- 24 years. They also show positive attitudes and skills towards contraception and STIs. The comparative analysis showed significant variation between genders, where women had more knowledge, attitudes, skills, concerns and preventive behaviours towards risk and men had higher risk acceptance, confirming our third hypothesis in what difference between genders are concerned. Regarding the differences between age groups our hypothesis was not confirmed, because younger people (aged 18 to 19 years) did not produce the best results. It was the group of older youth (aged 25 to 35 years) who had less knowledge, attitudes and behavioural skills in relation to contraception and STIs compared to the other two groups, thus demonstrating that the older university students need interventions on sexual health, possibly because they did not benefit from sex education in middle and high school.

Knowledge of contraceptive methods was positively associated with knowledge of STIs, attitudes and skills, i.e., knowledge, attitudes and skills are fundamental factors to diminish risk behaviour. These results support similar findings by Reis, Ramiro, Matos,

Diniz et al. (2011) and Synovitz, Herbert, Kelley and Carlson (2002) and confirm our fourth hypothesis.

Results indicate that young people who are well informed and have more positive attitudes and skills tend to not accept risks, while those who possess less knowledge, less positive attitudes and less skills will more readily accept risks, which is in agreement with the model of information-motivated behavioural skills (IMB) (Fisher and Fisher, 1992; 1993). Knowledge alone about contraception and STIs does not grant a protective effect in relation to preventive sexual behaviour. This means that being well informed about contraception and prevention of STIs does not guarantee that individuals will not perform behaviours that may put them at risk of becoming infected. Motivation and behavioural skills to perform preventive sexual behaviours have significant effects; consequently interventions that promote prevention of sexual behaviour should give emphasis on changing attitudes, perceptions of social support, intentions and skills acquisition.

The increase in knowledge, attitudes and skills is positive in that it suggests that more students are aware of their future options. Substantial proportions of students, however, still do not have correct information, positive attitudes and self-efficacy skills. Furthermore, gender and age group differences in knowledge, attitudes and skills may suggest that education is not reaching the college population equally. In terms of prevention, a continuing emphasis on teaching correct condom use and encouraging regular testing for HIV and other STIs is crucial for the promotion of healthy sexual behaviour.

Study Limitations

This study has some limitations. First, because of the sensitive nature of the survey, findings are subject to social desirability bias. Second, there is the possibility of recall bias since respondents were expected to provide information on previous behaviours. Third, that it only represents university students, not all 18-35 year olds.

Conclusion

Findings from the current research have practical implications for both contraceptive education and STI prevention among university students. The data from this survey could be a useful guide in the development of campaigns or programs designed to

convey accurate information about contraception and STIs transmission routes and prevention strategies and to dispel erroneous beliefs about sexual risks.

Because young people today prefer smaller families and delay childbearing longer, more family planning is necessary than in the previous generation. Given the greater diversity in contraceptive technology that is available today, young people need increasingly comprehensive education so that they are aware of all of their options. A focus on the advantages and disadvantages of all methods can help students make informed decisions (Kirby et al., 2007). Because not all students go to health centers it is imperative to create a space in university for this exchange of information.

University students in particular face new challenges in sexual health and need more comprehensive education aimed at promoting healthy decision-making about family planning and STI prevention. Present actions can have considerable influence over future decisions; more sexuality education during the college years, when students are exploring sexuality and developing standards for future relationships can lead to greater sexual and reproductive health as adults.

Future Directions

The role of communication regarding contraception and STIs prevention including for example condom use efficacy, and refusal self-efficacy related to incidental sex and alcohol/drug use in the context of sex need further study. Interventions designed specifically for older students that focus on condom promotion and education need to be implemented and evaluated. Condom education that focuses on condom negotiation skills and self-efficacy should be implemented and evaluated for university students. In addition, given the importance of our findings on correlation of alcohol and drugs with unsafe sexual practices, further research regarding the context of substance use behaviours is recommended.

References

ACHA - American College Health Association (2009). American College Health Association-National college health assessment Spring 2008 reference group data report (abridged). *Journal of American College Health, 57*(5), 477-488.

Bazargan, M., Kelly, E.M., Stein, J.A., Husaini, B.A., and Bazargan, S.H. (2000). Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: The effect of HIV knowledge, motivation, and behavioural skills. *Journal of the National Medical Association, 92* (8), 391-404.

Basen-Engquist, K., Mâsse, L.C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., & Nodora, J. (1998). Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-efficacy Scales. *Handbook of Sexuality – Related Measures* (541-544). Thousand Oaks: Sage.

Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-rodríguez, A.F., Carlos, J., and Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-sultural assessmeent and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 235-249.

Bermúdez, M.P., Herencia-Leiva, A.J., and Uribe Rodríguez, A.F. (2009). Resumen de versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41,* 587-600.

Bontempi, J.B., Mugno, R., Bulmer, S.M., Danvers, K., & Vancour, M.L. (2009). Exploring gender differences in the relationship between HIV/STD testing and condom use among undergraduate college students. *American Journal of Health Educ*ation; 40(2): 97-105.

Castro, A. and Bermúdez, M.P. (2011). Native and immigrant adolescents in Spain: Adaptation and perceived discrimination as HIV-risk factors. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11,* 34-47.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis (2011). *Infecção VIH / SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. [HIV/AIDS. (2011). The situation in Portugal on December 31, 2010]. Lisboa: INSA.

DGES /MCTES – Direcção-Geral do Ensino Superior/Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2011). [Direction General of Higher Education/Ministry of Science, Technology and Higher Education. (2011)] Retrieved from: http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt.

Finer, L.B., & Henshaw, S.K.(2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2): 90-96.

Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Fisher, W., & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 1: 99–106.

Fisher, J., Fisher, W., Bryan , A., and Misovich, S. (2002). Information–motivation–behavioral skills model–based HIV risk behavior change intervention for inner–city high school youth. *Health Psychology*; *21*, 177–186.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams, S.S., and Malloy, T.E. (1994). Empirical tests of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS-preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology,13*(3), 238–250.

Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A., & Al-Maskari, F. (2007). Break the Silence: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Educational Needs among Arab University Students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health, 40(6),* 572.e1-572.e8. http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.01.011

INE – Instituto Nacional de Estatística (2011). *Taxas de Natalidade referentes ao ano 2010. [Birth rates for the year 2010.]* Retrieved from www.ine.pt

Kalichman, S., Stein, J.A., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., Prado, G., & Feaster, D.J. (2002). Predicting protected sexual behaviour using the Information-

Motivation-Behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychoogyl Health & Medicine*, 27(3), 327–338.

Kaiser Family Foundation, Hoff, T., Greene, L., & Davis, J. (2003). *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences.* Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40: 206-217.

Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2011). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior – Relatório do Estudo HBSC/SSREU. [Sexual and Reproductive Health of Students in Higher Education - Study Report HBSC / SSREU.]* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011)**.** *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010. [The Adolescent Health Study Report Portuguese HBSC 2010.]* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. [The Portuguese youth and sexuality in end of century XX]* Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Reis, M., & Matos, M.G. (2007). Knowledge and attitude towards contraceptive methods and STIs among youngsters. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4 (1): 23-35.

Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2009). Contracepção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses [Contraception, occasional partners and substance consumption in young Portuguese Students]. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6 (2): 206-214.

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences (Elsevier)*, 29: 477-485.

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J.A., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*; 23(2): 260-266**.**

Robinson, B., Scheltema, K., & Cherry, T. (2005). Risky Sexual Behaviour in Low-Income African American Women: The impact of sexual health variables. *The Journal of Sex Research*, 42(3): 224-237.

Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R., & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: relationship to sexuality education results of Louisianna college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*, 17(4): 163-173.

UNAIDS. (2009). *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Retrieved: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf.

UNAIDS (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Retrieved: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf

Weinstein, R.B., Walsh, J.L., & Ward, L.M. (2008). Testing a new measure of sexual health knowledge and its connections to students' sex education, communication, confidence, and condom use. *International Journal of Sex Health*, 20(3): 212-221.

World Health Organization (2009). *A Snapshot of the Health of Young people in Europe*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization – WHO (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization - WHO. (2011). Facts on Induced Abortion Worldwide. Department of Reproductive Health and Research. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Estudo 3 – Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal[4]

Abstract

HIV and sexually transmitted infections is a major threat for humanity in the world, especially in developing countries. The goals of this study were to: (a) analyse differences between genders to knowledge, attitudes, and risk behaviours about HIV/AIDS; and (b) evaluate the association between inconsistent condom use and knowledge, attitudes and risk behaviours about HIV/AIDS in Portuguese university students. Data were collected through a self-administered questionnaire from the Portuguese sample of the Sexual and Reproductive Health in University Students (HBSC/SRHUS) - is an extension of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study for university students. This cross-sectional study provides national representative data of 3248 Portuguese university students. Results show that the majority is sexually active; the usual contraceptive methods more reported are the oral contraceptive and the male condom. However the prevalence of consistent condom use in last 12 months is 34.5% (men) and 31.7% (women). Men more often than women report engaging in sexual risk behaviours (occasional partners, sex associated to alcohol and drugs, STIs). In general, university students have good knowledge about how to protect themselves from HIV and have positive attitudes towards people with HIV/AIDS. This survey could be a useful guide in the development of campaigns or programs designed to convey accurate information about HIV transmission routes and prevention strategies and to dispel erroneous beliefs about HIV.

Keywords: Knowledge, Attitude, Sexual behaviour, HIV, Students

[4] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (in press) Nationwide Survey on HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Risk Behaviour in university students of Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*. (IF= 0.704)

Resumen

VIH y las infecciones de transmisión sexual son una amenaza para la humanidad en el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Los objetivos de este estudio fueron: analizar las diferencias entre los géneros a los conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo sobre el VIH/SIDA, y evaluar la asociación entre el uso inconsistente del preservativo y el conocimiento, las actitudes y comportamientos de riesgo sobre el VIH / SIDA en estudiantes universitarios portugueses. Este estudio, realizado a través de encuestas, proporciona datos nacionales representativos de 3.248 estudiantes universitarios portugueses. Los resultados muestran que la mayoría son sexualmente activos y que el anticonceptivo oral y el preservativo masculino son los métodos anticonceptivos más comunes. Sin embargo, en los últimos 12 meses el uso del preservativo es de 34,5% (hombres) y 31,7% (mujeres). Los hombres, con más frecuencia que las mujeres, adoptan comportamientos sexuales de riesgo. En general, los universitarios tienen un buen conocimiento acerca de cómo protegerse del VIH y actitudes positivas hacia las personas con VIH/SIDA. Este estudio puede ser una orientación positiva para el desarrollo de campañas o programas diseñados para transmitir información sobre las vías de transmisión del VIH, las estrategias de prevención y disipar creencias erróneas sobre el VIH.

Palabras-clave: Conocimiento, Actitud, Comportamiento sexual, VIH, Estudiantes

Introduction

The Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and Sexually Transmitted Infections (STIs) is a major threat for humanity in the world, especially in developing countries. Millions of people in the world are suffering with HIV/AIDS and other STIs. According to UNAIDS (2011), there are 34 million people living with HIV at present and an estimated 2.7 million people were infected in 2010, 42% of which of new HIV infections worldwide occur in the 15-24 year old cohort.

The estimate of UNAIDS (AIDS epidemic update, UNAIDS, 2009) points to about 42,000 infected people in Portugal (about 0.4% of the Portuguese population). Since the first HIV case was detected in Portugal, in 1983, HIV/AIDS has emerged as an important health problem. According to the latest Portuguese report from the national monitoring center of sexually transmitted diseases, 2010 statistics confirm the epidemiological pattern recorded annually since 2000, that is, there is a proportional increase in the number of cases of heterosexual transmission as well as in the 20-49 year old cohort (CVEDT, 2011). Particularly alarming is the fact that the HIV infection rate and AIDS cases are showing a rapid increase among young people.

According to WHO's recommendations (UNAIDS, 2009), in the absence of a cure for HIV/AIDS, its prevention depends on the adoption and maintenance of safe behaviours, noting that the educational strategies that modify or eliminate risk behaviour remain the major interventions to prevent and control the spread of this pandemy. It is crucial that young people realize that their sexuality can be experienced in a healthy and happy way, and that to protect from HIV/AIDS, they have to use condoms in insertive sex practices always (for it is the only way of protection against HIV/AIDS) (Reis, Ramiro, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

According to literature, possessing correct knowledge and positive attitudes in relation to sexuality or contraception is enough to ensure that young people may change their attitudes and their behaviours and therefore start using condoms to protect from HIV/AIDS (Reis, & Matos, 2007; Ganczak et al., 2007). As such, it is necessary to educate young people before they are faced with making decisions about their sexuality and sexual behaviour, which involves not only working on the acquisition of

information but also attitudes , motivation and behavioural skills (Nwezeh, 2010; Reis, Ramiro, Matos, Diniz, & Simões, 2011; Sekirime, Tamale, Lule, & Wabwire-Mangen, 2001).

Second, based to the behavioural theory - the model of information-motivation behavioural skills (IMB) - to improve a safer sexual behaviour, the first goal must be to improve knowledge, and then foster motivation as well as behavioural skills. According to the model's authors (Fisher & Fisher, 1992), motivation includes attitudes, behavioural intentions and subjective norms (perceived social support to perform safe sexual behaviours).

There are plenty of studies about knowledge, attitudes and risk behaviours related to HIV/AIDS in young people. Reis, Ramiro, Matos, Diniz and Simões (2011) conducted a study in Portugal in which 7093 young people participated. They assessed sexual behaviours, knowledge of preventive sexual behaviour in Portuguese adolescents, including knowledge and attitudes towards HIV/AIDS, and whether these changed from 2002 to 2006. This study revealed that, overall there was an increase in the age of first sexual intercourse and a decrease in the number of teenagers who reported having had sexual intercourse. As for knowledge about how to protect themselves from becoming infected, there was a reduction of knowledge and an increase in the doubts regarding HIV/AIDS.

Another survey on sexual risk behaviour, knowledge and attitudes about contraception and STIs among university students in Portugal showed that men reported more risk behaviours (e.g. casual partners and alcohol and drug use) than women. As for knowledge of contraception and STIs, women demonstrated better knowledge and more preventive attitudes to risk-taking, while men demonstrated bigger risk acceptance (Reis & Matos, 2007; Reis, Ramiro, & Matos, 2009).

Similar findings were also reported in other countries. Trani, Gnisci, Nobile and Angelillo (2005) completed a study on knowledge and behaviour regarding STIs in Italian adolescents and concluded that only 14.2% of respondents knew about the main STIs. James, Reddy, Taylor and Jinabhai (2004) carried out a study with South African adolescents about knowledge regarding HIV/ AIDS/ STI in which 1113 young people participated. The study revealed that the participants' knowledge was high for causes and ways of transmission of STIs.

Another study, which was performed by Sekirime, Tamale, Lule and Wabwire-Mangen, (2001) in Uganda, revealed knowledge on methods of prevention about STIs was high (>90%) and that males were three times more likely to contract STIs than females. Wagbatsoma and Okojie's (2006) survey findings revealed that Nigerian students were aware of AIDS, but had poor knowledge of its etiology and that many young people are poorly informed about sexual issues, reproductive biology and health.

University environment offers great opportunity for HIV high-risk behaviours, mostly due to unsafe sex practices (Ducan, et al., 2002; Lewis, Miguez-Burbano, & Malow, 2009), such as the frequency of occasional partners and inconsistently condom use (Lewis, Malow, & Ireland, 1997; Prince, & Bernard, 1998; Reis, Ramiro, & Matos, 2009).

Ganczak et al., (2007) have noted that universities offer ideal conditions for the spread of HIV. Today, there are several predisposing factors which may engender risky behaviour on universities. These factors include: a large number of young students entering university within the age cohort (20-49 years) which is regarded as the most prone to infection with the virus, occasional sexual partners, excessive alcohol consumption and drug abuse. Young sexually active students are a population that is potentially at risk for getting infected with HIV due to their sexual and alcohol/drug activities. The association between sex and drugs, negative peer pressure, economic frustration and family problems leads to behaviours which could cause HIV infection (Baldwin and Baldwin, 1988; Labrie, et al., 2005).

The studies by Ganczak et al., (2007) and Schierhourt, Johnson, Dzokoto and Bosu (2003) have shown that although university students are considered a strategic group for HIV-prevention interventions, information on their risk behaviour is limited.

Jemmott and Jemmott (1991) found that only 20% of sexually active unmarried African American undergraduates used condoms always. As for African American women, who constitute the population with highest rate of new infections, they are likely to be infected while in university (Ferguson, Quinn, Eng, & Sandelowski, 2006).

The above shows that if the University is to continue its mission of developing world-class human resource to meet the socio-economic needs of the country, then it behooves the leadership of the University to ensure that the young male and female

students who seek it are equipped with the requisite skills to be able to protect themselves from being infected with the virus. This means that the University need not focus only on its core competence of teaching, research and knowledge dissemination, but should be able to put in place an effective educational program on HIV/ AIDS prevention. Therefore, for the University to develop this educational program, the authorities need to understand perceptions, attitudes, and knowledge of students through behavioural surveillance studies.

Behavioural surveillance surveys consist of repeated cross-sectional surveys conducted systematically to monitor changes in HIV/STI risk behaviours. Besides monitoring, it is also an evaluation tool designed to track trends in HIV and AIDS-related knowledge, attitudes and behaviours in subpopulations that may be prone to infection (Thwe, Soe, & Aung, 2005; Lansky, Sullivan, Gallagher, & Fleming, 2007, CVEDT, 2011; UNAIDS, 2009, 2011).

The goals of this research were to: (a) analyse differences between genders to knowledge, attitudes, and risk behaviours about HIV/AIDS among university students; and (b) evaluate the association between inconsistent condom use and knowledge, attitudes and risk behaviours about HIV/AIDS in Portuguese university students.

Method

Sample

The sample is constituted by 3278 randomly chosen Portuguese university students, between 18 and 35 years old. It provides national representative data from those attending university during the academic year of 2009/2010. Data were collected through a self-administered questionnaire. The sample included 69.7% women and 30.3% men (this percentage is consistent with the gender distribution in the Portuguese university population: DGES/MCTES, 2011). The mean age was 21 years old (standard deviation 3). The majority of students has Portuguese nationality (97.3%), is single (95.5%), catholic (71.9%) and heterosexual (96.4%). The sample was stratified by region (North, Center, Lisbon and Tagus Valley, Alentejo and the Algarve).

Table 30 – Socio demographic characteristics of Portuguese university students in 2010

		N	%	M	SD
Gender	Male	993	30.3	-	-
	Female	2285	69.7	-	-
Age		3278		21.01	3.00
Nationality					
	Portuguese	3189	97.3		
	European countries	45	1.4		
	Brazilian	25	0.8		
	African countries	19	0.6		
Marital Status					
	Single	3131	95.5	-	-
	Married	84	2.6	-	-
	Unmarried cohabitation	51	1.6	-	-
	Divorced	12	0.4	-	-
Religious affiliation					
	Catholic	2357	71.9	-	-
	Protestant	40	1.3	-	-
	Buddhist	7	0.2	-	-
	Orthodox	7	0.2	-	-
	None	860	26.2	-	-
	Other	7	0.2	-	-
Sexual Orientation					
	Heterosexual	2754	96.4	-	-
	Homosexual	79	2.8	-	-
	Bisexual	22	0.8	-	-

Procedure

The national survey "Sexual and Reproductive Health in University Students" (SRHUS) – is an extension of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study for university students. The HBSC study is a collaborative WHO research, undertaken in 43 countries with the aim to study school-aged behaviour regarding health and risk behaviours in adolescence. Portugal is part of this group of countries since 1996 (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001).

This cross-sectional study was carried between March and June 2010 with an evaluation protocol that was administered to university students. The 19 universities in the sample were randomly selected from 144 the official national list of universities. The sample was stratified by region: five universities in the North, four in the Centre, five in Lisbon and Tagus Valley, two in Alentejo and three in the Algarve. We established previous contact with the selected universities in order to have authorization for our research. The sampling unit used in these surveys was the class. In each

university, classes were randomly selected in order to meet the required number of students for each grade in a total of 124 classes. After having received authorization, we solicited voluntary participants to fill out the questionnaires and explained the study's aim. There were no refusals. In order to protect participants and their anonymity, no information regarding identity was put on the questionnaires. Participants were sitting in individual desks, at a reasonable distance from other participants, thus guaranteeing confidentiality.

This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

In the questionnaire, which covers a wide range of questions about sexuality and sexual behaviours, issues that relate to socio-demographic characteristics, sexual behaviour, HIV/AIDS – related knowledge, attitudes towards people living with HIV/AIDS and risk behaviour were selected.

This nationwide survey was conducted for the Ministry of Portuguese Health and for the National Coordination for HIV/AIDS Infection to assess HIV/AIDS-related knowledge, attitudes, and practices among the university population group aged 18-35 years. The purpose of this survey was to determine the prevalence of behaviours that put students at risk of HIV infection, disseminate the findings of the research, translating them into an advocacy tool to mainstream HIV/AIDS prevention programs and mobilize the leadership of the university to play a catalytic role in the fight against the disease and lay down a baseline measurement.

Measures

For the purpose of this study, the following questions / scales were used:

Sexual behaviour was assessed through the following behaviours - three questions about first sexual intercourse: age, use of contraceptive method (Yes/No) and which contraceptive method was used; and one question about the contraceptive method usually used.

Sexual risk behaviour was measured through five behaviours - consistent condom use, occasional partners, having had a sexually transmitted infection and having had sexual intercourse with alcohol and drugs. Consistency of condom use was assessed by the question: "During the past 12 months, did you or your partner use a condom?" Always was scored "0", any other answer was scored "1" (risky sexual behaviour).

Regarding the other behaviours, answer option no was scored "0" and yes "1" (risky sexual behaviour).

Knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention. Young people were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention: (1) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles”; (2) “It is possible to become infected with HIV/Aids from coughing and sneezing”; (3) “An HIV infected pregnant woman may pass the virus to her baby”; (4) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected”; (5) “The oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection”; (6) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once”; (7) “Someone who looks healthy can be HIV infected”; (8) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon”; (9) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital”. Items were rated on a three response options (1= Yes, 2= No and 3= I do not know). Only responses that showed correct information scored and so final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more positive knowledge/more information. For this measure, Cronbach's alpha was .77.

Attitudes towards HIV/AIDS - infected people. Young people were asked to respond to five statements about attitudes towards HIV-infected people: (1) “I wouldn’t be a friend of someone if he had AIDS”, (2) “Adolescents with AIDS should be allowed to go to school”, (3) “I would sit near an infected student in classroom”, (4) “I would visit a friend if he or she had AIDS” and (5) “HIV infected people should live apart of the rest of people”. Items were rated on a 3-point rating scale (1= disagree to 3= agree). After recoding items 1 and 5, final scores ranged from 5 to 15, with high scores suggesting more positive attitudes. This scale has an acceptable level of internal consistency (alpha= .81).

Data analysis

The data were analysed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19 for Windows. Descriptive statistics including frequencies, means and standard deviations were performed to give general descriptions of the data. ANOVA was performed to examine differences in knowledge scores and attitudes scores. The level for statistical significance was set at $p < .05$. Only significant results were discussed. HIV risk behaviours were compared between the genders using the Chi-

square ($\chi 2$) tests and adjusted residuals. The associations between several independent variables (age, gender, knowledge and attitudes HIV/AIDS, occasional partners, use of alcohol and drugs, have had STI) and the dependent variables (frequency of condom during sexual intercourse in the last 12 months) were ascertained using multivariate logistic regression analysis. Odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated for all independent variables.

Results

Differences between gender and sexual behaviour and risky sexual behaviour for the entire sample that mentioned already having had sexual intercourse

From the total sample, 2730 young people had already begun their sexual life. Of these, 79.2% referred that they had had their first sexual intercourse at the age of 16 or later and 90.3% had used contraception in their first sexual intercourse, namely the condom (86.8%). The results showed that, although both the majority of men (72%) and women (82.5%) had their first sexual intercourse at the age of 16 or later, men more often claim to have started younger (at 11 or less, between 12 and 13, and between 14 and 15) (p=0.000). As for the use or not of a contraceptive method at first sexual intercourse, men (84%) and women (93.3%) used it, but men (16%) more often than women (6.7%) did not (p=0.000). Regarding the choice of the contraceptive method at first intercourse, women (88.7%; 26.2%) more often than men (82.7%; 10.2%) report having chosen condoms (p=0.000) and the pill (p=0.000).

As for usual contraceptive methods, it was also observed that the contraceptive pill (70.4%) and the condom (69%) are the most reported. Significant variation was obtained between genders in relation to both the contraceptive pill and condom (p = 0.000; p = 0.036, respectively): women (75.2%) refer using the contraceptive pill usually more often than men (60.3%), while men refer the condom (71.7%) more often than women (67.7%).

Concerning risk sexual behaviours, the results showed men have them more frequently than women. The majority of men have occasional sexual partners (57.4%) and sexual intercourse under the effect of alcohol (53.1%) (p=0.000). Though the rates of sexual intercourse under the effect of drugs aren't as expressive (10.7%) (p=0.000) as the other risky sexual behaviours mentioned previously, they still represent a major concern in men's sexual behaviours, see table 31.

Table 31 - Differences between gender and sexual behaviour and risky sexual behaviour for the entire sample that mentioned already having had sexual intercourse of the Portuguese university students in 2010 (n= 2730)

	Male (N=880)		Female (N=1850)		Total[1] (N=2730)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Age of 1st sexual intercourse (N=2730)							60.05	≤ .001
Age 11 or less	14	**1.6**	2	0.1	16	0.6		
Ages 12 and 13	44	**5.0**	39	2.1	83	3.0		
Ages 14 and 15	188	**21.4**	282	15.2	470	17.2		
Age 16 and more	634	72.0	1527	**82.5**	2161	79.2		
Use of contraceptive method in 1st sexual intercourse							59.10	≤ .001
Not used	141	**16.0**	124	6.7	265	9.7		
Used	739	84.0	1726	**93.3**	2465	90.3		
Contraceptive method used in 1st sexual intercourse (% of people who responded yes)								
Condom	728	82.7	1641	**88.7**	2369	86.8	18.56	≤ .001
Pill	90	10.2	484	**26.2**	574	21.0	91.19	≤ .001
Contraceptive method usually used by participant or partner (% of people who responded yes)								
Condom	631	**71.7**	1253	67.7	1884	69.0	4.41	≤ .05
Pill	531	60.3	1392	**75.2**	1923	70.4	63.60	≤ .001
Frequency of condom use in last 12 months (N=2584)							2.03	n.s.
Always used	283	34.5	559	31.7	842	32.6		
Not always used	537	65.5	1205	68.3	1742	67.4		
Occasional sexual partners (N=2669)							333.11	≤ .001
Yes	484	**57.4**	396	21.7	880	33.0		
No	359	42.6	1430	**78.3**	1789	67.0		
Sexual intercourse under the influence of alcohol (N=2658)							166.52	≤ .001
Yes	446	**53.1**	497	27.3	943	35.5		
No	394	46.9	1321	**72.7**	1715	64.5		
Sexual intercourse under the influence of drugs (N=2565)							57.22	≤ .001
Yes	88	**10.7**	58	3.3	146	5.7		
No	731	89.3	1688	**96.7**	2419	94.3		
Having had an STI (N=2647)							0.02	n.s.
Yes	28	3.4	59	3.3	87	3.3		
No	807	96.6	1753	96.7	2560	96.7		

1 The total numbers differ considering that some young people have not replied to some parameters.
n.s.= not significant / In bold – values that correspond to an adjusted residual ≥ │1.9│.

Differences between gender and knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention

Knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention: the distribution of each item is shown in Table 32. The majority shows a high level of knowledge. Nevertheless, two items were singled out by the percentage of students who reported not knowing the answer: one concerns the likelihood of being infected with HIV/ AIDS by using silverware and the other on the possibility of getting infected with a blood transfusion in a Portuguese hospital. The mean total score in relation to knowledge about HIV/AIDS was 7.82 (SD= 1.05), with males showing significantly less knowledge (M = 7.65, SD=1.33) than females [(M = 7.90, SD=0.89 (F (1, 3214) = 39.515, p= 0.000)].

***Differences between gender and attitudes towards HIV-* infected people**

Attitudes towards HIV-infected people: the distribution of each item is shown in Table 33. The majority expressed an attitude of acceptance, since the response rate is above 90% for all claims. The mean total score in relation to attitudes towards HIV-infected people was 14.61 (SD= 1.03), with males showing significantly less positive attitudes (M = 14.42, SD=1.28) than females [(M = 14.69, SD=0.90 (F (1, 3246) = 46.619, p= 0.000)].

Factors associated with inconsistent condom use

Using a multivariate logistic regression we obtained an adjusted model (Hosmer and Lemeshow χ^2= 4,936 (8) p=. 764) and the regression equation explained 7% of the variance (Nagelkerke R2= .068) and 67.3% of cases that showed inconsistent condom use. In this model, the condition of «inconsistent condom use » is explained by the variables gender (men with a 1.4 times greater likelihood of being in this group) [OR 1.41; 95% CI 1.15-1.73; *p*=0.001], age (older university students, with a probability 1.1 times higher to be in this group) [OR 1.13; 95% CI 1.09-1.17; *p*=0.000], having sexual intercourse under the influence of alcohol (who reported having had sexual intercourse under the influence of alcohol with a 1.77 times greater likelihood of being in this group) [OR 1.77; 95% CI 1.45-2.18; *p*=0.000], and having an STI (who reported having had an STI, with a probability 3.6 times higher to be in this group) [OR 3.57; 95% CI 1.69-7.57; *p*=0.001]. Although significant variables in the model only explain 7%, and the association is not very strong to determine the dependent variable (inconsistent condom use), this may be due to influential factors that are not evaluated in this research (see table 34).

Table 32 – Differences between gender and knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention of the Portuguese university students in 2010 (N=3278)

	Male (N=993)		Female (N=2285)		Total[1] (N=3278)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles							13.554	≤ .01
Yes	963	97.9	2259	**99.1**	3222	98.7		
No	8	0.8	15	0.7	23	0.7		
I do not Know	13	**1.3**	6	0.3	19	0.6		
It is possible to become infected with HIV/AIDS from coughing and sneezing							27.417	≤ .001
Yes	64	**6.5**	75	3.3	139	4.3		
No	848	86.5	2097	**92.3**	2945	90.5		
I do not Know	68	6.9	101	4.4	169	5.2		
An HIV-infected pregnant woman may pass the virus to her baby							47.621	≤ .001
Yes	876	89.3	2174	**95.6**	3050	93.7		
No	43	**4.4**	51	2.2	94	2.9		
I do not Know	62	**6.3**	50	2.2	112	3.4		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected							27.491	≤ .001
Yes	29	3.0	50	2.2	79	2.4		
No	931	95.2	2221	**97.6**	3152	96.9		
I do not Know	18	**1.8**	5	0.2	23	0.7		
The oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection							20.861	≤ .001
Yes	16	1.6	30	1.3	46	1.4		
No	929	95.0	2222	**97.6**	3151	96.8		
I do not Know	33	**3.4**	25	1.1	58	1.8		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once							19.914	≤ .001
Yes	953	97.1	2255	**99.1**	3208	98.5		
No	14	**1.4**	15	0.7	29	0.9		
I do not Know	14	**1.4**	6	0.3	20	0.6		
Someone who looks healthy can be HIV infected							16.347	≤ .001
Yes	937	95.7	2223	**97.9**	3160	97.3		
No	12	1.2	22	1.0	34	1.0		
I do not Know	30	**3.1**	25	1.1	55	1.7		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon							29.658	≤ .001
Yes	163	**16.7**	242	10.7	405	12.5		
No	712	72.8	1839	**81.1**	2551	78.6		
I do not Know	103	10.5	187	8.2	290	8.9		
It is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital							5.438	n.s.
Yes	552	56.3	1374	**60.6**	1926	59.3		
No	331	**33.7**	681	30.0	1012	31.1		
I do not Know	98	10.0	213	9.4	311	9.6		
	Male (N=993)		**Female (N=2285)**		**Total[1] (N=3278)**		**F**	**p**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**		
Total scale	**7.65**	1.33	**7.90**	0.89	**7.82**	1.05	39.515	≤ .001

1 The total numbers differ considering that some young people have not replied to some parameters.

n.s.= not significant / In bold – values that correspond to an adjusted residual ≥ │1.9│.

Table 33 – Differences between gender and attitudes towards HIV- infected people of the Portuguese university students in 2010 (N=3278)

	Male (N=993)		Female (N=2285)		Total[1] (N=3278)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
I wouldn't be a friend of someone if he had AIDS							35.349	≤ .001
Agree	20	**2.0**	14	0.6	34	1.0		
I'm not sure	92	**9.3**	116	5.1	208	6.4		
Disagree	872	88.6	2152	**94.3**	3024	92.6		
Adolescents with AIDS should be allowed to go to school							58.208	≤ .001
Agree	855	87.2	2161	**94.7**	3016	92.4		
I'm not sure	86	**8.8**	72	3.2	158	4.8		
Disagree	40	**4.1**	49	2.1	89	2.7		
I would sit near an infected student in classroom							28.106	≤ .001
Agree	853	87.0	2104	**92.3**	2957	90.7		
I'm not sure	98	**10.0**	115	5.0	213	6.5		
Disagree	29	3.0	60	2.7	89	2.7		
I would visit a friend if he or she had AIDS							11.184	≤ .01
Agree	934	95.0	2215	**97.2**	3149	96.5		
I'm not sure	41	**4.2**	48	2.1	89	2.7		
Disagree	8	0.8	16	0.7	24	0.7		
HIV infected people should live apart of the rest of people							28.091	≤ .001
Agree	12	1.2	31	1.4	43	1.3		
I'm not sure	34	**3.5**	20	0.9	54	1.7		
Disagree	939	95.3	2229	**97.8**	3168	97.0		
	Male (N=993)		**Female (N=2285)**		**Total[1] (N=3278)**		**F**	**p**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**		
Total scale	**14.42**	1.28	**14.69**	0.90	**14.61**	1.03	46.619	≤ .001

1 The total numbers differ considering that some young people have not replied to some parameters. n.s.= not significant / In bold – values that correspond to an adjusted residual ≥ │1.9│.

Table 34 – Factors associated with inconsistent condom use of the Portuguese university students in 2010 (N=2730)

	B	SE	OR	95% IC	p
Gender	.341	.105	1.407	(1.145 – 1.729)	.001
Age	.123	.018	1.131	(1.092 – 1.171)	.000
Knowledge HIV/AIDS	-.001	.044	0.999	(0.917 – 1.088)	.982
Attitudes HIV/AIDS	.026	.045	1.026	(0.939 – 1.121)	.567
Occasional sexual partners	-.122	.108	0.885	(0.716 – 1.094)	.259
Having sexual intercourse under the influence of alcohol	.575	.105	1.777	(1.445 – 2.184)	.000
Having sexual intercourse under the influence of drugs	.222	.228	1.248	(0.799 – 1.950)	.330
Having had an STI	1.273	.383	3.573	(1.687 – 7.568)	.001

OR: adjusted odds ratio for all other variables in the table; CI: confidence interval

Discussion

Findings provided baseline data on knowledge, attitudes, and risk behaviours about HIV/AIDS among university students.

The level of general HIV/AIDS knowledge among young adults was high, as indicated by a total mean score of general HIV/AIDS knowledge of 7.82 out of 9 points. The findings indicated that a majority of the respondents were aware of HIV/AIDS. However, there is a need for improvement as a considerable percentage incorrectly believed it is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital (there aren't any cases identified since 1996). The data in this study revealed a significant gender difference in general HIV/AIDS knowledge, with females being more knowledgeable than males. Gender differences in AIDS knowledge have been found in other studies (Hardy, 1990; Fisher & Misovich, 1990); however, a study among university students in China found males to be more knowledgeable than females (Li, Lin, Gao, et al., 2004). General HIV/AIDS knowledge also appeared to vary with other demographic characteristics, with the highest knowledge among the Malays, those from urban areas, and the older age group. This finding is consistent with studies in other countries (Li, Lin, Gao, et al., 2004) and may reflect differences in the level of HIV/AIDS education. Educational efforts need to be targeted at those who are most misinformed so that it meets the needs of different populations: (1) particular age groups, (2) those in rural geographical locations, and (3) specific ethnic groups.

In general, young people have very positive attitudes about HIV-infected people, they are tolerant and inclusive.

Neither knowledge about prevention and transmission of HIV/AIDS nor attitudes towards people with HIV/AIDS were identified as factors for not having used the condom always. The results showed a gap between what young people know about the disease and their sexual behaviour. Thus, we can say that is not knowledge per se, although it is a major prerequisite, which will implement the behavioural changes. Several studies have pointed to the relativization of the amount of knowledge about HIV/AIDS, both in preventive behavioural measures, and formulating judgments about personal risk of infection (UNAIDS, 2009).

The findings confirmed the existence of risky sexual behaviours. Significant differences in high risk sexual behaviours found in this study support the earlier

recommendation by Lewis et al. (1997) of the need to conduct cross-sectional studies among diverse student populations in different settings.

Having occasional sexual partners and lacking condom use are recognized HIV risk behaviours (Maswanya, Moji, Aoyagi, et al., 2000; Petro-Nustas, 2000). Therefore, in general, improving the consistency of condom use is a worthwhile HIV prevention aim; and some researchers also advocate the importance of reducing the number of sexual partners. Overall, respondents who reported alcohol or illegal drug use were more likely in all cases to have occasional partners. This once again suggests that individuals with one HIV risky behaviour are more likely to exhibit others.

The rate of consistent condom use in the last 12 months is lower than the 37% reported in other studies (Ross, Dick, & Ferguson, 2006; Maswanya, Moji, Aoyagi, et al., 2000; Petro-Nustas, 2000; Sales, Milhausen, & Diclemente, 2006) with university students. Females were also more likely than males to report that they or their partners did not use condom in the last 12 months. Low consistent condom use among females is quite troubling because women are more likely than men to be infected with HIV during sexual intercourse. While we did not explore who the sexual partners of the respondents in our study are, we assume they will be mostly other students. Therefore, the tandem of high rates of multiple partnerships among males and low condom use among females are of public health concern.

Alcohol and drug use are believed to increase sexual risk taking. In this study it was found that more than half of men and one out of four women had had sexual intercourse under the influence of alcohol. The prevalence of having had sexual intercourse under the influence of other drugs was lower, although one out of ten men had this type of behaviour. This observation is not surprising as previous studies (Robison, 2010) have shown that individuals engaging in HIV risk behaviours often engage in other high risk or illegal behaviours. These findings indicate that more attention needs to be focused on the role of alcohol and drug use in the design and implementation of HIV prevention programs for university students.

In an era in which the use of technology has improved communication and information delivery, university student use of blogs, *twitter* and *facebook* are approaches that can be considered when designing HIV prevention interventions for students. All these communication channels should emphasize the importance of condom use and minimizing the number of sexual partners. In addition, providing free

condoms in university or student residence hall bathrooms can be done. The first should occur mainly after an assessment of HIV prevention needs on the university.

Study Limitations

This study has some limitations. First, because of the sensitive nature of the survey, findings are subject to social desirability bias. Second, there is the possibility of recall bias since respondents were expected to provide information on previous behaviours. Third, that it only represents university students, not all 18-35 year olds.

Conclusion

The data from this survey could be a useful guide in the development of campaigns or programs designed to convey accurate information about HIV transmission routes and prevention strategies and to dispel erroneous beliefs about HIV.

The university environment therefore provides opportunities to promote HIV prevention interventions, with specific emphasis on the most disadvantaged and neglected segments of the population.

The findings from our study have several implications for the design and implementation of HIV prevention interventions at university. It is obvious that a "one size fits all" approach cannot be taken. The low rates of consistent condom use among students may be due to poor condom negotiating skills, poor condom use self-efficacy or apathy to the HIV/AIDS epidemic or a combination of several factors and therefore needs further investigation.

Future Directions

The role of communication regarding sex and HIV prevention including HIV testing, skill-building, condom use efficacy, and refusal self-efficacy related to incidental sex and alcohol/drug use in the context of sex need further study. Interventions designed specifically for older students that focus on condom promotion and education need to be implemented and evaluated. Condom education that focuses on condom negotiation skills and self-efficacy should be implemented and evaluated for university students. In addition, given the importance of our findings on correlation of alcohol and drugs with unsafe sexual practices, further research regarding the context of substance use behaviours is recommended.

References

Baldwin, J.D., & Baldwin, J.I. (1988). Factors affecting AIDS-related sexual risk-taking behavior among College students. . *The Journal of Sex Research*, 25(2): 181-196. doi: 10.1080/00224498809551454

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis (2011). *Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. [HIV/AIDS. (2011). The situation in Portugal on December 31, 2010]. Lisboa: INSA.

DGES /MCTES – Direcção Geral do Ensino Superior/Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.(2011). [Direction General of Higher Education/ Ministry of Science, Technology and Higher Education. (2011)] Retrieved from: http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt

Duncan, C., Miller, D.M., Borskey, E.J., Fomby, J.D., Dawson, P., & Davis, L. (2002). Barriers to safer sex practices among African American college students. *Journal of the National Medical Association*, 94:944–951.

Ferguson, Y.O., Quinn, S.C., Eng E., & Sandelowski , M. (2006). The gender ratio imbalance and its relationship to risk of HIV/AIDS among African American women at historically black colleges and universities. *AIDS Care*, 18(4): 323–331. doi:10.1080/09540120500162122

Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Fisher, J., & Misovich, S., (1990). Evolution of college students' AIDS-related behavioral responses, attitudes, knowledge, and fear. *AIDS Education and Prevention*, 2: 323-337.

Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A., & Al-Maskari, F. (2007). Break the Silence: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Educational Needs among Arab University Students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health*, 40(6)*:* 572.e1-572.e8. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.01.011

Hardy, A.N. (1990). National Health Interview Survey Data on adult knowledge of AIDS in the United States. *Public Health Reports*, 105: 629-634.

James, S., Reddy, S.P., Taylor, M., & Jinabhai, C.C. (2004). Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behavior. *Acta Paediatrica*, 93(2): 264-269. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb00718.x

Jemmott, L.S., & Jemmott, J.B. (1991). Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: Condom use among black women. *Nursing Research Journal*, 40: 228–234.

Labrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of Alcohol, Expectancies, and Partner Type on Condom use in College Males: Event-Level Analyses. *The Journal of Sex Research*, 42(3): 259-266. doi:10.1080/00224490509552280

Lansky, A., Sullivan, P., & Fleming, P. (2007). HIV behavioral surveillance in the US: A conceptual framework. *Public Health Reports*, Supplement 1, Vol. 122: 16-23.

Lewis, J., Miguez-Burbano. M.J., & Malow, R. (2009). HIV risk behavior among college students in the United States. *College Student Journal*, 43(2), 475-491.

Lewis, J.E., Malow, R.M., & Ireland, S.J. (1997). HIV/AIDS Risk in heterosexual college students - A review of a decade of literature. *Journal of American College Health*, 45(4): 147–158. doi:10.1080/07448481.1997.9936875

Li, X., Lin, C., Gao Z., Stanton, B., Fang, X., Yin, Q., & Wu, Y. (2004). HIV/AIDS knowledge and the implications for health promotion programs among Chinese college students: geographic, gender and age differences. *Health Promotion International*, 19(3): 345-356. doi:10.1093/heapro/dah308

Maswanya, E., Moji, K., Aoyagi, K., Yahata, Y., Kusano, Y., Nagata, K., Izumi, T., & Takemoto, T. (2000). Knowledge and attitude towards AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Education Research*, 12(1): 5-11. doi:10.1093/her/15.1.5

Nwezeh, C. (2010). Students' Knowledge and Information Needs on HIV/AIDS in Nigeria. *Journal of Hospital Librarianship,* 10(2)*:* 152-164. doi:10.1080/15323261003680176

Petro-Nustas W. (2000). University students' knowledge of AIDS. *International Journal Nursing of Studies,* 37(5): 423-433. doi:10.1016/S0020-7489(00)00022-5

Prince, A.; & Bernard, A.L. (1998). Sexual Behaviors and safer sex practices of college students at a commuter campus. *Journal of American College Health*, 47(1): 11–21. doi:10.1080/07448489809595614

Reis, M., & Matos, M.G. (2007). Conhecimentos e Atitudes face ao uso de Métodos Contraceptivos e à Prevenção das IST's em Jovens **[**Knowledge and attitude towards contraceptive methods and STIs among youngsters]**.** *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1): 23-35.

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J.A., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23(2): 260-266**.**

Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2009). Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses [Contraception, occasional partners and substance consumption in young Portuguese Students]. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6(2): 206-214.

Robison, S. (2010). Sexual risk taking in adolescence: examining negative gender beliefs. *Studies by Undergraduate Researchers at Guelph*, 4(1): 7-13.

Ross, D., Dick, B., Ferguson, J., (eds.) (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people.* World Health Organization.

Sales, J.M., Milhausen, R.R., & Diclemente, R.J. (2006). A decade in review: building on the experience of past adolescence STI/HIV intervention to optimize future intervention efforts. *Sexually Transmitted Infections,* 82: 431-436.

Schierhourt, G., Johnson, S., Dzokoto, A., & Bosu, W. (2003). Research Agenda for People at High Risk for HIV in Ghana. *USAID - U.S. Agency for International Development Ghana*, November.

Sekirime, W.K., Tamale, J., Lule, J. C., & Wabwire-Mangen, F. (2001). Knowledge, attitude, and practice about sexually transmitted diseases among university students in Kampala. *African Health Sciences*, 1(1): 16–22.

Thwe, M., Soe, A., & Aung, T. (2005). Behavioral Surveillance Survey 2003. *National AIDS Control Program.* Ministry of Health, Department of Health. Union of Myanmar.

Trani, F., Gnisci, F., Nobile, C.G., & Angelillo, I. F. (2005), Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behavior in Italy. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(5-6): 260-264. doi:10.1111/j.1440-1754.2005.00607.x

UNAIDS (2009). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

UNAIDS (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

Wagbatsoma, V.A., & Okojie, O. H., (2006). Knowledge of HIV/AIDS and sexual practices among adolescents in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 10(3): 76-83. doi:10.2307/30032473

Estudo 4 – Determinants influencing male condom use among university students in Portugal[5]

Abstract

A self-administered questionnaire was carried out among university students in Portugal, with the aim to examine determinants influencing male condom use, according to the information-motivation-behavioral skills model (Fisher & Fisher, 1992). Students' levels of information, motivation and behavioral skills regarding preventive sexual behavior (male condom use) were ascertained and were used to determine association with condom use among 880 male and 1807 female students aged 18 to 35 years old. Although 86.9% of respondents indicated that they used a condom during their first sexual intercourse, only 32.8% used a condom always during sexual intercourse in the last 12 months. Most young people, especially women, had a good level of information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. They also showed reasonable positive attitudes and had positive subjective norms and intentions towards HIV/AIDS preventive behaviors. Men presented a higher perceived difficulty and a lower perceived effectiveness of HIV/AIDS preventive behavior, therefore, reporting higher risk acceptance. A path analysis revealed that the preventive sexual behavior did not depend directly on information level, but on motivation and behavioral skills (especially among men). Information about HIV prevention/ transmission was not significantly associated with condom use. The finding that motivation and behavioral skills were the strongest determinants of condom use suggested that these may be important factors in effective sexually transmitted infection-prevention programs.

Keywords: Male condom use, Information, Motivation, Skills, IBM Model, Young people

---

[5] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (in press). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health*. (IF= 0.610)

Introduction

Condoms are an essential part of comprehensive prevention programs, and their promotion must be accelerated based on scientific grounds. In 2010, an estimated 2.7 million people became newly infected with HIV, and about 42% of them were young people aged 15 to 24 years old (UNAIDS, 2011). In Portugal, according to the Center of Sexually Transmitted Diseases (CVEDT, 2011), the total number of cumulative cases of HIV/AIDS on the 31st December 2010 was approximately 39,000, 16,000 of which were cases of AIDS (83% corresponding to the group of individuals aged between 20 and 49 years old). For sexually active individuals the condom is the single, most efficient, available method to reduce sexual transmission of HIV and other sexually transmitted infections (STIs). Although the search for new preventive methods such as HIV vaccines continues to make progress, condoms will remain the key preventive tool for many years to come (Reis, Ramiro, Matos, Diniz, & Simões, 2011; UNAIDS, 2011).

A survey among 1402 Portuguese youth aged 18 and 25 years old showed that the male condom (73.8%) was the most commonly used contraceptive method (Nodin, 2001). Another survey among 436 youth aged 18 and 24 years old also demonstrated that the male condom (71.4%) was the most commonly used contraceptive method. This survey also demonstrated that men (80.2%) mentioned a higher use of the male condom than did women (67.8%) (Reis, Ramiro, & Matos, 2009).

Research undertaken in other countries identified a wide and varied range of determinants for condom use behaviors, with one of the most consistent determinants being one's attitude toward condom use (Albarracin, Johnson, Fishbein, & Muellerleile, 2001; Reinecke, Schmidt, & Ajzen, 1996; Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, & Middlestadt, 2010; Sheeran & Taylor, 1999). Albarracin et al.'s (2001) research, attitude towards condom has a direct influence on condom use and on condom use intention, thus acting as a direct determinant of condom use. Other researches showed similar findings - in other words, a favorable attitude towards condoms, such as "they are easy to use" and "they enable you to have spontaneous sex," correlated with greater intentions of young people to use condoms. Conversely, unfavorable attitudes such as "condoms are painful to use" and "condoms are inconvenient" correlated negatively with intentions. Likewise, embarrassment surrounding purchasing and carrying condoms was shown to inhibit acquisition and use of condoms among young people

(Campbell, Peplau, & DeBro, 1992; Helweg-Larsen & Collins, 1994; Raj, 1996). According to Raj's (1996) study, higher HIV risk perceptions, positive attitudes toward condoms, safer-sex negotiation, no or newer relationship involvement, and higher safer-sex perceptions of self-efficacy were associated with increased intent to engage in safer-sex. However, HIV information was not associated with safer-sex intention or condom use. Thus, HIV intervention must go beyond presenting information.

The current study used as its theoretical framework the information-motivation-behavioral skills (IMB) model (Fisher e Fisher, 1992) to identify determinants of male condom use (preventive sexual behavior) among university students. The IMB model is a three-factor conceptualization of preventive sexual behavior: (a) information about transmission and prevention; (b) motivation to reduce risk (which includes personal attitudes about preventive behavior, subjective norms for sexual prevention, and behavioral intentions); and (c) behavioral skills to practice prevention (including perceived effectiveness and perceived difficulty of HIV/AIDS preventive behavior) (Bandura, 1994; Fisher & Fisher, 1992; 1993). Hence, according to this model, there are three prerequisites to perform a preventive sexual behavior: information, motivation and behavioral skills. Together they determine whether individuals will be able to adopt preventive behaviors.

The IMB model has been studied in a variety of populations (Fisher, Fisher, Bryan, & Misovich, 2002; Fisher, Williams, Fisher, & Malloy, 1999; Kalichman et al., 2002), including college students (Bazargan, Kelly, Stein, Husaini, & Bazargan, 2000; Fisher, Fisher, Williams, & Malloy, 1994), regarding condom use. Information and motivation were found to be independent factors, each related to behavioral skills, and behavioral skills were related to preventive behaviors (e.g., condom use discussions, condom accessibility, condom use during sexual intercourse, and HIV antibody testing). Specifically, the model states that HIV/AIDS prevention information and motivation work through prevention behavioral skills to influence risk-reduction behaviors (Fisher & Fisher, 1992). Furthermore, information and motivation are independent constructs, because some people are well informed about AIDS but may not be motivated to perform preventive behaviors while other people are motivated to perform preventive behaviors but may not be well informed. Information and motivation, however, may relate to behavioral skills, which are relevant to risk behavior changes, such as condom use.

The purpose of our research was to examine the power of the constructs of the IMB model to establish determinants of male condom use during sexual intercourse among university students. The female condom was not considered because it did not exist in Portugal at the time the research was planned. The study also explored gender differences in determinants of condom use. Research indicated that females were less comfortable buying condoms and were less likely to carry and use condoms than were men (Murphy, Rotheram-Borus, & Reid, 1998; Sacco, Rickman, Thompson, Levine, & Reed, 1993). Other studies suggested that HIV risk mechanisms differed by gender (Kowaleski-Jones & Mott, 1998; Newman & Zimmerman, 2000). Thus, an understanding of gender differences in HIV risk and preventive factors is imperative for the development of gender-specific interventions.

We hypothesized that there is an association between information, motivation, behavioral skills, and male condom use (preventive sexual behavior). We expected information and motivation to have a direct effect on behavioral skills and behavioral skills to have direct effects on condom use.

The present study thus examined: 1) an HIV/AIDS preventive behavior (condom use), information regarding HIV/AIDS transmission/prevention, and motivation and behavioral skills toward behaviors to prevent HIV/AIDS in a population of university students; 2) gender differences for condom use, information regarding HIV/AIDS transmission/prevention, and motivation and behavioral skills toward behaviors to prevent HIV/AIDS, 3) the ability of the IMB–based model to explain condom use, and 4) the ability of the IMB–based model to explain condom use for each gender.

Furthermore, by examining and understanding results, the research was expected to contribute with information and strategies that could help health educators and other professionals interested in promoting condoms use.

The present study was carried out in universities in different regions of Portugal to allow for a representative sample of Portuguese students in terms of sexual health. For the purpose of the present study, the preventive sexual behavior studied was condom use.

Method

The national survey “Sexual and Reproductive Health in University Students” is an extension of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study for

university students. The HBSC study is a collaborative World Health Organization study that has been undertaken in 43 countries with the aim to study school-aged behavior regarding health and risk behaviors in adolescence. Portugal has been part of this group of countries since 1996 (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001).

This cross-sectional study was carried out between March 2010 and June 2010 with an evaluation protocol that was administered to university students. The 19 universities in the sample were randomly selected from the official national list of universities. We established previous contact with the selected universities to obtain authorization for our research. The sampling unit used in these surveys was the class. In each university, classes were randomly selected to meet the required number of students for each grade. After having received authorization, we solicited voluntary participants to fill out the questionnaires and explained the study's aim. To protect participants and their anonymity, no information regarding identity was put on the questionnaires. Confidentiality of the data was also guaranteed.

This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and strictly followed all the guidelines for human rights protection.

The study provides national representative data of 3278 Portuguese university students, aged 18 to 35 years old, randomly chosen from those attending university during the academic year of 2009/2010. Data were collected through a self-administered questionnaire. The sample was stratified by region (North, Center, Lisbon and Tagus Valley, Alentejo, and the Algarve). The sample included 69.7% women and 30.3% men (this percentage is consistent with the gender distribution in the Portuguese university population: DGES/MCTES, 2011). The mean age was 21 years old (SD=3). The majority of students were of Portuguese nationality (97.3%), single (95.5%), Catholic (71.9%), and heterosexual (96.4%). From the total sample, 2730 young people had already had their first sexual intercourse. Forty-three young lesbian women were excluded from the sample because condom use rate is low among lesbians due to the fact that they have the lowest incidence of HIV transmission. Therefore, the subset used for this study is constituted by 2687 participants. Of these, 79.4% indicated that they had had their first sexual intercourse at the age of 16 or later, and 90.4% used contraception at first sexual intercourse, namely the male condom (86.9%). As for usual

contraceptive methods, the oral contraceptives (70.6%) and the male condom (69.2%) were the most reported.

Measures

HIV / AIDS preventive behavior was assessed through one question regarding frequency of condom use: “During the past 12 months, did you or your partner use a condom?” Students responded "never" (1) to "always" (5) to this question. “Always” was then coded "1", and any other answer (in most cases, sometimes, rarely or never) was then coded "0". The recoding was done this way because all answers other than “always” imply sexual risk behaviors. Condom use was also the variable selected as the HIV/ AIDS preventive behavior for the path analysis.

Information regarding HIV/AIDS transmission/prevention was assessed through participants’ answers to nine statements that were selected from the knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention scale, which was developed for the purpose of the HBSC research (from which this study derives) and which aimed at studying health and risk behaviors in adolescence (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). The Portuguese version of the scale was used (Matos et al., 2011). Young people were asked to respond to nine statements about HIV/AIDS transmission/prevention: (1) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing needles”; (2) “It is possible to become infected with HIV/AIDS from coughing and sneezing”; (3) “An HIV infected pregnant woman may pass the virus to her baby”; (4) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by hugging someone infected”; (5) “The oral contraceptive can protect against HIV/AIDS infection”; (6) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by engaging in unprotected sexual intercourse with someone just once”; (7) “Someone who looks healthy can be HIV infected”; (8) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by sharing a glass, fork/spoon”; (9) “It is possible to become infected with HIV/AIDS by blood transfusion in a Portuguese hospital”. Items were rated on a three response options (1= Yes, 2= No and 3= I do not know). Correct responses were coded as 1, and both incorrect or uncertain responses were coded as 0 because none of them represent correct knowledge. After recoding the scores in each item, they were added to obtain an overall result for information regarding HIV/AIDS transmission /prevention. Final scores ranged from 0 to 9, with high scores suggesting more information / more positive knowledge. For this measure, Cronbach's alpha was

0.77 with an average inter-item correlation of .41 and with the individual correlations ranging from .39 to .67.

Motivation toward HIV/AIDS preventive behavior:

This scale was based on the concepts of the theory of rational action (Ajzen, & Fishbein, 1980), and motivation was assessed with regard to personal attitudes, subjective norms and behavioral intentions related to six HIV/AIDS preventive behaviors (Misovich, Fisher & Fisher, 1998). The Portuguese version of the scale was used (Carvalho, 1999).

For each of the six preventive behaviors: (1) persuade your partner to practice safer sex only, (2) use condoms every time having sex, (3) always carry condoms with you, (4) take an HIV test using blood (HIV Test), (5) buy condoms, and (6) ask your partner to take an HIV test using blood (HIV test), three subscales were used to assess the attitudes of the subjects, their subjective norms and their behavioral intentions to perform those preventive behaviors.

- Attitudes toward HIV/AIDS preventive behaviors were assessed through participants' answers to the six previously described preventive behaviors and were selected from the attitudes toward HIV/AIDS subscale, which was developed for the purpose of research aimed at AIDS prevention (Misovich, Fisher & Fisher, 1998). The Portuguese version of the subscale was used (Carvalho, 1999). Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a 3-point response format (1= very bad, 2= neither good nor bad, and 3= very good). The results were added to construct an overall measure of attitudes regarding the practice of HIV/AIDS preventive behaviors. The results obtained vary between 6 and 18, with the highest score being an indicator of more positive attitudes toward HIV/AIDS preventive behaviors. Cronbach's alpha for this scale was 0.71 with an average inter-item correlation of .29 and with the individual correlations ranging from .35 to .52.

- *The subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors* were assessed through participants' answers to the six preventive behaviors selected from the subjective norms regarding HIV/AIDS subscale developed for the purpose of research aimed at AIDS prevention (Misovich, Fisher & Fisher, 1998). The Portuguese version of the subscale was used (Carvalho, 1999). To evaluate the generalized perceptions of social support for the practice of preventive behaviors regarding HIV/AIDS transmission, those individuals were asked to mark how far they believed most people

thought was important that they should perform each of the six preventive behaviors by using a 3-point response format (1= completely false, 2= neither true nor false, and 3= completely true). The results were added to construct an overall measure of subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors. All items were worded positively in such a way that a higher score on this subscale corresponded to more positive attitudes toward HIV/AIDS preventive behaviors. For this reason, the scores on this subscale range from 6 to 18. For this subscale, Cronbach's alpha was .83, with an average inter-item correlation of .45 and with the individual correlations ranging from .53 to .65.

- *Intention to have HIV/AIDS preventive behaviors* was assessed through participants' answer to the six preventive behaviors selected from a subscale developed for the purpose of research aimed at AIDS prevention (Misovich, Fisher & Fisher, 1998). The Portuguese version of the subscale was used (Carvalho, 1999). To measure the participants' behavioral intentions regarding the performance of those preventive behaviors, participants were asked to signal the likelihood that they intended to carry out each of the six behaviors. Response options were 1 (unlikely), 2 (more or less likely), and 3 (very likely); therefore high scores on this scale corresponded to increased intentions to perform preventive behaviors in transmitting HIV/AIDS. Total scores ranged from 6 to 18. Cronbach's alpha for this scale was 0.71 with an average inter-item correlation of .29 and with the individual correlations ranging from .35 to .53.

Behavioral skills toward HIV/AIDS preventive behaviors were assessed with two subscales that referred to the perceived difficulty and perceived effectiveness in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS.

- Perceived difficulty was assessed through a subscale of five items selected from the Perceived difficulty subscale, which was developed for the purpose of research aimed at AIDS prevention (Misovich, Fisher & Fisher, 1998). The Portuguese version of the subscale was used (Carvalho, 1999). This subscale referred to the degree of difficulty that participants thought they would have in relation to the performance of five preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS: (1) to what extent would it be difficult to support your sexual partner if he/she started talking about using condoms to reduce the risk of contracting STIs, (2) to what extent would it be difficult for you to use condoms every time you have occasional sexual meetings, (3) to what extent would it be difficult for you to talk about safe sex with your partner in a nonsexual situation, e.g. while driving, (4) to what extent can you refuse to have sex

with someone you met recently and refuses to use condom and (5) to what extent is it difficult for you to buy condoms). Using a response set that ranged from 1 (hard) to 3 (easy), students rated their level of difficulty in adopting five HIV/AIDS preventive behaviors with a sex partner. Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who scored high on this scale believed they could easily practice those behaviors. This subscale has an acceptable level of internal consistency (alpha= .71), with an average inter-item correlation of .29 and with the individual correlations ranging from .35 to .52.

- Perceived effectiveness was assessed through a subscale of five items selected from the Perceived self-efficacy scale, which was developed for the purpose of research aimed at AIDS prevention (Misovich, Fisher & Fisher, 1998). The Portuguese version of this subscale was used (Carvalho, 1999). This subscale referred to the degree of effectiveness that participants thought they would have in relation to the performance of five preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS: (1) how effectively can you convince your partner to practice safe sex only, (2) how effectively can you tell your partner that you want to practice safe sex only, (3) how effectively can you be sure that you will use a condom, (4) how effectively can you refuse to have unprotected sex and (5) how effectively can you persuade your partner to get tested for HIV. Using a response set that ranged from 1(ineffective) to 3 (effective), students rated their level of effectiveness in adopting five HIV/AIDS preventive behaviors with a sex partner. Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who scored high on this subscale believed they could effectively practice safer sex behaviors. For this measure, Cronbach's alpha was 0.79, with an average inter-item correlation of .43 and with the individual correlations ranging from .41 to .70.

Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19 for Windows. Descriptive statistics of the measures were examined, as were potential gender differences, through χ^2-test and analysis of variance. The level for statistical significance was set at $p < .001$. In this research, Pearson correlation coefficient and a path analysis were used to determine the connection between the dimensions of information, motivation, behavioral skills and preventive sexual behavior (male condom use).

Results

For HIV/AIDS preventive behavior, only 32.8% of participants reported having used the condom always during sexual intercourse in the last 12 months.

The majority of participants showed a high level of information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. The mean total score in relation to information about HIV/AIDS was 7.80 (SD= 1.07), with males showing significantly less knowledge (M = 7.63, SD=1.35) than females [(M = 7.89, SD=0.89 (F (1, 2634) = 34.980, p< .001)] (see table 35).

Motivation – a) Attitudes towards HIV / AIDS preventive behaviors: the mean total score in relation to attitudes towards HIV/AIDS preventive behaviors was 14.18 (SD=2.61); with males showing significantly more negative attitudes (M = 13.90, SD=2.64) than females [(M = 14.31, SD=2.58 (F(1, 2554) = 14.010, p< .001)]. b) Subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors: the mean total score was 12.95 (SD=3.17); with males showing more frequently being influenced by subjective norms (M = 13.14, SD= 2.96) than females [(M = 12.86, SD= 3.27 (F(1, 2533) = 4.333, p< .050)]. c) Intentions to have HIV/AIDS preventive behaviors: the mean total score was 12.68 (SD=2.94), with males showing significantly more intentions to practice preventive behaviors (M = 12.90, SD=2.84) than females [(M = 12.57, SD=2.98) (F(1, 2545) = 6.998, p<.010)] (see table 35).

Behavioral skills – a) Perceived difficulty in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS: the mean total score was 13.27 (SD=1.78); with males showing significantly more difficulty (M = 13.00, SD=1.98) than females [(M = 13.40, SD=1.65 (F(1, 2533) = 28.303, p< .001)]. b) Perceived effectiveness in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS: the mean total score of the scale was 13.10 (SD=2.14); with females showing significantly more efficiency (M = 13.39, SD=2.00) than males [(M = 12.50, SD=2.29 (F(1, 2541) = 99.521, p< .001)] (see table 35).

Table 35 - Differences between gender and HIV/AIDS transmission/prevention information, motivation toward preventive behavior (attitudes towards HIV/AIDS preventive behaviors, subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors and intention to have HIV/AIDS preventive behaviors) and behavioral skills toward HIV/AIDS preventive behaviors **(**perceived difficulty and perceived effectiveness in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS**)** (N=2687)

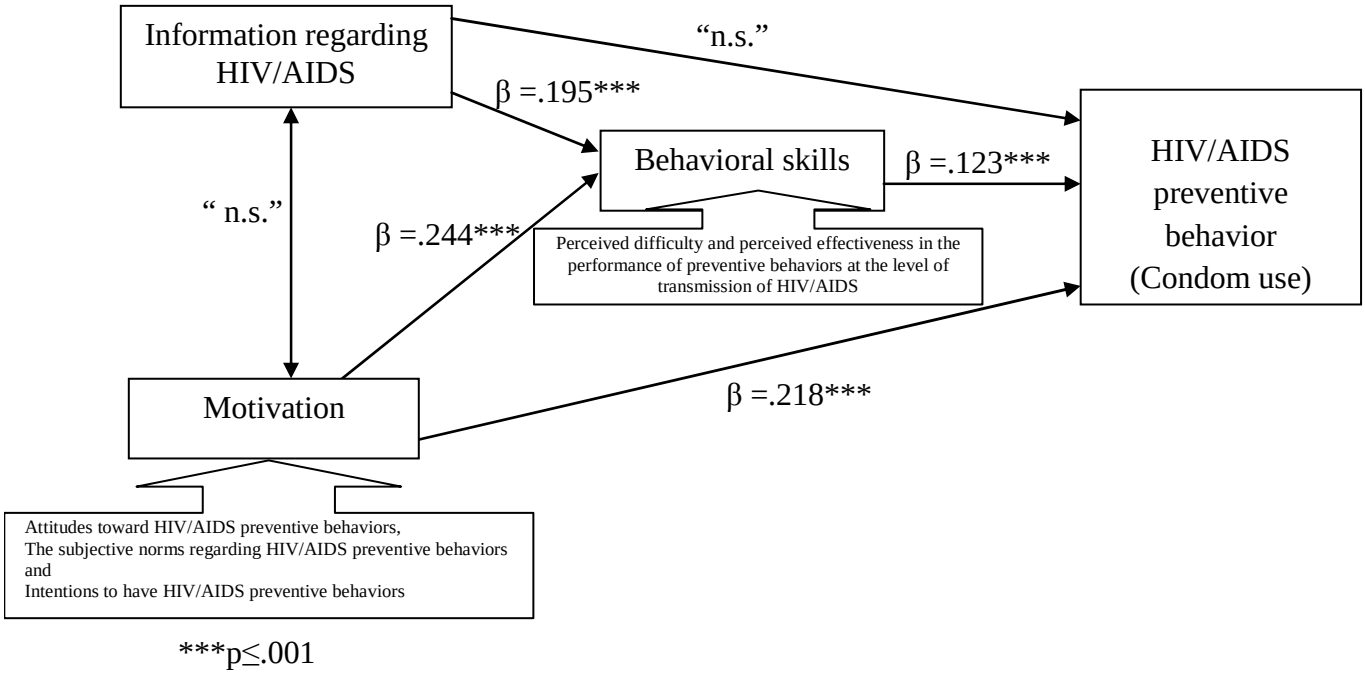
		M	**SD**	**F**
HIV/AIDS transmission/prevention information				
	Total score of the scale	7.80	1.07	34.980***
	Male	7.63	1.35	
	Female	7.89	0.89	
Motivation				
1) Attitudes toward HIV/AIDS preventive behaviors				
	Total score of the scale	14.18	2.61	14.010***
	Male	13.90	2.64	
	Female	14.31	2.58	
2) Subjective norms regarding HIV/AIDS preventive behaviors				
	Total score of the scale	12.95	3.17	4.333*
	Male	13.14	2.96	
	Female	12.86	3.27	
3) Intention to have HIV/AIDS preventive behaviors				
	Total score of the scale	12.68	2.94	6.998**
	Male	12.90	2.84	
	Female	12.57	2.98	
Behavioral skills toward HIV/AIDS preventive behaviors				
1) Perceived difficulty in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS				
	Total score of the scale	13.27	1.78	28.303***
	Male	13.00	1.98	
	Female	13.40	1.65	
2) Perceived effectiveness in the performance of preventive behaviors at the level of transmission of HIV/AIDS				
	Total score of the scale	13.10	2.14	99.521***
	Male	12.50	2.29	
	Female	13.39	2.00	

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

A hypothesized model was examined via a path analysis. Figure 6 presents the results of the path analysis, using maximum likelihood estimations.

The standardized coefficients in Figure 6 clearly showed that preventive sexual behavior (condom use) was not significantly associated to knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention. On the other hand, motivation and behavioral skills were associated to preventive sexual behavior (condom use) in a positive way (.218 and .123, respectively).

Figure 6 - Path analysis between information, motivation, behavioral skills and HIV/AIDS preventive behaviour (condom use)



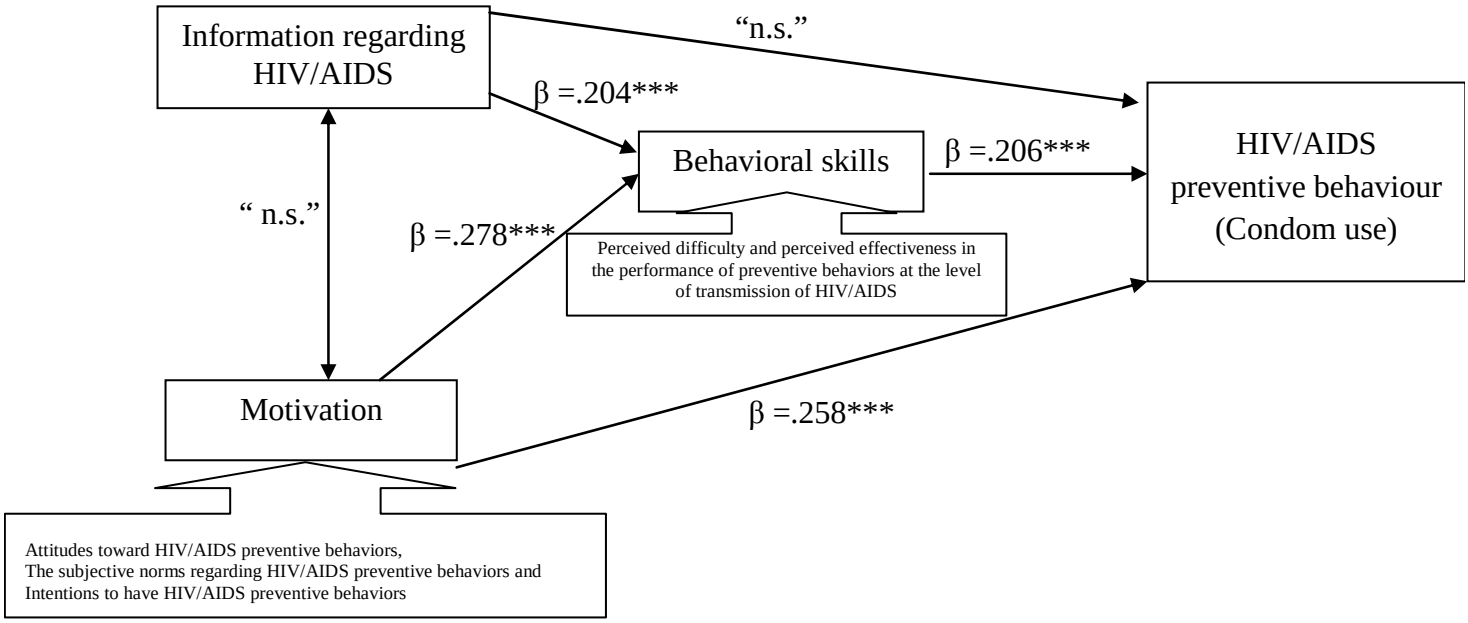
***p≤.001

Figure 7 presents the results of the path analysis separately for men and women using maximum likelihood estimations.

The standardized coefficients in Figure 7 clearly showed that preventive sexual behavior (condom use) was not significantly associated to knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention (either in men or in women). On the other hand, motivation and behavioral skills were associated to preventive sexual behavior (condom use) in a positive way both for men (.258 and .206, respectively) and for women (.199 and .087, respectively), with men registering high association.

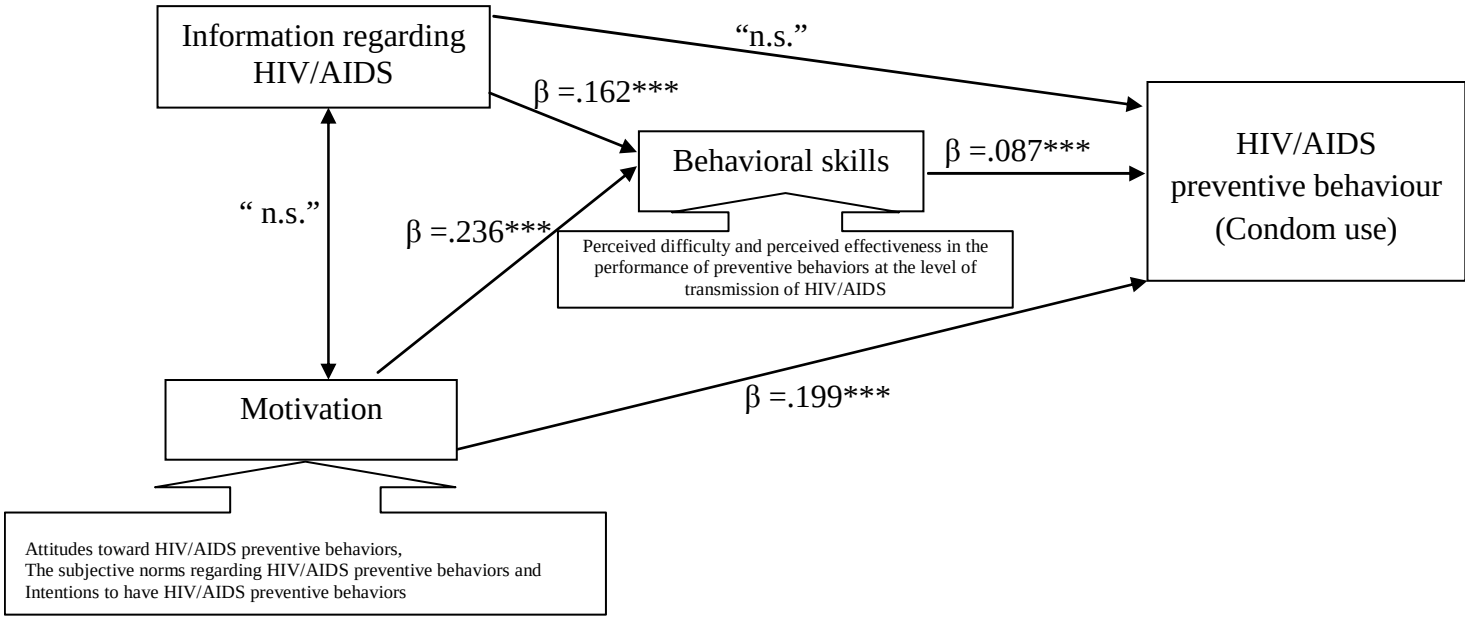
Figure 7 - Path analysis between information, motivation, behavioral skills and HIV/AIDS preventive behaviour (condom use) for men and women

Men



***p≤.001

Women



***p≤.001

Discussion

Findings showed most young people, especially women, have a good level of information regarding HIV/AIDS transmission/prevention. They also showed reasonable positive attitudes, subjective norms and intentions toward HIV/AIDS preventive behaviors.

Men and women reported feeling motivated to perform preventive behaviors such as carrying condoms, using condoms every time they have sex and persuading their partner to practice safer sex only. Nevertheless, men presented a higher perceived difficulty as well as a lower perceived effectiveness to have HIV/AIDS preventive behaviors, compared to women. This is probably more a factor of men having to actually put condoms on themselves.

Overall, though 86.9% used condom in their first sexual intercourse and 69.2% identified it as their usual contraceptive method, only 32.8% reported having used the condom always during sexual intercourse in the last 12 months. Therefore, it is crucial to understand which participants had in fact an HIV/AIDS preventive behavior – using the condom always during the last 12 months – and what the determinants were for that behavior.

Findings were consistent with the IMB model, applied to condom use (preventive sexual behavior) (Fisher & Fisher, 1992; 1993). The path analysis (both overall and according to genders) showed that preventive sexual behavior (condom use) did not depend exclusively on information, but it also depended on the enhancement of motivation and the acquisition of behavioral skills.

The IMB model is supported in that it does not require all three components to establish association and regards differential association as meaningful and diagnostic of directions for intervention.

Consistent with the IMB model, indicators of motivation to prevent HIV/AIDS were significantly associated with behavioral skills to prevent HIV/AIDS for both genders. Also as suggested by the IMB model, a significant relationship was observed between behavioral skills and condom use.

However, contrary to expectations, no associations were found between information regarding HIV/AIDS transmission/prevention and motivation, and between information and condom use. Information was only associated with behavioral skills. Information alone about HIV/AIDS transmission/prevention did not grant a protective

effect in relation to condom use. This means that being well informed about HIV/AIDS transmission/prevention does not guarantee that individuals will not perform behaviors that may put them at risk of becoming infected. The lack of direct effects of information regarding HIV/AIDS transmission/prevention on condom use were not surprising, given previous research showing that information about risks and risk-reducing behaviors is often insufficient to change risk behavior (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994, Raj, 1996). Although of public health value, information or knowledge regarding HIV/AIDS transmission/prevention appears insufficient in establishing the determinants of condom use.

Motivation and behavioral skills to perform preventive sexual behaviors had significant effects especially regarding men; consequently those were the determinants that influenced condom use in this research, and therefore, it is suggested that interventions that promote prevention of sexual behavior should place emphasis on changing attitudes, subjective norms, behavioral intentions and behavioral skills.

An intervention that provides opportunities for optimizing behavioral skills (e.g., skills for negotiating safer sex and maintaining abstinence in relation to unprotected sex, talking about sex safety before and during sexual contact and out of situations of unsafe sex) is also important. Using techniques for enhancing motivation, such as using motivational interviewing strategies (Miller & Rollnick, 1991) to reduce risk behaviors, have become increasingly popular in interventions for adults at risk for HIV and other STIs (Carey et al., 1997; Kalichman, Cherry, & Brown-Sperling, 1999). Motivation-enhancing techniques seem indicated in interventions for young people and should be tested in future research. Thus, such interventions must address the problems previously identified in a target population for these constructs, maximizing the previously existing one, rather than proceeding intuitively (Fisher & Fisher, 1992, 2000).

It appears that subjective norms did not contribute to the association between intentions and condom use, possibly due to unrealistic perceptions of control. On the other hand, it can contribute to the significance of perceived effectiveness of male condom use (Fisher & Fisher, 2000). Those who have not had experience purchasing and using condoms may overestimate the amount of control they have over these behaviors. In addition to these possible explanations, findings of similar studies showed that condom use may not be influenced by social norms (Catania et al., 1989; Nguyen, Saucier, & Pica, 1994) or perceived behavioral control (Catania et al., 1989). This is in line with the premise that the relative importance of the theory's constructs in

determining intentions can vary in accordance to the population and the behavior under investigation (Fisher & Fisher, 1992, 2000).

Moreover, our findings suggested the potential importance of gender in relation to HIV risk reduction and strongly suggested that determinants of risk be interpreted in the context of gender and that risk-reduction interventions be tailored for gender relevance and to address relationship power issues. Gender-power relations have been shown to be important in explaining risk and protective behaviors in adolescents and adults (Wingood & DiClemente, 2000).

Our findings demonstrated that school programs, at least for this population, should concentrate on enhancing motivation and behavioral skills related to condom use. In a study of heterosexual university female students in New Brunswick, an intervention including information about AIDS, condom normalization, and condom eroticization was associated with the enhancement of attitudes toward and increased use of condoms, compared with a group of women receiving information only (Ploem & Byers, 1997). Regarding attitudes about the reliability of condoms, perceived discomfort caused by condoms, and interference with the enjoyment of sex, most students in this study showed either neutral or negative attitudes.

Further research is needed to understand the situational and contextual issues that explain why females are less likely to use condoms, despite having strong intentions to do so. Perhaps women are more concerned with pregnancy prevention than with avoiding STIs (Reis, Ramiro & Matos, 2009). It could well be that differences in power within the relationship have an impact on the capacity of women to act upon their intentions or that the length or stability of their current relationship influences condom use or just that men are the ones who use them. Future studies should include the assessment of these determinants, and it would also be important to conduct an evaluation within the couple.

Research also suggests that targeting only youth behavior is not likely to be enough. The engagement of parents, peers, family, school, university, and community is crucial to develop well-informed, motivated and skilled adolescents and young people (Reis, Ramiro, Matos, Diniz & Simões, 2011).

This study has some limitations. First, ratings for the measure selected to evaluate information (per the IMB model) were very high, resulting in little overall variability—the vast majority of participants showed accurate knowledge. Although we used a validated measure of information, it might be that the overall lack of variability

in scores explains why this construct was not significant in our models. Further testing would be needed. Second, condom use assessment did not take into consideration partner type (main partner or casual partner) and other forms of contraceptives being used, which may be related to the low rates of consistent condom use in the last 12 months.

Although the cross-sectional nature of the present study did not allow for causality inferences, the present study had the advantage of including a large number of randomly selected university students. Furthermore, this study is, to the authors' knowledge, the first national study including a national representative sample of university students.

References

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood CliVs, NJ: Prentice-Hall.

Albarracin, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1): 142–161.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioural interventions* (pp. 25–59). New York: Plenum.

Bazargan, M., Kelly, E.M., Stein, J.A., Husaini, B.A., & Bazargan, S.H. (2000). Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: The effect of HIV knowledge, motivation, and behavioural skills. *Journal of the National Medical Association*, 92(8): 391-404.

Campbell, S. M., Peplau, L. A., & DeBro, S. C. (1992). Women, men, and condoms: Attitudes and experiences of heterosexual college students. *Psychology of Women Quarterly*, 16: 273–288.

Carey, M.P., Maisto, S.A., Kalichman, S.C., Forsyth, A., Wright, I., Johnson, B.T. (1997). Enhancing motivation to reduce risk for HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 65: 531–541.

Carvalho, M., (1999). O Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais: Estudo dos Determinantes dos Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH em Jovens Adultos. *Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde.* [The Model Information-Motivation-Behavioral Skills: Study of the Determinants of Preventive Behaviors in HIV transmission in Young Adults. Master Thesis in Health Psychology]. ISPA – Instituto Superior de Psicologia aplicada.

Catania, J.A., Coates, T.J., Dolcini, M.M., Greenblatt, R.M., Kegeles, S.M., Puckett, S., Corman, M., & Miller, J. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: Implications for AID-related health interventions. *Journal of Sex Research*, 26: 514-24.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA (2011). A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. [HIV/AIDS. (2011). The situation in Portugal on December 31, 2010]. Lisboa: INSA.

DGES/MCTES – Direcção Geral do Ensino Superior/Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.(2011). [Direction General of Higher Education/ Ministry of Science, Technology and Higher Education. (2011)]. Retrieved from: http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt

Fishbein, M., Middlestadt, S., & Hitchcock, P. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: an analysis based on theory of reasoned action. In: DiClemente R, Peterson J, editors. *Preventing AIDS: theories, methods, and behavioral interventions.* New York: Plenum Press, 61–77.

Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behaviour. In Peterson, J. & DiClemente, R. (Eds.), *HIV prevention handbook* (pp. 3–55). New York: Plenum.

Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Fisher, W. & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1:99–106.

Fisher, J., Fisher, W., Bryan , A., & Misovich, S. (2002). Information–motivation–behavioral skills model–based HIV risk behavior change intervention for inner–city high school youth. *Health Psychology*, 21: 177–186.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams, S.S., & Malloy, T.E. (1994). Empirical tests of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS-preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*,13(3): 238–250.

Fisher, W., Williams, S., Fisher, J., & Malloy, T. (1999). Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents: An empirical test of the information–motivation–behavioral skills model. *AIDS and Behavior*, 3(1): 13–23.

Helweg-Larsen, M., & Collins, B.E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13(3): 224–237.

Kalichman, S.C., Cherry, C., Brown-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk reduction intervention for inner-city African-American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 959–966.

Kalichman, S., Stein, J.A., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., Prado, G., & Feaster, D.J. (2002). Predicting protected sexual behaviour using the Information-Motivation-Behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychoogyl Health & Medicine*, 27(3): 327–338.

Kowaleski-Jones, L. & Mott, F. (1998). Sex, Contraception, and Childbearing among High-Risk Youth: Do Different Factors Influence Males and Females? *Family Planning Perspectives*, 30(4): 163-169.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011)**.** *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010.* [The Health of Portuguese adolescents – HBSC Study Report 2010.] ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.

Misovich, S.J., Fisher, W.A., & Fisher, J.D. (1998). A measure of AIDS prevention information, motivation and behavioural skills. In C. M. Davis, W. H. Yarber, R. Bauserman, G. Scheer & S.L. Davis (Eds.), Handbook of Sexuality Related Measures. New Park, CA: Sage.

Murphy, D.A., Rotheram-Borus, M.J., & Reid, H.M. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioural skills. *Journal of Adolescence*, 21: 197-208.

Newman, P.A., & Zimmerman, M.A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African American youth: A multivariate approach. *AIDS Education and Prevention*, 12(4): 308-325.

Nguyen, M.N., Saucier, J-F, & Pica, L.A. (1994) Influence of attitudes on the intention to use condoms in Quebec sexually active male adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 15: 269-274.

Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. [The Portuguese youth and sexuality in end of century XX] Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Ploem, C., & Byers. E.S. (1997). The effects of two AIDS risk-reduction interventions on heterosexual college women's AIDS-related knowledge, attitudes and condom use. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 8: 1-24.

Raj, A. (1996). Identification of social cognitive variables as predictors of safer sex behavior and intent in heterosexual college students. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22(4): 247-258.

Reece, M., Herbenick, D., Hollub, A., Hensel, D., & Middlestadt, S. (2010). A Psychometric Assessment of the Multi-Factor Attitude Toward Condoms Scale (MFACS). *International Journal of Sexual Health*, 22: 119-129.

Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: A panel study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(9): 749–772.

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J.A. & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/AIDS in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23(2): 260-266**.**

Reis, M.; Ramiro, L. & Matos, M.G. (2009). Contraception, occasional partners and substance consumption in young Portuguese Students. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6(2): 206-214.

Sacco, W.P., Rickman, R.L., Thompson, K., Levine, B., & Reed, D. L. (1993). Gender differences in AIDS relevant condom attitudes and condom use. *AIDS Education and Prevention*, 5(4): 311–326.

Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(8): 1624–1675.

UNAIDS. (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

Wingood G., & DiClemete R. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education and Behavior*; 27: 539–565.

Estudo 5 - The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students[6]

Abstract

The goal of this research was to analyze the significance of sex education in schools and what are its effects in promoting healthy sexual behaviour among university students. The sample included 3278 students. Results showed students who had sex education in school mentioned more often having had fewer sexual risk behaviours (less occasional partners, less sex associated to alcohol and drugs, less STIs, less unwanted pregnancies and abortions). Most young people have reasonable knowledge, positive attitudes about contraception/STIs, and skills of condom use. Our study demonstrates positive associations between receiving sex education and protective sexual behaviours, knowledge, motivation and skills.

***Keywords*:** Sexual education, Promoting sexual and reproductive health, University students

[6] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29: 477-485.

Nota: No âmbito deste artigo realizou-se uma comunicação na International Conference on Education & Educational Psychology – ICEEPSY 2011, 19 a 22 Outubro de 2011, Istambul. Turquia.

Introdution

Sexuality continues to be, in many countries, an area that requires urgent interventions. In recent years, it has been observed an evolution in terms of sexual and reproductive health in Portuguese youngsters, but not all claim to have a preventive sexual behaviour yet, and not having preventive sexual behaviours can have serious consequences in terms of public health (Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

Reproductive health education is essential to the prevention of sexual risk behaviour and its associated adverse outcomes of unwanted pregnancy, HIV/AIDS, and other sexually transmitted infections (STIs) in adolescents. Young people receive reproductive health education from multiple sources, including formal education (e.g., school) and informal education (e.g., parents, peers, and the media) (L'Engle, Brown, & Kenneavy, 2006; Kirby, 1999; 2002; Public Health Agency of Canada., 2008).

On national surveys, formal reproductive health education is reported by nearly all adolescents (Bearinger, Sieving, & Sharma, 2007; Kohler, Manhart, & Lafferty, 2008) and teachers (Lindberg, Ku, & Sonenstein, 2000; Lindberg, Santelli, & Singh, 2006). A national study conducted by Mueller, Gavin and Kulkarni (2008) found that sexually active adolescents who received sex education at school were more likely to use birth control at first intercourse and to have fewer unwanted pregnancies. Kirby, Laris and Rolleri (2007) summarized evaluations of school-based sexuality and HIV education programs covering both abstinence and contraception and concluded that some of these programs can delay the onset of intercourse, reduce the frequency of intercourse, decrease the number of partners, and increase condom use. Therefore, formal reproductive health education is not associated with increased sexual activity (Kirby, 2002; Kirby, Laris, & Rolleri, 2007; Mueller, Gavin, & Kulkarni, 2008).

In Portugal, rates of pregnancies, births, and STIs among adolescents continue to present public health challenges due to the health implications associated with these events. Certainly, the increased use of condoms and contraceptives among adolescents would help reduce the effect of sexual risk behaviours on health; however, and despite of the good estimates of national study - HBSC (2010) about condom use (82.5%) and use of birth control pills (53.5%) at last sexual intercourse among sexually active adolescents suggest room for improvement (Matos et al., 2011).

A key public health question is why have our risk-reduction strategies not resulted in uniform reduction in risks and promotion of health? One partial answer to this question may be that risk-reduction strategies do not promote more general developmental skills that would enable and motivate young people to employ these prevention strategies in their lives (Mueller, Gavin, & Kulkarni, 2008).

Positive youth development strategies that promote general developmental skills have been seen as an alternative to approaches that promote adolescent health by focusing solely on risk factors (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006). A growing amount of research stresses the importance of understanding the role that promotive and/or protective factors play in reducing negative health outcomes for youth, including adolescent sexual and reproductive health outcomes (Abma, Martinez, Mosher, & Dawson, 2004; Rangel, Gavin, Reed, Fowler, & Lee, 2006).

There is some evidence that a positive youth development approach can be effective for producing long-term behavioural change and ultimately reduction in teen pregnancy and sexually transmitted infection (STIs) (House, Bates, Markham, & Lesesne, 2010). The most recent systematic review of randomized controlled trials of adolescent pregnancy and sexual transmitted infections prevention programmes calls for future research into sex education programmes developed from suggestions made by young people that emphasize negotiation skills in sexual relationships and communication (DiCenso, Guyatt, Willan, & Griffith, 2002). For this reason, most research emphasizes the importance of sex education from the earliest school years and identifies young people as an important target group for prevention. There are several good reasons to study sex education and its use in the adolescent population. The question remains as to the best way to educate individuals about sex and sexuality in developing countries (Esere, 2008; Kirby, Laris & Rolleri, 2007; Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008).

According to behaviour theory - the model of information-motivation behavioural skills (IMB), if the aim of sex education is to improve safe sexual behaviour of individuals, the first aim must be to improve knowledge, and then foster motivation (that includes attitudes, behavioural intentions and subjective norms - perceived social support to perform these actions) and behavioural skills (Fisher & Fisher, 1992; Fisher & Fisher, 1993). This means that young people who have knowledge, information, motivation and skills can change their attitude and subsequently their sexual behaviour (Bell, 2009).

Evidence from intervention efficacy research accumulated during the past 20 years shows that some, but not all, sex education curricula can effectively reduce adolescent sexual risk behaviour (Kirby, 2001). No recent national studies have been conducted to assess the effect of sex education on the sexual behaviours of young Portuguese people. It is possible that the changes in how and when sex education is provided (i.e., increased coverage of sex education, providing sex education at earlier ages, and availability of evidence-based curricula) will be translated into a greater impact at the population level.

This study was developed by using a recent, nationally representative survey to evaluate the significance of sex education in schools and what are its effects in promoting healthy sexual behaviour among university students. Therefore, this study's objectives were to explore the association between young people having / not having had sex education at school with sexual risk behaviours (including consistent use of the condom, occasional partners, sex associated to alcohol and drugs, STIs, unwanted pregnancies and abortions), as well as knowledge and attitudes towards contraceptive methods and STIS, and behavioural skills.

Methods

Sample

The study provides national representative data of 3,278 Portuguese college students, between 18 and 35 years old, randomly chosen from those attending university during the academic year of 2009/2010. Data was collected through a self-administered questionnaire. The sample included 70% women and 30% men. The mean age was 21 years old (standard deviation 3). The majority of students are Portuguese (97.3%), single (95.5%), catholic (71.9%), heterosexual (96.4%), have already begun their sexual life (83.3%) and were proportionally distributed among all the educational Portuguese regions.

Procedure

The National Survey "Sexual and Reproductive Health in University Students" (HBSC / SRHUS) – is an extension of the HBSC. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) is a collaborative WHO study, undertaken in 43 countries with the aim to study school-aged behaviour regarding health and risk behaviours in

adolescence. Portugal is part of this group of countries since 1996 (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). This Nationwide Survey was conducted in 2010 for the Ministry of Health Portugal and for the National Coordination for HIV/AIDS Infection by the Technical University of Lisbon. This study describes sexual risk behaviours, knowledge, attitudes and skills and associates them to sex education in schools and what are its effects in promoting healthy sexual behaviour among university students. The data collection was carried out between the months of March and June 2010. This study had the approval of a scientific committee, the National Ethics Committee and the National Commission for Data Protection and followed strictly all the guidelines for human rights protection.

Measures

The survey used in this study was the "Sexual and Reproductive Health in University Students (HBSC / SRHCS)" (Matos, Reis, Ramiro & Social Adventure Team, 2011), that includes several questions from different instruments. For the purpose of this study, the following instruments were used:

(1) three sex education questions: must sex education be addressed in schools? (Yes/No); , did you have sex education in school in the last years? (Yes/No) and did you feel informed with the issues that were discussed in sex education classes? (1 = Very much informed; 2= Reasonably informed; 3= Not at all informed).

(2) sexual behaviour: three questions about 1st sexual intercourse*:* age, use of contraceptive method (Yes/No) and which contraceptive method was used; one question about the contraceptive method usually used; and the degree of sexual risk behaviour, which was measured through seven behaviours - consistent condom use (1=always used, 2=Not always used), occasional partners (Yes/No), having had sexual intercourse with alcohol and drugs (Yes/No) and having had a sexually transmitted infection, a pregnancy and having made a voluntary interruption of pregnancy (Yes/No)**.**

(3) Knowledge Concerning Contraceptive Methods was measured via the 14 items developed by the authors based on knowledge of students' social environment and on literature documenting the importance of knowledge of contraceptive methods (Reis & Matos, 2007). Each item has four or five optional answers, but only one is correct. The results obtained vary between 0 and 14, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding contraceptive methods.

(4) Knowledge Concerning Sexual Transmitted Infections was measured via the 21 items developed by the authors and on literature documenting the importance of knowledge of STIs (Reis & Matos, 2007). Each item has four or five optional answers, but only one is correct. The results obtained vary between 0 and 21, with the highest score being an indicator of higher knowledge regarding STIs.

(5) Attitudes towards Contraceptive Methods were assessed through 11 items selected from the Contraceptive Attitudes Scale (CAS, Reis & Matos, 2007). Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1= Strongly disagree; 5= Strongly agree). The results obtained can vary between 11 and 55 points, with the highest score indicating more positive attitudes for contraception use.

(6) Attitudes towards STIs were assessed through 27 items selected from the STD Attitudes Scale (STD-AS, Reis & Matos, 2007). Students were asked to indicate their level of agreement with the statements using a five-point response format (1= Strongly disagree; 5= Strongly agree). The results obtained vary between 27 and 135 points, being that the highest score is an indicator of more positive/preventive attitudes towards STIs.

(7) Behaviour Skills of condom use: 2 sub-scales (5 items each) - (a) five referring to perception of difficulty of condom use. Using a response set that ranged from 1= hard to 3 = easy, students rated their level of difficulty in adopting five safer sex behaviours with a sex partner (e.g., "Refuse to have sex with a person if he or she won't use a condom"). Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who score high on this scale believe they can easily practice safer sex behaviours. (b) and five items referring to perception of self-efficacy of condom Use. Using a response set that ranged from 1= ineffective to 3 = effective, students rated their level of self-efficacy in adopting five safer sex behaviours with a sex partner (e.g., "How effectively do you think you can convince your partner to practice only safe sex?"). Summing items yields a total score that may range from 5 to 15. Students who score high on this scale believe they can effectively practice safer sex behaviours.

Data analysis

The data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19. Descriptive statistics including frequencies, means and standard deviations were performed to give general descriptions of the data. Sexual behaviour and risk

behaviours were compared between the students who have had or have not had sex education using the Chi-square ($\chi 2$) tests.T-test was performed to examine differences in knowledge, attitudes and skills scores for the entire sample that mentioned having/not having had sex education. The level for statistical significance was set at $p < .05$. Only significant results were discussed.

Results

The majority said that sex education should be addressed at schools (96%), had sex education at school in the last years (56.2%) and mentioned that had felt very well informed (59%) with the issues discussed in sex education classes. Women and young people of the younger age group (18 to 21 years) most often mentioned that they had sex education at school (see table 36).

Table 36 – Differences between gender/age group and sex education questions

	Gender					**Age Group**						
	Male		**Female**		χ^2	**18-21 Years**		**22-28 Years**		**29-35 Years**		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Must sex education be addressed at school? (N=3213)					14.342***							1.776
Yes	901	94.1	2185	**96.9**		2193	96.1	779	95.7	114	98.3	
No	57	**5.9**	70	3.1		90	3.9	35	4.3	2	1.7	
Did you have sex education at school in the last years? (N=3210)					25.672***							132.806***
Yes	474	49.4	1329	**59.1**		1426	**62.4**	343	42.5	34	29.1	
No	486	**50.6**	921	40.9		859	37.6	465	**57.5**	83	**70.9**	
Did you feel informed with the issues that were discussed in sex education classes? (N=1790)					5.115							2.222
Very well informed	290	61.7	766	58		837	59.1	201	58.9	18	58.3	
Reasonably informed	140	29.8	464	35.2		472	33.3	121	35.5	11	34.4	
Not at all informed	40	8.5	90	6.8		108	7.6	19	5.6	3	9.4	

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001
In bold – values that correspond to an adjusted residual ≥ │1.9│

From the entire sample that mentioned already having had sexual intercourse, 1453 young people mentioned that they had had sex education. Of these, 80.5% referred that they had had their first sexual intercourse at the age of 16 or later, 89.3% used the condom in their first sexual intercourse and 73.3% usually used the condom.

Nevertheless, only 35.3% used the condom always during sexual intercourse in the last 12 months.

A significant variation was found between having/not having had sex education in terms of use of contraceptive method in 1st sexual intercourse (condom and pill) (χ^2 (1) = 14.90; p = .000; χ^2 (1) = 8.28; p = .004, respectively), in the contraceptive method usually used (condom) (χ^2 (1) = 24.21; p = .000) and in the frequency of condom use during sexual intercourse in the last 12 months (χ^2 (1) = 9.56; p = .002).

The results showed that the students who have had sexual education mentioned more often use of the condom and pill in 1st sexual intercourse, use of the condom usually and always in the last 12 months. College students who had sex education in secondary school mentioned more often having had fewer sexual risk behaviours (less occasional partners (30%), less sex associated to alcohol (33.2%) and drugs (4.8%), less STIs (3.2%), less unwanted pregnancies (3.4%) and abortions (2.1%)) than those who had not (35.8%, 38.6%, 6.5%, 3.3%, 4.7% and 4.2%, respectively) (see table 37).

The mean total score in relation to knowledge concerning contraceptive method and STIs was 7.17 (SD= 2.33) and 15.12 (SD=2.62), respectively; with young people who had not had sex education showing significantly less knowledge (M = 6.94, SD=2.36; M=14.77, SD=2.62, respectively) than students who had had sex education [(M = 7.35, SD=2.30; M=15.39, SD=2.58) (t (3017) = -4.860, p< 0.000; t (3009) = -6.425, p< 0.000)].

The mean total score in relation to attitudes towards contraceptive methods was 38.91 (SD=4.96); with young people who had not had sex education showing significantly more negative attitudes (M = 38.33, SD=4.91) than students who had had sex education [(M = 39.37, SD=4.96 (t(3109) = -5.782, p< 0.000].

Behaviour skills of condom use – (a) the mean total score concerning perception of difficulty of using condoms was 13.21 (SD=1.79); with students who had not had sex education showing more significant difficulty (M = 13.12, SD=1.84) than young people who had had sex education [(M = 13.27, SD=1.74 (t(3054) = -2.354, p< 0.019)]; (b) the mean total score concerning perception of self-efficacy using condoms was 13.04 (SD=2.13); with students who had had sex education showing more significant self-efficacy (M = 13.16, SD=2.08) than young people who had not had sex education [(M = 12.89, SD=2.19 (t(2795) = -3.403, p< 0.001)] (see table 38).

Table 37 - Differences between having/not having had sex education and sexual behaviour and risky sex for the entire sample that mentioned already having had sexual intercourse

	Having had sex education (N=1453)		**Not having had sex education (N=1216)**		**Total (N=2669)**		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Age of 1st sexual intercourse							6.283
11 or less	10	0.7	6	0.5	16	0.6	
12 and 13	49	3.4	34	2.8	83	3.1	
14 and 15	225	15.5	230	18.9	455	17.0	
16 or more	1169	80.5	946	77.8	2115	79.2	
CM used in 1st sexual intercourse							
Condom	1298	**89.3**	1025	84.3	2323	87	14.90***
Pill	335	**23.1**	225	18.5	560	21	8.28**
CM usually used by the participant or partner (% of people who responded yes)							
Pill	1401	71.6	840	69.1	1881	70.5	2.10
Condom	1065	**73.3**	784	64.5	1849	69.3	24.21***
Frequency of condom use during sexual intercourse in the last 12 months							9.56**
Always used	490	**35.3**	337	29.5	827	32.7	
Not always used	898	64.7	805	**70.5**	1703	67.3	
Occasional sexual partners							9.69**
Yes	429	30	423	**35.8**	852	32.6	
No	1000	**70**	760	64.2	1760	67.4	
Having had sexual intercourse under the influence of alcohol							8.07**
Yes	473	33.2	453	**38.6**	926	35.6	
No	952	**66.8**	722	61.4	1674	64.4	
Having had sexual intercourse under the influence of drugs							3.274
Yes	66	4.8	73	6.5	139	5.5	
No	1311	95.2	1058	93.5	2369	94.5	
Having had an STI							0.06
Yes	45	3.2	39	3.3	84	3.2	
No	1376	96.8	1129	96.7	2505	96.8	
Having had a pregnancy							1.844
Yes	35	3.4	36	4.7	71	4.0	
No	981	96.6	727	95.3	1708	96.0	
Having made a voluntary interruption of pregnancy							8.90***
Yes	29	2.1	47	**4.2**	70	3	
No	1343	**97.9**	1079	95.2	2422	97	

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001

In bold – values that correspond to an adjusted residual ≥ │1.9│

Table 38 - Differences between knowledge and attitudes concerning contraceptive methods and STIs, and Behaviour Skills for condom use for the entire sample that mentioned having/not having had sex education

	Having had sex education (N=1803)		**Not having had sex education (N=1407)**		**Total (N=3210)**		**t**
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	
Knowledge concerning Contraceptive Methods	**7.35**	2.30	6.94	2.36	7.17	2.33	- 4.860***
Knowledge concerning STIs	**15.39**	2.58	14.77	2.62	15.12	2.62	- 6.425***
Attitudes towards Contraceptive Methods	**39.37**	4.96	38.33	4.91	38.91	4.96	- 5.782***
Attitudes towards STIs	102.32	9.56	101.99	10.23	102.18	9.86	- 0.879
Behaviour Skills of condom use							
Perception of Difficulty of condom use	**13.27**	1.74	13.12	1.84	13.21	1.79	- 2.354*
Perception of Self-efficacy of condom use	**13.16**	2.08	12.89	2.19	13.04	2.13	- 3.403***

* p< .05; ** p< .01; *** p< .001

Conclusions

Findings show that the majority said that sex education should be addressed at schools, in the last years had sex education in school and mentioned that they feel very well informed with the issues discussed in sex education classes. University women and young people of the younger age group reported more often had sex education in school than male and older people.

From the entire sample that mentioned already having had sexual intercourse and having had sex education, most young people had had their first sexual intercourse at the age of 16 or later, used the condom in their first sexual intercourse and usually used the condom, but only 35.3% reported having used the condom always during sexual intercourse in the last 12 months. It was found that the students who have had

sexual education mentioned more often having used the condom and the pill in 1st sexual intercourse, using the condom usually and always in the last 12 months.

Regarding risk behaviours, it was found that college students who had sex education in secondary school mentioned more often having had less occasional partners, less sex associated to alcohol and drugs, less STIs, less unwanted pregnancies and voluntary interruption of pregnancy than those who had not had sex education. These results have been found in other studies (Kirby, 2002; Kirby, Laris, & Rolleri, 2007; Mueller, Gavin, & Kulkarni, 2008).

Most young people have reasonable knowledge about contraception and STIs, especially the students who have had sex education. They also show positive attitudes towards contraception (the students who have had sex education). As for behaviour skills of condom use, the students who had not had sex education showed more significant difficulty of using condoms and young people who had had sex education showed more significant self-efficacy using condoms. Findings are consistent with the model of information-motivated behavioural skills (IMB), applied to condom use (Fisher & Fisher, 1992; Fisher & Fisher, 1993). Knowledge alone about contraception and STIs does not grant a protective effect in relation to preventive sexual behaviour. This means that being well informed about contraception and the prevention of STIs does not guarantee that individuals will not perform behaviours that may put them at risk of becoming infected. Motivation and behavioural skills to perform preventive sexual behaviours have significant effects; consequently interventions that promote prevention of sexual behaviour should give emphasis on changing attitudes, perceptions of social support, intentions and skills' acquisition.

Overall, results suggest that receiving formal sex education before first sexual intercourse was associated with delaying sexual initiation, and greater use of contraception at first sexual intercourse. Receiving sex education before first sexual intercourse may help contribute to reaching the Healthy People 2012 goals of reducing the number of adolescents who have sexual intercourse, reducing the number of adolescents younger than age 15 years who have sexual intercourse, and increasing the number of adolescents who use contraceptive methods.

This research provides results from recent data using a nationally representative sample of young people and highlights the potential benefit of sex education at school. Our study demonstrates positive associations between receiving sex education with several sexual risk behaviours, knowledge, motivation and skills.

In addition, greater proportions of youth are now receiving sex education as well as receiving it at younger ages than in the past. These changes in how and when sex education is provided may account for youth attaining the skills and knowledge needed to influence their decision making about responsible sexual behaviour (Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011). Another possible explanation is that schools are using more effective curricula. Although the extent to which schools and community organizations are using these programs and maintaining fidelity to the curricula are not known, the use of these programs may be a contributing factor to the positive effects of sex education found in our study. Future research should investigate the prevalence of evidence-based programs used in formal settings as well as determine their effectiveness when implemented on a large scale. There is also a need to better understand the process of scaling up the implementation of evidence-based programs (Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011).

The findings of this study must be considered in light of the study's strengths and limitations. The study included a nationally representative sample of young people and considered the importance of sex education in the healthy sexual behavioural. However, the study was limited by the fact that it relied on self-reported measures; respondents may have given socially acceptable answers, and recall bias should be considered. Also, sex education is not the only factor that influences the sexual behaviours of youth; parents, peers, media, and other outside sources are among many influences that may also need to be considered.

Our analyses suggest that sex education at school helps protect youth from risky sexual behaviours. Researchers have recently documented the contribution of delayed sexual initiation and improved contraceptive use to the decreased teen pregnancy rate (Mueller, Gavin & Kulkarni, 2008); findings from our analysis suggest that sex education received by young people in formal settings may contribute to this positive outcome. Sex education should continue to be implemented at school and, to be most effective, it should occur before youth engage in sexual intercourse for the first time. Sex education provides youth with the knowledge, motivation and skills to make healthy and informed decisions about sex, and this study indicates that sex education is making a difference in the sexual behaviours of Portuguese young people.

References

Abma, J.; Martinez, G.; Mosher, W.; & Dawson, B. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 23(24):1-87.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). *Adolescent Sexuality and Sex Education*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Bearinger, L., Sieving, R., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescent: patterns, prevention, and potential. *The Lancet,* 369(9568): 1220-1231.

Bell, J. (2009) Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: A qualitative approach to understanding risky sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 32: 379-391.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ,* 1420. doi: 10.1136/bmj.324.7351.1420

Esere, M. (2008). Effect of sex education programme on at-risk sexual behaviour of school-going adolescents in llorin, Nigeria. *African Health Sciences,* 8(2)*:*120-125.

Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behaviour. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Fisher, W., & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 1: 99–106.

House, L., Bates, J., Markham, C., & Lesesne, C. (2010). Competence as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth: A systematic review. *Journal of Adolescent Health,* 46(3)(suppl1)*:* S7-S22.

Kirby D. (1999). Sexuality and sex education at home and school. *Adolescent Medicine*, 10: 195 -209.

Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1): 27 – 33.

Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40: 206-217.

Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Pregnancy.

Kohler, P.K., Manhart, L.E., & Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42: 344-351.

L'Engle, K.L., Brown, J.D., & Kenneavy, K. (2006). The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 38: 186-192.

Lindberg, L.D. Santelli, J.S. & Singh, S. (2006). Changes in formal sex education: 1995-2000. *Perspectives on sexual and Reprodutive Health*, 38(4)*:*182-189.

Lindberg, L.D., Ku, L., & Sonenstein, F (2000). Adolescents' reports of reproductive health education, 1988 and 1995. *Family Planning Perspectives*, 32(5): 220 -226.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011)**.** *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L.& equipa Aventura Social (2011). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior – Relatório do Estudo HBSC/SSREU.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Mueller, T.E., Gavin, L.E., & Kulkarni, A. (2008) The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. *Journal of Adolescent Health*, 42: 89-96.

Public Health Agency of Canada. (2008). *Canadian guidelines for sexual health education* (3rd Ed.). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J.A., & Simões, C (2011**).** Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes**.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1): 11-21.

Rangel, M., Gavin, L., Reed, C., Fowler, M., & Lee, L. (2006) Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents and young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39: 156–63.

Reis, M. & Matos, M.G. (2007). Knowledge and attitude towards contraceptive methods and STIs among youngsters. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1): 23-35.

Acknowledgements

The first two authors have scholarships granted by FCT (SFRH/BD/37583/2007; SFRH/BD/43388/2008) /ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Estudo 6 – Agentes de socialização na educação sexual dos estudantes universitários[7]

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar a opinião dos jovens face à educação sexual (ES) e aprofundar o desempenho dos pais, amigos e escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis. A amostra é constituída por 3278 jovens, dos 18 aos 35 anos. Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos jovens considera a ES muito importante, usufruiu, nos últimos anos, de ES na escola e que pais, técnicos de saúde e escola devem ser responsáveis pela ES. Mas amigos, *Internet*, comunicação social e centro de saúde contribuem mais que pais e professores na promoção dos seus comportamentos sexuais saudáveis. É crucial envolver todos os agentes de socialização na Educação Sexual dos adolescentes e jovens, enquanto elementos fundamentais na proteção de comportamentos sexuais de risco e na promoção de uma vivência saudável da sexualidade.

Palavras-chave: Amigos, Educação Sexual, Estudantes universitários, Escola, Família, Sexualidade

[7] Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (in press) Agentes de socialização na educação sexual dos estudantes universitários. *Revista Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*.

Abstract

The goal of this study is to analyze the opinion of young adults about the importance of sex education and deepen the performance of parents, friends and school in promoting healthy sexual behaviour. The sample has 3278 young people between 18 and 35 years old. The results showed that most university students consider that sex education is very important, benefited in recent years, of sex education at school and parents, health professionals and school must be responsible for sex education. But friends, Internet, media and health centers contribute more than parents and teachers to promote their healthy sexual behavior. It is crucial to involve all agents of socialization in sexual education of adolescents and young people, as essential elements in protecting sexual risk behaviors and in promoting of healthy sexuality.

Keywords: Friends, Sexual education, University students, School, Family, Sexuality

Introdução

A sexualidade é um elemento essencial na formação da identidade global, do autoconceito, da autoestima e do bem-estar físico e emocional de qualquer ser humano. É também uma componente absolutamente necessária no relacionamento com os outros, nomeadamente no campo amoroso (Reis, Matos, & Equipa Aventura Social, 2009). Porém, pode, também, estar associada a acontecimentos menos positivos, tais como a gravidez não desejada, a transmissão de infeções e doenças sexuais, episódios de violência e abuso. Como tal, a Educação Sexual (ES) é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem (formal e informal) e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (GTES, 2007; Reis, Matos, & Equipa Aventura Social, 2009).

Se considerarmos a educação sexual a principal forma de prevenir comportamentos de risco, seja promovendo os comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco, deve-se ter em conta a) a avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança, b) os fatores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como são as normas sociais, a pressão dos amigos (grupo de pares) e a influência do parceiro, e, ainda, c) a importância da aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias (à implementação desses determinados comportamentos – ou à capacidade de mudança desses outros) (Kirby, 1999; 2000; Kirby, Laris, & Rolleri, 2007).

Mas a educação sexual, no âmbito da educação para a saúde, implica, também, a consciencialização do desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos (de forma direta ou indireta), como são a família, os amigos, a escola, os *mass media* e a comunidade no geral.

Relativamente à importância e influência da família nos comportamentos sexuais dos jovens, diversos estudos têm procurado avaliar o seu impacto na adoção e manutenção de comportamentos protetores e/ou de risco para a saúde sexual dos jovens (Bonell et al., 2006; DiClemente et al., 2001; Huebner & Howell, 2003). Os resultados

demonstram que a influência parental nos comportamentos sexuais dos filhos depende por um lado, das atitudes e valores que os modelos parentais afirmam/demonstram relativamente ao sexo (Bonell et al., 2006; DiClemente et al., 2001; Huebner & Howell, 2003) e, por outro, da qualidade da relação estabelecida entre pais e filhos (Hutchinson, 2002; Meschke, Bartholomae, & Zenthall, 2002). Por isso as atitudes e os valores transmitidos pelos pais aos filhos podem influenciar de forma negativa ou positiva os comportamentos sexuais, constituindo um baixo ou alto risco para a saúde dos jovens (Hutchinson, 2002; Mcneely et al., 2002). As investigações sugerem que uma boa relação entre pais e filhos, bem como um controlo e supervisão parental estão associados a um início mais tardio das relações sexuais, ao aumento da utilização de métodos contracetivos e à diminuição da gravidez não desejada (Meschke, Bartholomae, & Zenthall, 2002). E em contrapartida, a perceção, por parte dos jovens, de um menor controlo parental tem estado associada ao aumento dos comportamentos sexuais de risco (Huebner & Howell, 2003).

Mesmo sabendo que os jovens têm outras fontes de informação, o papel dos pais é fundamental dada, ainda, a sua tonalidade afetiva pois é através do contacto e da comunicação afetiva com os pais que se estabelecem vínculos fortes e seguros que vão ser essenciais na aprendizagem de formas de expressão afetivas íntimas e segurança emocional. Os pais contribuem, assim, para o futuro harmonioso dos filhos, baseado no bem-estar, no saber amar, na realização sexual e na felicidade (Bonell et al., 2006; Eisenberg, Bearinger, Sieving, Swain, & Resnick, 2004).

Para além da influência parental face às atitudes e comportamentos sexuais dos jovens, constata-se também, a influência do grupo de pares. Conversar com os amigos é uma das formas mais habituais da aquisição de informação sobre sexualidade, na medida em que, é um período em que os jovens procuram ativamente meios de identificação, de afirmação e de pertença, ou seja, é através dos amigos que o processo de socialização se efetua (Kirby, 2001). Segundo um estudo nacional português (Matos et al., 2011) efetuado a 5050 adolescentes, 47.5% dos jovens afirmou que os amigos são importantes fontes de informação sobre sexualidade, 40.7% recolheram esta informação junto dos pais e 21% junto dos professores. Outras investigações revelam que quando existe uma relação pouco próxima com os pais, assiste-se, habitualmente, a um aumento da influência dos pares nas questões sexuais (Meschke, Bartholomae, & Zenthal, 2002).

A escola, outro fator de grande influência sobre os comportamentos sexuais dos jovens, é um local prioritário na medida que possui oportunidades únicas para prevenir comportamentos sexuais de risco. Os estudos que procuram compreender o impacto da educação sexual no meio escolar, demonstram que a participação em programas de educação sexual pode diminuir a frequência de comportamentos sexuais de risco dos jovens (Esere, 2008; Kirby, Laris, & Rolleri, 2007). É sobretudo no domínio dos conhecimentos que a escola poderá cumprir um papel mais importante, quando comparada aos outros agentes de socialização, nomeadamente a família, os *mass media* e os amigos. Pois ao contrário dos *mass media*, a escola tende a promover uma aprendizagem de forma articulada e com um sentido lógico. Por outro lado, a escola, por ser um espaço de ensino formal e de saberes interdisciplinares, é capaz de transmitir conhecimentos técnicos e científicos que, muitas vezes, as famílias não podem promover (pela sua natureza informal e pela deficiente preparação e dificuldades de comunicação de muitos progenitores) nem os *mass media* são capazes de transmitir de forma regular (Lindberg, Santelli, & Singh, 2006).

Outro fator, ainda, de influência sobre os comportamentos sexuais dos jovens, e que tem vindo a ganhar cada vez mais maior visibilidade, são os *mass media* que oferecem ao jovem uma fonte de informação alternativa e atrativa. Se antes eram as revistas, os livros, os jornais e a televisão a que o jovem recorria, hoje em dia existe um meio de comunicação muito mais eficaz na área da sexualidade, a *internet* (L'Engle, Brown, & Kenneavy, 2006). A *internet* permite ao jovem aceder, de forma independente e discreta, a toda a informação sobre a sexualidade e a educação nesta área, por isso, é essencial que a educação sexual saiba rentabilizar a *internet*, uma vez que é um meio de fácil acesso para o jovem, bem como todos os outros meios de comunicação que o jovem pode selecionar para obter informações acerca da sexualidade (Bay-Cheng, 2001; L'Engle, Brown, & Kenneavy, 2006).

Desta forma, compete à família, aos amigos, à escola e à comunidade no geral, de forma pluridisciplinar, proporcionarem Educação Sexual aos jovens, tendo sempre presente que os jovens alteram mais frequentemente o seu comportamento se sentirem que estão em risco (perceção de vulnerabilidade), se acreditarem que o preservativo funciona, se possuírem capacidades para negociar a sua utilização e se tiverem a crença que a prevenção é aprovada pelos seus pares (House, Bates, Markham, & Lesesne, 2010; Reis, Matos, & Equipa Aventura Social, 2009).

A escola e a família devem desenvolver competências pessoais e sociais, nomeadamente o autoconceito, a tomada de decisão e a resolução de problemas que permitam otimizar o funcionamento saudável do jovem. Devem ainda ajudar a desenvolver uma sexualidade esclarecida e saudável, promovendo a responsabilidade da tomada de decisões por comportamentos sexuais saudáveis e a qualidade de vida dos jovens (House, Bates, Markham, & Lesesne, 2010). Tudo feito com informação transparente e conhecimentos em que o afeto e a confiança são fundamentais, porque educação para a sexualidade é sobretudo educação da afetividade.

Os jovens universitários, constituem uma parcela da população bastante negligenciada nas intervenções para a educação sexual e simultaneamente com significativa necessidade das mesmas, atendendo às peculiaridades do processo de transição para a vida adulta, fase plena de ambiguidade, de fatores de estresse e de risco.

Deste modo é objetivo do presente estudo, analisar a opinião dos jovens adultos face à importância da educação sexual e aprofundar o desempenho dos pais, dos amigos e da escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis.

Método

Amostra

A amostra do estudo nacional HBSC/SSREU é constituída por 3278 estudantes universitários portugueses, entre os 18 e os 35 anos, selecionados aleatoriamente de entre os jovens que frequentavam o ensino superior português no ano letivo 2009/2010. A amostra incluí 30.3% do género masculino e 69.7% do género feminino (distribuição esta que é aproximadamente a encontrada na população universitária portuguesa; DGES/MCTES, 2011), com uma média de idades de 21 anos (*DP*=3.00). A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa (97.3%), de religião católica (71.9%), solteira (95.5%) e refere ser heterossexual (96.4%).

Procedimento

O estudo nacional "Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior" (HBSC/SSREU) foi feito pela primeira vez em 2010 – é uma extensão do estudo HBSC. O Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (www.hbsc.org) que pretende estudar os comportamentos de saúde em adolescentes em idade escolar e está inscrito numa rede internacional de investigação constituída por 43 países europeus, entre os quais

Portugal, através da equipa do Projeto Aventura Social, da Faculdade de Motricidade Humana (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001).

De modo a obter uma amostra representativa da população que frequenta o ensino superior em Portugal, efetuou-se uma seleção aleatória, estratificada pelas cinco regiões do país, das universidades e institutos politécnicos, quer do ensino público quer do privado.

A técnica de recolha da amostra foi a "cluster sampling", considerando-se a turma o "cluster" ou unidade de análise. Assim, recolheram-se questionários em 124 turmas num total de 3278 alunos inscritos no ano letivo de 2009/2010. A administração dos questionários realizou-se no contexto da sala de aula e o preenchimento dos questionários foi supervisionado pelo investigador responsável pelo estudo. Antes do preenchimento, os estudantes foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

Esta pesquisa nacional foi realizada em 2010 para o Ministério da Saúde e para a Coordenação Nacional para a Infeção do VIH/SIDA. Teve a aprovação de uma Comissão Científica, da Comissão Nacional de Ética e da Comissão Nacional de Proteção de Dados e seguiu à risca todas as recomendações de Helsínquia para a implementação da investigação.

Medidas

O questionário "Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior" (HBSC/SSREU) (Matos, Reis, Ramiro & equipa aventura social, 2011) utilizado neste estudo, resultou de um protocolo internacional no que diz respeito às questões aplicáveis a nível demográfico, bem como nas relacionadas com o comportamento sexual, atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). Acrescentaram-se outras variáveis, nomeadamente no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes face à contraceção; às atitudes sexuais; às competências relativas ao preservativo e aos comportamentos de risco; e acrescentaram-se, também, questões sobre educação sexual.

Do questionário, foram selecionadas para este estudo específico, as questões sobre a educação sexual, designadamente: (1) a importância da ES na escola; (2) se a ES

deve ser abordada na escola; (3) se tiveram ES na escola; (4) disciplinas que abordaram a educação sexual e (5) se ficaram esclarecidos; (6) quem deve ser o responsável pela ES; (7) onde têm obtido informação sobre a educação sexual; (8) se se sentem informados em relação a todas as questões relacionadas com a sexualidade e (9) assuntos que gostariam de ver esclarecidos; (10) o grau de conforto em conversar sobre métodos contracetivos e ISTs com amigos, professores e pais.

Análise de Dados

As análises e procedimentos estatísticos foram efetuados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 19.0 para Windows). Utilizou-se estatística descritiva e para analisar as diferenças entre géneros e grupos de idade utilizou-se o teste do Qui-quadrado - χ^2 (com análise de residuais ajustados para localização dos valores significativos).

Resultados

Questões sobre a educação sexual na escola

Verificou-se que a grande maioria dos jovens universitários considera que a educação sexual é muito importante (91.9%) e que deve ser abordada nas escolas (96%). As mulheres (94%, 96.9%) mais frequentemente que os homens (86.9%, 94.1%) consideram a ES muito importante e que deve ser abordada nas escolas ($\chi^2(2) = 47.31$, p=.000; $\chi^2(1) = 14.34$; p =.000, respetivamente).

A maioria dos jovens usufruiu, nos últimos anos, de educação sexual na escola (56.2%), em particular através de disciplinas curriculares (67.1%), ações externas (43.8%) e áreas curriculares não disciplinares (33.8%) e afirma ter ficado muito esclarecida (59%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género para a questão de ter tido ES na escola ($\chi^2(1) = 25.67$; p =.000) e para a disciplina que abordaram a ES, designadamente as ações externas ($\chi^2(1) = 10.07$, p=.002). Os resultados mostraram que as mulheres (59.1%, 46%) mais frequentemente que os homens (49.4%, 37.6%) mencionam ter tido ES na escola, através de ações externas.

Tabela 39 – Diferenças entre géneros para as questões sobre Educação Sexual na Escola

	Homens (N=993)		**Mulheres (N=2285)**		**Total[1] (N=3278)**		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Importância da educação sexual nas escolas (N=3205)							47.31***
Muito importante	831	86.9	2114	**94.0**	2945	91.9	
Razoavelmente importante	94	**9.8**	111	4.9	205	6.4	
Nada importante	31	**3.2**	24	1.1	55	1.7	
A educação sexual deve ser abordada nas escolas (N=3213)							14.34***
Sim	901	94.1	2185	**96.9**	3086	96.0	
Não	57	**5.9**	70	3.1	127	4.0	
Teve educação sexual na escola (N=3210)							25.67***
Sim	474	49.4	1329	**59.1**	1803	56.2	
Não	486	**50.6**	921	40.9	1407	43.8	
Disciplinas que abordaram a educação sexual (% apenas jovens que responderam sim N=1803)							
Disciplina curricular[2]	306	64.6	903	67.9	1209	67.1	1.82
Ações externas	178	37.6	611	**46.0**	789	43.8	10.07**
Áreas curriculares não disciplinares[3]	158	33.3	451	33.9	609	33.8	.06
Ficou esclarecido com os temas que foram abordados em educação sexual (N=2658)							5.12
Muito esclarecido	290	61.7	766	58.0	1056	59.0	
Razoavelmente esclarecido	140	29.8	464	35.2	604	33.7	
Nada esclarecido	40	8.5	90	6.8	130	7.3	

[1] O número total difere considerando que alguns jovens não responderam a algumas questões. [2] Disciplina curricular – ex: Ciências Naturais/Biologia. [3]Áreas curriculares não disciplinares – Estudo acompanhado/Área projeto/Formação Cívica.
* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001. / A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Questões sobre a educação sexual

Quando questionados sobre quem deve ser responsável pela educação sexual nos jovens, a grande maioria da amostra concorda que são os pais, os técnicos de saúde e a escola (94.8%, 94.2%, 91.1%, respetivamente). Relativamente à responsabilidade da

comunicação social (*mass media*), as opiniões dividem-se: 56.1% concorda e 29.8% não têm a certeza. Quanto às diferenças entre géneros, os homens mais frequentemente revelam não concordar nem discordar (6%, 9.4%, 9.5% Vs 3.9%, 3.4%, 6.4%) e as mulheres mais frequentemente concordam com a responsabilidade dos pais, técnicos de saúde e escola [(95.3%, 96.1%, 92.4% Vs 93.6%, 89.6%, 88.3%); ($\chi^2(2) = 8.34$, p=.015; $\chi^2(2) = 51.33$, p =.000; $\chi^2(2) = 14.24$, p =.001, respetivamente)].

Relativamente à questão acerca das diferentes fontes onde obtiveram informação sobre educação sexual, destacam-se os amigos (65.9%), a *internet* (48.7%), a comunicação social (*mass media*) (46.7%) e o centro de saúde (40.7%). Namorado e pais são mencionados por 39% dos jovens, 27.2% referem os professores e apenas 9.8% referem os irmãos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género para as seguintes fontes de informação: centro de saúde ($\chi^2(1) = 144.76$; p=.000), *internet* ($\chi^2(1) = 13.48$; p=.000) e irmãos ($\chi^2(1) = 6.08$; p=.014). As mulheres mais frequentemente obtêm informação no centro de saúde (47.5% Vs 24.7%), enquanto os homens mais frequentemente a obtêm na *internet* (57.7% Vs 46.6%) ou através dos irmãos (11.8% Vs 9%).

Na questão efetuada para avaliar o grau de conhecimento sobre todos os aspetos relacionados com a sexualidade, verificou-se que a maioria sente-se devidamente informada (69%), em especial os homens [(76.5%), (($\chi^2(1) = 35.734$; p=.000)]. Considerando apenas os jovens que afirmaram não se sentir informados, a maioria seleciona infeções sexualmente transmissíveis/SIDA (60%) como tema que desejaria ver esclarecido. Destacam-se também a contraceção e sexo seguro (45.8%), e segurança pessoal (34.8%) como os temas que desejariam ver esclarecidos, e a puberdade é mencionada como o tema menos relevante (3.7%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género em relação aos seguintes temas: infeções sexualmente transmissíveis/SIDA, segurança pessoal e puberdade (χ^2 (1) = 4.66, p=.031; χ^2 (1) = 33.35, p=.000; χ^2 (1) = 9.40, p=.002, respetivamente). As mulheres mais frequentemente identificam as infeções sexualmente transmissíveis e a segurança pessoal (61.8%, 39.5% Vs 53.8%, 18.7%, respetivamente), e os homens a puberdade (7.1% Vs 2.7%) (ver tabela 40).

Tabela 40 – Diferenças entre géneros para as questões sobre Educação Sexual

	Homens (N=993)		Mulheres (N=2285)		Total[1] (N=3278)		χ^2
	N	%	N	%	N	%	
Quem deve ser o responsável pela educação sexual dos jovens							
Pais/Família (N= 3196)							8.34*
Concordo	895	93.6	2134	**95.3**	3029	94.8	
Não concordo nem discordo	57	**6.0**	67	3.9	144	4.5	
Discordo	4	0.4	19	0.8	23	0.7	
Técnicos de saúde (N= 3125)							51.33***
Concordo	833	89.6	2110	**96.1**	2943	94.2	
Não concordo nem discordo	87	**9.4**	75	3.4	162	5.2	
Discordo	10	**1.1**	10	0.5	20	0.6	
Escola (N= 3139)							14.24***
Concordo	827	88.3	2034	**92.4**	2861	91.1	
Não concordo nem discordo	89	**9.5**	141	6.4	230	7.3	
Discordo	21	**2.2**	27	1.2	48	1.5	
Comunicação social *(mass media)* (N= 2970)							3.62
Concordo	501	56.0	1165	56.1	1666	56.1	
Não concordo nem discordo	253	28.3	633	30.5	886	29.8	
Discordo	141	15.8	277	13.3	418	14.1	
Onde tem obtido mais informação sobre a educação sexual (% apenas jovens que responderam sim)							
Amigos	630	65.9	1483	66.0	2113	65.9	.001
Internet	513	**57.7**	1047	46.6	1560	48.7	13.48***
Comunicação Social (*mass media*)	445	46.5	1052	46.8	1497	46.7	.017
Centro de Saúde	236	24.7	1068	**47.5**	1304	40.7	144.76***
Namorado (a)	359	37.6	891	39.6	1250	39.0	1.22
Pais	369	38.6	879	39.1	1248	39.0	.071
Professores	267	27.9	605	26.9	872	27.2	.350
Irmãos	113	**11.8**	202	9.0	315	9.8	6.08*
Sente-se informado em relação a todas as questões relacionadas com a sexualidade (N= 3216)							35.73***
Sim	732	**76.5**	1487	65.8	2219	69.0	
Não	225	23.5	772	**34.2**	997	31.0	
Assuntos que gostaria de ver esclarecidos (% apenas jovens que responderam sim N=997[2])							
ISTs e SIDA	121	53.8	477	**61.8**	598	60.0	4.66*
Contraceção e sexo seguro	108	48.0	349	45.2	457	45.8	.547
Segurança pessoal (prevenção do abuso sexual)	42	18.7	305	**39.5**	347	34.8	33.35***
Prazer e orgasmo	52	23.1	209	27.1	261	26.2	1.415
Comunicação acerca do relacionamento	42	18.7	139	18.0	181	18.2	.051
Gravidez e parentalidade na adolescência	50	22.2	131	17.0	181	18.2	3.24
Masturbação	35	15.6	141	18.3	176	17.7	.879
Atração, amor e intimidade	33	14.7	97	12.6	130	13.0	.679
Imagem corporal	27	12.0	76	9.8	103	10.3	.874
Homossexualidade	20	8.9	71	9.2	91	9.1	.020
Sonhos molhados	22	9.8	64	8.3	86	8.6	.489
Reprodução e nascimento	16	7.1	69	8.9	85	8.5	.745
Puberdade	16	**7.1**	21	2.7	37	3.7	9.40**

[1] O número total difere considerando que alguns jovens não responderam a algumas questões.

[2] N=997, seleccionou-se os jovens que afirmaram não se sentir informados em relação a todas as questões relacionadas com a sexualidade.

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001. A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Conforto em conversar sobre métodos contracetivos e ISTs com amigos, professores e pais

A maioria dos jovens afirma sentir-se à vontade para conversar com amigos, professores e pais (95%, 72%, 61%, respetivamente) sobre métodos contracetivos e infeções sexualmente transmissíveis. As mulheres mais frequentemente afirmam estar à vontade para conversar com os amigos [(96.2%), (χ^2 (2) = 25.58, p=.000)] e os homens com os professores e os pais [(75.8.%, 65%), (χ^2 (2) = 10.09, p=.006, (χ^2 (2) = 14.59, p=.001, respetivamente)] (ver tabela 41)

Tabela 41 – Diferenças entre géneros para o conforto em conversar sobre métodos contracetivos e ISTs com amigos, professores e pais

	Homens (N=993)		**Mulheres (N=2285)**		**Total[1] (N=3278)**		χ^2
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Como se sente a conversar com os <u>amigos</u> sobre métodos contracetivos e ISTs (N=3216)							25.58***
À vontade	886	92.1	2168	**96.2**	3054	95.0	
Pouco à vontade	66	**6.9**	80	3.5	146	4.5	
Não falo com eles sobre isso	10	**1.0**	6	0.3	16	0.5	
Como se sente a conversar com os <u>professores</u> sobre métodos contracetivos e ISTs (N=3213)							10.09**
À vontade	729	**75.8**	1586	70.5	2315	72.0	
Pouco à vontade	182	18.9	536	**23.8**	718	22.3	
Não falo com eles sobre isso	51	5.3	129	5.7	180	5.6	
Como se sente a conversar com os <u>pais</u> sobre métodos contracetivos e ISTs (N=3216)							14.59***
À vontade	626	**65.0**	1335	59.3	1961	61.0	
Pouco à vontade	273	28.3	685	**30.4**	958	29.8	
Não falo com eles sobre isso	64	6.6	233	**10.3**	297	9.2	

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤ .001.
A negrito os valores a que corresponde um residual ajustado ≥ |1.9|

Discussão

O presente estudo teve como objetivo central analisar a opinião dos jovens adultos face à importância da educação sexual e aprofundar o desempenho dos pais, dos amigos e da escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis.

Os resultados obtidos sugerem que a grande maioria dos jovens universitários considera que a educação sexual é muito importante e que deve ser abordada nas escolas. Também se verificou que a maioria dos jovens usufruiu, nos últimos anos, de educação sexual na escola, nomeadamente através de disciplinas curriculares, ações externas e áreas curriculares não disciplinares e afirma ter ficado muito esclarecida, em particular as mulheres. Verificamos através destes resultados que as escolas portuguesas têm vindo a cumprir o seu papel em termos de educação sexual, aplicando as orientações do Ministério da Educação Português (GTES, 2007) e respeitando a lei em vigor (Lei n.º 60/2009) que estipula uma carga horária mínima a ser aplicada a cada nível de ensino, potenciando desta forma a obrigatoriedade da educação sexual. Porém, no presente ano letivo 2011/2012 a área curricular não disciplinar, designadamente a área projeto que os jovens universitários identificaram como uma disciplina relevante em termos de educação sexual foi extinta e já não faz parte dos horários escolares.

Relativamente a quem deve ser responsável pela educação sexual dos jovens, a grande maioria dos estudantes universitários defende que devem ser os pais, os técnicos de saúde e a escola. Quanto às diferenças entre géneros, os homens mais frequentemente revelam não concordar nem discordar e as mulheres mais frequentemente concordam com a responsabilidade dos pais, técnicos de saúde e escola. No que diz respeito ao desempenho das principais fontes educativas na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, os dados obtidos demonstraram que os amigos, a *internet*, a comunicação social (*mass media*) e o centro de saúde contribuem mais que os pais e os professores. Na opinião dos participantes, os pais e a escola não contribuíram o suficiente porque apenas, 39% dos pais e 27.2% dos professores foram fontes de informação. Face a estes resultados, que corroboram os encontrados noutros estudos (Bonell, 2006; Esere, 2008), é indispensável que sejam criadas condições para uma maior implicação dos pais e das famílias na educação e relação com a escola, que os professores aumentem o seu campo de competências e, especialmente, de intervenção na área da educação sexual, uma vez que os jovens, apesar de não recorrerem aos pais e professores, consideram-nos como principais agentes responsáveis pela educação sexual.

Na questão efetuada para avaliar o grau de conhecimento sobre todos os aspetos relacionados com a sexualidade, verificou-se que a maioria sente-se devidamente informada, em especial os homens. Mas 31% dos jovens universitários afirmou não se sentir informado, selecionando as infeções sexualmente transmissíveis/SIDA, a contraceção e sexo seguro, e a segurança pessoal como principais temas que gostariam de ver esclarecidos e a puberdade é mencionada como o tema menos relevante. As mulheres mais frequentemente identificam as infeções sexualmente transmissíveis e a segurança pessoal.

E por último, verificou-se que a maior parte dos jovens universitários prefere falar sobre educação sexual com os amigos, mas também menciona sentir-se à vontade em conversar com os professores e os pais. No que diz respeito às conversas sobre educação sexual com os amigos, são as mulheres quem se sente mais à vontade. Quanto à facilidade em conversar sobre educação sexual com os professores e os pais, a percentagem de homens é significativamente superior à percentagem das mulheres.

Analisando os resultados deste estudo nacional, verifica-se uma necessidade urgente de envolver os pais, os professores e os pares na educação, uma vez que constituem elementos fundamentais na vida dos jovens e podem ser determinantes na proteção de comportamentos sexuais de risco (Matos et al., 2011).

Considerações Finais

Os resultados refletem a necessidade de implementar políticas educacionais no âmbito da sexualidade, visando a orientação dos jovens universitários, mas também a orientação dos diferentes agentes de socialização (pais, professores, amigos e comunidade no geral).

Alguns estudos sugerem que muitos pais mencionam precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem o que dizer e/ou não se sentem confortáveis e/ou admitem não ter muitos conhecimentos (Eisenberg, Bearinger, Sieving, Swain, & Resnick, 2004).

Relativamente à influência dos pares, os estudos referem que os amigos determinam as escolhas dos jovens no que diz respeito ao comportamento sexual, os início das relações sexuais, à contraceção e ao uso do preservativo (Kirby, 2001).

No que diz respeito à influência da escola, estudos realizados com professores do ensino básico e secundário (Ramiro & Matos, 2008) mostraram que a maior parte dos professores (72%) referiu não ter prática em educação sexual em meio escolar, apesar de considerarem que possuem conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, formação complementar na área e um grau de conforto aceitável para dinamizarem atividades. Um resultado extremamente relevante nestes dois estudos refere-se ao facto de apenas uma percentagem inferior a um terço dos professores avaliados relatar ter intenção de se envolver na educação sexual no futuro, sugerindo a necessidade de se reavaliar as condições necessárias à implementação de programas de educação sexual em meio escolar no nosso país.

Deste modo, a realização de programas de sensibilização para pais e de cursos de formação para professores pode ajudar a aumentar o campo de intervenção e, consequentemente, a promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (como as escolas e universidades), constituídos por equipas pluridisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a *internet)*, pode ajudar a implementação de campanhas de prevenção para o esclarecimento e orientação dos jovens.

As intervenções devem abranger os diferentes contextos de vida do jovem (Matos et al., 2011; GTES, 2007). Mais do que a variedade ou o número de atividades agradáveis, é fundamental prevenir e acompanhar o jovem; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar; dotá-lo de competências para avaliar o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de estresse; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; e desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para com a comunidade.

O grande desafio para pais e professores é estar presente, estar atento, mas atuar responsabilizando, dando e exigindo, facilitando as tomadas de decisão, promovendo uma reflexão pessoal sobre a vida, expectativas de futuro e opções de vida associadas ao bem-estar. Sendo assim, é crucial que a educação sexual de carácter universal incida em intervenções do tipo preventivo, abrangendo toda a população escolar e respetivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares; mas também intervenções mais específicas em pequenos subgrupos identificados como prioritários.

Espera-se que este estudo possa ter contribuído para a necessidade de sensibilizar os pais, a escola e a sociedade no geral para uma articulação, contribuindo no seu todo para a promoção da educação para a saúde e sexualidade.

Referências

Bay-Cheng, L. (2001). SexEd.com: values and norms in web-based sexuality education. *The Journal of Sex Research,* 38(3): 241-251.

Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Oakley, A., Copas, A., Johnson, A., & Stephenson, J. (2006). Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. *Journal of epidemiology and community health,* 60: 502-506.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

DGES/MCTES - Direcção Geral do Ensino Superior/Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2011). Recuperado de www.dges.mctes.pt/DGES/pt

DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. Hook III, E., & Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics*, 107 (6): 1363-1369.

Eisenberg, M., Bearinger, L., Sieving, R., Swain, C., & Resnick, M. (2004). Parents' beliefs about condoms and oral contraceptives: are they medically accurate? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health,* 36: 50-7.

Esere, M. (2008). Effect of sex education programme on at-risk sexual behaviour of school-going adolescents in llorin, Nigeria. *African Health Sciences,* 8(2): 120-125.

GTES – Grupo de trabalho de educação sexual/educação para a saúde; Sampaio D. (coord.); Baptista, I.; Matos, M.G.; Silva, M.O. (2007). *Relatório final*. Direcção- Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.

House, L., Bates, J., Markham, C., & Lesesne, C. (2010). Competence as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth: A systematic review. *Journal of Adolescent Health,* 46(3) (suppl1): S7-S22.

Huebner, A.J., & Howell, L.W. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health,* 33(2): 71-78.

Hutchinson, M.K. (2002). The Influence of Sexual Risk Communication Between Parents and Daughters on Sexual Risk Behaviors. *Family Relations,* 51: 238–247.

Kirby, D. (1999). Sexuality and sex education at home and school. *Adolescent Medicine*, 10: 195 -209.

Kirby, D. (2001). Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 33: 276-81.

Kirby, D (2002), The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1): 27 – 33.

Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40: 206-217.

L'Engle, K.L., Brown, J.D., & Kenneavy, K. (2006). The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 38: 186-192.

Lindberg, L.D., Santelli, J.S., & Singh, S. (2006). Changes in formal sex education: 1995-2000. *Perspectives on sexual and Reprodutive Health*, 38(4): 182-189.

Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2011). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior – Relatório do Estudo HBSC/SSREU*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011)**.** *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório do Estudo HBSC 2010.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Mcneely, C., Shew, M.L., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B.C., & Blum, R. (2002). Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15-year-olds. *Journal of Adolescent Health*, 31(3): 256-265.

Meschke, L., Bartholomae, S., & Zentall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31: 265-279.

Ramiro, L., & Matos, M.G. (2008). Percepções dos Professores Portugueses sobre Educação Sexual. *Revista de Saúde Pública*, 42(4): 684-692.

Reis, M., Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (2009). Educação Sexual na Actualidade: Perspectivas e Caminhos. In J. Bonito (Coord.) *Educação para a Saúde no século XXI – Teorias, Modelos e Práticas* (Vol, II, pp. 899-914). Évora: Universidade de Évora.

Capítulo 6 – Discussão geral

Neste capítulo pretende-se efetuar uma discussão detalhada e análise crítica dos resultados, dando especial ênfase aos resultados mais significativos, confrontando-os em simultâneo com a) o quadro conceptual que deu suporte ao estudo, b) os objetivos enunciados e c) os resultados de outros estudos publicados sobre a problemática em discussão, enquadrando-os no contexto nacional e internacional.

Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como para uma adequada sistematização, optou-se por organizar a discussão dos resultados em torno dos seis estudos referentes ao HBSC/SSREU e das variáveis avaliadas nos respetivos estudos.

Findas estas considerações, discutem-se os resultados obtidos nas análises estatísticas efetuadas.

6.1 Discussão dos resultados dos estudos

No que respeita ao objetivo geral deste estudo, pretendia-se aprofundar os comportamentos sexuais dos jovens universitários portugueses, analisar os conhecimentos e as atitudes face aos métodos contracetivos, ISTs, VIH/SIDA, a motivação e as competências necessárias para se praticar comportamentos sexuais preventivos, e averiguar a relação entre as variáveis anteriormente mencionadas, tendo como base teórica o modelo de Informação – Motivação – Aptidões comportamentais (MIMAC).

HBSC/SSREU e as variáveis sociodemográficas

A amostra do estudo nacional HBSC/SSREU é constituída por 3278 estudantes universitários portugueses, entre os 18 e os 35 anos, selecionados aleatoriamente dos jovens que frequentavam o ensino superior português no ano letivo 2009/2010, apresentando uma idade média de 21.01 anos. Apesar das novas oportunidades que existem para grupos etários mais velhos, a população jovem continua a ser predominante na frequência das instituições de nível superior. Como tal, os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados encontrados noutros estudos (Amaro, 2004; Nodin, 2001a; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008).

Também, neste estudo, os resultados obtidos estão de acordo com o estudo realizado por Santos (2011), com estudantes do ensino superior (N=666), em que 95.6% se situavam no grupo etário entre os 18 e 24 anos e os restantes entre os 25 e os 48 anos,

com uma média de idade de 20.34 anos. Com efeito, no estudo HBSC/SSREU, a idade mínima encontrada foi de 18 anos, 89.9% da amostra situava-se no grupo etário dos 18 aos 24 anos e a restante dos 25 aos 35 anos.

Em relação ao género, a superioridade numérica do género feminino é destacada no estudo já que 69.7% dos estudantes são mulheres e 30.3% homens. No entanto, é importante referir que esta distribuição é aproximadamente a encontrada na população universitária portuguesa de acordo com os dados da Direção Geral do Ensino Superior (DGES/MCTES, 2011).

Quanto à nacionalidade, à religião, ao estado civil e à orientação sexual, como expectável devido às características da nossa população alvo, a maioria é de nacionalidade portuguesa (97.3%), de religião católica (71.9%), solteira (95.5%) e refere ser heterossexual (96.4%). Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos (Nodin, 2001a; Reis & Matos, 2007a; 2007b; 2008; Santos, 2011).

HBSC/SSREU e objetivos específicos

No que se refere aos objetivos específicos desta investigação, com o **primeiro objetivo** pretendia-se descrever/caracterizar o comportamento sexual dos participantes, designadamente averiguar os jovens que já tiveram relações sexuais; caracterizar a primeira relação sexual (idade, utilização, escolha de método contracetivo e motivos para ter a primeira relação sexual), comportamentos relativos à contraceção e ao preservativo (fontes de informação, acesso, utilização de métodos contracetivos e a frequência do uso do preservativo) e comportamentos sexuais de risco (número de parceiros sexuais ao longo da vida, ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso, ter parceiros sexuais ocasionais, número de parceiros sexuais ocasionais no último ano, ter relações sexuais associadas ao álcool e às drogas, ter uma IST, ter efetuado uma IVG e ter engravidado sem desejar); analisar diferenças entre géneros face às variáveis mencionadas e analisar diferenças entre grupos de idade para a utilização de métodos contracetivos e comportamentos sexuais de risco.

Os resultados permitem afirmar que a maioria dos jovens universitários mencionou já ter tido relações sexuais, teve a sua primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde e utilizou como primeira contraceção o preservativo. Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos (Avery & Lazdane, 2010; CDC, 2010; Matos et al., 2011).

A análise comparativa entre géneros e a primeira relação sexual demonstrou existirem diferenças estatisticamente significativas para a idade, o uso de método contracetivo, a escolha do método contracetivo e os motivos para ter tido a primeira relação sexual. Verificou-se que mais frequentemente os homens tiveram a primeira relação sexual mais cedo que as mulheres e não utilizaram qualquer método contracetivo, o que sugere um elevado risco para contrair uma IST ou uma gravidez não desejada.

Relativamente à escolha do método contracetivo na primeira relação sexual, as mulheres mais frequentemente que os homens escolheram o preservativo e a pílula, o que indica que a preocupação, a responsabilidade contracetiva e preventiva face às ISTs, ainda continua a incidir nas mulheres.

Quanto às razões para a primeira relação sexual, os jovens afirmaram maioritariamente (em especial as mulheres) que foi uma decisão por consentimento mútuo. No entanto, uma minoria de jovens referiu que tiveram por acaso (mais frequentemente os homens) e que foram pressionados (mais frequentemente as mulheres), denotando-se a necessidade de se realizar intervenções específicas, no âmbito das competências pessoais e sociais, nomeadamente no que diz respeito ao planear o futuro, ser eficaz e assertivo. Estes dados corroboram os encontrados noutros estudos (Baele et al., 2001; House et al., 2010).

No que se refere às principais fontes de informação acerca da contraceção e do preservativo, a maioria aponta os técnicos de saúde, folhetos/livros e amigos, verificando-se que as mulheres mais frequentemente que os homens recorreram aos técnicos de saúde, sugerindo, mais uma vez, a responsabilidade das mulheres.

Relativamente às questões sobre o acesso e uso habitual dos métodos contracetivos, a maioria dos jovens inquiridos mencionou adquirir os métodos contracetivos que utiliza na farmácia e habitualmente usa a pílula e/ou o preservativo. Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos (Avery & Lazdane, 2010; CDC, 2010; Matos et al., 2011; Pirotta & Schor, 2004). Porém, a maioria dos estudantes universitários portugueses mencionou usar de forma inconsistente o preservativo, uma vez que apenas 32.6% dos jovens referiu usar sempre o preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses. Estes dados corroboram também os encontrados noutros estudos (Godeau et al., 2008).

A análise comparativa entre os três grupos de idade revelou diferenças estatisticamente significativas para a utilização de métodos contracetivos e a frequência do uso do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses. O grupo de

jovens com idades entre os 20 e os 24 anos referiu usar a pílula com mais frequência do que o grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) e mais velhos (entre os 25 e os 35 anos). E o grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) mencionou mais frequentemente o uso do preservativo e o uso consistente do preservativo nos últimos 12 meses do que os outros dois grupos. Estes dados sugerem que os jovens no início das relações amorosas recorrem ao preservativo, e têm presente a preocupação de se protegerem quer de uma IST quer de uma gravidez. À medida que a duração do relacionamento aumenta, existe uma mudança na escolha do método contracetivo, ou seja os jovens começam por usar preservativo e mudam para a pílula, preocupando-se apenas em se proteger de uma gravidez não desejada. Estes resultados confirmam as tendências encontradas no estudo de Pirotta e Schor (2004).

Quanto aos comportamentos sexuais de risco, observou-se que uma minoria dos participantes mencionou ter a) relações sexuais com outra pessoa que não o parceiro durante o relacionamento amoroso; b) parceiros sexuais ocasionais; c) relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas; d) tido uma infeção sexualmente transmissível; e) tido uma gravidez indesejada e f) ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez.

A comparação entre os géneros e os respetivos comportamentos sexuais atuais revelou diferenças estatisticamente significativas, em que os homens apresentaram mais comportamentos de risco, pois mais frequentemente referiram ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso; parceiros sexuais ocasionais; mais de três parceiros sexuais ocasionais no último ano e relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas. Estes resultados estão de acordo com a literatura (Bell, 2009; Brook et al., 2006; Eaton et al., 2008).

Consideradas as diferenças entre os grupos de idade, são os jovens do grupo de idades mais velho (25 aos 35 anos) que mencionaram ter mais comportamentos sexuais de risco, nomeadamente ter relações sexuais com outra pessoa durante o relacionamento amoroso; parceiros sexuais ocasionais; relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas; uma infeção sexualmente transmissível; uma gravidez não desejada e ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez. Por sua vez, o grupo de jovens mais novos mencionou ter menos comportamentos de risco. Face a estes resultados, observa-se uma minoria de jovens em risco e isso sugere que os comportamentos sexuais saudáveis não são consistentes ou que são abandonadas ao longo do tempo, ou, ainda que as gerações mais novas tendem a proteger-se mais. Depreende-se também que os jovens adultos continuam

a constituir, na atualidade, um grupo prioritário a nível de prevenção em termos de saúde sexual.

O **segundo objetivo** específico pretendia analisar os conhecimentos, as atitudes e as competências face aos métodos contracetivos e ISTs dos jovens universitários; verificar diferenças entre géneros e grupos de idade face às variáveis mencionadas e, ainda, avaliar a possível associação entre as variáveis (conhecimentos, atitudes e competências).

No que diz respeito aos conhecimentos dos métodos contracetivos e ISTs, os resultados demonstraram que a maioria dos jovens não possui bons conhecimentos, mas apresentaram mais conhecimentos acerca das ISTs do que dos métodos contracetivos, o que sugere que estão mais sensibilizados em relação às infeções sexuais. Verificou-se, também, que a maioria apresentou uma atitude positiva e competências de autoeficácia face aos métodos contracetivos existindo, portanto, uma preocupação na prevenção dos riscos e, simultaneamente, não aceitam correr riscos, na medida em que apresentaram atitudes preventivas face às ISTs.

A análise comparativa mostrou diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para os conhecimentos, atitudes e competências acerca dos métodos contracetivos e ISTs, e entre os grupos de idade apenas nos conhecimentos e atitudes sobre os métodos contracetivos e atitudes face às ISTs. As mulheres apresentaram mais conhecimentos, atitudes, competências e preocupação preventiva face aos riscos e os rapazes e o grupo de jovens mais velhos (dos 25 aos 35 anos) mais aceitação do risco. Os resultados indicaram que os jovens com mais informação, atitudes positivas e competências tendem a não aceitar correr riscos, enquanto os que possuem menos conhecimentos, atitudes menos positivas e menos competências mais facilmente aceitam correr riscos. Estes resultados vão ao encontro dos resultados encontrados noutros estudos (Matos et al., 2010a; Reis, & Matos, 2007a; 2007b; Seth et al., 2009; Vilar, 2005). Além disso, as diferenças de género e entre os grupos de idade sugerem que a educação sexual não está a alcançar de forma igual os nossos jovens.

Na análise da associação entre as variáveis, verificou-se que os conhecimentos face aos métodos contracetivos se associaram positivamente aos conhecimentos em relação às ISTs, às atitudes e às competências, ou seja, conhecimentos, atitudes e competências são fatores fundamentais para diminuir comportamentos sexuais de risco. Estes resultados estão de acordo com as ideias defendidas por vários autores (Reece et al., 2010; Seth et al., 2010; Synovitz et al., 2002).

Estes resultados sugerem, também, implicações práticas no que diz respeito à educação contracetiva e prevenção das ISTs nos jovens universitários. Devido à grande diversidade disponível atualmente de métodos contracetivos, os jovens precisam de ser esclarecidos de todas as opções disponíveis, bem como sobre as vantagens e desvantagens de cada método para posteriormente poderem tomar a decisão mais correta (Kirby et al., 2007). Em termos de prevenção, deve-se realçar a importância do uso sistemático e correto do preservativo e estimular os jovens a realizar testes de VIH e outras ISTs. Porém, como nem todos os jovens vão aos centros de saúde, é imperativo criar um espaço nas nossas universidades para o intercâmbio destas e outras informações no âmbito da sexualidade.

O **terceiro objetivo** específico pretendia averiguar os conhecimentos face ao VIH/SIDA, as atitudes face aos portadores do VIH/SIDA e determinar comportamentos que colocam os jovens adultos em risco de infeção, designadamente ter parceiros ocasionais, relações sexuais associadas ao consumo do álcool e drogas e ter tido uma IST; analisar as diferenças entre os géneros para o conhecimento, atitudes e comportamentos de risco face ao VIH/SIDA e verificar quais os fatores (género, idade, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA e comportamentos de risco) que possam estar associados ao comportamento - não usar sempre preservativo.

A maioria dos jovens revela um nível de conhecimentos elevado em relação aos meios de transmissão do VIH/SIDA, uma vez que respondeu corretamente a todas as questões que se referem efetivamente a meios de transmissão. Refira-se o baixo grau de certeza relativamente ao não se poder ficar infetado com o VIH/SIDA por usar utensílios para comer ou beber (pratos, talheres, copos) já usados por outra pessoa; e relativamente à possibilidade de ficar infetado com uma transfusão de sangue num hospital em Portugal, a maioria respondeu afirmativamente (apesar de a resposta estar incorreta e de não existir desde 1996 qualquer caso identificado em Portugal). As mulheres que frequentam o ensino superior revelaram melhores conhecimentos de todos os meios de transmissão do VIH/SIDA e os homens referiram mais frequentemente que não sabem.

Quando questionados sobre atitudes perante sujeitos infetados com o VIH/SIDA, a grande maioria expressou uma atitude de aceitação, uma vez que a percentagem de respostas situou-se acima dos 90% relativamente a todas as afirmações, nomeadamente concordando que deve ser permitido aos jovens infetados com o VIH frequentar a escola, que eram capazes de assistir a uma aula ao lado de um colega infetado com o VIH, e que visitariam um amigo(a) que estivesse infetado com o VIH; e discordando que deixariam

de ser amigos duma pessoa que estivesse infetada com o VIH e que as pessoas infetadas com o VIH deveriam viver à parte do resto da população. Quanto aos géneros, verificou-se que os homens mais frequentemente não têm a certeza, e as mulheres mais frequentemente expressam uma atitude de aceitação perante os sujeitos infetados com o VIH/SIDA. Estes resultados corroboram o nosso estudo preliminar e os estudos de Belo e Silva (2004), Hardy, (1990) e Fisher e Misovich (1990).

Os resultados confirmaram também a existência de comportamentos sexuais de risco (conforme já foi enunciado no primeiro objetivo específico). No entanto, salienta-se o facto de os jovens mencionarem ter parceiros ocasionais e não usarem de forma consistente o preservativo, constituindo dois comportamentos de elevado risco para a infeção do VIH/SIDA (Maswanya et al., 2000; Petro-Nustas, 2000). Também a percentagem do uso do preservativo de forma consistente, nos últimos 12 meses, nos jovens desta amostra foi menor que mais de um terço dos resultados mencionados em outros estudos com estudantes universitários (Maswanya et al., 2000; Petro-Nustas, 2000; Ross, Dick, e Ferguson, 2006; Vendas, Milhausen & DiClemente, 2006). Outra situação a realçar é a baixa percentagem de mulheres que referiu usar sempre preservativo, que é extremamente preocupante uma vez que elas são mais vulneráveis que os homens à infeção com o VIH/SIDA.

Relativamente à análise dos fatores associados ao comportamento de risco – não usar sempre preservativo, verificou-se que são os homens, os jovens mais velhos, os jovens que mencionam ter relações sexuais associadas ao álcool e os jovens que referiram ter tido uma IST que mencionaram mais frequentemente não usar sempre preservativos. Nem os conhecimentos em relação aos meios de transmissão do VIH/SIDA, nem as atitudes face aos portadores do VIH/SIDA foram identificados como fatores preditores de não usar sempre preservativo.

Os resultados deste estudo revelaram uma diferença entre o que os jovens sabem sobre o VIH/SIDA e seu comportamento sexual. Também a este propósito Baptista, Carvalho e Brites (2005) referem que as informações que são fornecidas não têm as suas implicações na prática. Assim, podemos dizer que não é o conhecimento por si só, embora seja um pré-requisito importante, que conduzirá as mudanças comportamentais.

A análise destes resultados sugere, também, que os conhecimentos acerca da infeção do VIH/SIDA são importantes para explicar as atitudes que os jovens têm face às pessoas infetadas uma vez que, frequentemente, a infeção por VIH/SIDA aparece associada a determinados comportamentos de risco (parceiros ocasionais, consumo de

álcool/drogas e não usar preservativo) e as pessoas infetadas tendem a ser alvo de exclusão social e a estar relacionadas com esse tipo de comportamentos. Porém, o risco de ser infetado com VIH/SIDA não tem um grupo de risco associado, assim como o conhecimento não é suficiente para explicar as diferenças nas atitudes.

Com o **quarto objetivo** específico pretendia-se analisar o poder dos constructos (informação, motivação e competências) do modelo MIMAC (Fisher & Fisher, 1992) para prever a utilização do preservativo masculino (comportamento sexual preventivo) e as diferenças entre géneros.

Os resultados mostraram que a maioria dos jovens do ensino superior, especialmente as mulheres, tem um bom nível de informação em relação aos meios de transmissão/prevenção do VIH/SIDA. A maioria dos estudantes também demonstrou possuir um nível de motivação razoável (constituída pelas subescalas de atitudes, normas subjetivas e intenções comportamentais) e bons níveis de competências (constituídas pelas subescalas de perceção de dificuldade e autoeficácia) face à prevenção do VIH/SIDA. Homens e mulheres mencionaram sentir-se motivados a adoptar comportamentos sexuais preventivos, tais como andar sempre com preservativos, utilizar sempre preservativos durante as relações sexuais e persuadir o(s) parceiro(s) a praticar somente sexo seguro. Quanto às competências, os homens apresentaram maior perceção de dificuldade, bem como uma menor perceção de autoeficácia face à realização do comportamento sexual preventivo, quando comparados com as mulheres. Ou seja, os homens apresentam défices de competências que são cruciais para o uso de preservativos.

Quando analisamos os constructos no seu conjunto (informação, motivação e competências) para prever a utilização do preservativo masculino (comportamento sexual preventivo) verificou-se que os resultados foram consistentes com o modelo da informação-motivação e aptidões comportamentais (MIMAC, Fisher & Fisher, 1992)

As análises de percurso efetuadas para a amostra total e para o género masculino e feminino mostraram, em ambas situações, que o comportamento sexual preventivo (uso de preservativo) não depende de informações (conhecimentos), mas da motivação para o desempenho do comportamento sexual preventivo e das competências necessárias para a execução do mesmo. A informação (conhecimento) não teve um efeito significativo, ou seja, não teve um efeito protetor em relação ao comportamento sexual preventivo. Isso significa que estar bem informado sobre contraceção e prevenção de ISTs e VIH/SIDA não garante que os indivíduos não realizem comportamentos que os possam colocar em

risco de se infetar. Já a motivação e as competências apresentam efeitos significativos para executar comportamentos sexuais seguros.

Analisando os resultados deste estudo nacional verificou-se que existem múltiplos fatores de risco e proteção que determinam os comportamentos sexuais dos jovens. Estes resultados sugerem, ainda, implicações práticas no que diz respeito a intervenções no âmbito da promoção da saúde sexual e que devem dar ênfase à motivação (reunindo atitudes, normas subjetivas e intenções comportamentais) e competências (por exemplo, competências para negociar relações sexuais protegidas e manter a abstinência em relação às relações sexuais desprotegidas, para falar sobre sexo seguro antes e durante o contacto sexual e para sair de situações de sexo desprotegido) no sentido de gerar a mudança comportamental.

O **quinto objetivo** específico pretendia investigar os efeitos da educação sexual em meio escolar na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, designadamente analisar diferenças entre os jovens que tiveram e os que não tiveram educação sexual na escola relativamente ao comportamento contracetivo, aos comportamentos sexuais de risco (incluindo o uso consistente do preservativo, parceiros ocasionais, relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas, ISTs, gravidez indesejada e IVG), aos conhecimentos e atitudes face aos métodos contracetivos e ISTs, e ainda, relativamente às competências comportamentais.

A grande maioria dos jovens universitários desta amostra considerou que a educação sexual deve ser abordada na escola (96%), nos últimos anos teve educação sexual na escola (56.2%) e afirmou ter ficado muito esclarecido (59%). As mulheres e os jovens do grupo de idades mais novos (dos 18 aos 21 anos) mencionaram mais frequentemente ter tido ES na escola.

Relativamente ao comportamento sexual, os jovens que tiveram ES mencionaram mais frequentemente ter usado preservativo e/ou pílula na primeira relação sexual, usar habitualmente e de forma consistente o preservativo como método contracetivo (referem ter usado sempre preservativo nos últimos 12 meses) do que os jovens que não tiveram ES na escola. Quanto aos comportamentos sexuais de risco analisados, verificou-se que os estudantes universitários que tiveram ES na escola relataram ter menos comportamentos de risco, nomeadamente ter tido menos parceiros ocasionais, relações sexuais associadas ao álcool e drogas, ISTs, IVG e gravidez não desejada. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados noutros estudos (Kirby, 2002; Kirby et al., 2007; Mueller et al., 2008).

Quanto aos conhecimentos e atitudes face aos métodos contracetivos e ISTs, são os jovens que tiveram ES na escola que apresentaram melhores resultados, bem como no que se refere às competências de autoeficácia face ao comportamento sexual seguro (uso do preservativo). Por sua vez, os jovens que não tiveram ES em meio escolar, apresentaram mais comportamentos de risco, menos conhecimentos atitudes menos positivas face aos métodos contracetivos e ISTs, e menos competências para adoptar um comportamento sexual seguro (uso do preservativo). Estes resultados para além de demonstrarem os efeitos positivos da ES em meio escolar, bem como o impacto desta nos comportamentos sexuais saudáveis nos jovens, também acentuam a importância de determinados fatores que constituem o nosso modelo teórico que serviu de base conceptual a esta investigação.

E finalmente, com o **sexto objetivo** específico pretendia-se aprofundar a importância dos agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários, nomeadamente analisar a opinião dos jovens adultos face à importância da educação sexual e avaliar o desempenho dos pais, do grupo de pares e da escola na promoção de comportamentos sexuais saudáveis dos jovens.

Os resultados obtidos sugerem que a grande maioria dos jovens universitários considera que a educação sexual é muito importante e que deve ser abordada nas escolas. Também se verificou que a maioria dos jovens usufruiu, nos últimos anos, de educação sexual na escola, nomeadamente através de disciplinas curriculares, ações externas e áreas curriculares não disciplinares e afirmaram ter ficado muito esclarecidos, em particular as mulheres. Os resultados sugerem que as escolas portuguesas têm vindo a cumprir o seu papel em termos de educação sexual, aplicando as orientações do Ministério da Educação Português (GTES, 2007) e respeitando a lei em vigor (Lei n.º 60/2009) que estipula uma carga horária mínima a ser aplicada a cada nível de ensino, potenciando desta forma a obrigatoriedade da educação sexual. Porém, no ano letivo de 2011/2012, a área curricular não disciplinar, designadamente a Área de Projeto, que os jovens universitários identificaram como uma disciplina relevante em termos de educação sexual, foi extinta e já não faz parte dos horários escolares.

Relativamente a quem deve ser responsável pela educação sexual dos jovens, a grande maioria dos estudantes universitários defendeu que devem ser os pais, os técnicos de saúde e a escola. Quanto às diferenças entre géneros, os homens mais frequentemente revelaram não concordar nem discordar e as mulheres mais frequentemente concordaram com a responsabilidade dos pais, técnicos de saúde e escola. No que diz respeito ao

desempenho das principais fontes educativas na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, os dados obtidos demonstraram que os amigos, a *internet*, a comunicação social (*mass media*) e o centro de saúde contribuem mais do que os pais e os professores. Na opinião dos participantes, os pais e a escola não contribuíram o suficiente porque apenas, 39% dos pais e 27.2% dos professores foram fontes de informação. Face a estes resultados, que corroboram os encontrados noutros estudos (Bonell, 2006; Esere, 2008), é indispensável que sejam criadas condições para uma maior implicação dos pais e das famílias na educação e relação com a escola, que os professores aumentem o seu campo de competências e, especialmente, de intervenção na área da educação sexual, uma vez que os jovens, apesar de não recorrerem aos pais e professores, consideram-nos como principais agentes responsáveis pela educação sexual.

Na questão efetuada para avaliar o grau de conhecimento sobre todos os aspetos relacionados com a sexualidade, verificou-se que a maioria se sente devidamente informada, em especial os homens. Mas 31% dos jovens universitários afirmaram não se sentir informados, selecionando as infeções sexualmente transmissíveis/SIDA, a contraceção e sexo seguro, e a segurança pessoal como principais temas que gostariam de ver esclarecidos e a puberdade é mencionada como o tema menos relevante (dada a faixa etária dos participantes). As mulheres mais frequentemente identificaram as infeções sexualmente transmissíveis e a segurança pessoal.

Por último, verificou-se que a maior parte dos jovens universitários preferia falar sobre educação sexual com os amigos, mas também mencionou sentir-se à vontade a conversar com os professores e os pais. No que diz respeito às conversas sobre educação sexual com os amigos, são as mulheres quem referiu sentir-se mais à vontade. Quanto à facilidade em conversar sobre educação sexual com os professores e os pais, a percentagem de homens é significativamente superior à percentagem das mulheres.

Analisando os resultados deste estudo nacional, verifica-se uma necessidade urgente de envolver os pais, os professores e os pares na educação, uma vez que constituem elementos fundamentais na vida dos jovens e podem ser determinantes na proteção de comportamentos sexuais de risco (Matos et al., 2011).

Capítulo 7 – Pontos-chave do HBSC/SSREU, limitações e recomendações

No sentido de contextualizar os resultados obtidos, procurou-se explicitar os dados epidemiológicos sobre a gravidez, a IVG, a infeção do VIH/SIDA e outras ISTs, bem como os conceitos e as influências teóricas na prática da promoção da saúde sexual. A revisão de literatura e os estudos empíricos realizados permitiram retirar algumas conclusões, contributos que pareceram válidos para a elaboração de uma síntese clarificadora da problemática em análise e para a sugestão de formas complementares de intervenção que visassem a implementação de estratégias de promoção de comportamentos sexuais saudáveis e a prevenção de gestações não desejadas, de interrupções voluntárias de gravidez, de ISTs e do VIH/SIDA nas instituições do ensino superior.

Desta forma, no presente capítulo pretende-se apresentar as principais ideias-chave dos resultados da investigação, as limitações globais do estudo e as recomendações finais, que se espera venham a contribuir para estratégias de promoção da saúde sexual nos jovens universitários.

7.1. – Pontos-chave do estudo HBSC/SSREU

Nesta parte do trabalho pretende-se apresentar as ideias mais relevantes das investigações realizadas, sendo que algumas poderão ser transversais aos vários estudos.

O presente estudo é nacional e teve como objetivo central conhecer a sexualidade dos jovens universitários portugueses (HBSC/SSREU):

- A amostra do estudo nacional HBSC/SSREU é constituída por 3278 estudantes universitários portugueses, entre os 18 e os 35 anos, com uma idade média de 21 anos.
- A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa, de religião católica, solteira e refere ser heterossexual.
- A maioria dos jovens já teve relações sexuais e teve a sua primeira relação sexual a partir dos 16 anos (inclusive).

- A maioria dos jovens usou contraceção na primeira relação sexual, designadamente o preservativo e referiu ter sido uma decisão por consentimento mútuo, em especial as mulheres.
- Os homens, mais frequentemente tiveram a primeira relação sexual mais cedo (aos 11 anos ou menos, entre os 12 e os 13 anos, e entre os 14 e 15 anos) que as mulheres e não utilizaram qualquer método contracetivo, aliado a outros fatores de risco encontrados no género masculino, o que sugere um elevado risco sexual.
- As mulheres mais frequentemente que os homens usaram método contracetivo na primeira relação, designadamente o preservativo e a pílula, o que indica responsabilidade contracetiva e preventiva face às ISTs e a gestações não desejadas.
- No que se refere aos comportamentos face à contraceção e ao preservativo (fontes de informação, acesso, utilização de métodos contracetivos e a frequência do uso do preservativo), a maioria aponta os técnicos de saúde, folhetos/livros e amigos como principais fontes onde obtiveram informação sobre os métodos contracetivos que costumam utilizar; a maioria dos jovens inquiridos mencionou adquirir os métodos contracetivos que utiliza na farmácia e habitualmente usam a pílula e/ou o preservativo, mas apenas cerca de um terço afirmou usar de forma sistemática o preservativo.
- O grupo de jovens mais novos (18 e 19 anos) mencionou mais frequentemente usar preservativo e fazê-lo de forma contínua, o que sugere que os jovens no início das relações amorosas recorrem ao preservativo, e têm presente a preocupação de se protegerem quer de uma IST e/ou quer de uma gravidez.
- Relativamente aos comportamentos sexuais de risco, observou-se que uma minoria dos participantes mencionou ter relações sexuais com outra pessoa para além do parceiro durante o relacionamento amoroso, ter parceiros sexuais ocasionais, ter relações sexuais sob o efeito do álcool ou drogas, ter tido uma infeção sexualmente transmissível, ter tido uma gravidez indesejada e ter efetuado uma interrupção voluntária da gravidez.
- São os homens e o grupo de jovens mais velhos (25 e 35 anos) que mencionaram mais frequentemente ter tido relações sexuais associadas ao álcool e às drogas, parceiros ocasionais e relações com outra pessoa para além do parceiro.

- Sobre os conhecimentos, atitudes e competências que implicam comportamentos sexuais seguros ou de risco, nomeadamente conhecimentos sobre a pílula, o preservativo e as vias de transmissão do VIH/SIDA, a maioria escolheu a opção correta, sendo que são as mulheres e os jovens mais novos quem tem conhecimentos mais corretos, atitudes mais positivas e melhores competências, e os homens e os jovens do grupo de idades entre os 25 e os 35 anos quem mais afirmou não saber, apresentou atitudes menos positivas e menos competências.
- No que se refere aos comportamentos de proteção, nomeadamente ao acesso e uso de preservativos, às conversas sobre sexo seguro, a persuadir o parceiro a praticar somente sexo seguro e utilizar preservativos sempre que se tem relações sexuais, foram as mulheres e os jovens mais novos que apresentaram uma maior motivação preventiva face aos riscos sexuais e os homens e os jovens mais velhos que apresentaram menos motivação face a estes comportamentos protetores.
- A grande maioria expressou uma atitude não discriminatória face a infetados com o VIH/SIDA.
- Esboçando um modelo explicativo sobre a promoção do comportamento sexual preventivo (usar preservativo), verificou-se que o comportamento preventivo não depende do grau de conhecimentos, mas da motivação e do desenvolvimento das competências.
- Quanto à educação sexual em meio escolar, a grande maioria dos jovens universitários considerou que a educação sexual é muito importante e que deve ser abordada nas escolas. Também se verificou que a maioria dos jovens usufruiu, nos últimos anos, de educação sexual na escola, nomeadamente através de disciplinas curriculares, ações externas e áreas curriculares não disciplinares e afirmou ter ficado muito esclarecido.
- As mulheres e os jovens do grupo de idades mais novos mencionaram mais frequentemente ter tido ES na escola do que os homens e os jovens do grupo de idades mais velhos.
- Relativamente a quem deve ser responsável pela educação sexual dos jovens, a grande maioria dos estudantes universitários defendeu que devem ser os pais, os técnicos de saúde e a escola.

- No que diz respeito ao desempenho das principais fontes educativas na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, os dados obtidos demonstraram que os amigos, a *internet*, a comunicação social (*mass media*) e o centro de saúde contribuem mais que os pais e os professores.
- Na questão efetuada para avaliar o grau de conhecimento sobre todos os aspetos relacionados com a sexualidade, verificou-se que a maioria referiu sentir-se devidamente informada, em especial os homens. No entanto, quase um terço dos jovens universitários afirmou não se sentir informado, selecionando as infeções sexualmente transmissíveis/SIDA, a contraceção e sexo seguro, e a segurança pessoal como principais temas que gostariam de ver esclarecidos, enquanto a puberdade foi mencionada como o tema menos relevante.
- Quanto ao grau de conforto a conversar sobre métodos contracetivos e ISTs com amigos, professores e pais, a maior parte dos jovens universitários prefere falar sobre educação sexual com os amigos, mas também menciona sentir-se à vontade a conversar com os professores e os pais.
- No que se refere aos efeitos da educação sexual em meio escolar na promoção de comportamentos sexuais saudáveis dos jovens universitários, os jovens que tiveram ES em meio escolar apresentaram maior uso de contraceção e preservativo de forma sistemática, menos comportamentos sexuais de risco, mais conhecimentos corretos, atitudes mais positivas e melhores competências relativamente à contraceção e prevenção de ISTs. Por sua vez, os jovens que não tiveram ES em meio escolar apresentaram maior défice para adoptar um comportamento sexual seguro.
- Verificou-se, através destes resultados, que as escolas portuguesas têm vindo a cumprir o seu papel em termos de educação sexual.
- No entanto, há uma percentagem de jovens adultos em potencial risco a frequentar as universidades portuguesas.
- Constata-se uma necessidade urgente de realizar intervenções na área da promoção da saúde sexual nas universidades portuguesas, envolvendo pais, docentes, colegas e toda a comunidade educativa, uma vez que constituem elementos fundamentais na vida dos jovens universitários e que podem ser determinantes na proteção de comportamentos sexuais de risco.

7.2. – Limitações globais do estudo

Um trabalho deste tipo apresenta algumas limitações metodológicas, o que se procurou que não condicionasse o desenrolar da investigação. Assim, procura-se apresentar as limitações globais do estudo, salientando que algumas já foram enunciadas nos estudos dois, três, quatro e cinco.

A estratégia metodológica desenhada para este estudo teve em conta o tipo de estudo realizado e os objetivos traçados. Tais objetivos levaram à necessidade de uma amostra suficientemente ampla e representativa do ensino superior português para que se conseguisse obter resultados fiáveis e a eleger como instrumento de medição um questionário de autorrelato, devido por um lado ao próprio tema da investigação, a sexualidade, que é por natureza do domínio privado e íntimo; e por outro lado, como advoga Sampieri e colaboradores (2003), é o instrumento mais adequado para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Contudo este tipo de instrumento poderá constituir-se como um obstáculo à análise e interpretação dos resultados, pelo facto de poder ser influenciado pela tendência dos respondentes em dar respostas socialmente desejáveis aos diferentes itens e não responderam de acordo com o que acontece na realidade e, ainda, poder ser influenciado pelo efeito da memória, uma vez que os jovens adultos eram questionados sobre comportamentos realizados desde o início da sua vida sexual (por exemplo: porque é que teve pela primeira vez relações sexuais; ao fim de quanto tempo de namoro teve relações sexuais; nas suas atividades sexuais, nos últimos 12 meses, você ou o seu parceiro usaram sempre preservativo, entre outros). Por outro lado, é evidente que a utilização dos questionários de autorrelato com uma única aplicação (de carácter transversal) para avaliar a promoção da saúde sexual, não permite obter relações de causa-efeito claramente definidas. Apesar das associações encontradas permitirem estabelecer relações e ligações entre diferentes fatores, não se pode garantir uma efetiva causa-efeito.

Outra das limitações identificadas, relacionada ainda com a natureza do instrumento (de autorrelato), prende-se com o tipo de questões que foram utilizadas pois dependem da perceção que os jovens são capazes de fazer, ao invés de se fazer uma avaliação objetiva resultante de observação direta (por exemplo em itens como a avaliação da motivação, das competências relativamente à execução de comportamentos

sexuais seguros); bem como da interpretação que estes necessariamente têm que efetuar. Estes resultados permitem apenas obter um grau de precisão subjetivo que deveria ser ultrapassado com a aplicação de instrumentos objetivos, tais como o treino de competências e observação de comportamentos, metodologia de difícil aplicação prática face ao tamanho da amostra.

Outra limitação a salientar é o facto da amostra deste estudo se centrar em jovens adultos universitários, maioritariamente do género feminino. Seria interessante que este abrangesse jovens que não frequentam o ensino superior e que a amostra fosse constituída por um número semelhante de participantes do género feminino e masculino, por forma a obter-se uma amostra mais homogénea. Apesar disso é importante referir que a distribuição da amostra corrobora a distribuição encontrada na população universitária portuguesa de acordo com a Direção Geral do Ensino Superior (DGES/MCTES, 2011).

Apesar das eventuais limitações, considera-se que os resultados obtidos permitem a) adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática dos comportamentos sexuais de risco dos estudantes universitários bem como de alguns fatores subjacentes a esses mesmos comportamentos; b) verificar os efeitos da educação sexual em meio escolar e a importância basilar dos diferentes agentes de socialização na educação sexual; e c) constituir um contributo valioso ao nível da prevenção universal, já que a sua divulgação poderá sustentar uma intervenção pedagógica focalizada no jovem adulto, porque é nesta fase de vida que ele atravessa momentos de rutura e de novas adaptações, tanto a nível psicológico como social. Somente uma ação conjunta de todas as estruturas sociais será capaz de produzir uma melhor e real prevenção dos riscos sexuais e da promoção de comportamentos sexuais saudáveis, embora não existam dúvidas que o primeiro passo é a consciencialização individual e uma prática assertiva da atividade sexual.

Apesar das limitações inerentes, este estudo foi ao encontro de todos os objetivos estipulados, pelo que se espera que contribua para uma melhor compreensão desta problemática.

7.3. - Recomendações

Em Portugal, e em outros países europeus, o aumento crescente das pessoas infetadas com ISTs e VIH/SIDA, bem como o aumento de gestações não desejadas e de IVG tem constituído uma preocupação central de todos os governos, não só pela ameaça que representa ao equilíbrio da sociedade, mas também, pela dificuldade em evitar o desenquadramento e marginalização social. Todavia, a dificuldade está, pois, em saber que mudanças rápidas são necessárias implementar e como estas podem ser geridas de maneira a diminuir o número de novos casos de ISTs, VIH/SIDA, gestações não desejadas e IVG.

Espera-se que este estudo tenha permitido obter algumas respostas às questões de partida, atingindo desse modo os objetivos propostos. Assim, surgem reflexões face às implicações práticas ou intervenções que devem ser delineadas tendo em consideração os resultados da investigação, como, por exemplo, o interesse e a pertinência da implementação de programas de saúde sexual em todos os estabelecimentos de ensino superior, considerando-se que os estilos de vida saudáveis e o bem-estar subjetivo são fatores com elevada ponderação na saúde, no geral, e, neste caso específico, na saúde sexual. Nesse sentido, sugerem-se as seguintes recomendações:

- Criação de gabinetes de apoio, no campus universitário e politécnico, constituídos por equipas pluridisciplinares e com parcerias competentes no ramo (tais como parcerias com os centros de saúde, hospitais, associações ligadas à sexualidade e a esta faixa etária), com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a *internet*) e formação entre pares. Estes podem ajudar na implementação de campanhas de prevenção universal, no esclarecimento e no treino de competências relacionadas com a sexualidade (por exemplo facultando informação e competências sobre os métodos contracetivos). Estes gabinetes deveriam ter consultas de planeamento familiar, acompanhamento ginecológico, rastreio de ISTs e disponibilização de contraceção, de forma anónima e confidencial, pois um dos obstáculos à utilização do preservativo ainda é a vergonha e o medo do conhecimento por parte dos pais. Este serviço seria ainda de grande utilidade como resposta a outras necessidades do domínio da saúde sexual reprodutiva, designadamente dando acompanhamento à jovem grávida e/ou ao jovem (futuro) pai;

- Promover reflexões com os estudantes sobre a saúde sexual e os riscos inerentes, nos seus diferentes aspetos: relacionais, comunicacionais e técnico-científicos;

- Promover, no ensino teórico e prático, a importância da educação para a cidadania, integrando questões da educação sexual.

Tendo os resultados em conta, propõe-se a continuação de futuros projetos de investigação nesta área pois, em virtude da constante mudança e abertura da sociedade às problemáticas analisadas, é pertinente que se mantenha uma atualização constante das tendências.

Neste estudo não foram analisadas a relação entre a nacionalidade, a religião, o estado civil, a orientação sexual e os conhecimentos, as atitudes, a motivação e as competências face aos comportamentos sexuais preventivos, pelo que se sugere que futuros estudos investiguem essas variáveis em particular. Seria interessante averiguar se os comportamentos sexuais de risco apresentariam uma maior ou menor prevalência a) entre jovens de nacionalidades diferentes, b) entre jovens com religiões diferentes, c) entre jovens solteiros e casados e c) entre jovens de diferentes orientações sexuais. Assim como também parece pertinente avaliar as diferenças no que diz respeito aos conhecimentos, atitudes, motivação e competências face aos comportamentos sexuais preventivos e a influência da educação sexual entre jovens com nacionalidades, religião, estado civil e orientação sexual diferentes. Dada a importância do parceiro, seria, também, interessante averiguar-se a influência da opinião deste, efetuando entrevistas a jovens casais.

Para além disso, seria igualmente interessante analisar, questionar e relacionar a opinião de jovens, pais e professores, relativamente à educação sexual, no sentido de se avaliar o que se tem feito e perceber o que é necessário realizar futuramente para promover comportamentos sexuais saudáveis.

Também parece oportuno referir que o papel do Estado poderia ser mais ativo e eficaz, criando medidas específicas que ajudem a colmatar as necessidades e défices dos agentes educativos que estão no terreno, definindo claramente o campo das responsabilidades de técnicos, serviços e dos próprios indivíduos, como cidadãos.

Em suma, pretende-se que este estudo contribua para incentivar pesquisas na área da educação sexual no ensino superior bem como para a orientação de projetos nas questões que digam respeito à promoção da saúde sexual dos estudantes universitários.

Referências Bibliográficas

Aaro, L., Wold, B., Kannas, L., & Rimpelä, M. (1986). Health behaviour in school children. A WHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1: 17-33.

Abma, J., Martinez, G., Mosher, W., & Dawson, B. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 23(24):1-87.

ACHA - American College Health Association (2009). American College Health Association-National college health assessment Spring 2008 reference group data report (abridged). *Journal of American College Health*; 57(5): 477-488.

Adefuye, A., Abiona, T.C., Balogun, J.A., & Durrell, M.L. (2009). HIV sexual risk behaviors and perception of risk among college students: implications for planning interventions. *BMC Public Health*, 9:281 doi:10.1186/1471-2458-9-281

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviours. Englewood Cliffs*, NJ: Prentice-Hall.

Albarracin, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127*(1): 142–161.

Alferes, V. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade.* Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

Allen, L. (2001). Closing Sex Education‟s Knowledge/Practice Gap: the reconceptualisation of young people‟s sexual knowledge. *Sex Education*, 1(2):109 - 122.

Amaral, A., & Saldanha, A. (2006). *A vulnerabilidade à AIDS associada ao uso de álcool por adolescentes.* Recuperado de http://www.aidscongress.net/

Amaro, F. (2004). *Estudo sobre opiniões, atitudes e comportamentos relacionados com a SIDA.* Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS) e Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) da Universidade Técnica de Lisboa/ CNLCS/ISCSP.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2006). *Adolescent Sexuality and Sex Education*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Aquilino, M., & Bragadottir, H. (2000). Adolescent pregnancy: Teen perspectives on prevention. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(4): 192-197.

APF - Associação para o Planeamento da Família (2012). Resultados de uma Campanha intitulada "*Jogo de Cintura para uma Contraceção Segura*". Recuperado de www.apf.pt

Avery, L., & Lazdane, G. (2010). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care;* 15(S2): S54-S66.

Ayres, J. (2002). Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo, Brasil: Hucitec.

Baele, J., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health;* 28: 421-431.

Baldwin, J.D., & Baldwin, J.I. (1988). Factors affecting AIDS-related sexual risk-taking behavior among College students. . *The Journal of Sex Research*, 25(2):181-196. doi: 10.1080/00224498809551454

Bandura, A. (2007). Much Ado Over a Faulty Conception of Perceived Self-Efficacy Grounded in Faulty Experimentation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(6): 641-658.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In R.J. DiClemente, & J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioural interventions* (pp. 25-59). NY: Plenum Press.

Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In Mays, V., Albee, G. &. Schneider, S. (Eds.), *Primary prevention of AIDS*: 128–141.

Baptista, A., Carvalho, M., & Brites, J. (2005). Estudo sobre transmissão do vírus da SIDA entre estudantes universitários. *IV Simpósio sobre Sexologia.* Lisboa.

Basen-Engquist, K., & Parcel, G.S. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behaviour. *Health Education Quarterly*, 19: 263-277.

Basen-Engquist, K., Parcel, G., Harrist, R., Kirby, D., Coyle, K., Banspach, S., & Rugg, D. (1997). The Safer Choices Project: Methodological issues in school-based health promotion intervention research. *Journal of School Health*, 67*:* 365–371.

Basen-Engquist, K., Mâsse, L.C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., & Nodora, J. (1998). Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-efficacy Scales. *Handbook of Sexuality – Related Measures* (541-544). Thousand Oaks: Sage.

Battagliola, F., Brown, E., & Jaspard, M. (1997). Itineraires de Passage a L'Age Adulte Differences de Sexe, Differences de Classe. *Societes Contemporaines*, 25: 85-103.

Bay-Cheng, L. (2001). SexEd.com: values and norms in web-based sexuality education. *The Journal of Sex Research*, 38(3): 241-251.

Bazargan, M., Kelly, E.M., Stein, J.A., Husaini, B.A., & Bazargan, S.H. (2000). Correlates of HIV risk-taking behaviors among African-American college students: The effect of HIV knowledge, motivation, and behavioural skills. *Journal of the National Medical Association*, 92(8): 391-404.

Bearinger, L., Sieving, R., & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescent: patterns, prevention, and potential. *The Lancet* 369(9568): 1220-1231.

Bell, J. (2009). Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: A qualitative approach to understanding risky sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, *32*: 379-391.

Belo, M.A., & Silva, J.L. (2004). Knowledge, attitudes, and practices on previous use of contraceptive methods among pregnant teenagers. *Revista de Saúde Pública, 38*(4): 479-487.

Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-rodríguez, A.F., Carlos, J., & Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-sultural assessmeent and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(2), 235-249.

Bermúdez, M.P., Herencia-Leiva, A.J., & Uribe Rodríguez, A.F. (2009). Resumen de versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41,* 587-600.

Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Oakley, A., Copas, A., Johnson, A., & Stephenson, J. (2006). Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behavior. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 502-506.

Boone, T.L., & Duran, A. (2009). Sexual Prejudice Among Heterosexual College Men as a Predictor of Condom Attitudes. *Sex Roles*, 61(3-4): 167-177. doi: 10.1007/s11199-009-9626-4.

Bontempi, J.B., Mugno, R., Bulmer, S.M., Danvers, K., & Vancour, M.L. (2009). Exploring gender differences in the relationship between HIV/STD testing and condom use among undergraduate college students. *American Journal of Health Educ*ation, 40(2): 97-105.

Boruchovitch, E. (1992). Factores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 26(6): 137-443.

Brien, T.M., Thombs, D.L., Mahoney, C.A., & Wallnau, L. (1994). Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *Journal of American College Health*, 42: 167 – 174.

Brook, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South African Adolescents: Pathwais to Risky Sexual Behavior. *AIDS Education and Prevention*; 18(3): 259-272.

Bryan, A.D., Aiken, L.S., & West, S.G. (1997). Young women's condom use. The influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounters and perceived susceptibility to common STD's. *Health Psychology*, 16: 468-479.

Butler, P. (2004). Sexual health a new focus for World Health Organization. *Progress in Reproductive Health Research*, Nº67: 1-8. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre

Camargo, B.V., & Botelho, L.J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41(1): 61-68.

Campbell, S.M., Peplau, L.A., & DeBro, S.C. (1992). Women, men, and condoms: Attitudes and experiences of heterosexual college students. *Psychology of Women Quarterly*, 16: 273–288.

Carey, M.P., Braaten, L.S., Maisto, S.A., Gleason, J.R., Forsyth, A.D., Durant, L.E., & Jaworski, B.C. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: a second randomised clinical trial. *Health Psychology*, 19(1): 3-11.

Carey, M.P., Maisto, S.A., Kalichman, S.C., Forsyth, A., Wright, I., & Johnson, B.T. (1997). Enhancing motivation to reduce risk for HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 531–541.

Carvalho, M., & Baptista, A. (2006). Modelos explicativos dos determinantes dos comportamentos preventivos associados à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, 8: 163-192.

Carvalho, M., (1999). O Modelo Informação-Motivação-Aptidões Comportamentais: Estudo dos Determinantes dos Comportamentos Preventivos na Transmissão do VIH em Jovens Adultos. *Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde.* ISPA – Instituto Superior de Psicologia aplicada.

Castro, A., & Bermúdez, M.P. (2011). Native and immigrant adolescents in Spain: Adaptation and perceived discrimination as HIV-risk factors. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11,* 34-47.

Catania, J.A., Coates, T.J., Dolcini, M.M., Greenblatt, R.M., Kegeles, S.M., Puckett, S., Corman, M., & Miller, J. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: Implications for AID-related health interventions. *Journal of Sex Research*, 26: 514-24.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2010). Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2009: Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. *MMWR;* 59.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2007). *HIV Infection: Detection, Counseling, and Referral*. Atlanta: CDC. Recuperado de www.cdc.gov/std/treatmant/2006

Charlotte Paul, M.B., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27: 136-147.

Cortesão, I., Silva, M., & Torres, M. (2005). *Educação para uma Sexualidade Humanizada*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

Costa, M.C.O., Lopes, C.P.A., Souza, R.P., & Patel, B.N. (2001). Sexualidade na Adolescência: Desenvolvimento, Vivencia e Propostas de Intervenção. *Journal de Pediatria*, 77 (2): S217-S224.

Coulter, A. (2007). *Sexual Sensation Seeking and Self-Efficacy's Relationship to Sexual Risk Taking Behavior*, Dissertação de Mestrado não publicada, Humboldt State University, California.

Coyle, K., Kirby, D., Marin, B., Gómez, C., & Gregorich, S. (2004). Draw the line respect the line: a randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 94(5): 843-850.

Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (eds) (2000). *Health and health behaviour among young people.* Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study (HBSC) international report. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, issue 1. Copenhagen: World Health Organization.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow-Rasmussen, V. (eds) (2004). *Young people's health in context*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health policy for children and adolescents, no. 4. Copenhagen: World Health Organization.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA (2011). A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010. *CVEDT*. Lisboa, Portugal: INSA.

CVEDT – Centro de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Infecção VIH/SIDA (2010). *A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009*. Lisboa: INSA.

DGES/MCTES - Direção Geral do Ensino Superior/Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2011). Recuperado de www.dges.mctes.pt/DGES/pt

DGS - Direção Geral de Saúde (2011). Relatório dos registos das Interrupções da Gravidez – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.

DGS - Direção Geral de Saúde (2004). *Orientações estratégicas. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Dias, I. (2008). *Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais*: um estudo no ensino superior. Universidade de Aveiro: Departamento de Ciências da Educação. Dissertação de Doutoramento.

Dias, S., Matos, M., & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*, 3(1): 89-102.

Diaz, D., Blanco, A., Horcajo, J., & Valle, C. (2007). La aplición del modelo del estado completo de salud al estúdio de la depresión. *Psicothema*, 19(2): 286-294.

DiCenso, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ;* 324*:*1420. doi: 10.1136/bmj.324.7351.1420

DiClemente, R., Forrest, K., & Mickler, S. (1990). College student's knowledge and attitudes about AIDS and changes in VIH – Preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2: 201-212.

DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. Hook III, E., & Oh, K. (2001). Parental Monitoring: Association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics*, 107(6): 1363-1369.

Diclemente R., Wingood G., Crosby R., Sionean, C., Brown, L., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B., Harrington, K & Davies, S. (2000). Prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*, 108:1–6.

Diniz, A. (2001). *Crenças, Escolha de Carreira e Integração Universitária.* Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Braga.

Duncan, C., Miller, D.M., Borskey E.J., Fomby, J.D., Dawson, P., & Davis, L. (2002). Barriers to safer sex practices among African American college students. *Journal of the National Medical Association*, 94: 944–951.

Durex (2005). *Give and Receive – 2005 Global Sex Survey Results*. Recuperado de www.durex.com/gss

EACEA - Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA P9 Eurydice) (2012). *Key Data on Education in Europe 2012*, Brussels: Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. Recuperado de http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice

Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W., Lowry, R., McManus, T., Cheyen D., Lim C., Brener, N., & Wechsler, H. (2008). Youth risk behavior surveillance, United 3. States, 2007. *MMWR 57*(SS-4), 1-136.

Eaton, S.B., Cordain, L., & Lindeberg, S. (2002). Evolutionary health promotion: a consideration of common counterarguments. *Preventive Medicine,* 34(2):119-123.

Edwards, W.M., & Coleman, E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior, 33*(3): 189-195.

Eisenberg, M., Bearinger, L., Sieving, R., Swain, C., & Resnick, M. (2004). Parents' beliefs about condoms and oral contraceptives: are they medically accurate? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health;* 36: 50-57.

Esere, M. (2008). Effect of sex education programme on at-risk sexual behaviour of school-going adolescents in llorin, Nigeria. *African Health Sciences,* 8(2):120-125.

Espejo, X., Tsunechiro, M.A., Osis, M.J., Duarte, G.A., Bahamondese, L., & Sousa, M.H. (2003). Knowledge adequacy on contraceptives among women in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, *37*(5): 83-590.

Eurostat (2006). *População e Condições de trabalho – Demografia.*

Evans, W.D., Blitstein, J.L., & Davis, K.C. (2011). Social Cognitive Mediators of Parent-Child Sexual Communication, *American Journal of Health Behavior*, 35(4): 428-437.

Fagundes, M. (2009). Sexualidade Humana e Orgasmo Sexual. *Psicologia em Foco, 2*(1): 102-109.

Ferguson, Y.O., Quinn, S.C., Eng, E., & Sandelowski, M. (2006). The gender ratio imbalance and its relationship to risk of HIV/AIDS among African American women at historically black colleges and universities. *AIDS Care*, 18(4): 323–331. doi:10.1080/09540120500162122

Finer, L.B., & Henshaw, S.K.(2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2): 90-96.

Fishbein, M., Middlestadt, S., & Hitchcock, P. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: an analysis based on theory of reasoned action. In DiClemente, R., Peterson, J., editors. *Preventing AIDS: theories, methods, and behavioral interventions* (pp. 61–77). New York: Plenum Press.

Fisher, J., & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In Peterson, J., & DiClemente, R. (Eds.), *HIV prevention handbook* (pp. 3–55). New York: Plenum.

Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111: 455–474.

Fisher, W.A., & Fisher, J.D. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behaviour: theory and method. In R. Rosen, C. Davis, & H. Ruppel (Eds.), *Annual Review of Sex Research* (Vol. IX). Iowa: Society for the Scientific Study of Sex.

Fisher, W., & Fisher, J. (1993). Understanding and promoting AIDS preventive behavior: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality,* 1: 99–106.

Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., & Misovich, S. (2002). Information–motivation–behavioral skills model–based HIV risk behavior change intervention for inner–city high school youth. *Health Psychology*; 21: 177–186.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Misovich, S.J., Kimble, D.L., & Malloy, T.E. (1996). Changing AIDS risk behaviour: effects of an intervention emphasising AIDS risk reduction information, motivation, and behavioural skills in a college student population. *Health Psychology*, 15: 114-123.

Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams, S.S., & Malloy, T.E. (1994). Empirical tests of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS-preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*,13(3): 238–250.

Fisher, J., & Misovich, S., (1990). Evolution of college students' AIDS-related behavioral responses, attitudes, knowledge, and fear. *AIDS Education and Prevention*, 2: 323-337.

Fisher, W., Williams, S., Fisher, J., & Malloy, T. (1999). Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents: An empirical test of the information–motivation–behavioral skills model. *AIDS and Behavior*, 3(1):13–23.

Fisher, W.A., Fisher, J.D., & Rye, B.J. (1995). Understanding and promoting AIDS preventive behaviour: insights from the Theory of Reasoned Action. *Health Psychology*, 14: 255 – 264.

FNUAP- Fundo das Nações Unidas para a População (2005). Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: adolescentes, pobreza e género. *A situação da população mundial 2005: A promessa de igualdade: Equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio*, 45-55.

Folkman, S., Chesney, M.A., Pollack, L., & Phillips, C. (1992). Stress, *coping* and high-risk sexual behaviour. *Health Psychology*, 11: 218-222.

Fortenberry, J.,Tu, W., Harezlak, J., Katz, B., & Orr, D. (2002). Condom Use as a Function of Time in New and Established Adolescent Sexual Relationships. *American Journal of Public Health, 92*(2): 211-213.

Fuertes, A., & López, F. (1989). *Para Compreender la sexualidad*. Navarra. Verbo Divino.

Gabriela, P., Virginia, I.F., Sonia, M.M., Jerry, J., Suyapa, M., Mayte, P., Damien, D., David, M., & Edgar, M. (2012). Unsafe Sexual Behaviors Among HIV-Positive Men and Women in Honduras: The Role of Discrimination, Condom Access, and Gender. *Sexually Transmitted Diseases*, 39(1): 35-41. doi: 10.1097/OLQ.0b013e318231cf2d

Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A., & Al-Maskari, F. (2007). Break the Silence: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Educational Needs among Arab University Students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health,* 40(6): 572-572e8. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.01.011

Gavin, L.E., Catalano, R.F., David-Ferdon, C., Gloppen, K.M., & Markham, C.M. (2010). A Review of Positive Youth Development Programs That Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. *Journal of Adolescent Health*, 46: S75–S91.

Gerrard, M., Gibbons, F., & Bushman, B. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119(3): 390-409.

Giami, A. (2008). A Experiencia da Sexualidade em Jovens Adultos na Franca: Entre Errancia e Vida Conjugal. *Paideia*, 18(40): 289-304.

Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15 year-old students at their last sexual intercourse results from 24 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine;* 162(1): 6673.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg & M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

Gordon, C. M., Carey, M. P., & Carey, K. B. (1997). Effects of a drinking event on behavioural skills and condom attitudes in men: implications for HIV risk from a controlled experiment. *Health Psychology*, 16(5): 490-495.

GTES – Grupo de trabalho de educação sexual/educação para a saúde; Sampaio D. (coord.), Baptista, I., Matos, M.G., Silva, M.O. (2007). *Educação para a saúde nas escolas:* Relatório final. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005). *Educação para a saúde nas escolas: relatório preliminar*. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.

Halpern-Felsher, B.L., Cornell, J.L., Kropp, R.Y., & Tschann, J.M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics*, 115(4): 845-51.

Hamilton, C.J., & Mahalik, J.R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56: 132-141. doi: 10.1037/a0014440

Hardy, A.N. (1990). National Health Interview Survey Data on adult knowledge of AIDS in the United States. *Public Health Reports*, 105: 629-634.

Hawa, R., Munro, B., & Doherty-Poirier, M. (1998). Information, motivation and behaviour as predictors of AIDS risk reduction among Canadian first year university students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(1): 9-18.

Helweg-Larsen, M., & Collins, B.E. (1994). The UCLA multidimensional condom attitudes scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13(3): 224–237.

House, L., Bates, J., Markham, C., & Lesesne, C. (2010). Competence as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth: A systematic review. *Journal of Adolescent Health;* 46(3): S7-S22.

Huebner, A.J., & Howell, L.W. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *Journal of Adolescent Health*, 33(2)*:* 71-78.

Hutchinson, M.K. (2002). The Influence of Sexual Risk Communication Between Parents and Daughters on Sexual Risk Behaviors. *Family Relations*, 51: 238–247.

Hutchinson, K., Jemmott, J., Jemmott, L., Braverman, P., & Fong, G. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviours among

urban adolescent females: a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 33: 98-107.

Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Astin, M., Oliveira da Silva, M., Bloemenkap, K.W.M., Karro, H., Olsen, J., & Temmerman M., on behalf of the REPROSTAT 2 group (2006). *REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union - Final report*. University of Aberdeen.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2012). Taxa de fertilidade portuguesa: entre 2005-2010. Recuperado de www.ine.pt

INE – Instituto Nacional de Estatística (2011). Taxas de Natalidade referentes ao ano 2010. Recuperado de www.ine.pt

INE – Instituto Nacional de Estatística (2007). Inquérito Nacional de Saúde 2007. Recuperado de www.ine.pt

IPPF – International Planned Parenthood Federation (2009). Direitos sexuais: uma declaração da IPPF / IPPF – *International Planned Parenthood Federation*; Edição em Português de BEMFAM.– Rio de Janeiro, Brasil: BEMFAM. ISBN: 978-85-99332-27-6.

James, S., Reddy, S.P., Taylor, M., & Jinabhai, C.C. (2004). Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behavior. *Acta Paediatrica*, 93(2): 264-269. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb00718.x

Jemmott, L.S., & Jemmott, J.B. (1991). Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: Condom use among black women. *Nursing Research Journal*, 40: 228–234.

Kaiser Family Foundation, Hoff, T., Greene, L., & Davis, J. (2003). *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences.* Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.

Kalichman, S.C., Cherry, C., Brown-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk reduction intervention for inner-city African-American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 959–966.

Kalichman, S., Stein, J.A., Malow, R., Averhart, C., Devieux, J., Jennings, T., Prado, G., & Feaster, D.J. (2002). Predicting protected sexual behaviour using the Information-Motivation-Behaviour skills model among adolescent substance abusers in court-ordered treatment. *Psychoogyl Health & Medicine*, 27(3): 327–338.

Katz, B.P., Fortenberry, J.D., Zimet, G.D., Blythe, M.J., & Orr, P.D.(2000). Partner-Specific Relationship Characteristics and Condom Use Among Young People With Sexually Transmitted Diseases. *The Journal of Sex Research*, 37(1): 69-75.

Kelly, J.A., StLawrence, J.S., Brasfield, T.L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R.E., Hood, H.V., Smith, J.E., Kilgore, H., & McNeill, C.Jr. (1990). Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 117-120.

Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1): 27 – 33.

Kirby, D. (2001a). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy. *National Campaign To Prevent Teen Pregnancy*. DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. ISBN: 1-58671-037-0.

Kirby, D. (2001b). Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 33: 276-81.

Kirby, D. (1999). Sexuality and sex education at home and school. *Adolescent Medicine*, 10: 195 -209.

Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40: 206-217.

Kirby, J., Van der Sluijs, W., & Currie, C. (2010). HBSC Briefing Paper 18b Attitudes towards condom use. HBSC Briefing Paper Series.

Koelen, M.A., Vaandrager, L., & Colomér, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4): 257 -262 doi:10.1136/jech.55.4.257

Kohler, P.K., Manhart, L.E., & Lafferty, W.E. (2008). Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42: 344-351.

Kowaleski-Jones, L., & Mott, F. (1998). Sex, Contraception, and Childbearing among High-Risk Youth: Do Different Factors Influence Males and Females? Family Planning Perspectives, 30(4):163-169.

Labrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E., & Marriot, C. (2005). Effects of Alcohol, Expectancies, and Partner Type on Condom use in College Males: Event-Level Analyses. *The Journal of Sex Research*, 42(3): 259-266. doi:10.1080/00224490509552280

Langille, D. (2007). Teenage pregnancy: Trends, contributing factors and the physician's role. *Canadian Medical Association Journal*, 176(11). Recuperado de http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/11/1601

Lansky, A., Sullivan, P., & Fleming, P. (2007). HIV behavioral surveillance in the US: A conceptual framework. *Public Health Reports*, 122(1): 16-23.

L'Engle, K.L., Brown, J.D., & Kenneavy, K. (2006). The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 38: 186-192.

L'Engle, & Jackson (2008). Socialization Influences on Early Adolescents' Cognitive Susceptibility and Transition to Sexual Intercourse. *Journal of Research on Adolescence*, 18(2): 353-378. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00563.x

Lewis, J.E., Malow, R.M., & Ireland, S.J. (1997). HIV/AIDS Risk in heterosexual college students - A review of a decade of literature. *Journal of American College Health*, 45(4): 147–158. doi:10.1080/07448481.1997.9936875

Lewis, J., Miguez-Burbano. M.J., & Malow, R. (2009). HIV risk behavior among college students in the United States. *College Student Journal,* 43(2)*:* 475-491.

Li, X., Lin, C., Gao Z., Stanton, B., Fang, X., Yin, Q., & Wu, Y. (2004). HIV/AIDS knowledge and the implications for health promotion programs among Chinese college students: geographic, gender and age differences. *Health Promotion International,* 19(3): 345-356. doi:10.1093/heapro/dah308

Li, X., Zhang, L., Mao, R., Zhao, O., & Stanton, B. (2011). Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Education Research*, 26(3): 419-431. doi: 10.1093/her/cyr001

Lindberg, L.D., Ku, L., & Sonenstein, F (2000). Adolescents' reports of reproductive health education, 1988 and 1995. *Family Planning Perspectives*, 32 (5): 220 -226.

Lindberg, L.D., Santelli, J.S., & Singh, S. (2006). Changes in formal sex education: 1995-2000. *Perspectives on sexual and Reprodutive Health,* 38(4)*:*182-189.

Lourenço, M. (1998). *Textos e contextos da Gravidez na Adolescência. A adolescência, a família e a escola*. Lisboa: Editora Fim de Século.

Madkour, A., Farhat, T., Halpern, C., Godeau, E., & Gabhainn, S. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health,* 47(4): 389-398.

Malloy, T.E., Fisher, W.A., Albright, L., Misovich, S.J., & Fisher, J.D. (1997). Interpersonal perception of the AIDS risk potential of persons of the opposite sex. *Health Psychology*, 16: 480-486.

Markham, C.M., Lormand, D., Gloppen,K.M., Peskin, M.F., Flores, B., Low, B., & House, L.D. (2010). Connectedness as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth. *Journal of Adolescent Health*, 46(3): S23-S41.

Marques A., & Prazeres V. (Coords.) (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Marques, A., Pereira, A., Silva, B., Vilar, D., & Cadete, J. (Coords.) (1999). *Educação Sexual e Promoção da Saúde nas Escolas: Um Projecto Experimental.* Recuperado de www.apf.pt

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1995). *Human sexuality.* New York, EUA: Harper Collins College Publishers.

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *Amour sexualite: Mieux vivre sa vie sexuelle dans le monde d'aujourd'hui*. Paris, França: InterEditions.

Maswanya, E., Moji, K., Aoyagi, K., Yahata, Y., Kusano, Y., Nagata, K., Izumi, T., & Takemoto, T. (2000). Knowledge and attitude towards AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Education Research,* 12(1): 5-11. doi:10.1093/her/15.1.5

Matos, M.G. (2008). Correr riscos e proteger-se. In M. Matos (Org.) *Sexualidade, Segurança e SIDA: Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar*: 17-23. Lisboa, Portugal: CMDT/IHMT/UNL; FCT/MCES e FMH. Lisboa. ISBN 978-989-95849-0-7.

Matos, M.G. (2008). *Sexualidade, Segurança e SIDA.* Lisboa, Portugal: CMDT/IHMT/UNL; FCT/MCES e FMH. Lisboa. ISBN 978-989-95849-0-7.

Matos, M., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*. Recuperado de http://www.aventurasocial.com

Matos, M., & Equipa do Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois*). Lisboa: Edições FMH.

Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2011). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior – Relatório do Estudo HBSC/SSREU.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L., Borile, M., Berner, E., Vázquez, S., Gonzalez, E., Messias, J., Eisenstein, E., Pons, J. E., Tuzzo, R., Livia, J., Salazar, G., Vilar, D., & Rosário, V. (2010a). Sexualidade, cultura e saúde sexual em Portugal e na América Latina. In M. Matos (coord), *Sexualidade, Afectos e Cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 159-175). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler. ISBN:978-989-8218-49-0.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2011). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010.* ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Reis, M., Ramiro, L., Pereira, S., & Morais, M. (2010b). *O comportamento sexual dos adolescentes portugueses – estudo. HBSC/OMS*. In Matos, M.G., & Equipa do Aventura Social (eds). Sexualidade: Afecto, Cultura e Saúde (pp. 93-158). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler. ISBN:978-989-8218-49-0.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J.A., & Equipa Aventura Social (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje e em 8 anos*. Recuperado de http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf

Matos, M., Simões, C., & Canha, L. (2000). *Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses*. Cruz-quebrada: FMH/PPES.

Matos, M., Simões, C., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS 1998*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana/ Programa de Educação para Todos.

Mayock, P., Kitching, K., & Morgan, M. (2007). *Relationships and Sexuality Education (RSE) in the Context of Social, Personal and Health Education (SPHE): An Assessment of the Challenges to Full Implementation of the Programme in Post-primary Schools*. Recuperado de www.crisispregnancy.ie/pub/rsemainreport.pdf

Mcneely, C., Shew, M.L., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B.C., & Blum, R. (2002). Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15-year-olds. *Journal of Adolescent Health*, 31(3): 256-265.

Measor, L. (2004). Young people‟s views of sex education: gender, information and knowledge. *Sex Education*, 4(2): 153 – 166.

Mehrotra, P., Noar, S.M., Zimmerman, R.S., & Palmgreen, P. (2009). Demographic and Personality Factors as Predictors of HIV/STD Partner-Specific Risk Perceptions: Implications for Interventions. *AIDS Education and Prevention*, 21(1): 39–54.

Menard, A., & Offman, A. (2009). The Interrelationships Between Sexual Self-Esteem, Sexual Assertiveness and Sexual Satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1-2): 35-45.

Menezes, I. (1990). O desenvolvimento Psicossexual. *In* Campos, B. (org.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (vol.2, pp.139-185). Lisboa: Universidade Aberta.

Meschke, L., Bartholomae, S., & Zentall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promoting healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31: 265-279.

Mickler, S.E. (1993). Perceptions of vulnerability: impact on AIDS-preventive behaviour among college students. *AIDS Education and Prevention*, 5: 43-53.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Misovich, S.J., Fisher, W.A., & Fisher, J.D. (1998). A measure of AIDS prevention information, motivation and behavioural skills. In C.M. Davis, W.H. Yarber, R. Bauserman, G. Scheer, & S.L. Davis (Eds.), Handbook of Sexuality Related Measures. New Park, CA: Sage.

Mocroft, A., Brettle, R., Kirk, O., Parkin, J.M., Antunes, F., Francioli, P., D'Arminio-Monforte, A., Fox, Z., Lundgren, J.D., & The Euro-SIDA Study Group (2002). Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: Results from the EuroSIDA Study. *AIDS*, 16:1663-1671.

Moore, S., & Rosenthal, D. (1991). Adolescent's Perceptions of friends' and Parent's Attitudes to Sex and Sexual Risk-Taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1: 189-200.

Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna.* (Psicologia Clínica e Psiquiatria, nº 10). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Mturi, A.J., & Henninko, M.M. (2005). Perceptions of sex education for young people in Lesotho. *Culture, Health & Sexuality*,7(2): 129–143.

Mueller, T.E., Gavin, L.E., & Kulkarni, A. (2008) The association between sex education and youth's engagement in sexual intercourse, age at first intercourse, and birth control use at first sex. *Journal of Adolescent Health*, 42: 89-96.

Murphy, D.A., Rotheram-Borus, M.J., & Reid, H.M. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioural skills. *Journal of Adolescence*, 21: 197-208.

Newman, P.A., & Zimmerman, M.A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African American youth: A multivariate approach. *AIDS Education and Prevention*, 12(4): 308-325.

Nguyen, M.N., Saucier, J-F., & Pica, L.A. (1994) Influence of attitudes on the intention to use condoms in Quebec sexually active male adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 15: 269-274.

Nodin, N. (2001a). *Os Jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Colecção Estudos APF. Lisboa, Portugal: Associação para o Planeamento da Família.

Nodin, N. (2001b). Avaliação da eficácia da educação sexual em meio escolar. *Revista Sexualidade & Planeamento Familiar*, nº32, Dezembro.

Nwezeh, C. (2010). Students' Knowledge and Information Needs on HIV/AIDS in Nigeria. *Journal of Hospital Librarianship*, 10(2): 152-164. doi:10.1080/15323261003680176

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde.* 2ª Edição. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Organização das Nações Unidas – ONU (2010). Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénium 2010. IED – Instituto de Estudos para o Desenvolvimento. ISBN: 978-972-9219-79-5.

Oppenheim, N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. Londres e New York: Continuum.

PAHO/WHO - Pan American Health Organization/World Health Organization (2000). *Promotion of Sexual Health – Recommendations for Action*. Ant igua Guatemala, Guatemala. Recuperado de http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth

Pereira, M., & Canavarro, M. (2007). Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*, 15(3): 503-515.

Pereira, S., Matos, M.G., & Leal, I. (2011). Iniquidade, Etnicidade e Educação Sexual. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1): 77-90.

Pereira, A., Vaz, C., Patrício, M., Campos, M., & Pereira, R. (1999). *Contribuição para o estudo do sucesso e insucesso na Universidade de Coimbra*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Petro-Nustas, W. (2000). University students' knowledge of AIDS. *International Journal Nursing of Studies,* 37(5): 423-433. doi:10.1016/S0020-7489(00)00022-5

Pinheiro, M. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra. Recuperado de http://fpce.uc.pt/pessoais /pinheiro/trabalhos/

Pires, T. (2005). Vulnerabilidade da mulher na infecção pelo VIH-SIDA: números alarmantes. *Informação SIDA e outras doenças infecciosas,* 8(48): 12-13.

Pirotta, K.C., & Schor, N. (2004). Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública*; 38(4): 495-502.

Piscalho, I., Serafim, I., & Leal I. (2000). Representações sociais da educação sexual em adolescentes. In Ribeiro, J., Leal, I., & Dias, M., (eds) *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (p.353-62). Lisboa, Portugal: ISPA; 2000. ISBN: 972-8400-24-1.

Ploem, C., & Byers. E.S. (1997). The effects of two AIDS risk-reduction interventions on heterosexual college women's AIDS-related knowledge, attitudes and condom use. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 8: 1-24.

Precioso, J., & Taveira, M.C. (2007). Psicologia e Educação para a Saúde em Contexto Escolar. In J.A. Carvalho Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

Prince, A., & Bernard, A.L. (1998). Sexual Behaviors and safer sex practices of college students at a commuter campus. *Journal of American College Health*, 47(1): 11–21. doi:10.1080/07448489809595614

Prinstein, M.J., Meade, C.S., & Cohen, G.L. (2003). Adolescent Oral Sex, Peer Popularity, and Perceptions of Best Friends' Sexual Behavior. *Journal of Pediatric Psychology,* 28 (4): 243-249. doi:10.1093/jpepsy/jsg012

Public Health Agency of Canada. (2008). *Canadian guidelines for sexual health education* (3rd Ed.). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Raj, A. (1996). Identification of social cognitive variables as predictors of safer sex behavior and intent in heterosexual college students. *Journal of Sex & Marital Therapy,* 22(4): 247-258.

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011a). Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1):11-21.

Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011b). Sex education among Portuguese adolescent students. *Procedia- Social and Beahvioral Sciences (Elsevier)*, 29: 493-502.

Ramiro, L., Reis, M., & Matos, M.G. (2010). Educação Sexual: Propostas para Escolas. *In* Matos, M.G., & Equipa do Projecto Aventura Social (eds). *Sexualidade: Afecto, Cultura e Saúde* (pp. 203-244). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler. ISBN:978-989-8218-49-0.

Ramiro, L., & Matos, M.G. (2008). Perceptions of Portuguese teachers about sex education. *Revista de Saúde Pública*, 42(4): 684-692.

Ramiro, L., Matos, M., & Vilar, D. (2008). Factores de sucesso da Educação Sexual em meio escolar. *Educação Sexual em Rede, 3*, 8 – 13.

Ramiro, L., Reis, M., & Matos, M.G. (2008). Educação Sexual: Propostas para Escolas. In Matos, M.G. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (eds). *Sexualidade, Segurança e SIDA – Estado da Arte e Propostas em Meio Escolar* (pp.223-264). CMDT/IHMT/UNL; FCT/MCES e FMH. Lisboa. ISBN 978-989-95849-0-7.

Rangel, M., Gavin, L., Reed, C., Fowler, M., & Lee, L. (2006) Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents and young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39:156–63.

Reece, M., Herbenick, D., Hollub, A., Hensel, D., & Middlestadt, S. (2010). A Psychometric Assessment of the Multi-Factor Attitude Toward Condoms Scale (MFACS). *International Journal of Sexual Health*, 22: 119-129.

Reinecke, J., Schmidt, P., & Ajzen, I. (1996). Application of the theory of planned behavior to adolescents' condom use: A panel study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(9): 749–772.

Reis, A., & Dessunti, E. (2007). *Factores psicossociais e comportamentos associados ao risco de DST/AIDS entre estudantes.* Revista Latina-Americana de Enfermagem. 15(2): 67-274. doi:10.1590/S0104-11692007000200012

Reis, M., & Matos, M.G. (2008). Contracepção em Jovens Universitários Portugueses. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), 13-21.

Reis, M., & Matos, M.G. (2007a). Contracepção – Conhecimentos e atitudes em Jovens Universitários. *Revista Psicologia Saúde & Doe*nça, 8(2): 209 – 220.

Reis, M., & Matos, M.G. (2007b). Conhecimentos e Atitudes face ao uso de Métodos Contraceptivos e à Prevenção das IST's em Jovens [Knowledge and attitude towards contraceptive methods and STIs among youngsters]. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4(1): 23-35.

Reis, M., & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica,* 4(22): 737-745.

Reis, M., Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (2009). Educação Sexual na Actualidade: Perspectivas e Caminhos. In J. Bonito (Coord.) *Educação para a Saúde no século XXI – Teorias, Modelos e Práticas* (Vol, II, pp. 899-914) Évora: Universidade de Évora.

Reis, M., Ramiro, L., & Matos, M.G. (2009). Contracepção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses [Contraception, occasional partners and substance consumption in young Portuguese Students]. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6(2): 206-214.

Reis, M., Ramiro, L., Carvalho, M., & Pereira, S. (2009). A Sexualidade e os Amores. In Sampaio, D., & Matos, M.G. (Coord.). *Jovens com Saúde - Diálogo com uma geração* (pp. 265-282). Lisboa, Portugal: Texto Editores. ISBN: 9789724740287

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., & Diniz, J.A. (2011). The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences (Elsevier),* 29: 477-485.

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M.G., Diniz, J.A., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/Aids in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23*(2)*: 260-266.

Reissing, E.D., Laliberte, G.M., & Davis, H.J. (2005). Young Women's Sexual Adjustment: The Role of Self-Schema, Sexual Self-Efficacy, Sexual Aversion and Body Attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14:77-85.

Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R., & Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health, 15*(3), 179-186.

Robison, S. (2010). Sexual risk taking in adolescence: examining negative gender beliefs. *Studies by Undergraduate Researchers at Guelph,* 4(1)*:* 7-13.

Robinson, B., Bockting, W., Rosser, B., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The Sexual Health Model: Application of a Sexological Approach to HIV Prevention. *Health Education Research: Theory and Practice*, 17(1): 43-57.

Robinson, B., Scheltema, K., & Cherry, T. (2005). Risky Sexual Behaviour in Low-Income African American Women: The impact of sexual health variables. *The Journal of Sex Research*, 42(3): 224-237.

Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e gravidez não desejada.* Lisboa, Portugal: Associação para o Planeamento da Família.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behaviour. *Health Education Monographs*, 2: 354-386.

Ross, D., Dick, B., Ferguson, J. (eds.) (2006). *Preventing HIV/AIDS in young people: systematic review of the evidence from developing countries: UNAIDS interagency task team on HIV and young people.* World Health Organization.

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2003). Metodologia dela investigación. 3ª ediction, Mc. Graw- Hill, Interamericana, México.

Sacco, W.P., Rickman, R.L., Thompson, K., Levine, B., & Reed, D.L. (1993). Gender differences in AIDS relevant condom attitudes and condom use. *AIDS Education and Prevention, 5*(4): 311–326.

Sales, J.M., Milhausen, R.R., & Diclemente, R.J. (2006). A decade in review: building on the experience of past adolescence STI/HIV intervention to optimize future intervention efforts. *Sexually Transmitted Infections,* 82: 431-436.

Sampaio, D. (2000). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. 10ª ed. Lisboa, Portugal: Editorial Caminho.

Santos, C., & Nogueira, K. (2009). Gravidez na adolescência: falta de informação? *Adolescência & Saúde,* 6(1): 48-56.

Santos, L. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários.* Dissertação de Doutoramento, Departamento de Educação, Universidade de Aveiro. Recuperado de https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/

Schierhourt, G., Johnson, S., Dzokoto, A., & Bosu, W. (2003). Research Agenda for People at High Risk for HIV in Ghana. *USAID - U.S. Agency for International Development Ghana*, November.

Sekirime, W.K., Tamale, J., Lule, J.C., & Wabwire-Mangen, F. (2001). Knowledge, attitude, and practice about sexually transmitted diseases among university students in Kampala. *African Health Sciences,* 1(1): 16–22.

Seth, P., Raiford, J.L., Robinson, L.S., Wingood, G.M., & DiClemente, R.J. (2010) Intimate partner violence and other partner-related factors: correlates of sexually transmissible infections and risky sexual behaviours among young adult African American women. *Sexual Health,* 7: 25–30. doi:10.1071/SH08075

Seth, P., Raiji, P.T., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., & Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine,* 14(3): 291-300. doi:10.1080/13548500902730119

Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: A meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology,* 28(8): 1624–1675.

Sieverding, J., Boyer, C.B., Siller, J., Gallaread, A., Krone, M., & Chang, Y.J. (2005). Youth United Through Health Education: Building Capacity Through a Community Collaborative Intervention to Prevent HIV/STD in Adolescents Residing in a High STD Prevalent Neighborhood. A*IDS Education and Prevention*, 17(4): 375-386.

Silva, I. (2006). *Educação para os Valores em Sexualidade: Um Estudo com Futuros Professores e Alunos do 9º Ano de Escolaridade*. Tese de Mestrado em Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

Silva, L., Malbergier, A., Stempliuk, V., & Andrade, A. (2006). Factores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública,* 40(2): 280-288.

Soares, A.P.C, Vasconcelos, R.M., & Almeida, L.S. (2002). Adaptação e Satisfação na Universidade: apresentação e validação do Questionário de Satisfação Académica. In Pouzada, A.S., Almeida, L.S., & Vasconcelos, R.M. (eds). *Contextos e Dinâmicas da Vida Académica* (pp 153-165). Guimarães: Universidade do Minho.

Soper, A.C., Wolchik, S.A., Tein, J., & Sandler, I.N. (2010). Mediation of a preventive intervention's 6-year effects on health risk behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(2): 300-310. doi: 10.1037/a0019014

Stanton, B., Li, X., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., & Burns, J. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, 79 (4): 536-548. doi: 10.1093/jurban/79.4.536

Synovitz, L., Herbert, E., Kelley, R.M., & Carlson, G. (2002). Sexual knowledge of college students in a southern state: relationship to sexuality education results of Louisianna college student study shows need for sexuality programs. *American Journal of Health Studies*, 17: 163-172.

Taquette, S.R., Andrade, R.B., Vilhena, M.M., & Paula, M.C. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(3): 148-152. doi:10.1590/S0104-42302005000300015

Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto, Portugal: Porto Editora.

Teva, I., Bermúdez, M.P., & Buela-Casal, G. (2010). Sexual Sensation Seeking, Social Stress, and Coping Styles as Predictors of HIV/STD Risk Behaviors in Adolescents. *Youth Society*, 42(2): 255–277. doi: 10.1177/0044118X09353572

Thompson, C., Currie, C., Todd, J., & Elton, R. (1999). Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15–16 years old, 1990–1994 findings from WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Health Education Research*, 14: 357–70.

Thurman, S. (2000). Youth and HIV/AIDS 2000: A new American agenda. A message from the Director of National AIDS Policy. In *The body: An AIDS and HIV information resource*. Recuperado de www.thebody.com/whitehouse/youthreport/

Thwe, M., Soe, A., & Aung, T. (2005). Behavioral Surveillance Survey 2003. *National AIDS Control Program.* Ministry of Health, Department of Health. Union of Myanmar.

Trani, F., Gnisci, F., Nobile, C.G., & Angelillo, I.F. (2005), Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behavior in Italy. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41(5-6): 260-264. doi:10.1111/j.1440-1754.2005.00607.x

UNAIDS (2011). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

UNAIDS (2010). Global Report: UNAIDS report on the Global Aids epidemic 2010. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.

UNAIDS. (2009). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*.

UNAIDS (2008). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.

Vilar, D. (2005). *Falar Disso - A Educação Sexual na Família dos Adolescentes.* Lisboa, Portugal: Edições Afrontamento. ISBN: 9789723606430.

Vilar, D., & Ferreira P. (2008). *Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Comunicação apresentada no Seminário de Educação Sexual: estudos, contextos, recursos, experiências, a 17 de Outubro de 2008 no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Recuperado de www.apf.pt

Voisin, D.R., & Neilands, T.B. (2010). Community violence and health risk factors among adolescents on Chicago's southside: does gender matter? *Journal of Adolescent Health*, 46 (3): 600 – 602.

Wagbatsoma, V.A., & Okojie, O.H., (2006). Knowledge of HIV/AIDS and sexual practices among adolescents in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 10(3): 76-83. doi:10.2307/30032473

Walcott, C.M., Chenneville, T., & Tarquini, S. (2011). Relationship between recall of sex education and college students' sexual attitudes and behavior. *Psychology in the Schools*, 48(8): 828-842. doi:10.1002/pits.20592

Wang, B., Li, X., Stanton, B., Zhang, L., & Fang, X. (2010). Alcohol Use, Unprotected Sex, and Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in China. *Sexually Transmitted Infections*, 37(10): 629-636. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181e2118a

Wang, H., Wang, N., Bi, A., Wang, G., Ding, G., Jia, M., Lu, L., & Smith, K. (2009). Application of cumulative odds logistic model on risk factors analysis for sexually

transmitted infections among female sex workers in Kaiyuan city, Yunnan province, China. *Sexually Transmitted Infections*, 85(4): 290-295.

WAS - World Association for Sexology (1999). Declaração dos Direitos Sexuais. 14º Congresso Mundial de Sexologia, realizado em Hong Kong, República Popular da China. Recuperado de http://www.worldsexology.org/

WAS - World Association for Sexology (2005). Declaração de Montreal "Saúde Sexual para o Milénio". XVII Congresso Mundial de Sexologia. Montreal. Recuperado de http://www.worldsexology.org/

Weinhardt, L.S., Carey, M.P., & Carey, K.B. (1997). HIV risk reduction for the seriously mentally ill: pilot investigation and call for research. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 28: 87-95.

Weinstein, R.B., Walsh, J.L., & Ward, L.M. (2008). Testing a new measure of sexual health knowledge and its connections to students' sex education, communication, confidence, and condom use. *International Journal of Sex Health*, 20(3): 212-221.

Wetherill, R.R., Neal, D.J., & Fromme, K. (2010). Parents, Peers, and Sexual Values Influence Sexual Behavior During the Transition to College. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3): 682-694. doi: 10.1007/s10508-009-9476-8

Whitaker, D.J., & Miller, K.S. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15: 251–253.

Wingood G., & DiClemete R. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Education and Behavior*, 27: 539–565.

World Health Organization (2011a). Young people: health risks and solutions. *Fact sheet Nº 345*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/

World Health Organization - WHO. (2011b). Facts on Induced Abortion Worldwide. Department of Reproductive Health and Research. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization - WHO. (2011c). Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis and *Trichomonas vaginalis*: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2010). Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2009). *A Snapshot of the Health of Young people in Europe*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2006a). Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2006b). Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2003). *The health of children and adolescents in WHO's European Region*. Vienna: WHO Regional Committee for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/document/rc53/edoc11.pdf

World Health Organization (2001). Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2000). *Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections*. *Fact sheet Nº 243*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.

Decretos de Lei

- Lei 16/2007, sobre a interrupção voluntária da gravidez

- Lei n.º 60/2009, sobre a educação sexual