

## **Introdução**

As doenças sexualmente transmissíveis são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente através de relações sexuais não protegidas. Poucas doenças sexualmente transmissíveis são de declaração obrigatória, sendo apenas, segundo a Direcção Geral de Saúde, a sífilis, hepatite B e infecção por VIH. Tal facto contribui para que seja difícil apurar o estado real da situação em Portugal.

As autoridades de saúde reconhecem que o tratamento e prevenção destas doenças é fundamental, já que são uma prioridade de saúde pública, devido aos efeitos trágicos que têm na saúde feminina e infantil e ao facto de algumas infecções sexualmente transmissíveis facilitarem a aquisição e transmissão do vírus da SIDA.

O estudo sobre o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e a sua epidemiologia são fundamentais para o controlo das DST's, uma vez que permitem identificar populações e comportamentos de risco e condições sociais e económicas que poderão estar na base do aumento da vulnerabilidade de cada indivíduo.

Pela importância que as DST's acarretam para a saúde, este estudo reverte-se de uma pertinência científica e social, procurando colmatar uma lacuna que se verifica no estudo do conhecimento relativo a estas infecções. Assim, desenvolve-se esta investigação que tem como principal objectivo avaliar os conhecimentos das mulheres portuguesas relativamente às doenças sexualmente transmissíveis. A escolha desta população reside no facto de serem elas as pessoas mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis. Devido à forte expressão do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, parece existir uma discrepância na informação que é disseminada relativamente a esta doença, em detrimento das restantes DST's, o que poderá influenciar os níveis de conhecimento da população. Pretende-se também explorar e estabelecer relações entre o conhecimento das doenças sexualmente transmitidas e o comportamento sexual protegido.

Na primeira parte deste trabalho é feita uma exposição teórica onde são explorados conceitos relativos à problemática em questão. De seguida faz-se uma apresentação do estudo, que inclui objectivos, planificação, e o método seguido com a descrição dos participantes, material e procedimentos. Posteriormente são apresentados os resultados obtidos, sua análise e discussão.

# **I CORPO TEÓRICO**

## **1. Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Adler (2004) descreve as doenças sexualmente transmissíveis como sendo infecções cujo principal meio de transmissão é o contacto sexual. Westheimer & Lopater (2004) especificam que uma doença sexualmente transmissível é qualquer doença que pode ser transmitida de uma pessoa para outra através do contacto sexual, como contacto oral-genital, contacto oral-anal, relações sexuais anais, ou qualquer outro tipo de comportamento sexual.

Segundo a Associação para o Planeamento da Família (APF), as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são o agente que pode desencadear as doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Muitas vezes estas designações são entendidas como sinónimos, mas, como destaca a APF, o importante é saber que a principal via de transmissão são as relações sexuais. Neste sentido, a designação “doenças sexualmente transmissíveis” (DST's) reflecte maior expressividade e objectividade. Por outro lado, a designação “infecções sexualmente transmissíveis” apesar de mais abrangente, revela-se imprecisa, pois muitos germes podem ser transmitidos causando a infecção, podendo, no entanto não mostrar sinais ou sintomas, ou seja, a doença (Rodrigo & Mayer-da-Silva, 2003). A antiga terminologia de “doenças venéreas” é, hoje em dia, raramente utilizada (Westheimer & Lopater, 2004)

O facto de as doenças poderem ser transmitidas sexualmente é conhecido há mais de 3500 anos (Westheimer & Lopater, 2004). Já os papiros do antigo Egipto descreviam sintomas daquilo a que hoje em dia se sabem ser vaginites e infecções da vulva. Autores romanos e gregos descreviam condições que estariam associadas à gonorreia, herpes genital, cancroide, linfogranuloma venéreo, e vírus do papiloma humano. A sífilis, doença sexualmente transmissível mais debatida e investigada da história, terá sido trazida das Caraíbas para a Europa pelos marinheiros de Cristóvão Colombo, originando uma séria epidemia neste continente. Na idade média a sífilis e a gonorreia eram tidas como a mesma doença, só com o surgimento da bacteriologia foi possível distinguir as bactérias responsáveis por cada uma das doenças. Albert Neisser, em 1879, foi o primeiro investigador a descrever a bactéria causadora da gonorreia. (Waugh, 1991, citado por Westheimer & Lopater, 2004)

Em 1564, Gabriel Fallopius, recomendava o uso de preservativos, feitos de membrana animal ou linho, como meio para evitar contrair uma doença sexualmente transmissível. Nos meados do século XVIII, as grandes cidades da Europa, na sua maioria, já possuíam hospitais

especializados no diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. (Waugh, 1991, citado por Westheimer & Lopater, 2004)

Na década de 1980 surge a chamada “revolução sexual” que trouxe maior liberdade e tolerância (Neto, 2000). Segundo Masters, Johnson & Kolodny (1995), nessa época, a sociedade foi assoberbada por novos desenvolvimentos relativos às doenças sexualmente transmissíveis, como a epidemia do herpes genital que se diminuiu graças à imensa cobertura de notícias relativas à SIDA.

As doenças sexualmente transmissíveis são um problema de saúde pública, como refere Adler (2004), e uma das causas mais comuns no mundo, de doença e até de morte, tendo também consequências a nível económico e social. Como refere o autor, a maior parte das DST's são de fácil diagnóstico e de tratamento acessível. No entanto, as doenças virais, como é o caso do herpes e do HIV, são de alto custo e incuráveis, e o facto de muitas permanecerem por diagnosticar resulta em morbilidade a longo prazo, o que resulta em mais gastos a nível monetário.

Estas patologias são cada vez mais diversificadas e graves, e ameaçam não só a fertilidade como também a própria vida (Pereira, Morais & Matos, 2008). Foram já identificadas mais de 30 doenças sexualmente transmissíveis, como mencionam Westheimer & Lopater (2004), sendo as mais comuns e por conseguinte aquelas a que estamos mais expostos, a SIDA, o herpes genital, o vírus do papiloma humano (HPV), hepatites, clamídia, gonorreia, sífilis, entre outras.

As DST's são causadas principalmente por: bactérias, como a clamídia, a gonorreia, a doença de inflamação pélvica e a sífilis; por vírus, como a hepatite B, o HIV, o herpes genital, o vírus do papiloma humano; e por parasitas como por exemplo “chatos” ou sarna (Adler, 2004; Westheimer & Lopater, 2004). Os três sintomas mais presentes nas doenças sexualmente transmissíveis são o corrimento uretral, úlceras genitais e corrimento vaginal (Adler, 2004).

Segue-se uma breve descrição de algumas DST's, segundo Shoquist & Stafford (2004):

- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: a SIDA é o último estágio de uma doença séria causada por infecção pelo vírus de imunodeficiência humano (HIV), que ataca o sistema imunitário do sujeito, fazendo diminuir o número de células responsáveis pelo sistema imunitário do organismo.

- Candidíase: infecção superficial pelo fungo *Cândida* que pode afectar vários locais, incluindo a vagina.

- Clamídia: infecção transmitida pela bactéria *Chlamidia trachomatis*, durante o sexo vaginal, anal e oral.

- Herpes Genital: causado pelo vírus herpes simplex que afecta primeiro a zona genital. Este vírus nunca é completamente eliminado pelo sistema imunitário.

- Gonorreia: causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, que cresce e se multiplica em áreas húmidas e quentes do corpo, incluindo os órgãos reprodutivos, cavidade oral e recto. É tão antiga que vem mencionada na Bíblia. Pode-se espalhar a outras partes do corpo e ser transmitida pela mulher ao recém-nascido durante o parto, causando infecção ocular, e se detectada em crianças, nos órgãos genitais, boca ou recto, pode ser um sinal de abuso sexual.

- Hepatite B: é contraída nas relações sexuais, especialmente anais. É transmitida por toxicod dependentes na troca de agulhas, de forma hereditária (mãe-filho), e em ambientes de cuidados de saúde. Não é de propagação fácil e não é contraído na partilha de casas de banho ou por contacto casual.

- Verrugas Genitais: causadas pelo vírus do papiloma humano, cujo principal meio de transmissão é o contacto corporal durante relações sexuais.

Carret, *et al.* (2004) referem que dados da Organização Mundial de Saúde (2001) indicam que as doenças sexualmente transmissíveis estão entre as cinco principais causas de procura pelos serviços de saúde.

Segundo Rodrigo e Mayer-da-Silva (2003), a blenorragia, e sífilis, a úlcera mole venérea e a infecção pelo VIH, incidem em grupos com ritmos elevados de troca de parceiros sexuais, enquanto que o herpes genital e os condilomas venéreos não necessitam de grandes trocas de parceiros sexuais para a sua propagação.

Apesar do avanço tecnológico e científico, estima-se que a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre indivíduos de ambos os sexos, de diferentes classes sócio-económicas e culturas, e com diversas práticas sexuais seja elevada (Gir *et al.*, 1991). As diferenças verificadas na prevalência, incidência e morbidade das doenças sexualmente transmissíveis, podem ser entendidas, como referem Bastos, Cunha & Hacker (2008), pela disposição biológica em adquirir determinadas infecções ou doenças, pelos diferentes comportamentos sexuais que determinam o aumento ou redução no risco de adquirir tais infecções e pelas dimensões culturais e sociais onde estão inseridos homens e mulheres.

Rodrigo e Mayer-da-Silva (2003), referem dados da Organização Mundial de Saúde, que apontam para o aumento da incidência mundial de DST's curáveis (sífilis, blenorragia, infecções por clamídia e tricomoníase) de 250 milhões de novos casos em 1990, 333 milhões

em 1995 e 340 milhões em 1999. Os autores destacam o facto de a variação geográfica da incidência das DST's estar relacionada com características das populações que determina os comportamentos em que assentam a transmissão destas infecções. Tendo em conta conjuntos de países com diferentes padrões de desenvolvimento sociocultural e económico, a incidência de DST's como a tricomoníase, as infecções por clamídia, gonorreia e sífilis, em 1999, é: Ásia do sul e sudeste – 150 milhões de doentes; África subsahariana – 69 milhões de doentes; América Latina – 38 milhões de doentes; Europa oriental e Ásia central – 22 milhões de doentes; Ásia de leste e Pacífico – 18 milhões de doentes; Europa Ocidental – 17 milhões de doentes; América do norte – 14 milhões de doentes; África do norte e médio-oriente – 10 milhões de doentes; Austrália e Nova Zelândia – 1 milhões de doentes. (Rodrigo & Mayer-da-Silva, 2003)

Segundo um estudo realizado por Carmo (2009), a prevalência de DST's nos estudantes portugueses, era apenas de 9.82% e 78.98% dos estudantes nunca contraíram uma DST. Dos inquiridos que fizeram parte desse estudo e que já tinham contraído uma DST, 6.4% tiveram Clamídia, 1.5% tiveram o Vírus do Papiloma Humano, e 0.7% tiveram Herpes Genital.

A incidência da infecção por HIV em Portugal, em 2005, segundo o Euro HIV Surveillance Network, foi de 251,1 casos por 1 000 000 habitantes (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007). Dados da Organização Mundial de Saúde, mostram que, em 2007, a prevalência de HIV foi de 379 casos por 100 000 adultos com mais de 15 anos.

## **2. Factores Psicológicos e Comportamentais associados às Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Para Rosenthal, Cohen e Biro (2000), é fundamental compreender as consequências psicológicas das DST's. Os autores referem estudos que revelam que adolescentes que tenham uma percepção menos negativa das DST's estão mais sensíveis a desenvolver múltiplos episódios de DST's (Rosenthal *et al.*, 1997); a forma mais comum de responder a uma DST é desejando que nunca tivesse acontecido ou evitando recordá-la, que se revelam como estratégias pouco eficazes (Rosenthal & Biro, 1991; Rosenthal *et al.*, 1995).

O lidar com uma DST pode ser influenciado pela forma como esta é percebida, como uma condição clínica ou como uma condição interpessoal, por exemplo, sujeitos com maiores preocupações acerca da sua saúde podem responder de forma diferente daqueles que se preocupam mais com as implicações para a sua relação (Rosenthal, Cohen e Biro, 2000).

O significado das DST's para o indivíduo tem sido pouco explorado científico e empiricamente. Ross (1990) identifica cinco atribuições dadas ao significado que as DST's têm para o indivíduo, numa hierarquia de atribuição de culpa e de grau de culpabilidade, sendo a primeira a de maior grau:

- 1- As DST's são um resultado merecido do comportamento sexual indiscriminado e castigo de pecados sexuais;
- 2- As DST's são uma consequência da inadequação individual que leva a comportamentos sexuais indiscriminados;
- 3- As DST's são uma consequência do colapso nos valores sociais tradicionais e da rápida mudança social.
- 4- As DST's são o resultado do indivíduo se envolver em contacto íntimo com o agente virulento.
- 5- As DST's são um sinal de ser sexualmente activo e uma questão de orgulho.

Este modelo, segundo Ross (1990), pode ser fortemente afectado pela cultura e depende do grau de investimento psicológico no comportamento sexual. Quando a DST é vista como um castigo, é comum existir uma base religiosa ou o indivíduo não ter um ajustamento com a sua sexualidade. Se a DST's mostrar evidências mal adaptativas, pode existir uma condição mental e processos de negação. Se as DST's forem vistas como falhas numa sociedade "doente", é provável que haja uma projecção na culpa da infecção, não existindo uma aceitação de que a culpa reside no próprio, o que leva a não responder a práticas para redução do risco. Para outros indivíduos as DST's são vistas como "mais uma infecção", o que origina pouco investimento psicológico na mudança do comportamento de risco. Se a DST for vista como motivo de orgulho, é difícil sugerir medidas preventivas que podem ser encaradas como ameaças à sua auto-estima, esta situação pode ser muitas vezes verificada nos adolescentes, ansiosos por mostrar a sua maturidade, conquista sexual e desejabilidade.

Para além do HIV, a DST mais investigada sob uma perspectiva psicológica é o herpes genital, por ser uma doença recorrente. A recorrência desta infecção para além de possibilitar estudos mais longitudinais, também permite avaliar o impacto dos factores psicológicos. Assim, Green (2002) descreve um conjunto de características psicológicas comuns ao herpes genital e a outras doenças sexualmente transmissíveis:

1. Elevados níveis de angústia no momento do diagnóstico correspondem a um tratamento mais eficaz ou pelo menos a uma melhora dos sintomas.

2. Sentimentos de contaminação, tanto no homem como na mulher, talvez mais marcados na mulher, por causa de valores culturais que retratam os órgãos genitais da mulher como “sujos”.
3. Preocupações acerca de prováveis reacções de amigos, familiares ou empregadores, se eles souberem da infecção.
4. Preocupações acerca de atitudes que os profissionais de saúde possam ter, mais especificamente relacionadas com a possibilidade de serem julgados pela sua infecção.
5. Medo de transmitir a infecção ao parceiro, ou medo de tal já ter acontecido.
6. Ansiedade em como revelar ao parceiro e preocupações relacionadas com o facto de se conseguirá vir a ter novos parceiros no futuro.
7. Medos pelas consequências a longo prazo da infecção na saúde geral.
8. Tendência a assumir que se não há sintomas, não existe problema nem risco de contaminação.
9. Tendência para um ajuste psicológico a longo prazo, às condições crónicas.

Os aspectos psicológicos, como menciona Ross (1990) desempenham um papel fundamental na compreensão da incidência, apresentação, tratamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Dados evidenciam que algumas características psicológicas podem predispor a comportamentos que podem levar à infecção. É necessário existir maior pesquisa, particularmente a nível social e de determinantes situacionais de comportamentos de risco (Ross, 1990).

## **2.1 Comportamento Sexual**

O comportamento, segundo Glória (2006), resulta de uma alteração do estado de um organismo, “considerada do ponto de vista de uma relação paramétrica com um estímulo aplicado a este” (pp. 67).

O comportamento sexual humano é concebido por Colpin (2006), referido por Anastácio & Carvalho (2008), em função da interacção entre factores individuais, relacionais e sociais. A própria sexualidade resulta de interacções humanas, o que leva a sua compreensão a ser perspectivada pelos mecanismos gerais que regulam o comportamento (Pacheco, 1998; Alferes, 2006). A sexualidade, como menciona Pacheco (1998), citado por Costa (2008), constitui o comportamento sexual como resultado de uma construção social e não só uma manifestação instintiva natural e intrínseca do organismo. Assim, o estudo dos

padrões de comportamento sexual é indissociável das representações sociais da sexualidade que orientam e dão significado à acção (Alferes, 2006).

Para Bóia (2008), o contexto e a valorização das actividades sexuais, depende das condições sócio-económicas e sócio-culturais. A mesma autora cita a perspectiva de Witter (1998), de que o comportamento sexual é fruto de uma aprendizagem de normas éticas, impostas desde a infância, relacionadas com aquilo que é tido como correcto e errado numa determinada sociedade. No entanto, como menciona Alferes (2006) as perspectivas que insistem excessivamente nos “relativismos culturais ou nas regularidades normativas, ignoram o papel do sujeito na gestão que faz das suas experiências e do seu corpo e na significação que atribui aos seus comportamentos. (pp.141)”

## **2.2 Comportamento Sexual Protegido e a Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Como todos os aspectos relacionados com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis têm uma componente comportamental, os pontos cruciais nas estratégias desenvolvidas para prevenir a aquisição de DST's em indivíduos sexualmente activos, segundo Rosenthal, Chen e Biro (2000), são a redução da frequência de comportamentos de risco e o aumento de comportamentos de promoção de saúde.

Segundo Lucas (1993) o comportamento que proporciona a infecção de uma determinada doença sexualmente transmissível, propiciará todas as outras, e, da mesma forma, o comportamento que evita o contágio de uma delas, evitará o contágio das outras.

O comportamento sexual é fortemente ditado pela cultura em que cada indivíduo se insere, e, como menciona Bóia (2008), os comportamentos variam de cultura para cultura, sem existir necessariamente a finalidade de procriação. A religião tem forte influência sobre a sexualidade e o comportamento, transmitindo um código de restrições sexuais (Almeida 1996, citado por Bóia, 2008). A sexualidade é considerada um campo reservado aos adultos, envolto em secretismo, e como refere Berge (1970), citado por Lucas (1993), implica um processo de iniciação, em muitos casos de características religiosas. Tamayo e colaboradores (2001), referidos por Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) sublinham que numa cultura de carácter tradicionalista e influenciada pelas normas da religião católica, na qual o uso do preservativo é um comportamento que não se inclui nas tradições culturais, justifica o insucesso relativo das campanhas que invocam a sua utilização.

A pobreza, baixos resultados escolares e menos poder no mundo social e na sociedade, são, segundo Rosenthal, Chen & Biro (2000) factores associados ao risco. Segundo Biro, 1992, referido por Rosenthal, Chen & Biro (2000), as taxas de DST's são maiores em adolescentes sexualmente activos do que em adultos.

Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006), constataram que o uso de preservativo diminui com o aumento da idade e quando a primeira relação sexual ocorre depois dos 16 anos, e justificam tal facto citando Brown e Eisenberg (1995) pelo uso subjacente de outro método preferencial de contracepção.

Handsfield (2002), mencionado por Bóia (2008), afirma que a maior parte das pessoas na adolescência e na fase jovem adulto, está em risco substancial de contrair doenças sexualmente transmissíveis, o que se deve sobretudo à volatilidade dos afectos e das relações, à sensação de invulnerabilidade característica dos jovens e à iniciação do processo de autonomia deste grupo. A estes aspectos, Dessunti (2007), referido por Bóia (2008), acrescenta ainda o facto de grande parte dos jovens estar a iniciar a actividade sexual em idade mais precoce, o que aumenta a probabilidade de ser infectado com DST's também em idade mais precoce. Bóia (2008) refere estudos que constataam que as mulheres jovens iniciam o seu comportamento sexual na faixa etária dos quinze aos dezassete anos (Souza *et al.* 2002), e que a maioria da população afectada pelas doenças sexualmente transmissíveis tem menos de trinta anos (Gispert, 1997).

Outros estudos revelam que as taxas de jovens que já iniciaram a sua vida sexual são bastante altas, 87.03% (Carmo, 2009) e 90% (Bóia, 2008), e que mais de metade dos sujeitos (66.31%) iniciou a sua vida sexual entre os 13 e os 18 anos (Carmo, 2009).

O uso de substâncias está relacionado com o risco de DST's entre adultos e adolescentes, pessoas que usam substâncias estão mais susceptíveis a ter uma DST (Rosenthal, Chen & Biro, 2000; Ogden, 2004). Agentes como o álcool e as drogas contribuem para comportamentos sexuais de risco porque baixam a desinibição o que leva a pessoa a comportar-se de forma pouco cautelosa (Westheimer & Lopater, 2004).

Os preservativos não são totalmente eficazes na protecção das DST's, mas são o único meio disponível de protecção. Segundo Kelaghan (2000) têm como vantagem o baixo grau de falha, tendo como suporte estudos clínicos e epidemiológicos que demonstram a redução de incidência da doença entre os utilizadores, sendo evidente a óptima redução do risco em utilizadores consistentes.

Se os preservativos estão disponíveis, a baixo custo e com uma alta taxa de eficácia, porque não são usados regularmente? Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006) consideram

esta reflexão fundamental se forem tidos em conta os dados epidemiológicos, quando está disponível um meio eficaz de prevenção. Segundo Westheimer & Lopater (2004), é notada uma dupla mensagem transmitida aos adolescentes pela sociedade, se ao comprarem preservativos estão a tomar responsabilidade pessoal no seu comportamento sexual, estão também a comportarem-se de forma nefasta e imoral, o que leva à confusão no que diz respeito à obtenção e uso de preservativos.

Segundo um estudo de Beckman, Harvey & Tiersky (1996), citado por Westheimer e Lopater (2004), uma percentagem significativa de estudantes universitários enfatizam como aspecto básico da decisão do uso de preservativo, a prevenção de doenças. Carmo (2009) aponta para o aumento do uso do preservativo na primeira relação sexual, referindo que apenas 20% da sua amostra refere não recorrer ao uso do preservativo, no entanto não verificou a existência de uma relação significativa entre o uso do preservativo na primeira relação sexual e a idade da primeira relação sexual. A autora constatou que os motivos mais apontado pelos jovens para o comportamento desprotegido foi terem arriscado, não terem planeado a relação sexual e terem falta de conhecimento sobre o manuseamento do preservativo.

Como foi possível verificar e segundo Rosenthal, Chen & Biro (2000) todos os factores descritos, biológicos, comportamentais e socioculturais, em interacção podem levar à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis.

### **3. Vulnerabilidade da Mulher**

Segundo um estudo da Duke University Medical Center, University of Washington-Seattle e o Group Health Cooperative of Puget Sound (2003), referido por Bóia (2008) as doenças sexualmente transmissíveis são um problema significativo para as jovens mulheres. Este estudo realça a necessidade dos profissionais de saúde dedicarem mais tempo às jovens mulheres, identificarem factores de risco, e explicar consequências do sexo sem protecção, promovendo o uso de preservativo. Porém muitas mulheres poderão não ter acesso ao apoio de profissionais de saúde por não terem como hábito recorrer ao planeamento familiar, como refere Bóia (2008), que concluiu no seu estudo que mais de metade da amostra (60%) não frequentava consultas de planeamento familiar, os jovens que frequentam essas consultas preferem fazê-lo no centro de saúde (40%) e, na maioria dos casos de jovens que utilizam um método contraceptivo, fazem-no por escolha individual ou por conselho de um familiar.

Ogden (2004), refere estudos que concluem que o uso de contraceptivo nas mulheres tende a aumentar com a idade (Herold, 1981), que as mulheres têm maior probabilidade de usar contraceptivos do que os homens (Whitely e Schofield, 1986), e que o desempenho e a aspiração escolar mais elevada pode estar relacionada com o uso de contracepção (Herold & Samson, 1980; Furstenburg *et al.* 1983). Relativamente ao estatuto sócio-económico, Ogden (2004) alerta para dados contraditórios, havendo estudos que confirmam existir uma relação entre o uso de preservativo e os estatuto sócio-económico (Hornick *et al.*, 1979) e outros que a negam (Herold, 1981).

A utilização do preservativo verifica-se mais elevada no sexo feminino como concluíram no seu estudo Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006), e justificam tal facto por um maior receio a uma gravidez, que poderá levar à mudança de vida que se traduz no abandono escolar e no surgimento de novas responsabilidades.

As mulheres, na maioria das vezes, suportam as consequências negativas da contracepção negligente ou da falha no uso dos preservativos de forma correcta e consistente Rosenthal, Chen & Biro (2000) referem que, segundo o Institute of Medicine<sup>1</sup>, as mulheres têm taxas mais elevadas de DST's e sofrem consequências mais profundas (Tabela 1), como infertilidade e cancro cervical. Esta alta susceptibilidade biológica reside nas características da anatomia feminina que a tornam especialmente sensíveis a certas DST's (Cates, 1990, citado por Rosenthal, Chen & Biro, 2000). Outras características apontadas são o carácter da mucosa vaginal que é menos espessa e mais extensa e factores como violência sexual, violação, subjugação sexual ou porque aceita submeter-se aos desejos dos parceiros (Bóia, 2008).

Tabela 1: Principais Sequelas das DST's

	<i>Mulher</i>	<i>Homem</i>	<b>Criança</b>
Cancros	Cancro Cervical Cancro da Vulva Cancro Vaginal Cancro Anal Cancro do Fígado Leucemia (Células-T) Sarcoma de Kaposi	Cancro do Pénis Cancro Anal Cancro do Fígado Leucemia (Células-T) Sarcoma de Kaposi	
Problemas de Saúde Reprodutiva	Inflamação Pélvica Infertilidade Gravidez Ectópica Aborto Espontâneo	Epididimite Prostatite Infertilidade	

<sup>1</sup> O Institute of Medicine é uma organização americana não-governamental sem fins lucrativos, fundada em 1970, e funciona como conselheiro da nação sobre questões relacionadas com as ciências biomédicas, medicina e saúde.

Problemas relacionados com a gravidez	Parto Precoce Ruptura prematura de membranas Sepsia Puerperal Infecções Pós-Parto		Óbito Fetal Baixo Peso à Nascimento Pneumonia Sepsia Neonatal Hepatite Aguda Anormalidades Congénitas
Problemas Neurológicos	Neurosífilis	Neurosífilis	Citomegalovírus Vírus do Herpes Simplex Sífilis e problemas neurológicos associados
<b>Outras consequências comuns para a saúde</b>	Doença Crónica do Fígado Cirrose	Doença Crónica do Fígado Cirrose	Doença Crónica do Fígado Cirrose

Fonte: Traduzido e Adaptado de Adler, M. (2004)

A falta de informação acerca do assunto e o desconhecimento dos sintomas são factores contribuintes para que a mulher que não sabe que está infectada continue a ter relações desprotegidas, propagando a doença aos seus parceiros sexuais (Bóia, 2008).

Rosenthal, Chen e Biro (2000), referindo outros autores, mencionam que a utilização do preservativo está relacionada com o facto de a relação ser percebida como casual, o nível de confiança na relação e, em relacionamentos comprometidos, se o preservativo foi usado no início da relação (Jadack *et al.*, 1997; Lear, 1995; Pilkington *et al.* 1994; Reisen and Poppen, 1995). DeLamater e McCorquodale (1979), referidos por Ogden (2004), assinalam características da relação que podem influenciar o uso de contraceptivos, como a duração da relação, o grau de intimidade, o tipo de relação (casual ou estável), a exclusividade e a aptidão para discutir abertamente acerca da contracepção. Carmo (2009) concluiu que grande parte dos jovens adultos que têm parceiros fixos (97%) não usam preservativo durante a relação sexual, justificando que poderá ser resultado da falsa sensação de segurança no que concerne à contracção de doenças e a aspectos como fidelidade e confiança no parceiro.

Outra característica importante da relação, segundo Rosenthal, Chen e Biro (2000), é o poder (ou a falta dele) percebido e real de cada parceiro. Mesmo que as mulheres insistam no uso do preservativo durante a relação sexual e a recusem se não for usado, no fim são os homens quem controla o uso de preservativo, existindo um desequilíbrio entre o poder percebido e real entre homem e mulher.

Num estudo elaborado por Marion e Cox (1996), referido por Whesteimer e Lopater (2004), sobre o uso de preservativo em mulheres separadas e divorciadas e 41% reportaram que nunca usaram preservativo desde que se separaram ou divorciaram, quase 60% nunca usou preservativo com parceiros regulares. Para as mulheres a fase de separação ou divórcio pode traduzir-se num momento onde têm relações sexuais e partilham comportamentos íntimos com outras pessoas e onde práticas sexuais seguras, como o uso de preservativo, se

tornam muito importantes (Westheimer & Lopater, 2004). As mulheres separadas e divorciadas, que são sexualmente activas, como referem Westheimer e Lopater (2004) deveriam certificar-se de que os preservativos estão disponíveis e comunicar o desejo do seu uso aos seus parceiros.

Assim, por todos os aspectos descritos que corroboram a vulnerabilidade das mulheres, justifica-se a pertinência deste trabalho e a população escolhida.

#### **4. O Conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e o Comportamento Sexual Protegido**

O foco no sexo como uma prática de risco, segundo Ogden (2004) resultou numa necessidade de compreender o comportamento de risco. Os modelos que analisam o comportamento sexual protegido podem ser de carácter desenvolvimentista sendo mais descritivos, ou modelos de tomada de decisão que analisam os preditores e percursos do comportamento. Os modelos desenvolvimentistas descrevem transições ao longo de fases relacionadas com a experiência sexual, sem analisar as cognições que promovem a transição e os modelos de tomada de decisão variam na ênfase dada às cognições do indivíduo, colocando-as num contexto específico (Ogden, 2004).

Embora os factores contextuais, como a idade, género, raça, estatuto sócio-económico, educação, possam influenciar o uso da contracepção, como refere Ogden (2004), este efeito pode ser directo ou como resultado de outros factores como os conhecimentos.

Há algumas décadas era difícil obter informação sobre sexualidade. Pereira, Morais e Matos (2008), afirmam que hoje em dia é fácil o acesso a esta informação, principalmente no que diz respeito aos riscos do sexo não protegido, no entanto muitos adolescentes iniciam a vida sexual numa idade precoce, não utilizam o preservativo, contraem DST's e engravidam. A relação entre a informação e o comportamento não tem um sentido único (Camargo & Botelho, 2007 citados por Pereira, Morais & Matos, 2008), por exemplo, o facto de ter um grau avançado de informação sobre as vantagens do uso do preservativo, não significa que o sujeito o use numa relação sexual (Tamayo, Lima, Marques, & Martins, 2001, citados por Pereira, Morais & Matos, 2008).

Ter conhecimento sobre os sintomas das doenças sexualmente transmissíveis auxilia a protecção à exposição ao risco de infecção mas o conhecimento por si só não é suficiente. É necessário saber identificar sinais de uma possível infecção no parceiro; ser selectivo na escolha dos parceiros sexuais; comunicar ao parceiro caso tenha uma DST o que ajuda a

evitar a propagação da infecção; ter comportamentos sexuais protegidos como usar o preservativo o que baixa significativamente as hipóteses de disseminar ou contrair uma DST; e procurar diagnóstico ou tratamento com brevidade para prevenir complicações mais sérias (Masters, Johnson & Kolodny, 1995).

A American Social Health Association (1996), mencionada por Rosenthal, Chen e Biro (2000), refere que a informação que os adultos e os adolescentes têm relativamente às DST's é ambígua e que os adultos subestimam a prevalência das DST's, conseguindo nomear poucas mais para além do HIV, o que pode levar a dificuldades na avaliação do próprio risco.

Um aspecto importante no conhecimento acerca das DST's é ter a informação de que muitas infecções são assintomáticas e só são identificadas através de triagem. A experiência com uma DST pode não melhorar a capacidade para compreender os sintomas. Biro e colaboradores (1994), referidos por Rosenthal, Chen e Biro, (2000), relatam que adolescentes que tiveram uma DST eram mais precisos no seu conhecimento sobre sintomas concretos e o tratamento, mas não desenvolveram uma compreensão precisa do potencial de infecções assintomáticas. Rosenthal, Chen e Biro (2000), assinalam os dados do Institute of Medicine (1997) que revelam que quando as pessoas não compreendem o conceito de infecção assintomática podem falhar na compreensão precisa dos riscos de transmissão e acreditar que conseguem dizer se um parceiro está infectado.

Num estudo sobre o conhecimento sobre DST's em estudantes portugueses no ensino superior (Carmo, 2009), os jovens demonstraram ter um grau de conhecimento satisfatório (42.6%), no entanto mais de metade respondeu de uma forma que revela conhecimentos insuficientes (51.9%). Neste estudo foi aplicado o inventário STD-KQ (Jaworski & Carey, 2007). As questões deste questionário, que suscitaram mais dúvidas foram “Infecções urinárias frequentes podem causar Clamídia” (65.4%) e “Existe uma vacina que previne a Clamídia” (62.9%). As questões com maior percentagem de resultados errados foram “É mais fácil apanhar VIH-SIDA se a pessoa tem outra doença sexualmente transmissível” (53.6%) e “Ter relações sexuais anais aumenta o risco de contrair Hepatite B” (32.6%).

Na avaliação do conhecimento global de jovens adultos sobre doenças sexualmente transmissíveis, numa investigação realizada por Bóia (2008), verificou-se que os jovens têm um conhecimento razoável apesar de surgirem alguns aspectos pouco esclarecidos.

Monteiro e Vasconcelos-Raposo (2006), num estudo sobre a avaliação de conhecimentos, atitudes e crenças sobre o VIH/SIDA, apuraram que existe um desfasamento entre aquilo que os jovens conhecem sobre a doença e o que expressam nos comportamentos sexuais, já que, os jovens que tinham, em média, mais conhecimentos sobre VIH/SIDA não

utilizavam o preservativo. Os autores concluíram que, embora o conhecimento constitua um pré-requisito importante, não concretiza as mudanças comportamentais.

Ogden (2004), menciona um estudo de Whitely e Schofield (1986), que analisaram os resultados de 25 estudos sobre o uso de contraceptivos e concluíram que não existia uma correlação entre os conhecimentos objectivos e o uso dos contraceptivos, nos homens e nas mulheres, sugerindo que o conhecimento está pouco correlacionado com o comportamento.

Rosenthal, Chen e Biro (2000), concluem que para uma protecção das doenças sexualmente transmissíveis e gestão do próprio risco, é necessário possuímos informação e compreensão precisa do risco. O conhecimento não é suficiente, mesmo com um conhecimento completo e uma percepção exacta do risco, um indivíduo pode não ter as competências comportamentais ou a motivação para implementar o comportamento protector.

Como ficou evidenciado, o comportamento sexual protegido é influenciado por múltiplas variáveis como crenças, atitudes, cognições, factores contextuais (idade, género, raça, estatuto sócio-económico, educação), tipo de fontes de informação, relação com o parceiro, conhecimento sobre DST's e seus meios de transmissão.

#### **4.1 Educação para a Sexualidade**

Segundo Ogden (2004), a educação referente à sexualidade, à gravidez, ao HIV e à contracepção provém de diversas fontes, incluindo as campanhas governamentais de educação para a saúde, os programas de educação para a sexualidade nas escolas e o mundo social do indivíduo.

Carmo (2009) constata que 38% dos sujeitos estudados, não receberam qualquer tipo de informação sobre doenças sexualmente transmissíveis durante a sua formação académica. Já Ogden (2004) refere um estudo de Holland e colaboradores (1990), no qual concluíram que as mulheres jovens tinham tido uma educação sexual impessoal, mecanicista e dedicada ao biológico. Ogden (2004) apresenta perspectivas de autores que defendem que a ênfase deve ser posta na discussão acerca da sexualidade no contexto das relações e no contexto social alargado (Aggleton & Homans, 1989), e que deve ser seguida uma abordagem de treino de competências com o objectivo de mudar as cognições, preparar os indivíduos para a acção e estimular as pessoas a praticarem diferentes aspectos das sequências envolvidas na tradução das crenças em comportamentos (Abraham & Sheeran, 1993).

A informação tem também origem no mundo social do indivíduo através dos pares e progenitores (Ogden, 2004), e nos media dada a extrema influência que têm actualmente no

comportamento dos adolescentes, podendo ser excelentes fontes de informação e promoção de saúde (Pereira & Matos, 2008). Bóia (2008), refere que as principais fontes de informação dos jovens, dentro desta temática, são a escola, os amigos e a internet.

A televisão pode ser um bom aliado à complementação dos meios tradicionais de educação sexual, como livros, panfletos ou sessões de sensibilização, já que tem uma vantagem ilustrativa, de situações concretas de escolhas e de consequências relativas à sexualidade (Pereira & Matos, 2008). No entanto, autores como Westheimer e Lopater (2004), consideram que a televisão e o cinema dão a impressão errada que as DST's são raras e só acontecem aos outros, já que os filmes ou as séries televisivas quase nunca mostram personagens que tenham adquirido uma DST ou medidas protectoras a tomar para tal não suceder.

Badiani e colaboradores (1997), referidos por Bóia (2008) destacam o facto de que grande parte dos esforços em relação à prevenção das DST tem sido dirigida a mudar o comportamento sexual, estimulando a abstinência e o uso do preservativo masculino. Para motivar os adolescentes e os adultos a evitarem contrair uma DST, Westheimer e Lopater (2004), mencionam duas medidas básicas que devem ser tomadas: programas que ensinam a comunicação e comportamentos relativos ao sexo protegido e programas que encorajam a abstinência sexual. Jemmott, Jemmott, & Frong (1998), referidos por Westheimer e Lopater (2004), indicam que só os programas de abstinência não são tão eficazes no adiamento das relações sexuais nos adolescentes como os programas que ensinam competências e comportamentos de sexo protegido.

Rosenthal, Chen e Biro (2000) defendem que a prevenção de DST's começa na disseminação de mensagens claras sobre a sexualidade e que deve ser levada a cabo antes do início da experiência sexual. Os autores mencionam que, apesar de existir uma preocupação com impacto da educação sexual nas escolas, não existem evidências de que cause um envolvimento prematuro no comportamento sexual.

Os programas educacionais que se têm provado eficazes incluem a focalização na redução de tomada de riscos, na aprendizagem de teorias sociais, na incorporação de actividades experimentais para ensinar informação precisa acerca dos riscos e formas de evitar relações sexuais desprotegidas, no reconhecimento da influencia social e dos media, no reforço das normas de grupo contra relações sexuais desprotegidas, e na modelagem e prática de competências de comunicação (Kirby *et al.*, 1994, citado por Rosenthal, Chen & Biro, 2000).

Segundo Colpin (2006), referido por Anastácio e Carvalho (2008), a educação para o sexo seguro e o uso eficaz de contraceptivos é um método que deve começar em idades jovens e continuar a desenvolver-se ao longo da vida, tendo como base uma perspectiva positiva e de *empowerment*. Nesta linha, o modelo de *self-empowerment* é tido como a intervenção mais eficaz, pois para além do ramo educacional, habilita o sujeito a desenvolver e adquirir competências de gestão dos riscos (Anastácio, Vasconcelos - Raposo & Carvalho, 2001, citados por Monteiro e Vasconcelos-Raposo, 2006).

A educação para a sexualidade tem como objectivo ajudar os adolescentes a tomar decisões responsáveis nas relações interpessoais e auxiliar no desenvolvimento de um sentido positivo de si mesmos (Sanders & Swinden, 1995, citados por Piscalho, Serafim & Leal, 2000).

Segundo Piscalho, Serafim e Leal (2000), para um bom início da vida sexual, o adolescente, deve sentir responsabilidade na relação e saber que é fundamental o respeito pela dignidade e igualdade de cada um, pelos sentimentos expressos do próprio e do outro, pelo modo diferente de pensar e de agir. Assim, a educação para a sexualidade é indispensável devido à importância que a sexualidade tem nesta etapa de desenvolvimento, já que contribui para o crescimento e para a realização psicológica e pessoal, e também para a capacidade de estabelecer relações interpessoais, permitindo, uma melhor qualidade de vida dos indivíduos (Piscalho, Serafim e Leal, 2000).

Segundo Ramiro, Reis e Matos (2008) a educação escolar para a sexualidade desenvolvida para os adolescentes, deve ter em consideração a faixa etária, o género e as diferenças culturais, e deve desenvolver as seguintes competências: promoção de atitude positiva face à sexualidade; promoção de saúde sexual e reprodutiva; comunicação com os outros; identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções; gestão do stress, da ansiedade e das “crises”; e construção do futuro.

Em Portugal, o Ministério da Educação tem desenvolvido medidas de promoção de educação para a sexualidade, como a obrigatoriedade de ser leccionada no 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e programas baseados na promoção de competências pessoais e sociais, com conteúdos mínimos e avaliação subjectiva para garantir uma educação leccionada de forma efectiva, centrados nos interesses e necessidades do público alvo específico: os adolescentes (Ramiro, Reis & Matos, 2008).

## **II CORPO EMPÍRICO**

### **1. Apresentação do Estudo**

A investigação divide-se em três estudos, que partilham a mesma amostra. O Estudo A, onde se procede a uma análise descritiva das práticas sexuais, do comportamento sexual protegido, de perspectivas sobre as doenças sexualmente transmissíveis e da avaliação do conhecimento. O Estudo B, onde se exploram as relações entre as variáveis em estudo (conhecimento, comportamento sexual protegido, variáveis sócio-demográficas e doenças sexualmente transmissíveis). O Estudo C, no qual se analisa o conhecimento como factor preditor no comportamento sexual protegido e nas doenças sexualmente transmissíveis.

#### **1.1 Tipo de Estudo**

Esta investigação é de carácter quantitativo. O Estudo A segue um método observacional, na medida em que pretende proporcionar uma imagem precisa de um fenómeno (Poeschl, 2006) e é um estudo descritivo. O Estudo B é um estudo comparativo. Por sua vez, o Estudo C é um estudo preditivo.

Toda a investigação segue uma avaliação transversal tendo os resultados sido obtidos num determinado momento (Almeida & Freire, 2000).

#### **1.2 Objectivos**

O Estudo A tem como objectivos avaliar as práticas sexuais; avaliar o conhecimento relativamente às doenças sexualmente transmissíveis; avaliar o comportamento sexual protegido; estimar a prevalência percebida de doenças sexualmente transmissíveis. O objectivo do Estudo B é averiguar relações entre variáveis sócio-demográficas, práticas sexuais e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. No Estudo C pretende-se estimar o conhecimento com preditor no comportamento sexual protegido e nas doenças sexualmente transmissíveis.

### **1.3 Variáveis e Hipóteses**

Identificam-se seguidamente, as variáveis e as hipóteses do Estudo A e do Estudo B.

#### **1.3.1 Estudo B – Relações entre as Variáveis em Estudo**

##### *Variáveis Dependentes*

- Conhecimento Sobre DST's
- Comportamento Sexual Protegido
- Ter ou não ter uma DST
- Preservativo na primeira relação sexual

##### *Variáveis Independentes*

- Idade
- Zona de Residência
- Profissão
- Escolaridade
- Área de Formação Superior
- Estatuto Sócio-Económico
- Identificação com uma religião
- Religião
- Orientação Sexual
- Estado Civil/Marital
- Maternidade
- Idade da primeira relação sexual
- Informação sobre DST's na formação académica
- Consulta de planeamento familiar
- Vida Sexual Activa
- Nunca ter tido vida sexual activa
- Parceiro Sexual Fixo
- Parceiro Sexual Ocasional
- Comportamento sexual protegido
- Conhecimento sobre DST's

### *Hipóteses relativas ao Conhecimento sobre DST's*

Hipótese 1: A idade das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 2: A zona de residência das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 3: A profissão das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 4: A escolaridade das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 5: A área de formação superior das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 6: O estatuto sócio-económico das mulheres está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 7: A identificação com uma religião das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 8: A religião das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 9: A orientação sexual das mulheres está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 10: O estado civil/marital das mulheres está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 11: A maternidade está relacionada com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 12: Ter tido informação sobre DST's na formação académica está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 13: Frequentar uma consulta de planeamento familiar está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 14: Ter uma vida sexual activa está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 15: Nunca ter tido uma vida sexual activa está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 16: Ter um parceiro sexual fixo está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 17: Ter um parceiro sexual ocasional está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

### *Hipóteses relativas ao Comportamento Sexual Protegido*

Hipótese 18: A idade das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 19: A zona de residência das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 20: A profissão das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 21: A escolaridade das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 22: A área de formação superior das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 23: O estatuto sócio-económico das mulheres está relacionado com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 24: A identificação com uma religião está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 25: A religião das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 26: A orientação sexual das mulheres está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 27: O estado civil/marital das mulheres está relacionado com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 28: A maternidade está relacionada com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 29: Ter tido informação sobre DST's na formação académica está relacionado com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 30: Frequentar uma consulta de planeamento familiar está relacionado com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 31: Ter uma vida sexual activa está relacionado com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 32: Ter um parceiro sexual fixo está relacionado com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 33: Ter um parceiro sexual ocasional está relacionado com o conhecimento sobre DST's.

Hipótese 34: O conhecimento sobre DST's está relacionado com o comportamento sexual protegido.

#### *Hipóteses relativas a ter ou não ter uma DST*

Hipótese 35: Ter tido informação sobre DST's na formação académica está relacionado com ter ou não ter uma DST.

Hipótese 36: Frequentar uma consulta de planeamento familiar está relacionado com ter ou não ter uma DST.

Hipótese 37: Ter uma vida sexual activa está relacionado com ter ou não ter uma DST.

Hipótese 38: Ter um parceiro sexual fixo está relacionado com ter ou não ter uma DST.

Hipótese 39: Ter um parceiro sexual ocasional está relacionado com ter ou não ter uma DST.

Hipótese 40: O comportamento sexual protegido está relacionado com ter ou não ter uma DST.

Hipótese 41: O conhecimento sobre DST's está relacionado com ter ou não ter uma DST.

#### *Outras Hipóteses*

Hipótese 42: A idade com que a mulher teve a primeira relação sexual está relacionada com o uso de preservativo na primeira relação sexual.

### **1.3.2 Estudo C – Conhecimento como factor preditor**

#### *Variável Independente*

- Conhecimento sobre DST's

#### *Variáveis Dependentes*

- Comportamento Sexual Protegido
- Ter ou não ter DST

Hipótese 43: O conhecimento sobre DST's tem uma relação preditiva com o comportamento sexual protegido.

Hipótese 44: O conhecimento sobre DST's tem uma relação preditiva com ter ou não ter uma DST.

## 2. Método

### 2.1 Participantes

A população-alvo deste estudo é constituída por mulheres de língua portuguesa, residentes em Portugal ou no estrangeiro, que participaram de forma voluntária preenchendo o questionário disponível na Internet, que foi construído especificamente para este fim.

#### 2.1.1 Caracterização da Amostra

A amostra, recolhida por conveniência, é composta por 456 mulheres, com idades compreendidas entre os 15 e os 57 anos. A média de idades é de 25.6 anos (DP=8.8). A maior percentagem de mulheres tem idades compreendidas entre os 21 e os 23 anos (36.6%). As inquiridas com idades compreendidas entre os 15 e 20 anos representam 24.3% da amostra, as inquiridas com idades compreendidas entre os 24 e 30 anos representam 20%, 7.9% das inquiridas têm idades compreendidas entre os 31 e 40 anos. As mulheres com mais de 41 anos representam 10.1% da amostra. Não indicaram as idades 1.1% das mulheres que participaram no estudo (Figura 1).

No que diz respeito à zona de residência, a maior parte dos sujeitos vive na zona Centro (48.2%), dos restantes, 25.4% vivem na zona de Lisboa, 18.9% na zona Norte, 3.5% no Alentejo, 2.6% no Algarve, 0.9% no Estrangeiro, e 0.4% não responderam (Figura 2).

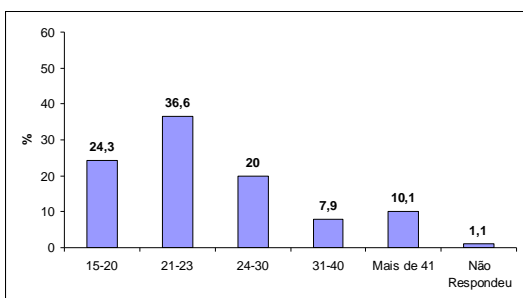


Figura 1: Idade

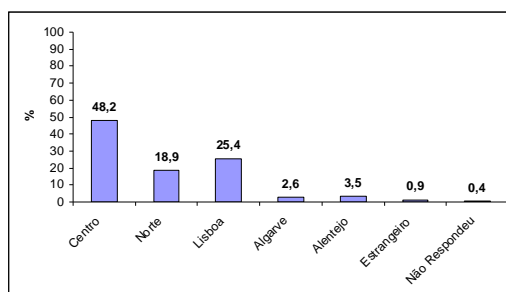


Figura 2: Zona de Residência

Relativamente à profissão, 59.2% das inquiridas são estudantes, 35.1% são trabalhadoras no activo, 3.1% encontram-se desempregadas, 2.4% são trabalhadoras-estudantes e 0,2% não responderam (para maior especificidade consultar o Anexo 1).

Quanto à escolaridade, mais de metade das mulheres que participaram no estudo são Licenciadas (51.8%), 30.7% têm o 12º Ano, 10.3% têm Grau de Mestre, 2.4% são pós-graduadas, 2.4% completaram o 9º ano, 2.2% têm o Bacharelato, e apenas 0.2% são Doutoradas. Verifica-se que 66.9% das inquiridas frequentam ou frequentaram o ensino superior (Figura 3).

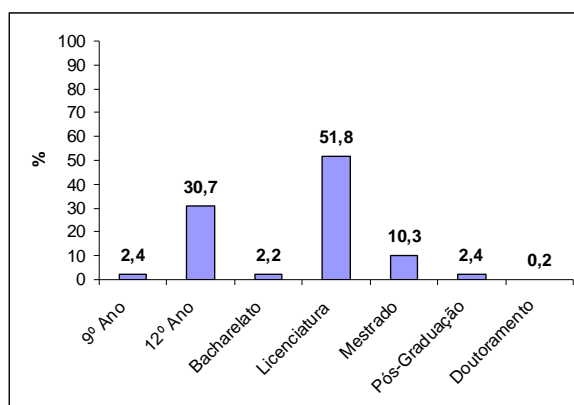


Figura 3: Escolaridade

Das mulheres que estudam ou já estudaram no ensino superior, e seguindo a classificação do Ministério da Educação, 40.7% têm formação na Área de Direito, Ciências Sociais e Serviços; 8.5% na Área de Ciências, 8.5% na Área de Humanidades, Secretariado e Tradução; 7.2% na Área de Saúde; 6.9% na Área de Tecnologias; 6.6% na Área de Economia, Gestão e Contabilidade; 4.9% na Área de Ciências da Educação e Formação de Professores; 4.3% na Área de Arquitectura, Artes Plásticas e Design; 2.6% na Área de Educação Física, Desporto e Artes do Espectáculo; 0.7% na Área de Agricultura e Recursos Naturais; e 9.2% não responderam.

No que diz respeito ao estatuto sócio-económico, 61.4% pertence à classe média, 22.1% pertence à classe média-baixa, 12.9% pertence à classe média-alta, 2.6% têm estatuto sócio-económico baixo, e 0.9% têm estatuto sócio-económico alto (Figura 4).

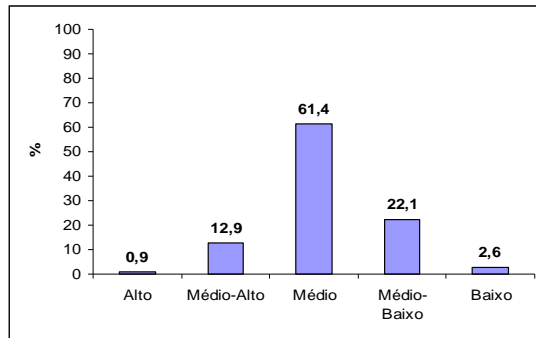


Figura 4: Estatuto Sócio-Económico

Verifica-se que a maior parte das inquiridas se identificam com uma religião (59.6%) e 40.4% não se identifica com nenhuma religião (Figura 5). Das mulheres que reconhecem ter uma religião com a qual se identificam, 80.9% referem a religião católica, 14.7% o cristianismo, 2,6% referem outras religiões e 1.8% não responderam (para maior especificidade consultar o Anexo 2).

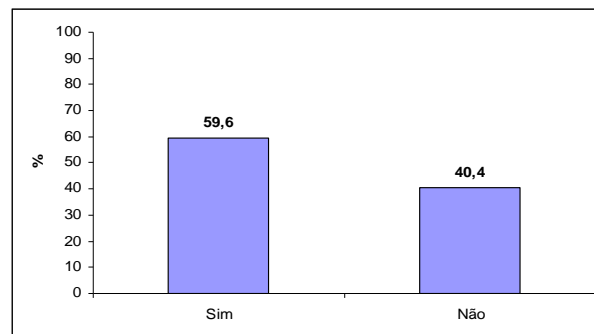


Figura 5: Identifica-se com uma religião?

Quanto à orientação sexual, a maioria dos sujeitos dizem ser heterossexuais (94.5%), 3.3% dizem ser bissexuais e 2.2% dizem ser homossexuais (Figura 6).

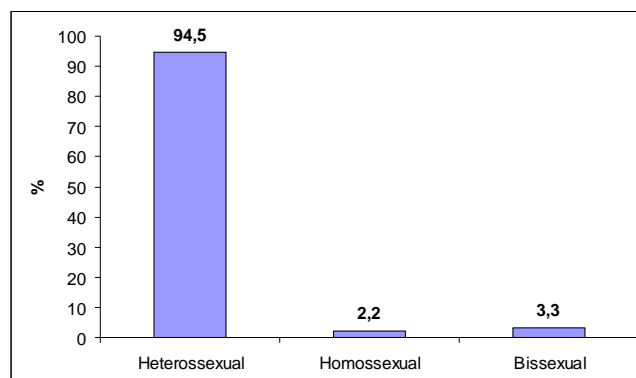


Figura 6: Orientação Sexual

No que diz respeito ao estado civil, 83.1% das participantes referem ser solteiras, 13.4% referem ser casadas, 2.9% referem ser divorciadas, e 0.7% referem ser viúvas (Figura 7). Verifica-se que, das mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas, 63.5% têm, neste momento, um relacionamento significativo (Figura 8). Traduzindo uma transformação entre mais e menos tempo de relacionamento, construíram-se grupos para as variáveis “Há quanto tempo tem um relacionamento significativo se é Solteira, Viúva ou Divorciada.” e “Há quanto tempo é Casada.”. Assim, verifica-se que, das mulheres solteiras, viúvas ou divorciadas, 49.8% têm um relacionamento significativo há menos de 2 anos e três meses, 48.2% há mais de 2 anos e quatro meses, e 2% não responderam (Figura 9). Estão casadas há menos de 14 anos 49.2% das mulheres, 47.5% há mais de 15 anos e 3.3% não responderam (Figura 10).

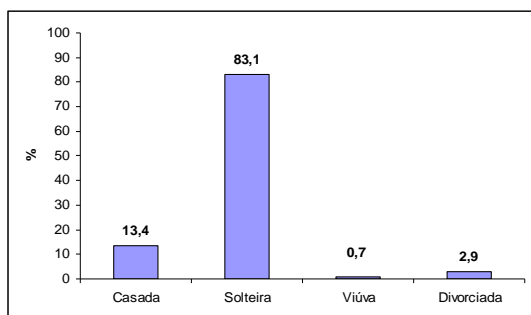


Figura 7: Estado Civil/Marital

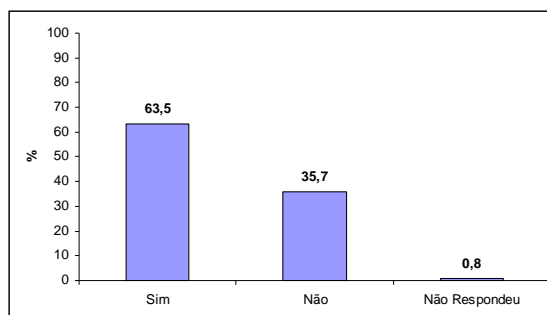


Figura 8: No caso de ser Solteira, Viúva ou Divorciada, tem algum relacionamento significativo neste momento?

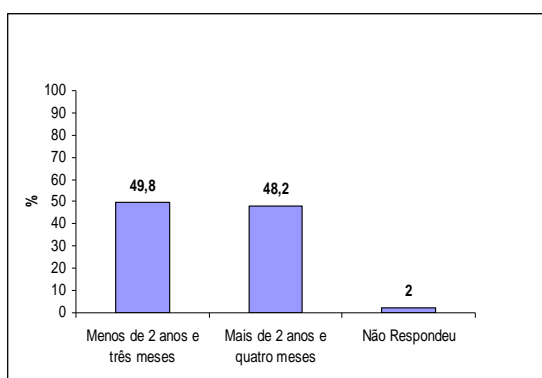


Figura 9: Há quanto tempo tem um relacionamento significativo?

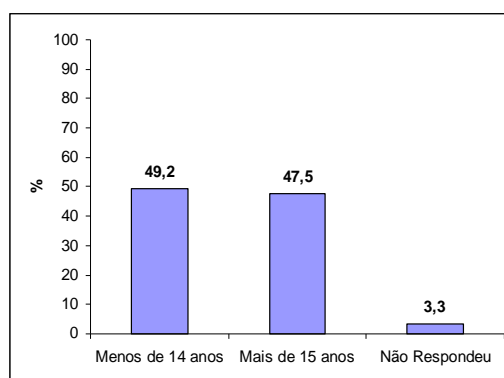


Figura 10: Há quanto tempo é casada?

A maior parte das inquiridas (85.5%) não têm filhos (Figura 11). Das 14.5% mulheres que têm filhos, 47% tem 2 filhos, 40.9% tem um filho, 9.1% tem três filhos, 1.5% tem quatro filhos, e 1.5% tem cinco filhos.

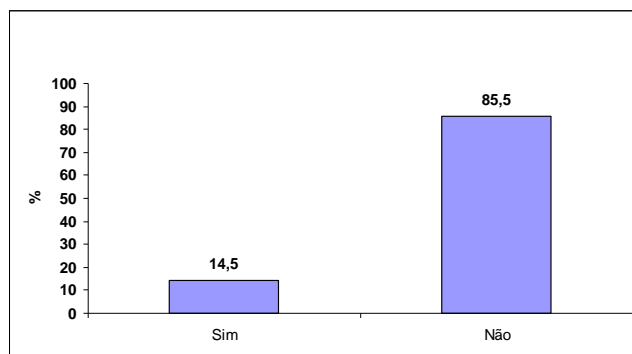


Figura 11: Tem Filhos?

## 2.2 Material

De forma a conhecer a amostra, medir o conhecimento das mulheres face às doenças sexualmente transmissíveis e determinar os preditores do comportamento sexual protegido das mulheres portuguesas, foi elaborado um questionário que se divide em três partes (Anexo 3). A primeira parte é constituída por um questionário sócio-demográfico, a segunda parte por um questionário de práticas sexuais, e a terceira parte pelo Questionário de Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (STD-KQ; Jaworski & Carey, 2007). Inclui também uma parte introdutória, onde informa as inquiridas sobre os objectivos e finalidade da investigação, e assegura que toda a informação recolhida será de carácter anónimo e confidencial.

### Questionário Sócio-Demográfico

Este questionário permite caracterizar a amostra, tendo sido construído de forma a ser possível realizar um levantamento do perfil sócio-demográfico das inquiridas. Inclui questões de escolha múltipla e de resposta breve e directa, e compreende aspectos como idade, residência, profissão, escolaridade, área de formação superior, estatuto sócio-económico, religião, orientação sexual, estado civil e filhos (Cf. Anexo 3).

### Questionário de Práticas Sexuais

O questionário de práticas sexuais foi construído com o objectivo de conhecer os comportamentos sexuais das mulheres, os hábitos de protecção relativamente a comportamentos sexuais e as fontes de informação sobre doenças sexualmente transmissíveis. O questionário inclui também questões que permitem explorar a percepção das mulheres relativamente às doenças sexualmente transmissíveis. É composto por 18 itens e inclui questões de escolha múltipla e resposta breve (*Cf. Anexo 3*).

### Questionário de Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (STD-KQ; Jaworski & Carey, 2007)

O Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ), desenvolvido por Jaworski e Carey (2007), mede o conhecimento relativamente às DST's. Este questionário explora o conhecimento de mais do que uma doença sexualmente transmissível, focando-se em questões relativas a Clamídia, Herpes Genital, HIV, Gonorreia, Vírus do Papiloma Humano, Hepatite B, Verrugas Genitais, incluindo também questões gerais sobre doenças sexualmente transmissíveis. É um questionário de auto-resposta, constituído por 27 afirmações, cujas hipóteses de resposta são “Verdadeiro”, “Falso” e “Não Sei”. A resposta “Falso” é a correcta para os itens 1, 2, 5, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26, e a resposta “Verdadeiro” é a correcta para os itens 3, 4, 6, 8, 9, 12, 14 e 27. Cada resposta correcta equivale a um ponto, sendo a pontuação total de 27. Quanto maior for o número de respostas correctas, mais elevado será o nível de conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Devido a ser um questionário construído em inglês, os itens do STD-KQ foram submetidos a um processo de tradução-retroversão, para garantir a qualidade e exactidão de redacção na língua portuguesa (*Cf. Anexo 3*). O questionário revelou uma boa consistência interna, com um Alpha de Chronbach de 0.834.

## 2.3 Procedimentos

O questionário anteriormente descrito foi colocado na internet, num site especificamente construído para o efeito, através da aplicação Google Docs<sup>2</sup>.

Após o desenvolvimento do questionário foi elaborado um pré-teste de forma a assegurar que são captadas as informações necessárias. O pré-teste foi aplicado a dez mulheres, que preencheram o questionário online, tendo-lhes sido solicitado que se manifestassem caso existissem dúvidas ou sugestões para tornar as respostas mais simples e claras. No final do processo de aplicação do pré-teste, concluiu-se que não havia questões a ser alteradas.

Seguidamente procedeu-se à disseminação do questionário através de mailing lists, redes sociais virtuais e sites relacionados com mulheres e saúde (Anexo 4). Foi redigido um texto de consentimento informado, que incluía a identificação da investigadora enquanto aluna da Universidade da Beira Interior, os objectivos da investigação, o link de acesso ao questionário, e onde pedia a participação na investigação e divulgação da mesma. Este texto foi enviado via e-mail para uma lista de contactos e publicado em redes sociais. A sites relacionados com mulheres e saúde, foi enviado o mesmo texto via e-mail, onde era também solicitada a publicação do link de acesso ao questionário no site em questão.

O questionário esteve disponível no sítio da Internet, durante os meses de Janeiro a Março de 2010, tendo sido recolhidos 456 questionários válidos. De seguida os dados compilados em folha de cálculo no Google Docs, foram inseridos na base de dados do programa SPSS 18.0 a fim de serem tratados estatisticamente.

---

<sup>2</sup> Google Docs™ é um pacote de aplicativos do Google que funciona totalmente online. Esta aplicação permite associar um link ao questionário desenvolvido e, após o preenchimento, remete as respostas dadas pelas participantes para uma base de dados, de forma anónima.

### 3. Resultados

#### 3.1 Estudo A – Práticas Sexuais, Comportamento Sexual Protegido, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Avaliação do Conhecimento sobre DST's

##### 3.1.1 Práticas Sexuais

A maior parte das inquiridas (72.6%) refere ter uma vida sexual activa neste momento e 27.4% dizem não ter uma vida sexual activa neste momento (Figura 12). Nunca tiveram relações sexuais 33.6% das mulheres que responderam ao questionário (Figura 13).

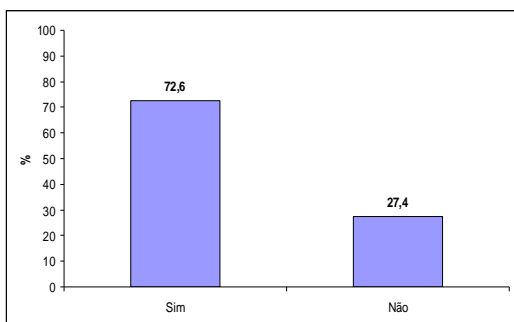


Figura 12: Neste momento tem uma vida sexual activa?

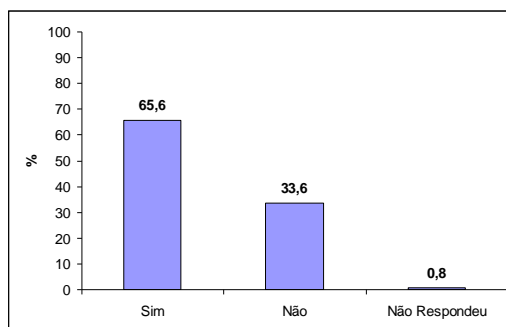


Figura 13: Se não tem uma vida sexual activa, já teve actividade sexual anteriormente?

No que diz respeito à idade, a maior parte das mulheres tiveram a sua primeira relação sexual entre os 15 e os 18 anos (62%). As restantes mulheres iniciaram a sua vida sexual entre os 19 e os 22 anos (24.5%), entre os 10 e os 14 anos (5.3%), com mais de 23 anos (5.1%), e 3.1% não responderam (Figura 14).

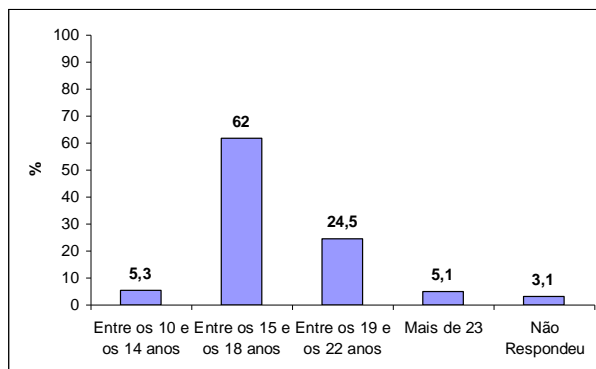


Figura 14: Com que idade teve a sua primeira relação sexual?

Quando questionadas sobre se têm um parceiro sexual fixo actualmente, 75.8% das mulheres respondem “Sim”, 22% respondem “Não” e 2.2% não responderam (Figura 15).

Relativamente à questão “Costuma ter parceiros sexuais ocasionais?”, 86.2% das inquiridas responderam “Não”, 11.4% responderam “Sim”, e 2.4% não responderam (Figura 16). Das mulheres que costumam ter parceiros sexuais ocasionais, 23.4% dizem ter tido dois parceiros sexuais ocasionais no último ano, 23.4% dizem ter tido três, 23.4% dizem ter tido quatro, 12.8% dizem ter tido um, 6.4% dizem ter tido cinco, 2.1% dizem ter tido dez, 2.1% dizem ter tido mais de cem parceiros sexuais ocasionais e 6.4% não responderam.

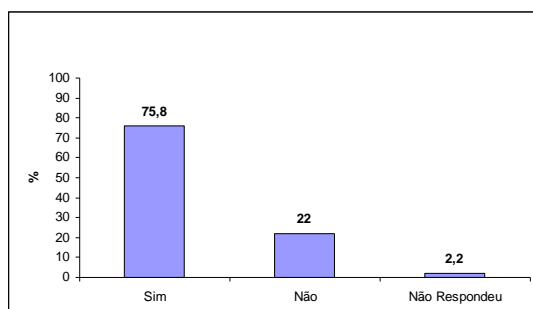


Figura 15: Actualmente tem um parceiro sexual fixo?

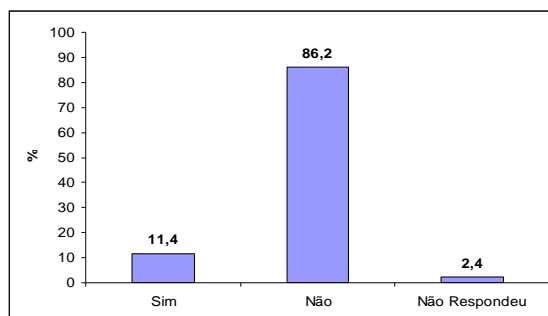


Figura 16: Costuma ter parceiros sexuais ocasionais?

Quando questionadas sobre quantas vezes, em média, tiveram relações sexuais, no último mês, 22.8% das mulheres dizem ter sido entre 0 a 3 vezes, 21.3% entre 3.5 a 6 vezes, 18.6% entre 7 a 10 vezes, 13.6% mais de 11 vezes e 23.7% não responderam.

Grande parte das inquiridas (77.2%), referem não praticar sexo anal (Figura 17), 20.1% praticam e 2.7% não responderam. O sexo vaginal é praticado por 95.4% das mulheres, apenas 1.9% referem não fazê-lo e 2.7% não responderam (Figura 18). 70.2% das inquiridas dizem praticar sexo oral, 25.7% não o fazem e 4.1% não responderam (Figura 19).

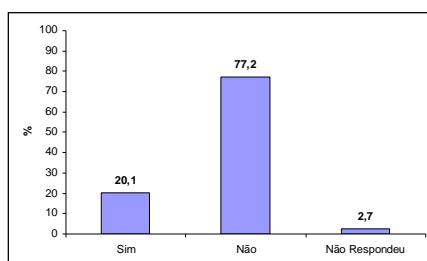


Figura 17: Pratica sexo anal?

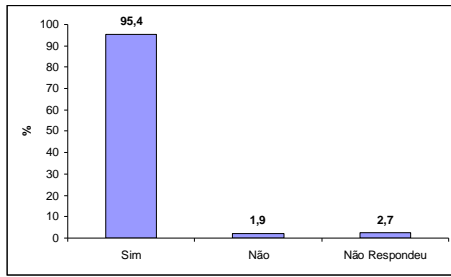


Figura 18: Pratica sexo vaginal?

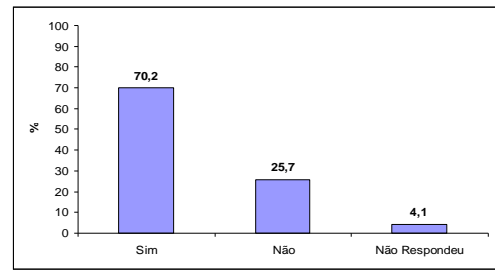


Figura 19: Pratica sexo oral?

No que respeita ao uso de substâncias, 46.7% das mulheres referem ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool (Figura 20) e 12.8% sob o efeito de drogas (Figura 21).

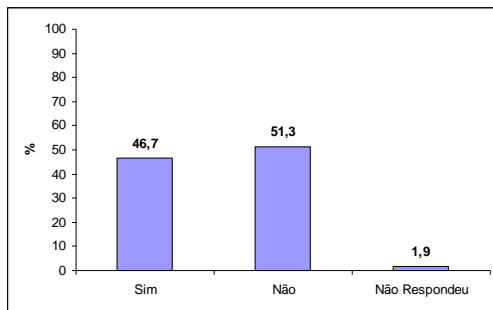


Figura 20: Já teve relações sexuais sob o efeito de álcool?

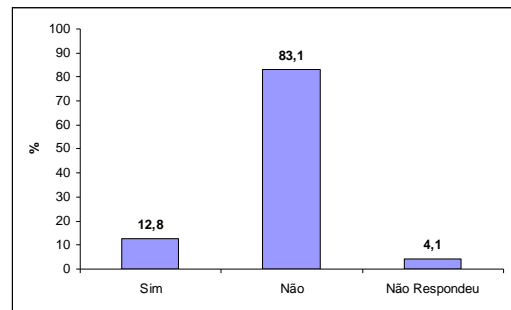


Figura 21: Já teve relações sexuais sob o efeito de drogas?

Quando questionadas sobre se frequentam uma consulta de planeamento familiar (Figura 22), 50.9% dizem que “Sim” e 49.1% dizem que “Não”. As mulheres que frequentam uma consulta de planeamento familiar, referem fazê-lo no centro de saúde (53.6%), no médico de família (30.63%), no ginecologista (9.9%), e 5.9% em outros locais (para maior especificidade consultar o Anexo 5).

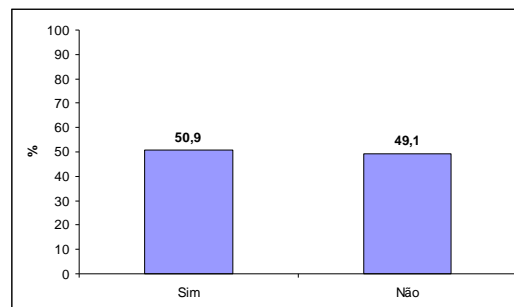


Figura 22: Frequenta uma consulta de planeamento familiar?

### 3.1.2 Comportamento Sexual Protegido

Relativamente à questão “Usou preservativo na sua primeira relação sexual?”, 74.1% das inquiridas responderam “Sim”, 24.7% responderam “Não” e 1.2% não responderam (Figura 23).

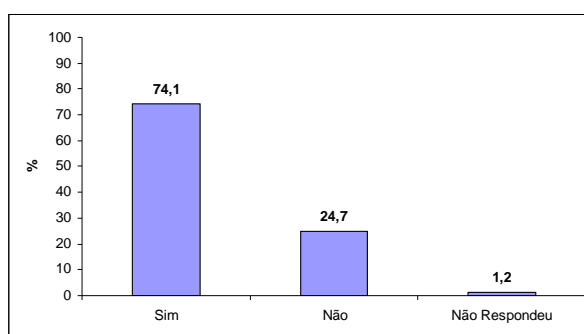


Figura 23: Usou preservativo na sua primeira relação sexual?

As mulheres que dizem não ter usado preservativo na sua primeira relação sexual referem como causa: “Não planeava ter relações sexuais naquele momento” (45.5%), “Arrisquei” (26%), “Tomava pílula” (6.30%), “Fui pressionada psicologicamente a ter relações sexuais” (3.3%), e 18.7% outras (para maior especificidade consultar o Anexo 6).

As mulheres que referem ter usado preservativo na sua primeira relação sexual apontam como motivo: “Queria evitar uma gravidez” (30.4%), “Quis proteger-me de doenças sexualmente transmissíveis (DST’s)” (30.2%), “Não queria arriscar” (18.3%), “Estou bem informada sobre os preservativos” (16.2%), “O/A meu/minha parceiro/a queria usar protecção” (3.9%), 1% outros, (para maior especificidade consultar o Anexo 7).

Das inquiridas que referem praticar sexo anal, 42.2% respondem que usam preservativo e 57.8% respondem que não usam preservativo (Figura 24). Das mulheres que praticam sexo anal com preservativo, 17.9% referem fazê-lo sempre, 17.4% quase sempre, 16.7% raramente, 13.1% nunca e 34.9% não responderam.

Das inquiridas que referem praticar sexo vaginal, 63.5% respondem que usam preservativo, 35% respondem que não usam preservativo e 1.5% não respondem (Figura 25). Das mulheres que praticam sexo vaginal com preservativo, 29.8% referem fazê-lo raramente, 29.5% quase sempre, 22.3% sempre, 9.7% nunca e 8.7% não responderam.

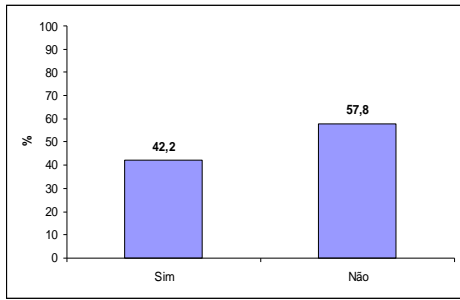


Figura 24: Se pratica sexo anal, usa preservativo?

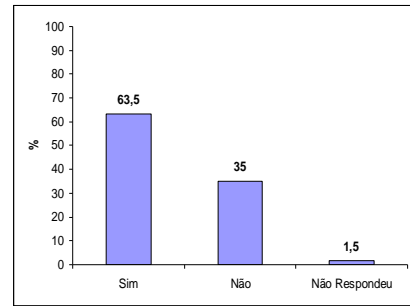


Figura 25: Se pratica sexo vaginal, usa preservativo?

Das inquiridas que referem praticar sexo oral, 91.4% respondem que não usam preservativo, 7.6% respondem que usam preservativo e 1% não responderam. Das mulheres que praticam sexo oral com preservativo, 44.6% referem nunca fazê-lo, 14.5% raramente usam preservativo, 4.1% usam sempre, 2.9% usam quase sempre e 33.9% não responderam (Figura 26).

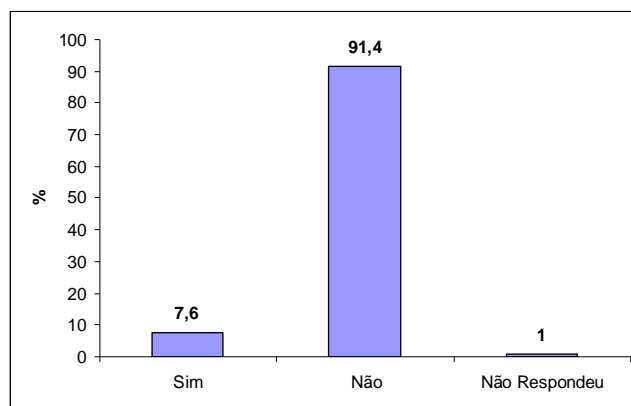


Figura 26: Se pratica sexo oral, usa preservativo?

Quando questionadas sobre o porquê de utilizarem preservativo durante as relações sexuais, as mulheres referem: “Iniciativa própria” (48.5%), “Iniciativa do parceiro” (27.7%), “Indicação médica” (9.7%), “Conselho de amigos” (3.9%), “Conselho familiar” (3.2%), “Indicação de outro profissional de saúde” (3.1%), e 3.8% referem outros motivos (para maior especificidade consultar o Anexo 8).

Das mulheres que mencionam já ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool, 62.7% respondem que usaram preservativo e 37.3% respondem que não usaram preservativo (Figura 27). Relativamente às mulheres que já tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas,

67.9% respondem ter usado preservativo e 32.1% respondem não ter usado preservativo (Figura 28).

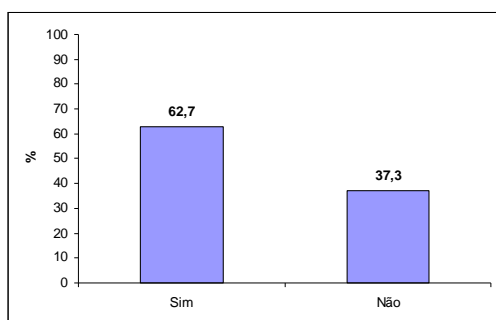


Figura 27: Se teve relações sexuais sob o efeito de álcool, utilizou preservativo?

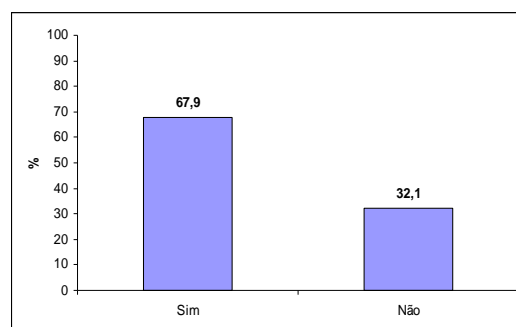


Figura 28: Se teve relações sexuais sob o efeito de drogas, utilizou preservativo?

### 3.1.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis

À questão “Já teve alguma doença sexualmente transmissível?”, 78.2% responderam “Não”, 12.1% das mulheres inquiridas responderam “Sim”, 8% não sabem se já tiveram alguma doença sexualmente transmissível e 1.7% não responderam (Figura 29).

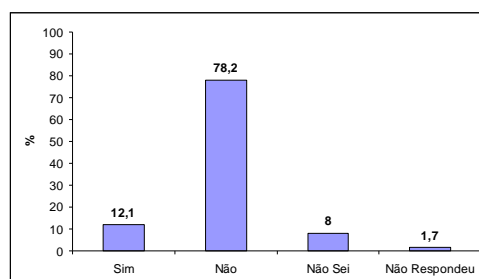


Figura 29: Já teve alguma DST?

A doença sexualmente transmissível mais referida pelas inquiridas que dizem já ter tido uma doença sexualmente transmissível, foi a candidíase (65.5%). O vírus do papiloma humano (HPV) foi contraído por 15.5% das mulheres, 6.9% das inquiridas dizem já ter tido sintomas relacionados com uma infecção sexualmente transmissível mas não sabem qual, e 12.1% referem ter tido outras DST's (para maior especificidade consultar o Anexo 9).

A doença sexualmente transmissível mais apontada pelas inquiridas como aquela que consideram conhecer os sinais e sintomas é a SIDA (21.7%), seguindo-se o Herpes genital (18.3%), a Hepatite B (15.2%), o Vírus do Papiloma Humano (12.5%), a Sífilis (10.4%), a

Gonorreia (9.3%), as Verrugas Genitais (7%), a Clamídia (5.3%), a Candidíase (0.12%), linfogranuloma e granuloma (0.05%). 0.15% mencionam não conhecer nenhuma doença sexualmente transmissível (Figura 30).

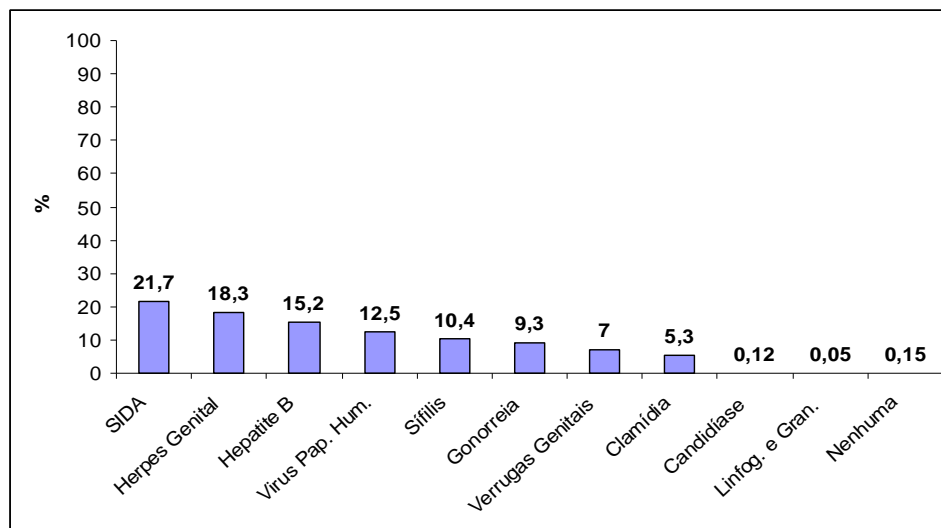


Figura 30: Das doenças sexualmente transmissíveis que a seguir se listam indique aquelas que considera conhecer (nomeadamente quais são os seus sinais e sintomas).

À questão, “De que forma as doenças sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas?”, as mulheres responderam que a transmissão é feita através de relações sexuais desprotegidas (31.9%), partilha de seringas (25%), partilha de lâminas (20.9%), partilha de escovas de dentes (6.7%), fazendo tatuagens (6.5%), na casa de banho (4.4%), e 4.6% referem outros meios de transmissão (para maior especificidade consultar o Anexo 10).

Quando inquiridas se, no local de ensino, durante a formação académica, receberam informação por parte de técnicos ou professores, sobre doenças sexualmente transmissíveis, 60.1% das mulheres respondem “Sim” e 39.9% respondem “Não” (Figura 31).

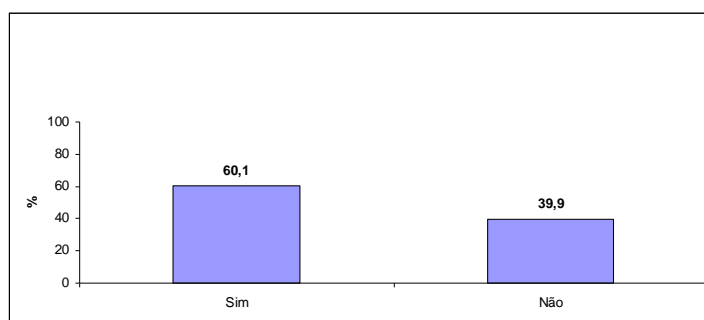


Figura 31: Durante a sua formação académica alguma vez lhe foi fornecida informação, por parte de técnicos ou professores, sobre doenças sexualmente transmissíveis, no seu local de ensino?

No que diz respeito às fontes de informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis, as inquiridas referem a internet (25.2%), a televisão (16.5%), o médico (11.9%), os livros (11.66%), os amigos (11.5%) o centro de saúde (9.7%), a universidade (6.2%), a família (4.8%), e 2.6% outras (para maior especificidade consultar o Anexo 11).

### 3.1.4 Avaliação do Conhecimento face às Doenças Sexualmente Transmissíveis

De forma a avaliar os conhecimentos das mulheres portuguesas sobre as DST's, foram estudadas as respostas ao questionário STD-KQ (Jaworski & Carey, 2007).

Todas as inquiridas responderam a todas as questões do STD-KQ (Jaworski & Carey, 2007). No que diz respeito ao número total de respostas, 43.7% reflectem desconhecimento ("Não Sei"), 42.8% das respostas estão correctas e 13.5% das respostas estão erradas. Estes resultados indicam que o número de respostas erradas em conjunto com o número de respostas "Não Sei" é de 57.2%, valor superior ao número de respostas correctas, que foi de 42.8% (Anexo 12).

A questão mais acertada foi "As doenças sexualmente transmissíveis são todas causadas pelo mesmo vírus", com 7.59% de respostas correctas. A questão "Existe uma vacina que previne a Clamídia" foi a que suscitou mais dúvidas, sendo 6.2% das respostas classificadas como "Não Sei". A questão que obteve mais resultados errados (9.46%) foi "Ter relações sexuais anais aumenta o risco de contrair Hepatite B" (Anexo 13).

Foi criada uma nova variável que permite classificar o conhecimento, segundo o número de respostas certas. Assim, foram definidos cinco níveis de conhecimento, Baixo (entre 1 a 5 respostas certas), Médio-Baixo (entre 6 a 11 respostas certas), Médio (entre 12 a 17 respostas certas), Médio-Alto (entre 18 a 23 respostas certas) e Alto (com mais de 24 respostas certas). Desta forma foi possível averiguar que a maior parte das mulheres (40.4%) tem um conhecimento de nível Médio-Baixo. Das restantes mulheres, 36.8% têm um conhecimento de nível Médio, 11% de nível Baixo, 10.7% de nível Médio-Alto, e apenas 1.1% mostra ter conhecimento de nível Alto (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação do Conhecimento

<i>Nível de Conhecimento</i>	<i>Número Questões Acertadas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Baixo	1 a 5	50	11
Médio-Baixo	6 a 11	184	40.4
Médio	12 a 17	168	36.8

Médio-Alto	18 a 23	49	10,7
Alto	24 a 27	5	1,1
<b>Total</b>		456	100

É ainda importante salientar que nenhuma mulher errou ou acertou todas as questões apresentadas, 7.02% das inquiridas não deu nenhuma resposta errada, e 3.07% não classificou nenhuma resposta como “Não Sei” (Anexo 14).

### 3.2 Estudo B – Relações entre as Variáveis em Estudo

Para testar as hipóteses definidas para este estudo e consoante a natureza das variáveis, utilizou-se o teste *t*-Student, a análise da variância (ANOVA), e o teste do qui-quadrado, e consideram-se existir diferenças estatisticamente significativas onde o *p-value* seja inferior ou igual a 0.05, que corresponde a um intervalo de confiança de 95%.

A variável “Conhecimento sobre DST’s” obtém-se através da soma de todas as respostas correctas ao questionário STD-KQ (Jaworski & Carey, 2007) e o “Comportamento Sexual Protegido” é analisado pelas variáveis “Uso do Preservativo no Sexo Anal”, “Uso do Preservativo no Sexo Vaginal”, “Uso do Preservativo no Sexo Oral”, “Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob o Efeito de Álcool” e “Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob o Efeito do Drogas”.

Tabela 3: Relação entre a Idade e Conhecimento sobre DST’s

	<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST’s	15-20	111	24,612	2,2252	0,78259	5.085	0.001*
	21-23	167	37,029	2,5090	0,84930		
	24-30	91	20,177	2,6484	0,80793		
	31-40	36	7,9823	2,6944	1,00909		
	Mais_41	46	10,2	2,7609	0,99297		
	Total	451	100	2,5078	0,87015		

\**p*<0.01

Tabela 4: Relação entre a Idade e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Faixas Etárias</i>	<i>15 a 20</i>	<i>21 a 23</i>	<i>24 a 30</i>	<i>31 a 40</i>	<i>Mais de 41</i>	<i>Total</i>	<i>χ<sup>2</sup></i>	<i>p</i>	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	10	11	9	3	2	35	3,410	0,492
		%	12	13,3	10,8	3,6	2,4	42,2		
	Não	N	11	14	9	5	9	48		
		%	13,3	16,9	10,8	6	10,8	57,8		
	Total	N	21	25	18	8	11	83		
		%	25,3	30,1	21,7	9,6	13,3	100		
	Sim	N	68	94	55	16	13	246		
		%	17,8	24,5	14,4	4,2	3,4	64,2		

Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Não	N	13	48	29	18	29	137	38,614	0,000*
		%	3,4	12,5	7,6	4,7	7,6	35,8		
	Total	N	81	142	84	34	42	383		
		%	21,1	37,1	21,9	8,9	11,0	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	6	4	8	1	3	22	3,694	0,449
		%	2,1	1,4	2,8	0,4	1,1	7,7		
	Não	N	56	94	65	20	27	262		
		%	19,7	33,1	22,9	7	9,5	92,3		
Total	N	62	98	73	21	30	284			
	%	21,8	34,5	25,7	7,4	10,6	100			
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	24	51	35	6	2	118	7,672	0,104
		%	12,7	27	18,5	3,2	1,1	62,4		
	Não	N	13	27	18	6	7	71		
		%	6,9	14,3	9,5	3,2	3,7	37,6		
Total	N	37	78	53	12	9	189			
	%	19,6	41,3	28	6,3	4,8	100			
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	7	16	11	1	1	36	2,192	0,700
		%	13,2	30,2	20,8	1,9	1,9	67,9		
	Não	N	3	7	4	2	1	17		
		%	5,7	13,2	7,5	3,8	1,9	32,1		
Total	N	10	23	15	3	2	53			
	%	18,9	43,4	28,3	5,7	3,8	100			

\*p<0.001

Ao analisar a Tabela 3, verificam-se diferenças significativas ( $F(4;446) = 5.085$ ;  $p < 0.01$ ) entre o Conhecimento sobre DST's e a idade. As mulheres mais velhas têm maior nível de conhecimento sobre DST's. Na Tabela 4 pode-se verificar que, relativamente ao comportamento sexual protegido, apenas existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2(4) = 38.614$ ;  $p < 0.001$ ) entre o Uso do Preservativo no Sexo Vaginal e a idade. A percentagem de uso do preservativo nas faixas etárias de 15 a 20 anos, 21 a 23 anos e 24 a 30 anos, é superior à percentagem de não uso do preservativo, no sexo vaginal. Relativamente às mulheres com idades compreendidas entre 31 a 40 anos e com mais de 41 anos, a percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos é superior à percentagem de uso do preservativo nas relações sexuais vaginais.

Tabela 5: Relação entre a zona de residência e o Conhecimento sobre DST's

	Zona de Residência	N	%	Média	D.P.	F	p
Conhecimento sobre DST's	Centro	220	48,5	2,4273	0,85964	3.832	0.002*
	Norte	86	18,9	2,3605	0,82480		
	Lisboa	116	25,6	2,6724	0,79974		
	Algarve	12	2,64	2,4167	0,99620		
	Alentejo	16	3,52	3,1875	1,04682		
	Estrangeiro	4	0,88	2,5000	1,29099		
	Total	454	100	2,5044	0,86570		

\*p<0.01

Tabela 6: Relação entre a zona de residência e o Comportamento Sexual Protegido

<i>Zona de Residência</i>		<i>Centro</i>	<i>Norte</i>	<i>Lisboa</i>	<i>Algarve</i>	<i>Alentejo</i>	<i>Estr.</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	15	6	10	1	2	1	35	3,846	0,572
		%	18,3	7,3	12,2	1,2	2,4	1,2	42,7		
	Não	N	22	11	13	0	1	0	47		
		%	26,8	13,4	15,9	0	1,2	0	57,3		
	Total	N	37	17	23	1	3	1	82		
		%	45,1	20,7	28	1,2	3,7	1,2	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	129	44	60	3	10	3	249	4,262	0,512
		%	33,4	11,4	15,5	0,8	2,6	0,8	64,5		
	Não	N	64	22	42	3	6	0	137		
		%	16,6	5,7	10,9	0,8	1,6	0	35,5		
	Total	N	193	66	102	6	16	3	386		
		%	50	17,1	26,4	1,6	4,1	0,8	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	10	3	8	0	1	0	22	1,205	0,944
		%	3,5	1,0	2,8	0	0,3	0	7,7		
	Não	N	116	50	83	5	8	2	264		
		%	40,6	17,5	29,0	1,7	2,8	0,7	92,3		
	Total	N	126	53	91	5	9	2	286		
		%	44,1	18,5	31,8	1,7	3,1	0,7	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	63	23	24	4	6	1	121	7,720	0,172
		%	32,6	11,9	12,4	2,1	3,1	0,5	62,7		
	Não	N	34	8	25	3	1	1	72		
		%	17,6	4,1	13	1,6	0,5	0,5	37,3		
	Total	N	97	31	49	7	7	2	193		
		%	50,3	16,1	25,4	3,6	3,6	1	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	22	4	6	2	2	0	36	1,986	0,738
		%	41,5	7,5	11,3	3,8	3,8	0	67,9		
	Não	N	9	2	5	1	0	0	17		
		%	17	3,8	9,4	1,9	0	0	32,1		
	Total	N	31	6	11	3	2	0	53		
		%	58,5	11,3	20,8	5,7	3,8	0	100		

Com a observação da Tabela 5, é possível afirmar que existem diferenças significativas ( $F(5;448) = 3.832$ ;  $p = 0.002$ ) entre o Conhecimento sobre DST's e a zona de residência. As mulheres que residem na zona do Alentejo têm maior nível de conhecimento sobre DST's.

Analisando a Tabela 6, verifica-se que não existem diferenças significativas entre o comportamento sexual protegido e a zona de residência das inquiridas.

Tabela 7: Relação entre a Profissão e o Conhecimento sobre DST's

		<i>Profissão</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Estudante		270	59,3	2,4111	0,81201	3.542	0.015*
	Desempregada		14	3,08	2,2857	0,91387		
	Trabalhadora-Estudante		11	2,42	2,6364	0,50452		
	Trabalhadora no Activo		160	35,2	2,6750	0,94868		
	Total		455	100	2,5055	0,86760		

\* $p < 0.05$

Tabela 8: Relação entre a Profissão e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Profissão</i>	<i>Estudante</i>	<i>Desempregada</i>	<i>Trab.- Est.</i>	<i>Trab. no Activo</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N 20	0	1	14	35	2,876	0,411
		% 24,1	0	1,2	16,9	42,2		
	Não	N 26	2	0	20	48		
		% 31,3	2,4	0	24,1	57,8		
	Total	N 46	2	1	34	83		
	% 55,4	2,4	1,2	41	100			
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N 163	8	6	72	249	22,150	0,000*
		% 42,1	2,1	1,6	18,6	64,3		
	Não	N 57	5	4	72	138		
		% 14,7	1,3	1	18,6	35,7		
	Total	N 220	13	10	144	387		
	% 56,8	3,4	2,6	37,2	100			
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N 12	1	1	8	22	0,788	0,852
		% 4,2	0,3	0,3	2,8	7,7		
	Não	N 149	9	5	101	264		
		% 52,1	3,1	1,7	35,3	92,3		
	Total	N 161	10	6	109	286		
	% 56,3	3,5	2,1	38,1	100			
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N 75	7	3	36	121	5,508	0,138
		% 38,9	3,6	1,6	18,7	62,7		
	Não	N 42	0	3	27	72		
		% 21,8	0	1,6	14	37,3		
	Total	N 117	7	6	63	193		
	% 60,6	3,6	3,1	32,6	100			
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N 22	3	1	10	36	1,938	0,585
		% 41,5	5,7	1,9	18,9	67,9		
	Não	N 10	0	1	6	17		
		% 18,9	0	1,9	11,3	32,1		
	Total	N 32	3	2	16	53		
	% 60,4	5,7	3,8	30,2	100			

\*p&lt;0.001

Pela análise da Tabela 7, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $F(3;451) = 3.542$ ;  $p < 0.05$ ) entre o Conhecimento sobre DST's e a profissão das mulheres. Existe um maior nível de conhecimento sobre DST's nas mulheres trabalhadoras no activo.

Observando a Tabela 8 pode-se verificar que, relativamente ao comportamento sexual protegido, apenas existem diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2(3) = 22.150$ ;  $p < 0.001$ ) entre o Uso do Preservativo no Sexo Vaginal e a profissão. Nas mulheres estudantes, desempregadas e trabalhadoras-estudantes, a percentagem de comportamentos sexuais protegidos é superior à percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos, nas relações sexuais vaginais. As mulheres trabalhadoras no activo apresentam a mesma percentagem para os comportamentos sexuais protegidos e desprotegidos no sexo vaginal.

Tabela 9: Relação entre a Escolaridade e o Conhecimento sobre DST's

	<i>Escolaridade</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	9º Ano	11	2,41	2,1818	0,60302	4.414	0.000*
	12º Ano	140	30,7	2,2714	0,82969		
	Bacharelato	10	2,19	2,8000	0,63246		
	Licenciatura	236	51,8	2,5593	0,87073		
	Mestrado	47	10,3	2,9149	0,82961		
	Pós-Graduação	11	2,41	2,7273	1,00905		
	Doutoramento	1	0,22	2,0000	-		
Total	456	100	2,5066	0,86695			

\*p&lt;0.001

Tabela 10: Relação entre a Escolaridade e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Escolaridade</i>		<i>9º</i>	<i>12º</i>	<i>Bach.</i>	<i>Lic.</i>	<i>Mest.</i>	<i>Pós-Grad.</i>	<i>Doutor.</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	1	10	0	21	3	0	0	35	4,542	0,338
		%	1,2	12	0	25,3	3,6	0	0	42,2		
	Não	N	0	14	3	24	7	0	0	48		
		%	0	16,9	3,6	28,9	8,4	0	0	57,8		
	Total	N	1	24	3	45	10	0	0	83		
		%	1,2	28,9	3,6	54,2	12	0	0	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	4	76	6	133	26	5	0	250	7,862	0,248
		%	1	19,6	1,5	34,3	6,7	1,3	0	64,4		
	Não	N	5	29	3	77	18	5	1	138		
		%	1,3	7,5	0,8	19,8	4,6	1,3	0,3	35,6		
	Total	N	9	105	9	210	44	10	1	388		
		%	2,3	27,2	2,3	54,1	11,3	2,6	0,3	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	0	7	1	9	4	1	0	22	3,376	0,642
		%	0	2,4	0,3	3,1	1,4	0,3	0	7,7		
	Não	N	5	65	4	149	34	8	0	265		
		%	1,7	22,6	1,4	51,9	11,8	2,8	0	92,3		
	Total	N	5	72	5	158	38	9	0	287		
		%	1,7	25,1	1,7	55,1	13,2	3,1	0	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	4	33	1	63	15	5	0	121	5,764	0,330
		%	2,1	17,1	0,5	32,6	7,8	2,6	0	62,7		
	Não	N	0	14	2	42	12	2	0	72		
		%	0	7,3	1	21,8	6,2	1	0	37,7		
	Total	N	4	47	3	105	27	7	0	193		
		%	2,1	24,4	1,6	54,4	14	3,6	0	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	2	9	1	22	2	0	0	36	2,614	0,624
		%	3,8	17	1,9	41,5	3,8	0	0	67,9		
	Não	N	0	4	2	10	1	0	0	17		
		%	0	7,5	3,8	18,9	1,9	0	0	32,1		
	Total	N	2	13	3	32	3	0	0	53		
		%	3,8	24,5	5,7	60,4	5,7	0	0	100		

Na Tabela 9, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $F(6;449) = 4.414$ ;  $p < 0.001$ ) entre o Conhecimento sobre DST's e a escolaridade. Têm um maior nível de conhecimento sobre DST's as mulheres que têm formação superior ao nível do mestrado.

Não existem diferenças significativas entre o comportamento sexual protegido e a escolaridade das inquiridas (Tabela 10).

Tabela 11: Relação entre a Área de Formação e o Conhecimento sobre DST's

	Área de Formação Superior	N	%	Média	D.P.	F	p
Conhecimento sobre DST's	Ciências	26	9,39	2,8462	0,78446	4.346	0.000*
	Saúde	22	7,94	3,5455	0,80043		
	Tecnologias	21	7,58	2,5714	1,02817		
	Agricultura e Recursos Naturais	2	0,72	3,0000	0,00000		
	Arquitectura, Artes Plásticas e Design	13	4,69	2,1538	0,80064		
	Ciências da Educação e Formação de Professores	15	5,42	2,5333	0,74322		
	Direito, Ciências Sociais e Serviços	124	44,8	2,4919	0,79117		
	Economia, Gestão e Contabilidade	20	7,22	2,4500	0,88704		
	Humanidades, Secretariado e Tradução	26	9,39	2,6923	0,78838		
	Educação Física, Desporto e Artes do Espectáculo	8	2,89	2,6250	0,91613		
Total	277	100	2,6245	0,86173			

\*p<0.001

Tabela 12: Relação entre a Área de Formação e o Comportamento Sexual Protegido

	Área de Formação Sup.*	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	Total	$\chi^2$	p	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	2	3	1	0	1	1	8	1	2	0	19	5,423	0,712
		%	4,1	6,1	2	0	2	2	16,3	2	4,1	0	38,8		
	Não	N	2	1	2	0	2	0	16	1	5	1	30		
		%	4,1	2	4,2	0	4,1	0	32,7	2	10,2	2	61,2		
	Total	N	4	4	3	0	3	1	24	2	7	1	49		
		%	8,2	8,2	6,1	0	6,1	2	49	4,2	14,3	2	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	14	15	11	1	7	5	69	9	13	7	151	7,775	0,557
		%	5,7	6,1	4,5	0,4	2,8	2	27,9	3,6	5,3	2,8	61,1		
	Não	N	9	6	9	1	2	8	44	6	10	1	96		
		%	3,6	2,4	3,6	0,4	0,8	3,2	17,8	2,4	4	0,4	38,9		
	Total	N	23	21	20	2	9	13	113	15	23	8	247		
		%	9,3	8,5	8,1	0,8	3,6	5,3	45,7	6,1	9,3	3,2	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	0	2	2	0	2	0	6	1	0	1	14	10,787	0,291
		%	0	1	1	0	1	0	3,1	0,5	0	0,5	7,3		
	Não	N	20	14	12	2	5	9	84	9	17	6	178		
		%	10,4	7,3	6,3	1	2,6	4,7	43,8	4,7	8,9	3,1	92,7		
	Total	N	20	16	14	2	7	9	90	10	17	7	192		
		%	10,4	8,3	7,3	1	3,6	4,7	46,9	5,2	8,9	3,6	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	8	6	5	1	6	1	36	5	3	2	73	4,121	0,903
		%	6,3	4,7	3,9	0,8	4,7	0,8	28,1	3,9	2,3	1,6	57		
	Não	N	4	6	6	0	2	2	26	5	2	2	55		
		%	3,1	4,7	4,7	0	1,6	1,6	20,3	3,9	1,6	1,6	43		
	Total	N	12	12	11	1	8	3	62	10	5	4	128		
		%	9,4	9,4	8,6	0,8	6,3	2,3	48,4	7,8	3,9	3,1	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	0	3	0	1	4	1	11	1	1	0	22	9,041	0,250
		%	0	8,8	0	2,9	11,8	2,9	32,4	2,9	2,9	0	64,7		
	Não	N	0	1	2	0	0	0	9	0	0	0	12		
		%	0	2,9	5,9	0	0	0	26,5	0	0	0	35,3		
	Total	N	0	4	2	1	4	1	20	1	1	0	34		
		%	0	11,8	5,9	2,9	11,8	2,9	58,8	2,9	2,9	0	100		

\*Legenda: A1 – Ciências; A2 – Saúde; A3 – Tecnologias; A4 – Agricultura e Recursos Naturais; A5 – Arquitectura, Artes Plásticas e Design; A6 – Ciências da Educação e Formação de Professores; A7 – Direito, Ciências Sociais; A8 – Economia,

Gestão e Contabilidade; A9 – Humanidades, Secretariado e Tradução; A10 – Educação Física, Desporto e Artes do Espectáculo.

Através da Tabela 11 é possível verificar que existem diferenças significativas ( $F(9;267) = 4.436; p < 0.001$ ) entre o Conhecimento sobre DST's e a área de formação superior. As mulheres com formação superior na área da saúde têm maior nível de conhecimento sobre DST's.

Não existem diferenças significativas entre o comportamento sexual protegido e a área de formação superior das mulheres (Tabela 12).

Tabela 13: Relação entre o Estatuto Sócio-Económico e o Conhecimento sobre DST's

		<i>Estatuto Sócio-Económico</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's		Alto	4	0,877	3,2500	1,50000	2.826	0.025*
		Médio-Alto	59	12,94	2,7458	0,80072		
		Médio	280	61,4	2,5071	0,85924		
		Médio-Baixo	101	22,15	2,3663	0,86859		
		Baixo	12	2,632	2,2500	0,86603		
	Total	456	100	2,5066	0,86695			

\* $p < 0.05$

Tabela 14: Relação entre o Estatuto Sócio-Económico e o Comportamento Sexual Protegido

		<i>Estatuto Sócio-Económico</i>		<i>Alto</i>	<i>Médio-Alto</i>	<i>Médio</i>	<i>Médio-Baixo</i>	<i>Baixo</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	1	0	19	15	0	35	11,629	0,020*	
		%	1,2	0	22,9	18,1	0	42,2			
	Não	N	0	7	31	9	1	48			
		%	0	8,4	37,3	10,8	1,2	57,8			
	Total	N	1	7	50	24	1	83			
%	1,2	8,4	60,2	28,9	1,2	100					
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	2	29	154	60	5	250	2,109	0,716	
		%	0,5	7,5	39,7	15,5	1,3	64,4			
	Não	N	2	19	87	26	4	138			
		%	0,5	4,9	22,4	6,7	1	35,6			
	Total	N	4	48	241	86	9	388			
%	1	12,4	62,1	22,2	2,3	100					
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	0	0	16	6	0	22	4,452	0,348	
		%	0	0	5,6	2,1	0	7,7			
	Não	N	4	37	157	63	4	265			
		%	1,4	12,9	54,7	22	1,4	92,3			
	Total	N	4	37	173	69	4	287			
%	1,4	12,9	60,3	24	1,4	100					
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	1	23	67	29	2	121	2,745	0,601	
		%	0,5	11,9	34,7	15	0,5	62,7			
	Não	N	1	10	45	14	2	72			
		%	0,5	5,2	23,3	7,3	1	37,3			
	Total	N	2	33	112	43	3	193			
%	1	17,1	58	22,3	1,6	100					
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob	Sim	N	1	4	22	9	0	36	5,689	0,224	
	%	1,9	7,5	41,5	17	0	67,9				
Não	N	1	0	13	2	1	17				

Efeito de Drogas	%	1,9	0	24,5	3,8	1,9	32,1
	Total	N	2	4	35	11	53
	%	3,8	7,5	66	20,8	1,9	100

\*p<0.05

Ao analisar a Tabela 13, podem-se verificar diferenças significativas ( $F(4;451) = 2.826$ ;  $p < 0.05$ ) entre o Conhecimento sobre DST's e o estatuto sócio-económico. Quanto mais elevado é o estatuto sócio-económico das mulheres, maior é o nível de conhecimento sobre DST's.

No que diz respeito ao Comportamento Sexual Protegido, apenas existem diferenças significativas ( $\chi^2(4) = 11.629$ ;  $p < 0.05$ ) entre o Uso de Preservativo no Sexo Anal e o estatuto sócio económico das inquiridas, como se pode verificar na Tabela 14. As mulheres que, no sexo anal, têm percentagens mais elevadas de comportamentos sexuais protegidos do que de comportamentos sexuais desprotegidos são as que têm estatuto sócio-económico "Alto" e "Médio-Baixo". As mulheres que, no sexo anal, têm percentagens mais elevadas de comportamentos sexuais desprotegidos do que de comportamentos sexuais protegidos são as que têm estatuto sócio-económico "Médio-Alto", "Médio" e "Baixo".

Tabela 15: Relação entre a Identificação com uma religião e o conhecimento sobre DST's

<i>Identifica-se com alguma religião?</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	272	59,6	2,5221	0,85448	0.463 0.643
	Não	184	40,4	2,483	0,88691	
	Total	456	100	2,5066	0,86695	

Tabela 16: Relação entre a Identificação com uma religião e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Identifica-se com alguma religião?</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	20	15	35	0,209 0,648
		%	24,1	18,1	42,2	
	Não	N	25	23	48	
		%	30,1	27,7	57,8	
	Total	N	45	38	83	
		%	54,2	45,8	100	
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	138	112	250	2,684 0,101
		%	35,6	28,9	64,4	
	Não	N	88	50	138	
		%	22,7	12,9	35,6	
	Total	N	226	162	388	
		%	58,2	41,8	100	
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	12	10	22	0,217 0,641
		%	4,2	3,5	7,7	
	Não	N	158	107	265	
		%	55,1	37,3	92,3	
	Total	N	170	117	287	
		%	59,2	40,8	100	

Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	62	59	121	0,337	0,561
		%	32,1	30,6	62,7		
	Não	N	40	32	72		
		%	20,7	16,6	37,3		
	Total	N	102	91	193		
		%	52,8	47,2	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	11	25	36	1,368	0,242
		%	20,8	47,2	67,9		
	Não	N	8	9	17		
		%	15,1	17	32,1		
	Total	N	19	34	53		
		%	35,8	64,2	100		

Tabela 17: Relação entre a religião e o Conhecimento sobre DST's

<i>Com que religião se identifica?</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Católica	220	82,4	2.5364	0,86195	2.176	0.115
	Cristianismo	40	14,98	2.3250	0,76418		
	Outras	7	2,622	3.0000	1,15470		
	Total	267	100	2.5169	0,85987		

Tabela 18: Relação entre a Religião e o Comportamento Sexual Protegido

<i>Com que religião se identifica?</i>		<i>Católica</i>	<i>Cristianismo</i>	<i>Outras</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	13	3	3	0,662	0,718	
		%	29,5	6,8	6,8			43,2
	Não	N	19	4	2			25
		%	43,2	9,1	4,5			56,8
	Total	N	32	7	5			44
		%	72,7	15,9	11,4	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	110	19	5	134	0,983	0,612
		%	49,8	8,6	2,3	60,6		
	Não	N	69	16	2	87		
		%	31,2	7,2	0,9	39,4		
	Total	N	179	35	7	221		
		%	81	15,8	3,2	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	9	1	1	11	1,647	0,439
		%	5,4	0,6	0,6	6,5		
	Não	N	121	31	5	157		
		%	72	18,5	3	93,5		
	Total	N	130	32	6	168		
		%	77,4	19	3,6	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	44	12	3	59	0,465	0,792
		%	44,4	12,2	3	59,6		
	Não	N	32	6	2	40		
		%	32,3	6,1	2	40,4		
	Total	N	76	18	5	99		
		%	76,8	18,2	5,1	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	7	2	1	10	0,190	0,909
		%	38,9	11,1	5,6	55,6		
	Não	N	6	1	1	8		
		%	33,3	5,6	5,6	44,4		
	Total	N	13	3	2	18		
		%	72,2	16,7	11,1	100		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre identificar-se com uma religião e o Conhecimento sobre DST's (Tabela 115), assim como para o

Comportamento Sexual Protegido (Tabela 16). O mesmo se verifica para a religião das mulheres e o Conhecimento sobre DST's (Tabela 17) e o Comportamento Sexual Protegido (Tabela 18)

Tabela 19: Relação entre a orientação sexual e o Conhecimento sobre DST's

	<i>Orientação Sexual</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Heterossexual	431	94,52	2,5104	0,87032	1.362	0.257
	Homossexual	10	2,193	2,1000	0,73786		
	Bissexual	15	3,289	2,6667	0,81650		
	Total	456	100	2,5066	0,86695		

Tabela 20: Relação entre a Orientação Sexual e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Orientação Sexual</i>		<i>Heterossexual</i>	<i>Homossexual</i>	<i>Bissexual</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do preservativo no Sexo Anal	Sim	N	30	0	5	35	5,772	0,056
		%	36,1	0	6	42,2		
	Não	N	45	2	1	48		
		%	54,2	2,4	1,2	57,8		
	Total	N	75	2	6	83		
		%	90,4	2,4	7,2	100		
Uso do preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	236	4	10	250	2,454	0,293
		%	60,8	1	2,6	64,4		
	Não	N	130	5	3	138		
		%	33,5	1,3	0,8	35,6		
	Total	N	366	9	13	388		
		%	94,3	2,3	3,4	100		
Uso do preservativo no Sexo Oral	Sim	N	20	1	1	22	0,445	0,801
		%	7	0,3	0,3	7,7		
	Não	N	247	6	12	265		
		%	86,1	2,1	4,2	92,3		
	Total	N	267	7	13	287		
		%	93	2,4	4,5	100		
Uso do preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	114	2	5	121	2,471	0,291
		%	59,1	1	2,6	62,7		
	Não	N	66	4	2	72		
		%	34,2	2,1	1	37,3		
	Total	N	180	6	7	193		
		%	93,3	3,1	3,6	100		
Uso do preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	33	1	2	36	0,482	0,786
		%	62,3	1,9	3,8	67,9		
	Não	N	16	0	1	17		
		%	30,2	0	1,9	32,1		
	Total	N	49	1	3	53		
		%	92,5	1,9	5,7	100		

Diferenças significativas são inexistentes entre a orientação sexual e o Conhecimento sobre DST's (Tabela 19), e também entre a orientação sexual e o Comportamento Sexual Protegido (Tabela 20).

Tabela 21: Relação entre o estado civil/marital e o Conhecimento sobre DST's

	<i>Estado Civil/Marital</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Casada	61	13,38	2,5574	0,97510	0.548	0.650
	Solteira	379	83,11	2,4908	0,84000		
	Viúva	3	0,658	2,3333	0,57735		
	Divorciada	13	2,851	2,7692	1,16575		
	Total	456	100	2,5066	0,86695		

Tabela 22: Relação entre o Estado Civil/Marital e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Estado Civil/Marital</i>	<i>Casada</i>	<i>Solteira</i>	<i>Viúva</i>	<i>Divorciada</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	2	30	1	2	3,593	0,309	
		%	2,4	36,1	1,2	2,4			35
	Não	N	8	38	0	2			48
		%	9,6	45,8	0	2,4			57,8
	Total	N	10	68	1	4			83
		%	12	81,9	1,2	4,8			100
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	17	225	1	7	33,979	0,000*	
		%	4,4	58	0,3	1,8			64,4
	Não	N	38	93	2	5			138
		%	9,8	24	0,5	1,3			35,6
	Total	N	55	318	3	12			388
		%	14,2	82	0,8	3,1			100
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	5	16	0	1	1,841	0,606	
		%	1,7	5,6	0	0,3			7,7
	Não	N	34	220	1	10			265
		%	11,8	76,7	0,3	3,5			92,3
	Total	N	39	236	1	11			287
		%	13,6	82,2	0,3	3,8			100
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	4	115	1	1	3,724	0,293	
		%	2,1	59,6	0,5	0,5			62,7
	Não	N	6	63	1	2			72
		%	3,1	32,6	0,5	1			37,3
	Total	N	10	178	2	3			193
		%	5,2	92,2	1	1,6			100
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	2	33	0	1	0,482	0,786	
		%	2,8	62,3	0	1,9			67,9
	Não	N	1	16	0	0			17
		%	1,9	30,2	0	0			32,1
	Total	N	3	49	0	1			53
		%	5,7	92,5	0	1,9			100

\*p<0.001

Relativamente ao Estado Civil/Marital, não se observam diferenças significativas quando relacionado com o Conhecimento sobre DST's (Tabela 21).

Entre o Estado Civil/Marital e o Comportamento Sexual Protegido (Tabela 22), observam-se diferenças significativas ( $\chi^2(3) = 33.979$ ;  $p < 0.000$ ) no que concerne ao Uso de Preservativo no Sexo Vaginal. As mulheres solteiras e divorciadas são as que, no sexo vaginal, têm percentagens mais elevadas de comportamentos sexuais protegidos do que de comportamentos sexuais desprotegidos. As mulheres casadas e viúvas têm percentagens mais elevadas de comportamentos sexuais desprotegidos do que de comportamentos sexuais protegidos no sexo vaginal.

Tabela 23: Relação entre a Maternidade e o Conhecimento sobre DST's

	<i>Tem Filhos?</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	66	14,5	2,6212	0,98863	1.162	0.246
	Não	390	85,5	2,4872	0,84451		
	Total	456	100	2,5066	0,86695		

Tabela 24: Relação entre a Maternidade e o Comportamento Sexual Protegido

	<i>Tem Filhos?</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	3	32	35	1,154	0,283
		%	3,6	38,6	42,2		
	Não	N	8	40	48		
		%	9,6	48,2	57,8		
	Total	N	11	72	83		
		%	13,3	86,7	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	22	228	250	28,585	0,000*
		%	5,7	58,8	64,4		
	Não	N	41	97	138		
		%	10,6	25	35,6		
	Total	N	63	325	388		
		%	16,2	83,8	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	5	17	22	1,122	0,289
		%	1,7	5,9	7,7		
	Não	N	38	227	265		
		%	13,2	79,1	92,3		
	Total	N	43	244	287		
		%	15	85	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	3	118	121	9,354	0,002**
		%	1,6	61,1	62,7		
	Não	N	10	62	72		
		%	5,2	32,1	37,3		
	Total	N	13	180	193		
		%	6,7	93,3	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	1	35	36	1,746	0,186
		%	1,9	66	67,9		
	Não	N	2	15	17		
		%	3,8	28,3	32,1		
	Total	N	3	50	53		
		%	5,7	94,3	100		

\* $p < 0.001$  \*\* $p < 0.01$

No que diz respeito à maternidade, não se encontram diferenças significativas quando relacionada com o Conhecimento sobre DST's (Tabela 23), mas são verificadas no Comportamento Sexual Protegido (Tabela 24), para o Uso de Preservativo no Sexo Vaginal ( $\chi^2(1) = 28.585$ ;  $p < 0.001$ ) e para o Uso de Preservativo em Relações Sexuais sob o efeito de Álcool ( $\chi^2(1) = 9.354$ ;  $p < 0.01$ ). As mulheres que são mães têm, nas relações sexuais vaginais, percentagens mais elevadas de comportamentos sexuais desprotegidos do que de comportamentos sexuais protegidos. As mulheres que não têm filhos, têm percentagens mais elevadas de comportamentos sexuais protegidos do que de comportamentos sexuais desprotegidos no sexo vaginal.

Tabela 25: Relação entre a idade com que a mulher teve a primeira relação sexual e o uso do preservativo na primeira relação sexual.

<i>Idade da Primeira Relação Sexual</i>		<i>10 a</i>	<i>15 a</i>	<i>19 a</i>	<i>Mais de</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
		<i>14</i>	<i>18</i>	<i>22</i>	<i>23</i>				
Uso do Preservativo na Primeira Relação Sexual	Sim	N	18	203	69	11	301	11,265	0,010*
		%	4,5	50,8	17,3	2,8	75,3		
	Não	N	4	53	32	10	99		
		%	1	13,3	8	2,5	24,8		
	Total	N	22	256	101	21	400		
		%	5,5	64	25,3	5,3	100		

\* $p < 0.05$

Pela análise da Tabela 25, é possível verificar que existem diferenças significativas ( $\chi^2(3) = 11.265$ ;  $p < 0.05$ ) entre a idade com que a mulher teve a primeira relação sexual e o uso de preservativo na primeira relação sexual. A percentagem de uso do preservativo na primeira relação sexual é superior, em todas as faixas etárias, à percentagem de não uso do preservativo na primeira relação sexual.

Tabela 26: Relação entre ter tido informação sobre DST's na formação académica e o Conhecimento sobre DST's

<i>Informação sobre DST's na formação académica</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	274	60,1	2,5401	0,90189	1.015	0.311
	Não	182	39,9	2,4560	0,81134		
	Total	456	100	2,5066	0,86695		

Tabela 27: Relação entre ter tido informação sobre DST's na formação acadêmica e o Comportamento Sexual Protegido

		<i>Informação sobre DST's na formação acadêmica</i>			<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	19	16	35	0,328	0,567		
		%	22,9	19,3	42,2				
	Não	N	23	25	48				
		%	27,7	30,1	57,8				
	Total	N	42	41	83				
		%	50,6	49,4	100				
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	163	87	250	13,971	0,000*		
		%	42	22,4	64,4				
	Não	N	63	75	138				
		%	16,2	19,3	35,6				
	Total	N	226	162	388				
		%	58,2	41,8	100				
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	15	7	22	0,520	0,471		
		%	5,2	2,4	7,7				
	Não	N	160	105	265				
		%	55,7	36,6	92,3				
	Total	N	175	112	287				
		%	61	39	100				
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	75	46	121	0,478	0,489		
		%	38,9	23,8	62,7				
	Não	N	41	31	72				
		%	21,2	16,1	37,3				
	Total	N	116	77	193				
		%	60,1	39,9	100				
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	23	13	36	0,126	0,723		
		%	43,4	24,5	67,9				
	Não	N	10	7	17				
		%	18,9	13,2	32,1				
	Total	N	33	20	53				
		%	62,3	37,7	100				

\*p<0.001

Tabela 28: Relação entre ter tido informação sobre DST's na formação acadêmica e ter ou não ter uma DST.

		<i>Informação sobre DST's na formação acadêmica</i>			<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?	Sim	N	21	29	50	8,461	0,015*		
		%	5,2	7,1	12,3				
	Não	N	192	131	323				
		%	47,3	32,3	79,6				
	Não Sei	N	24	9	33				
		%	5,9	2,2	8,1				
	Total	N	27	169	406				
		%	58,4	41,6	100				

\*p<0.05

Não existem diferenças significativas entre ter tido informação sobre DST's na formação acadêmica e o Conhecimento sobre DST's (Tabela 26), mas existem diferenças relativamente ao Comportamento Sexual Protegido (Tabela 27), no Uso de Preservativo no Sexo Vaginal ( $\chi^2(1) = 13971$ ;  $p < 0.001$ ). As mulheres que tiveram informação sobre DST's na formação acadêmica têm maior percentagem de uso do preservativo nas relações sexuais

vaginais do que as mulheres que não tiveram informação sobre DST's na formação acadêmica. A percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos no sexo vaginal é superior nas mulheres que não tiveram informação sobre DST's na formação acadêmica.

Também se encontram diferenças significativas ( $\chi^2(2) = 8.461$ ;  $p < 0.05$ ) entre ter tido informação sobre DST's na formação acadêmica e ter ou não ter uma DST (Tabela 28). As mulheres que tiveram informação sobre DST's na formação acadêmica têm menos DST's.

Tabela 29: Relação entre frequentar uma consulta de planeamento familiar e o Conhecimento sobre DST's

<i>Frequenta uma consulta de planeamento familiar?</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	232	50,9	2,4871	0,85777	-0.489 0.625
	Não	224	49,1	2,5268	0,87783	
	Total	456	100	2,5066	0,86695	

Tabela 30: Relação entre frequentar uma consulta de planeamento familiar e o Comportamento Sexual Protegido.

<i>Frequenta uma consulta de planeamento familiar?</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N 20	15	35	0,007 0,935
		% 24,1	18,1	42,2	
	Não	N 27	21	48	
		% 32,5	25,3	57,8	
	Total	N 47	36	83	
		% 56,6	43,4	100	
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N 130	120	250	0,985 0,321
		% 33,5	30,9	64,4	
	Não	N 79	59	138	
		% 20,4	15,2	35,6	
	Total	N 209	179	388	
		% 53,9	46,1	100	
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N 12	10	22	0,049 0,825
		% 4,2	3,5	7,7	
	Não	N 151	114	265	
		% 52,6	39,7	92,3	
	Total	N 163	124	287	
		% 56,8	43,2	100	
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N 64	57	121	0,581 0,446
		% 33,2	29,5	62,7	
	Não	N 34	38	72	
		% 17,6	19,7	37,3	
	Total	N 98	95	193	
		% 50,8	49,2	100	
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N 21	15	36	0,137 0,712
		% 39,6	28,3	67,9	
	Não	N 9	8	17	
		% 17	15,1	32,1	
	Total	N 30	23	53	
		% 56,6	43,4	100	

Tabela 31: Relação entre frequentar uma consulta de planeamento familiar e ter ou não ter uma DST.

		<i>Frequenta uma consulta de planeamento familiar?</i>			$\chi^2$	<i>p</i>	
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>			
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?	Sim	N	27	23	50	0,057	0,972
		%	6,7	5,7	12,3		
	Não	N	173	150	323		
		%	42,6	36,9	79,6		
	Não Sei	N	17	16	33		
		%	4,2	3,9	8,1		
	Total	N	217	189	406		
		%	53,4	46,6	100		

Não se verificam diferenças significativas entre frequentar uma consulta de planeamento familiar e o Conhecimento Sobre DST's (Tabela 29), o Comportamento Sexual Protegido (Tabela 30), e ter ou não uma DST (Tabela 31).

Tabela 32: Relação entre ter uma vida sexual activa e o Conhecimento sobre DST's

		<i>Vida Sexual Activa</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim		331	72,6	2,5378	0,88810	1.251	0.212
	Não		125	27,4	2,4240	0,80587		
	Total		456	100	2,5066	0,86695		

Tabela 33: Relação entre ter uma vida sexual activa e o Comportamento Sexual Protegido

		<i>Vida Sexual Activa</i>			$\chi^2$	<i>p</i>	
		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>			
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	27	8	35	1,548	0,213
		%	32,5	9,6	42,4		
	Não	N	42	6	48		
		%	50,6	7,2	57,8		
	Total	N	69	14	83		
		%	83,1	16,9	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	184	66	250	18,985	0,000*
		%	47,4	2,8	64,4		
	Não	N	127	11	138		
		%	32,7	2,8	35,6		
	Total	N	311	77	388		
		%	80,2	19,8	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	17	5	22	0,616	0,432
		%	5,9	1,7	7,7		
	Não	N	222	43	265		
		%	77,4	15	92,3		
	Total	N	239	48	287		
		%	83,3	16,7	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	94	27	121	2,865	0,091
		%	48,7	14	62,7		
	Não	N	63	9	72		
		%	32,6	4,7	37,3		
	Total	N	157	36	193		
		%	81,3	18,7	100		

Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	30	6	36	0,008	0,929
		%	56,6	11,3	67,9		
	Não	N	14	3	17		
		%	26,4	5,7	32,1		
	Total	N	44	9	53		
		%	83	17	100		

\*p<0.001

Tabela 34: Relação entre ter uma vida sexual activa e ter ou não ter uma DST.

		<i>Vida Sexual Activa</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?	Sim	N	42	8	50	0,878	0,645
		%	10,3	2	12,3		
	Não	N	254	69	323		
		%	62,6	17	79,6		
	Não Sei	N	27	6	33		
		%	6,7	1,5	8,1		
	Total	N	323	83	406		
		%	79,6	20,4	100		

Não são encontradas diferenças significativas entre ter uma vida sexual activa e o Conhecimento sobre DST's (Tabela 32), e ter ou não ter uma DST (Tabela 34).

Na Tabela 33 podem-se verificar diferenças significativas no Comportamento Sexual Protegido, relativamente ao Uso de Preservativo no Sexo Vaginal ( $\chi^2(1) = 19.985$ ;  $p < 0.001$ ). A percentagem de uso do preservativo, no sexo vaginal, de mulheres que têm, actualmente, uma vida sexual activa é superior à percentagem de não uso do preservativo.

Tabela 35: Relação entre nunca ter tido uma vida sexual activa e o Conhecimento sobre DST's

<i>Se não tem uma vida sexual activa neste momento, já teve actividade sexual anteriormente?</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	82	66,1	2,5488	0,89100	2.380	0.019*
	Não	42	33,9	2,1905	0,55163		
	Total	124	100	2,4274	0,80822		

\*p<0.05

Analisando a Tabela 35, é possível verificar a existência de diferenças significativas ( $t(122) = 2.380$ ;  $p < 0.05$ ) entre nunca ter tido actividade sexual e o Conhecimento sobre DST's. As mulheres que nunca tiveram actividade sexual têm menos Conhecimento sobre DST's.

Tabela 36: Relação entre ter um parceiro sexual fixo e o Conhecimento sobre DST's

<i>Actualmente tem um parceiro sexual fixo?</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	313	77,5	2,5399	0,90538	0.014	0.989
	Não	91	22,5	2,5385	0,83410		
	Total	404	100	2,5396	0,88881		

Tabela 37: Relação entre ter um parceiro sexual fixo e o Comportamento Sexual Protegido

		<i>Actualmente tem um parceiro sexual fixo?</i>			$\chi^2$	<i>p</i>	
			<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>		
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	23	12	35	6,826	0,009*
		%	28	14,6	42,7		
	Não	N	42	5	47		
		%	51,2	6,1	57,3		
	Total	N	65	17	82		
		%	79,3	20,7	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	171	76	247	32,047	0,000**
		%	44,5	19,8	64,3		
	Não	N	129	8	137		
		%	33,6	2,1	35,7		
	Total	N	300	84	384		
		%	78,1	21,9	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	18	3	21	0,065	0,799
		%	6,4	1,1	7,4		
	Não	N	219	43	262		
		%	77,4	15,2	92,6		
	Total	N	237	46	283		
		%	83,7	16,3	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	81	38	119	6,280	0,012***
		%	42,6	20	62,6		
	Não	N	60	11	71		
		%	31,6	5,8	37,4		
	Total	N	141	49	190		
		%	74,2	25,8	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	28	8	36	0,048	0,826
		%	53,8	15,4	69,2		
	Não	N	12	4	16		
		%	23,1	7,7	30,8		
	Total	N	40	12	52		
		%	76,9	23,1	100		

\*p&lt;0.01 \*\*p&lt;0.001 \*\*\*p&lt;0.05

Tabela 38: Relação entre ter um parceiro sexual fixo e ter ou não ter uma DST

		<i>Actualmente tem um parceiro sexual fixo?</i>			$\chi^2$	<i>p</i>	
			<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>		
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?	Sim	N	41	8	49	2,227	0,328
		%	10,2	2	12,2		
	Não	N	247	73	320		
		%	61,4	18,2	79,6		
	Não Sei	N	23	10	33		
		%	5,7	2,5	8,2		
	Total	N	311	91	402		
		%	77,4	22,6	100		

Não se verificam diferenças significativas entre ter um parceiro sexual fixo e o Conhecimento Sobre DST's (Tabela 36), e ter ou não ter uma DST (Tabela 38).

No entanto, existem diferenças significativas no Comportamento Sexual Protegido (Tabela 37) relativamente ao Uso de Preservativo nas Relações Sexuais Anais ( $\chi^2(1) = 6.826$ ;  $p < 0.01$ ), ao Uso de Preservativo nas Relações Sexuais Vaginais ( $\chi^2(1) = 32.047$ ;  $p <$

0.001), e ao Uso de Preservativo nas Relações Sexuais sob o efeito de Álcool ( $\chi^2 (1) = 6.280$ ;  $p < 0.05$ ). A percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos nas relações sexuais anais, em mulheres que têm parceiros sexuais fixos, é superior à percentagem de comportamentos sexuais protegidos. Nas relações sexuais vaginais e nas relações sexuais sob o efeito de álcool, a percentagem de comportamentos sexuais protegidos das mulheres que têm parceiros sexuais fixos, é superior à percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos.

Tabela 39: Relação entre ter parceiros sexuais ocasionais e o Conhecimento sobre DST's

<i>Costuma ter parceiros sexuais ocasionais?</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento sobre DST's	Sim	47	11,7	2,4255	0,85325	-0.926 0.355
	Não	356	88,3	2,5534	0,89441	
	Total	403	100	2,5385	0,88962	

Tabela 40: Relação entre ter parceiros sexuais ocasionais e o Comportamento Sexual Protegido

<i>Costuma ter parceiros sexuais ocasionais?</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N 10	24	34	6,246	0,012*
		% 12,2	29,3	41,5		
	Não	N 4	44	48		
		% 4,9	53,7	58,5		
	Total	N 14	68	82		
		% 17,1	82,9	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N 39	207	246	12,889	0,000**
		% 10,2	54	64,2		
	Não	N 5	132	137		
		% 1,3	34,5	35,8		
	Total	N 44	339	383		
		% 11,5	88,5	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N 2	18	20	0,001	0,974
		% 0,7	6,3	7		
	Não	N 27	237	264		
		% 9,5	83,5	93		
	Total	N 29	255	284		
		% 10,2	89,8	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N 28	91	119	2,616	0,106
		% 14,7	47,6	62,3		
	Não	N 10	62	72		
		% 5,2	32,5	37,7		
	Total	N 38	153	191		
		% 19,9	80,1	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N 8	27	35	0,003	0,957
		% 15,4	51,9	67,3		
	Não	N 4	13	17		
		% 7,7	25	32,7		
	Total	N 12	40	52		
		% 23,1	76,9	100		

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.001$

Tabela 41: Relação entre ter parceiros sexuais ocasionais e ter ou não ter uma DST

<i>Costuma ter parceiros sexuais ocasionais?</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?	Sim	N	6	44	50	1,492	0,474
		%	1,5	11	12,5		
	Não	N	35	283	318		
		%	8,7	70,6	79,3		
	Não Sei	N	6	27	33		
		%	1,5	6,7	8,2		
Total	N	47	354	401			
	%	11,7	88,3	100			

Não se verificam diferenças significativas entre ter um parceiro sexual ocasional e o Conhecimento Sobre DST's (Tabela 39), e ter ou não ter uma DST (Tabela 41).

No Comportamento Sexual Protegido (Tabela 40), verificam-se diferenças significativas relativamente ao Uso de Preservativo no Sexo Anal ( $\chi^2(1) = 6.246$ ;  $p < 0.05$ ) e ao Uso de Preservativo no Sexo Vaginal ( $\chi^2(1) = 12.889$ ;  $p < 0.001$ ). A percentagem de comportamentos sexuais protegidos nas relações sexuais anais e nas relações sexuais vaginais, em mulheres que têm parceiros sexuais ocasionais, é superior à percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos.

Tabela 42: Relação entre o Comportamento Sexual Protegido e ter ou não ter uma DST

<i>Já teve alguma doença sexualmente transmissível?</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não Sei</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	5	27	2	34	1,751	0,417
		%	6,1	32,9	2,4	41,5		
	Não	N	10	32	6	48		
		%	12,2	39	7,3	58,5		
	Total	N	15	59	8	82		
		%	18,3	72	9,8	100		
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	27	194	27	248	7,483	0,024*
		%	7	50,3	7	64,2		
	Não	N	22	111	5	138		
		%	5,7	28,8	1,3	35,8		
	Total	N	49	305	32	386		
		%	12,7	79	8,3	100		
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	3	18	1	22	0,565	0,754
		%	1	6,3	0,3	7,7		
	Não	N	41	200	23	264		
		%	14,3	69,9	8	92,3		
	Total	N	44	218	24	286		
		%	15,4	76,2	8,4	100		
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	14	96	11	121	0,858	0,651
		%	7,3	49,7	5,7	62,7		
	Não	N	11	53	8	72		
		%	5,7	27,5	4,1	37,3		
	Total	N	25	149	19	193		
		%	13	77,2	9,8	100		
Sim	N	4	27	5	36			

Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Não	%	7,5	50,9	9,4	67,9	2,815	0,245
		N	3	14	0	17		
	%	5,7	26,4	0	32,1			
	Total	N	7	41	5	53		
		%	13,2	77,4	9,4	100		

\*p<0.05

Analisando a Tabela 42, encontram-se diferenças significativas entre o Comportamento Sexual Protegido no sexo vaginal ( $\chi^2(2) = 7.483$ ;  $p < 0.05$ ) e ter ou não ter uma DST. A percentagem de comportamentos sexuais protegidos nas relações sexuais vaginais, em mulheres que nunca tiveram DST's, é superior à percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos. Em mulheres que já tiveram DST's, a percentagem de comportamentos sexuais protegidos nas relações sexuais vaginais, é superior à percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos. A percentagem de comportamentos sexuais protegidos nas relações sexuais vaginais, em mulheres que não sabem se já tiveram DST's, é superior à percentagem de comportamentos sexuais desprotegidos.

Tabela 43: Relação entre o Conhecimento sobre DST's e o Comportamento Sexual Protegido

	Nível de Conhecimento sobre DST's		Baixo	Médio- Baixo	Médio	Médio- Alto	Alto	Total	$\chi^2$	p
Uso do Preservativo no Sexo Anal	Sim	N	4	8	14	9	0	35	5,488	0,241
		%	4,8	9,6	16,9	10,8	0	42,2		
	Não	N	6	16	21	4	1	48		
		%	7,2	19,3	25,3	4,8	1,2	57,8		
	Total	N	10	24	35	13	1	83		
%	12	28,9	42,2	15,7	1,2	100				
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal	Sim	N	29	87	100	31	3	250	1,492	0,828
		%	7,5	22,4	25,8	8	0,8	64,4		
	Não	N	15	56	51	14	2	138		
		%	3,9	14,4	13,1	3,6	0,5	35,6		
	Total	N	44	143	151	45	5	388		
%	11,3	36,9	38,9	11,6	1,3	100				
Uso do Preservativo no Sexo Oral	Sim	N	3	5	10	4	0	22	2,242	0,691
		%	1	1,7	3,5	1,4	0	7,7		
	Não	N	28	92	111	30	4	265		
		%	9,8	32,1	38,7	10,5	1,4	92,3		
	Total	N	31	97	121	34	4	287		
%	10,8	33,8	42,2	11,8	1,4	100				
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Álcool	Sim	N	17	43	49	12	0	121	2,797	0,592
		%	8,8	22,3	25,4	6,2	0	62,7		
	Não	N	7	29	27	8	1	72		
		%	3,6	15	14	4,1	0,5	37,3		
	Total	N	24	72	76	20	1	193		
%	12,4	37,3	39,4	10,4	0,5	100				
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob Efeito de Drogas	Sim	N	7	11	16	2	0	36	5,393	0,249
		%	13,2	20,8	30,2	3,8	0	67,9		
	Não	N	2	9	4	1	1	17		
		%	3,8	17	7,5	1,9	1,9	32,1		
	Total	N	9	20	20	3	1	53		
%	17	37,7	37,7	5,7	1,9	100				

Tabela 44: Relação entre o Conhecimento sobre DST's e ter ou não ter uma DST

<i>Nível de Conhecimento sobre DST's</i>			<i>Baixo</i>	<i>Médio-</i>		<i>Alto</i>	<i>Total</i>	$\chi^2$	<i>p</i>	
				<i>Baixo</i>	<i>Médio</i>					<i>Alto</i>
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?	Sim	N	3	18	23	4	2	50	12,108	0,146
		%	0,7	4,4	5,7	1	0,5	12,3		
	Não	N	43	114	125	38	3	323		
		%	10,6	28,1	30,8	9,4	0,7	79,6		
	Não	N	2	18	9	4	0	33		
	Sei	%	0,5	4,4	2,2	1	0	8,1		
Total	N	48	150	157	46	5	406			
	%	11,8	36,9	38,7	11,3	1,2	100			

Não se encontram diferenças significativas entre o Conhecimento sobre DST's e o Comportamento Sexual Protegido (Tabela 43), e o mesmo se verifica relativamente a ter ou não ter uma DST (Tabela 44).

### 3.3 Estudo C – Conhecimento como factor preditor

De forma a testar as hipóteses definidas para o estudo, utilizou-se o Modelo de Regressão Linear ( $\alpha=0.05$ ), que permite modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente a partir de variáveis independentes (Maroco, 2007).

Tabela 45: Relação entre o conhecimento sobre DST's e o comportamento sexual protegido

	<i>Conhecimento sobre DST's</i>	<i>B</i>	<i>b</i>	<i>p</i>
Uso do Preservativo no Sexo Anal		-0,074	-0,138	0,213
Uso do Preservativo no Sexo Vaginal		-0,018	-0,033	0,519
Uso do Preservativo no Sexo Oral		-0,009	-0,029	0,622
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob o Efeito de Álcool		0,025	0,044	0,540
Uso do Preservativo nas Relações Sexuais sob o Efeito de Droga		0,014	0,026	0,851

Com a análise da Tabela 45, não se encontram diferenças significativas entre as variáveis testadas, sendo possível afirmar que o Conhecimento sobre DST's não afecta significativamente o Comportamento Sexual protegido.

Tabela 46: Relação entre conhecimento sobre DST's e ter ou não ter uma DST.

	<i>Conhecimento sobre DST's</i>	<i>B</i>	<i>b</i>	<i>p</i>
Já teve alguma doença sexualmente transmissível?		-0.031	-0.061	0.217

Não se verificam diferenças significativas entre as variáveis testadas (Tabela 46), o que permite afirmar que o Conhecimento sobre DST's não afecta significativamente o facto de ter ou não ter uma DST.

#### 4. Discussão dos Resultados

A maior parte das mulheres que participaram nesta investigação tiveram a sua primeira relação sexual entre os 15 e os 18 anos e entre os 19 e os 22 anos, e o uso de preservativo usado nessa relação também foi maioritário. Estes dados corroboram a literatura, já que outros estudos constataam que as mulheres iniciam o seu comportamento sexual nas faixas etárias dos 15 aos 17 anos (Souza *et al.* 2002, citado por Bóia, 2008), e que mais de metade das mulheres iniciam a sua vida sexual entre os 13 e os 18 anos (Carmo, 2009).

Como principais causas do uso de preservativo na primeira relação sexual as mulheres referem “evitar uma gravidez” e “proteger-me de doenças sexualmente transmissíveis”. Noutros estudos, a prevenção de doenças é também apontada como a principal razão para o uso do preservativo (Beckman, Harvey & Tiersky, 1996, citados por Westheimer & Lopater, 2004). O principal motivo para não usar o preservativo é “não ter planeado ter relações sexuais naquele momento”, algumas mulheres destacam ainda o facto de terem “arriscado”. Estes motivos são também referidos com grande incidência em outros estudos (Carmo, 2009).

Mais de metade das mulheres afirmam ter tido informação sobre DST's no seu local de ensino, a percentagem de mulheres que não teve acesso a essa informação foi de 39,9%, o que corrobora dados de outros estudos, como por exemplo no estudo de Carmo (2009) em que 38% da amostra menciona nunca ter recebido qualquer tipo de informação sobre DST's.

A amostra é predominantemente sexualmente activa. O sexo vaginal é o tipo de actividade sexual mais praticado pelas mulheres, seguindo-se o sexo oral e o sexo anal. O preservativo é mais utilizado no sexo vaginal. No entanto, relativamente ao sexo anal e sexo oral, a taxa de não utilização do preservativo é mais elevada do que a taxa de utilização, o que significa que estas práticas estão mais susceptíveis a comportamentos sexuais de risco.

Relativamente à frequência do uso do preservativo, no sexo vaginal e no sexo oral as mulheres classificam-na como maioritariamente rara e inexistente, respectivamente. Embora no sexo anal grande parte das mulheres refira utilizar sempre o preservativo, as taxas de o fazerem raramente ou nunca também se verificam. Tal facto poderá dever-se a um enviesamento na interpretação da questão, a aspectos de desejabilidade social, a uso esporádico, ou revelar uma discrepância entre o que se acredita adequado fazer e aquilo que realmente se faz, e ao desejo de uso de preservativo que não se verifica na prática.

As mulheres utilizam o preservativo nas relações sexuais principalmente por iniciativa própria e iniciativa do parceiro. Poucas referem fazê-lo por indicação de profissionais de saúde o que revela alguma incongruência com o facto de metade das mulheres afirmar que frequenta uma consulta de planeamento familiar. Noutros estudos a taxa de não frequência a consultas de planeamento familiar é mais elevada, como no estudo de Bóia (2008), em que 60% da sua amostra não frequentava consultas de planeamento familiar. Nesse estudo o uso de preservativo era resultado, maioritariamente, de iniciativa própria ou por conselho de um familiar.

As fontes de informação sobre DST's mais referidas pelas mulheres são a internet e a televisão. A internet é também mencionada noutros estudos (Bóia, 2008). A televisão, embora seja vista como um bom complemento a outros meios informativos (Pereira & Matos, 2008), pode levar a crenças erróneas sobre as DST's, dando-lhes um carácter pouco real, já que são pouco explorados aspectos como medidas protectoras a tomar ou exemplos de problemáticas reais de sujeitos que tenham contraído DST's (Westheimer e Lopater, 2004). Tais aspectos podem levar os espectadores a criarem algum distanciamento relativamente a estas situações. Se a informação televisiva transmitida for mais cuidada e de acordo com a realidade, poderá ser uma óptima fonte informativa e de promoção de saúde, devido à elevada influência que exerce no comportamento do ser humano.

A percentagem de mulheres que teve relações sexuais sob o efeito de álcool é mais elevada do que a percentagem de mulheres que teve relações sexuais sob o efeito de drogas, e mais de metade das mulheres afirmam ter usado o preservativo em ambas situações. Estes resultados são bastante positivos se se tiver em conta que o uso de álcool e drogas está associado a factores como desinibição e comportamentos pouco cautelosos, contribuindo para comportamentos sexuais de risco.

A grande maioria das mulheres refere nunca ter tido uma doença sexualmente transmissível e as DST's com que mais mulheres referem ter sido infectadas são a Candidíase

e o Vírus do Papiloma Humano. Estes dados são semelhantes aos obtidos no estudo de Carmo (2009).

Existe uma pequena taxa de mulheres que dizem não saber se já tiveram uma DST ou que diz ter tido sintomas relacionados com uma infecção sexualmente transmissível mas não sabem qual. Embora não sejam taxas muito significativas revelam uma possível falha no conhecimento associado à compreensão dos sintomas das doenças sexualmente transmissíveis e na procura de meios de diagnóstico.

A doença sexualmente transmissível que as mulheres consideram conhecer melhor os sinais e sintomas é a SIDA, seguida do Herpes genital, Hepatite B e Vírus do Papiloma Humano. Devido à grande quantidade de informação que é transmitida sobre a SIDA, em detrimento de outras DST's, estes resultados são esperados. As mulheres referem como principais fontes de transmissão de DST's as relações sexuais desprotegidas e a partilha de seringas.

Foi possível aferir, através do questionário que avalia os conhecimentos sobre DST's (STD-KQ, Jaworski & Carey, 2007), que o nível de desconhecimento (respostas erradas juntamente com as respostas que suscitaram dúvidas) é superior ao nível de conhecimento. Das mulheres que revelam ter conhecimento sobre DST's, a grande maioria tem um conhecimento de nível médio-baixo. A questão mais acertada foi "As doenças sexualmente transmissíveis são todas causadas pelo mesmo vírus", a que suscitou mais dúvidas foi "Existe uma vacina que previne a Clamídia", e a que obteve mais resultados errados foi "Ter relações sexuais anais aumenta o risco de contrair Hepatite B". Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Carmo (2009).

No que diz respeito ao conhecimento sobre DST's, não se rejeitam as hipóteses relacionadas com a idade, zona de residência, profissão, escolaridade, área de formação superior, estatuto sócio-económico e nunca ter tido vida sexual activa. Assim, não são rejeitadas as hipóteses 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 15. As mulheres com maior nível de conhecimento sobre DST's são as mulheres mais velhas, mulheres que vivem na zona do Alentejo, mulheres trabalhadoras no activo, mulheres com formação superior ao nível do mestrado e mulheres cuja formação superior é na área da saúde. Quanto mais elevado for o estatuto sócio-económico das mulheres, maior é o seu nível de conhecimento sobre DST's. As mulheres que nunca tiveram uma vida sexual activa têm menor nível de conhecimento sobre DST's.

Não se verifica a existência de relação entre o conhecimento sobre DST's e as variáveis identificação com uma religião, religião, orientação sexual, estado civil/marital, maternidade, informação sobre DST's na formação académica, consulta de planeamento

familiar, vida sexual activa, parceiro sexual fixo e parceiro sexual ocasional, rejeitando-se as hipóteses 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17.

Relativamente ao comportamento sexual protegido, constatou-se que está relacionado com a idade, profissão, estatuto sócio-económico, estado civil/marital, maternidade, informação sobre DST's no ensino, vida sexual activa, parceiro sexual fixo e parceiro sexual ocasional. Neste sentido, não se rejeitam as hipóteses 18, 20, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 33.

Verifica-se uma diminuição do uso do preservativo com o aumento da idade, as mulheres mais jovens, com menos de 30 anos, utilizam mais o preservativo do que as mulheres com mais de 31 anos, nas relações sexuais vaginais, como também se constata no estudo de Monteiro e Vasconcelos (2006). Possivelmente, as mulheres mais velhas poderão optar por outros métodos contraceptivos, como referem Brown e Eisenberg (1995), referidos por Monteiro e Vasconcelos (2006). Na década de 1980, estudos realizados neste âmbito revelavam dados distintos, Herold (1981), referido por Ogden (2004), apurou na sua investigação que o uso de contraceptivo tendia a aumentar com a idade.

As mulheres estudantes, desempregadas e trabalhadoras-estudantes têm mais comportamentos sexuais protegidos, relativamente ao uso de preservativo no sexo vaginal.

Relativamente ao estatuto sócio-económico, a literatura apresenta resultados contraditórios, já que, como refere Ogden (2004) há estudos que verificam relações entre o uso de contraceptivos e o estatuto sócio-económico e outros em que tal não se verifica. Neste estudo essa relação está presente e conclui-se que as mulheres com estatuto sócio-económico “Alto” e “Médio-Baixo” usam mais o preservativo nas relações sexuais anais.

São as mulheres solteiras e divorciadas que mais usam o preservativo no sexo vaginal. As mulheres que são mães têm menos comportamentos sexuais protegidos e as mulheres que não têm filhos têm mais comportamentos sexuais protegidos, nas relações sexuais vaginais.

Embora não tenha sido possível aferir o tipo de formação académica sobre DST's que as mulheres receberam, verifica-se que ter tido formação académica sobre DST's prende-se com uma maior taxa de uso do preservativo nas relações sexuais vaginais. Este dado sugere, de alguma forma, que a formação dada às mulheres sobre DST's terá sido eficaz relativamente a comportamentos sexuais protegidos.

O uso do preservativo no sexo vaginal, por mulheres que têm actualmente uma vida sexual activa, verifica-se superior a comportamentos sexuais desprotegidos.

Segundo a literatura, a utilização do preservativo está relacionada com o facto de a relação ser percebida como casual (Rosenthal, Chen e Biro, 2000). Nesta amostra foi possível verificar que as mulheres que têm parceiros sexuais ocasionais têm maiores índices de

comportamento sexual protegido, nas relações sexuais vaginais e anais, do que de comportamentos sexuais desprotegidos. Relativamente às mulheres que têm parceiros sexuais fixos, o uso do preservativo difere relativamente ao tipo de prática sexual, as mulheres protegem-se mais nas relações sexuais vaginais e sob o efeito de álcool, tendo menores taxas de não protecção nas relações sexuais anais. Os comportamentos sexuais desprotegidos por pessoas que tenham parceiros sexuais fixos, é justificado por uma possível falsa sensação de segurança no que diz respeito à aquisição de doenças e a aspectos como fidelidade e confiança no parceiro (Carmo, 2009).

Não foram encontradas relações entre os comportamentos sexuais protegidos e a zona de residência, escolaridade, área de formação superior, identificação com uma religião, religião, orientação sexual, consulta de planeamento familiar e o conhecimento sobre DST's. Assim, rejeitam-se as hipóteses 19, 21, 22, 24, 25, 26, 30 e 34.

Quanto a ter ou não ter uma DST, verifica-se a existência de uma relação com a informação sobre DST's na formação académica e com o comportamento sexual protegido. Assim, não se rejeitam as hipóteses 35 e 40.

Verifica-se que as mulheres que tiveram informação sobre DST's na sua formação académica têm menores taxas de incidência de DST's, outro factor que poderá indicar eficácia na educação para a sexualidade que as mulheres receberam.

Os comportamentos sexuais protegidos são mais frequentes do que os comportamentos sexuais desprotegidos, quer em mulheres que nunca tiveram DST, quer em mulheres que já contraíram infecções sexualmente transmissíveis, assim como em mulheres que não sabem se já tiveram uma DST.

Não se manifestam relações entre ter ou não ter uma DST e as variáveis consulta de planeamento familiar, vida sexual activa, parceiro sexual fixo, parceiro sexual ocasional e conhecimento sobre DST's. Neste sentido rejeitam-se as hipóteses 36, 37, 38, 39 e 41.

Constata-se a existência de uma relação entre a idade da primeira relação sexual e o uso de preservativo na primeira relação sexual, não se rejeitando a hipótese 42. Em todas as faixas etárias de início de vida sexual, verifica-se que o uso de preservativo é superior ao não uso do preservativo.

No estudo de carácter preditivo, Estudo C, foi possível concluir que o conhecimento sobre DST's não tem uma relação preditiva com o comportamento sexual protegido e com ter ou não ter uma DST. Assim, rejeitam-se as hipóteses 43 e 44.

Analisando os dados obtidos é possível concluir que o conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis e o comportamento sexual protegido não estão relacionados.

Verifica-se uma discordância entre o conhecimento e aquilo que é expressado nos comportamentos sexuais. Uma das razões que pode contribuir para este facto é o excesso de informação levar à desresponsabilização e a crenças de imunidade.

Embora à partida o conhecimento seja visto como um requisito importante para o comportamento humano, os resultados mostram e a literatura confirma, que só o conhecimento não é suficiente para que se verifiquem alterações comportamentais. Este aspecto pode prender-se com a forma como a educação para a sexualidade é transmitida. Apesar de se terem verificado relações entre a formação sobre DST's no percurso académico das mulheres e resultados positivos no que diz respeito ao comportamento sexual protegido e à incidência de DST's, a forma como a informação foi comunicada pode não ter sido a mais adequada. É necessário adequar as abordagens dos programas educativos para a sexualidade ao contexto real e dotar os educandos de competências de resposta imediata às situações de risco.

O estudo foi condicionado por algumas limitações. A amostra revelou-se bastante diferenciada e os grupos por vezes tinham um N muito discrepante, o que deve ser tido em conta na interpretação dos resultados. Outro aspecto prende-se com a especificidade da problemática, sendo a sexualidade ainda um assunto difícil de abordar, por factores como vergonha ou inibição, muitas das mulheres podem não ter respondido com veracidade a algumas questões. Estes aspectos poderão ter repercussões nos resultados relativos às práticas sexuais e ao conhecimento.

As investigações em sexualidade são fundamentais, ainda é necessário percorrer um longo caminho na desmitificação de crenças e tabus que condicionam até a iniciativa de busca de informação, o que resulta numa passividade e ignorância face aos comportamentos sexuais e às práticas de risco.

Em investigações futuras na área do conhecimento sobre DST's e comportamentos sexuais protegidos seria importante realizar entrevistas directas de forma a ser possível esclarecer alguns aspectos que poderão suscitar mais dúvidas. Será também fundamental garantir grupos mais homogéneos e incluir outras faixas etárias nestes estudos, como por exemplo populações mais idosas.

## 5. Bibliografia

- Adler, M. (2004) Why sexually transmitted infections are important. In Adler, M., Cowan F., French, P., Mitchel, H. & Richens, J. (Eds.) *ABC of Sexually Transmitted Infections*. (5ªEd.). London: BMJ.
- Alferes, V. (2006). Atracção Interpessoal, Sexualidade e Relações Íntimas. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (2006) *Psicologia Social*. (7ªEd.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2000) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psíquilibrios.
- Anastácio, Z. C. & Carvalho, G. S., (2008). Educação sexual Na infância, promoção Da saúde para O futuro: identificação DE concepções PROFESSORES 1.º CEB. In Bonito, J. (Ed.) *Educação Para a Saúde no Século XXI - Teorias, Modelos E Práticas*. (pp. 855-871). Évora: CIEP.
- Bastos, F. I., Cunha, C. B, & Hacker, M. A. (2008) Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 42(1) pp. 98-108.
- Bóia, H. I. S. (2008) *O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Jovens Adultos*. Projecto de Investigação não publicado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Carmo, A. (2009). Doenças Sexualmente Transmissíveis: Atitudes e Conhecimentos em Estudantes Portugueses no Ensino Superior – Um Estudo Epidemiológico. Tese de Mestrado não publicada.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., Silveira, D. S., Bertoldi, A. D. & Hallal, P. C. (2004) Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e factores de risco. *Revista de Saúde Pública*. 38(1). pp.76-84

- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2007) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Costa, A. S., (2008). A Educação sexual numa Escola do 3º Ciclo do Ensino Básico. In Bonito, J. (Ed.) *Educação Para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos E Práticas*. (pp. 855-871). Évora: CIEP.
- Gir, E., Moriya, T. M., Robazzi, M. L. C. C., Oliveira, M. H. P., Bueno, S. M. V. & Machado, A. A. (1991) Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. *Revista de Saúde Pública*. 25(3) Pp.226-229.
- Glória, J. (2006). Orientações Metodológicas na Psicologia Social. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (2006) *Psicologia Social*. (7ªEd.) (pp. 61-88) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Green, J. (2002). Psychological Factors in Sexually Transmitted Diseases. In Miller, D. & Green, J. (Eds.) *The Psychology of Sexual Health*. (pp. 21-37) Oxford: Blackwell Science.
- Guimarães, R. C., & Cabral, J. A. S., (2007) *Estatística*. Madrid: McGraw-Hill.
- Jaworski, B. C. & Carey, M. P. (2007). Development and Psychometric Evaluation of a Self-administered Questionnaire to Measure Knowledge of Sexually Transmitted Diseases. *AIDS and Behavior*, 11, pp.557-574.
- Kelaghan, J. (2000). Physical Barrier Methods: Acceptance, Use and Effectiveness. In Stanberry, L. R. & Bernstein, D. I. (Eds.) *Sexually Transmitted Diseases – Vaccines, Prevention and Control*. (pp. 139-148). San Diego: Academic Press.
- Lucas, J. S. (1993). *SIDA – A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw Hill.

- Maroco, J. & Bispo, R., (2005) *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1995) *Human Sexuality*. (5ª Ed.). New York: Longman.
- Monteiro, M. J. & Vasconcelos-Raposo, J. V. (2006) Contextualizar os conhecimentos. Atitudes e Crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7 (1). pp.125-136.
- Neto, F. (2000) *Psicologia Social – Volume II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Pereira, S., Morais, M. & Matos, M. G. (2008) Sexualidade, Comportamentos Sexuais e VIH/SIDA. In Matos, M. G. (Ed.) *Sexualidade, Segurança & Sida – Estado da arte e propostas em meio escolar*. (pp. 25-39). Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Piscalho, I., Serafim, I. & Leal, I. (2000) Representações Sociais da Educação Sexual em Adolescentes. In Ribeiro, J., Leal, I. & Dias, M. (Eds.) *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Poeschl, G., (2006) *Análise de Dados na Investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.
- Ramiro, L., Reis, M. & Matos, M. (2008) Educação Sexual: Propostas para Escolas. In Matos, M. G. (Ed.) *Sexualidade, Segurança & Sida – Estado da arte e propostas em meio escolar*. (pp. 223-264). Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Rodrigo, F. G. & Mayer-da-Silva, A. (2003) *Doenças Transmitidas Sexualmente*. Lisboa: LIDEL.
- Rosenthal, S. L., Cohen, S. S. & Biro, F. M. (2000). Behavioral and Psychological Factors Associated With STD Risk. In Stanberry, L. R. & Bernstein, D. I. (Eds.) *Sexually*

*Transmitted Diseases – Vaccines, Prevention and Control.* (pp. 125-137). San Diego: Academic Press.

- Ross, M. W. (1990) *Psychovenerology: Psychological Aspects of AIDS and other Sexually Transmitted Diseases.* In Ostrow, D. G. (Ed.) *Behavioral Aspects of AIDS.* (pp. 19-40) New York: Plenum Medical.
- Shoquist, J. & Stafford, D. (2004) *The Encyclopedia of Sexually Transmitted Diseases.* New York: Facts on File.
- Westheimer, R. K. & Lopater, S. (2004) *Human Sexuality: a Psycho-social Perspective.* (2ªEd.). Philadelphia: Lippincott & Williams.
- Wilkinson, L. & Task Force on Statistical Inference – TFSI, (1999). *Statistical Methods in Psychology Journals: Guidelines and Explanations.* *American Psychologist*, 54(8), 594-604.

### **Sites Consultados**

- Site da Associação para o Planeamento da Família (APF): [www.apf.pt](http://www.apf.pt) (acedido a 25 de Abril de 2010).
- Site da Organização Mundial de Saúde (OMS): [www.who.int](http://www.who.int) (acedido a 22 de Junho de 2010).

# Anexos