



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**O Foco Regulatório em Prevenção e as Atitudes Positivas em
relação ao uso de preservativos**

Lucia Helena Rangel Vieira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e das Organizações

Orientador:
Professor Doutor David Rodrigues
ISCTE-IUL

Outubro - 2018



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**O Foco Regulatório em Prevenção e as Atitudes Positivas em
relação ao uso de preservativos**

Lucia Helena Rangel Vieira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e das Organizações

Orientador:
Professor Doutor David Rodrigues
ISCTE-IUL

Outubro - 2018

Resumo

A infecção pelo HIV e o prognóstico da SIDA continua sendo uma preocupação mundial. Na tentativa de prevenir o surgimento de novos casos, além de cuidados diretos de saúde, programas de prevenção, educação sexual, etc., é importante entender as motivações, a predisposição comportamental e as atitudes do indivíduo, principalmente aquelas relacionadas à prevenção e a sexualidade. Segundo a Teoria do Foco Regulatório (TFR, Higgins et al., 2001) as pessoas são motivadas a comportarem-se de maneiras diferentes conforme o resultado pretendido, segundo uma autorregulação individual com mecanismos distintos: o foco em prevenção: orientado para evitar resultados negativos e o foco em promoção: orientado para alcançar resultados positivos. As atitudes dos indivíduos diante de um objeto referem-se a uma avaliação (positiva ou negativa). As atitudes não são observáveis, mas podem ser inferidas a partir dos comportamentos. Os comportamentos, por sua vez, são disposicionais e passíveis de controle pelo indivíduo (apresentação dos desejáveis e inibição dos indesejáveis). Realizamos um estudo transversal, com 263 participantes portugueses, média de idades 24,80 anos ($DP = 4,50$), para testar uma hipótese de que indivíduos motivados para a prevenção tenham atitudes mais positivas com relação aos preservativos (nas dimensões: confiança, prazer, estigma de identidade, embaraço no uso, na compra e na soma destas dimensões). Sendo esta associação mediada pela restrição do seu comportamento sexual, devido a importância do autocontrole para a exibição do comportamento desejável. Verificamos que a restrição do comportamento sexual medeia a associação entre o foco em prevenção e o embaraço na negociação e uso de preservativos ($H5$). As outras hipóteses não foram confirmadas. A restrição do comportamento sexual associa-se significativamente nas dimensões estudadas das atitudes, exceto em relação ao embaraço na compra de preservativos.

Palavras-chave: Comportamento, Foco Regulatório, Prevenção em Sexualidade, Atitudes, Restrição Sexual.

Abstract

HIV infection and the prognosis of AIDS remains a worldwide concern. In an attempt to prevent the emergence of new cases, in addition to direct health care, prevention programs, sex education, etc., it is important to understand the motivations, behavioral predisposition and attitudes of the individual, especially those related to prevention and sexuality. According to the Regulatory Focus Theory (TFR, Higgins et al., 2001), people are motivated to behave in different ways according to the desired result, according to an individual self-regulation with distinct mechanisms: focus on prevention: oriented to avoid negative results and the focus on promotion: oriented to achieve positive results. The attitudes of the individuals before an object is an evaluation (positive or negative). Attitudes are not observable, but can be inferred from behaviors. Behaviors, in this turn, are dispositional and controllable by the individual (presentation of the desirable and inhibition of the undesirable ones). We carried out a cross-sectional study with 263 Portuguese, mean age 24,80 years ($SD = 4,50$), to test a hypothesis that individuals motivated for prevention have more positive attitudes towards condoms (in the dimensions: confidence, pleasure, stigma of identity, embarrassment in the use, purchase and sum of these dimensions). This association is mediated by the sexual restraint, due to the importance of the self-control to the desirable behavior. We found that the restriction of sexual behavior mediates the association between the prevention focus and the embarrassment in the negotiation and use of condoms (H5). The other hypotheses were not confirmed. The restriction of sexual behavior is significantly associated with the studied dimensions of attitudes, except in relation to the embarrassment in the purchase of condoms.

Keywords: Behavior, Regulatory Focus, Prevention, Sexuality Attitudes, Sexual Restraint.

Sumário

Introdução	1
Capítulo I- Enquadramento Teórico	4
1.1. O Foco regulatório	4
1.2. As atitudes com relação ao uso de preservativos	6
1.3. A restrição do comportamento sexual	9
Capítulo II- Método	12
2.1. Participantes	12
2.2. Medidas	13
2.2.1. Escala do Foco Regulatório em Sexualidade (FRS)	13
2.2.2. Escala de Atitudes em relação ao preservativo (UCLA – Multidimensional Condom Attitudes Scale)	13
2.2.3. Escala de Habilidades disposicionais na contenção sexual (SR - Sexual Restraint Scale)	14
2.3. Procedimento	14
Capítulo III- Resultados	15
3.1. Análises preliminares	15
3.2. Correlações entre as variáveis	16
3.3. Hipóteses	16
Capítulo IV - Discussão e Conclusão	19
Referências	24
Anexos	29

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	15
Tabela 2 – Diferenças entre sexos nas atitudes relacionadas aos preservativos	19
Tabela 3 – Diferenças de médias e desvios-padrão do estado civil	20
Tabela 4 – Correlações entre as variáveis	20
Tabela 5 – Coeficientes dos modelos de mediação	21

Introdução

Segundo relatório divulgado em julho de 2018 pela UNAIDS Portugal, considerando a população mundial, até o final de 2017 cerca de 36,90 milhões (entre 31,10 e 43,90 milhões) de pessoas estariam infetadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Desse total cerca de 35,10 milhões seriam adultos. No ano de 2017 ocorreram aproximadamente 1,80 milhões de novos casos de infecção e 1 milhão de pessoas morreram de doenças relacionadas a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (UNAIDS Portugal, 2018).

Em Portugal, segundo dados da Direção-Geral da Saúde (DGS), os primeiros casos da infecção por HIV datam de 1983 e até o final do ano de 2017 foram registados 57.574 casos, dos quais cerca de 22.028 atingiram o estágio de SIDA, tendo sido notificados 14.500 óbitos. O total registado em 2017 foi de 886 novos casos, o que corresponde a 8,60 novos casos por 100.000 habitantes, sendo que “a taxa de diagnósticos apurada para o ano de 2018 é de 12,2 casos por 100.000 habitantes, valor que é mais do dobro da média da UE/AEE em 2016 (5,9 por 100.000 habitantes)” (DGS, 2018, p. 6).

Dos 886 novos casos diagnosticados em 2017, 71,40% ocorreram em homens, 50,40% dos indivíduos referiam residir na área metropolitana de Lisboa. A transmissão por relações heterossexuais foi a mais frequente, correspondendo a 60,60%, seguida por 36,90% de transmissão por relações sexuais entre homens e 1,50% da transmissão associada ao consumo de drogas injetáveis (DGS, 2018).

Diante destes dados, torna-se importante perceber o que leva algumas pessoas a terem um comportamento sexual seguro, enquanto outras não têm esta preocupação.

Muitos pesquisadores dedicaram-se ao estudo da motivação para o comportamento, sendo muitos destes estudos baseados no princípio Hedónico, segundo o qual o comportamento do indivíduo é motivado pela busca do prazer e pela evitação da dor (Förster, Higgins & Idson, 1998). Estas pesquisas, entretanto, não explicaram a natureza deste processo, ou seja, procuraram explicar somente “o que” as pessoas fazem, não explicando o “como” ou o “por que” o fazem (Förster, Grant, Idson, & Higgins, 2001).

A Teoria do Foco Regulatório (TFR- Crowe & Higgins, 1997) procurou explicar o “como” e o “por que” da motivação para o comportamento. Segundo a TFR existem diferentes estratégias para o alcance de um objetivo, sendo que a motivação para a

escolha de determinada estratégia varia de acordo com o foco regulatório do indivíduo (Förster et al., 2001; Johnson, Smith, Wallace, Hill, & Baron, 2015).

O foco regulatório refere-se a uma autorregulação individual e possui dois mecanismos distintos: o foco em promoção, cuja orientação é para o alcance de resultados positivos; e o foco em prevenção orientado para evitar os resultados negativos (Higgins et al., 2001). Todas as pessoas têm ambos os focos, o que determinará uma orientação em promoção ou prevenção será o resultado pretendido. Estando o indivíduo com o foco em promoção a sua preocupação será com o crescimento e o alcance de ideais, no entanto, se o foco estiver em prevenção a sua preocupação será a segurança e a proteção (Cornwell & Higgins, 2016; Higgins 2006; Shah & Higgins, 1997). No campo dos comportamentos de saúde, Rodrigues, Lopes, Pereira, Prada, & Garrido (2018), demonstraram que indivíduos com o foco em prevenção, por estarem preocupados com a segurança e proteção, estariam mais motivados a praticar sexo seguro e apresentaram uma maior intenção de usar preservativos.

Muitas pesquisas em Psicologia Social dedicam-se ao estudo das atitudes na tentativa de explicar ou prever os comportamentos das pessoas. As atitudes, referem-se a disposição do indivíduo perante o julgamento de um objeto, no entanto, não são diretamente observáveis, podendo ser inferidas a partir do comportamento apresentado (Rodrigues et al., 2009).

As atitudes em face de um objeto estão relacionadas à posição subjetiva do indivíduo com relação ao objeto em si ou alguns de seus atributos. Essa posição resulta da combinação de fatores individuais, sociais e interrelacionais, segundo o contexto em que se encontra (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2009).

O estudo de Protogerou, Flisher, Wild, & Aaro (2013) com jovens adultos da África do Sul, demonstrou que as atitudes foram preditoras da intenção de usar preservativos. As intenções, por sua vez, foram preditoras do subsequente uso de preservativos (apresentação do comportamento). Entretanto, as atitudes e intenções não asseguram que o comportamento seja exibido (Ajzen & Fishbein, 2005).

Para que um indivíduo alcance algo que lhe é desejável, é fundamental que ele tenha controle sobre os seus comportamentos: deve apresentar o comportamento desejado e inibir o indesejado. O autocontrole (através da autorregulação) é a capacidade de superar os desejos, pensamentos e padrões habituais de comportamento, mesmo quando há o impulso em comportar-se de forma contrária, ou seja, o

autocontrolo permite ao indivíduo não exibir comportamentos indesejáveis que possam impossibilitar o alcance daquilo que lhe é desejável (Gailliot & Baumeister, 2007).

Assim sendo, estando o indivíduo com o foco em prevenção em sexualidade, motivado para a prática do sexo seguro, espera-se também que tenha atitudes mais favoráveis face ao uso de preservativos e que esta associação ocorra pela sua capacidade para inibir os comportamentos sexuais inseguros.

Portanto, o objetivo deste estudo é demonstrar que, devido à preocupação com a segurança e proteção, indivíduos com o foco predominantemente em prevenção em sexualidade apresentam atitudes mais positivas em relação aos preservativos e que esta relação é mediada pela restrição do seu comportamento sexual.

Capítulo I- Enquadramento Teórico

1.1. O Foco Regulatório

De um modo geral, as pessoas são motivadas a satisfação de suas necessidades e orientam o seu comportamento de acordo com o resultado que pretendem alcançar (Higgins, 1997).

A TFR (Higgins, 1997) explica como e porque uma pessoa comporta-se de formas diferentes para o alcance de uma meta, através da distinção entre os resultados desejados e da forma de agir para alcançá-los. Segundo a TFR os indivíduos estão motivados a alcançar os resultados desejados e evitar os indesejados de acordo com uma autorregulação do afeto, da cognição e dos seus comportamentos (Higgins et al., 2001; Johnson et al., 2015).

Esta autorregulação possui modos de funcionamento distintos: um Foco em Promoção ou um Foco em Prevenção. Estando o indivíduo com o Foco em Prevenção suas preocupações terão como base suas obrigações, deveres e responsabilidades e os resultados esperados terão por referência a proteção e a segurança, ou seja, a manutenção do estado em que se encontra para evitar perdas (Crowe & Higgins, 1997; Higgins et al., 2001). Já com o Foco em Promoção suas preocupações terão por base ideais de avanço, crescimento e realização, ou seja, a obtenção de ganhos (Forster et al., 1998; Higgins et al., 2001).

Segundo Higgins (2000) a autorregulação para o foco em prevenção ou promoção advém do processo de socialização. As interações entre os cuidadores e as crianças que são baseadas em avanços, aspirações e metas a alcançar, desenvolvem o foco em promoção. Da mesma forma que, as interações baseadas em proteção, segurança e responsabilidade, desenvolvem o foco em prevenção (Higgins, 1997).

Portanto, um relacionamento onde cuidadores incentivam as realizações e retiram o amor quando o comportamento não é o esperado, produz ideais de esperanças, aspirações e preocupação com realizações, desenvolvendo assim o foco em promoção. Um relacionamento baseado na proteção e no uso de punição quando o comportamento não é o esperado, produz objetivos relacionados a deveres, obrigações e preocupação com a proteção, desenvolvendo o foco em prevenção (Idson, Liberman, & Higgins, 2000).

Além de uma tendência comportamental do indivíduo, o foco regulatório pode ser situacional ou induzido, variando de acordo com a situação que se o indivíduo se encontre ou de acordo com o enquadramento de um problema (Higgins et al., 2001). As

demandas específicas da situação ou as suas condições atuais determinam a estratégia comportamental para o alcance do resultado pretendido: se escolhas arriscadas ou conservativas, ou ainda, se respostas de ativação ou de inibição servirão melhor para o alcance da meta (Higgins & Cornwell, 2016).

Ainda tendo em conta a situação, a pessoa pode ter o foco em promoção numa altura e em prevenção em outra para o alcance do seu objetivo. Ou seja se a situação enfatiza a obtenção de potenciais ganhos e crescimento, a tendência é a indução de um foco em promoção. No entanto, se a ênfase da situação é na necessidade de segurança, em obrigações a cumprir e potenciais perdas, a tendência é a indução de um foco em prevenção (Higgins et al., 2001; Winterheld & Simpson, 2011).

No estudo de Idson et al. (2000) envolvendo a solução de anagramas, o sucesso do alcance da meta foi relacionado a alegria e maior intensidade de prazer sentida pelos participantes com o foco em promoção (em comparação com o foco de prevenção). Enquanto que a agitação e maior intensidade de dor foi sentida pelos participantes com o foco em prevenção em resposta ao resultado negativo (em comparação com o foco em promoção).

Os comportamentos relacionados ao risco também são determinados pelo foco regulatório, pela situação e principalmente pelos resultados pretendidos, que serão tidos em consideração de acordo com a tolerância ao risco (propensão ao risco) e pela avaliação individual do risco (percepção do risco) (Bryant & Dunford, 2008). Assim sendo, no que concerne a avaliação do risco, a possibilidade de não alcançar o resultado desejado (falha no alcance da meta) poderá influenciar a decisão de correr riscos, por exemplo, pelas consequências emocionais que acarreta ao indivíduo, levando a uma menor autoconfiança se o foco estiver em prevenção e menor autoestima para o foco em promoção (Leonardelli, Lakin & Arkin, 2006).

Também segundo a autorregulação as pessoas são mais ou menos propensas a assumir riscos. Com o foco em promoção os indivíduos apresentam uma abordagem mais ávida e mais apta a correr riscos se comparadas com o foco em prevenção (Werth & Foerster, 2007). Por contraste, indivíduos com o foco em prevenção têm tendência a evitar riscos desnecessários e devido a isto apresentam uma abordagem mais cautelosa e vigilante (Higgins et al., 2001). Isso porque as pessoas com o foco em promoção valorizam mais decisões de realização (busca de ganhos) do que as de evasão (evitar perdas), enquanto o oposto se aplica ao foco em prevenção (Bryant & Dunford, 2008). Neste sentido, a propensão ao risco e a avaliação do risco influenciará o

comportamento, onde: as estratégias mais ávidas no foco em promoção para obter ganhos e evitar perder oportunidades (erros por omissão) terão um viés para um comportamento com maior risco, enquanto com o foco em prevenção, pelo contrário, as estratégias de vigilância para evitar perdas (evitar cometer erros) terão um viés para um comportamento com menor risco (Veazie, McIntosh, Chapman, & Dolan, 2014).

No seu estudo sobre o foco regulatório e os cuidados com a saúde em adultos com diabetes tipo 2, Avraham, Dijk, & Simon-Tuval (2015), verificaram que os indivíduos com o foco em prevenção foram mais sensíveis ao enquadramento da mensagem, ficando também mais vigilantes e cautelosos, quando expostos a mensagens relacionadas à saúde com o quadro de perdas. Pelo contrário, indivíduos com o foco em promoção mostraram-se mais propensos a correr riscos, não importando o enquadramento da mensagem (de ganho ou de perda).

O estudo de Tenkorang, Adjei, & Gyimah (2010), com relação aos comportamentos sexuais de jovens em Ghana, cuja vulnerabilidade ao HIV é atribuída a comportamentos de risco, baixa percepção de risco e falta de informações, demonstrou que estes jovens optaram por comportamentos que poderiam reduzir os riscos de infecção (por exemplo, o uso de preservativos), quando perceberam que os riscos à sua saúde eram sérios, que estavam pessoalmente em risco e quando estavam cientes de que os comportamentos preventivos reduzem o risco de contrair o HIV. Sendo assim, a percepção do risco de contrair HIV promoveu comportamentos relacionados ao sexo seguro (Tenkorang et al., 2010). De encontro a este resultado, a pesquisa de Rodrigues et al. (2018) demonstrou que indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade relataram maior intenção de uso de preservativos porque perceberam maior ameaça a sua saúde.

1.2. As atitudes com relação ao uso de preservativos

Uma atitude é uma disposição favorável ou desfavorável em relação a um objeto atitudinal (objeto, pessoa, situação) ou a alguns de seus atributos (Duque, 1999). As atitudes favoráveis predisõem as respostas positivas ao objeto e atitudes desfavoráveis predisõem as respostas negativas, sendo esta avaliação fundamental para a formação da atitude e posteriormente para a apresentação do comportamento relativo a este objeto (Ajzen & Fishbein, 2005).

“As atitudes são conseqüências de características individuais de personalidade ou de determinantes sociais e ainda podem se formar em decorrência de processos

cognitivos (busca de equilíbrio, busca de consonância) ” (Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2009, pág. 81). Representam avaliações cujas respostas são em termos de aprovação/desaprovação, gostar ou não gostar, desejável ou indesejável (Ajzen & Fishbein, 2000). Ao fazer essa avaliação, as pessoas focam-se nas informações que consideram mais relevantes, assim, a informação que é mais compatível com o objetivo do indivíduo é aquela que recebe maior atenção e conseqüentemente, a que alcança maior impacto nas suas atitudes (Lee & Aaker, 2004).

Segundo Fazio (1986), uma atitude é descrita como tendo componentes afetivos, cognitivos e comportamentais, sendo as variáveis pessoais, situacionais e as qualidades das atitudes que moderam a relação entre a atitude e o comportamento.

Os componentes cognitivos referem-se aos pensamentos, crenças, conhecimento, ideias e percepções sobre um objeto, situação, pessoa ou um grupo, o componente afetivo refere-se a avaliação (contra ou a favor) e o componente comportamental tem por base a interação entre estas duas componentes (cognitiva e afetiva) e reflete-se na intenção ou predisposição em adotar determinado comportamento (Rodrigues et al., 2009).

No que concerne ao comportamento, embora as atitudes e as intenções possam ser consideradas como preditoras do comportamento, ter a intenção somente não garante que a pessoa vá se comportar como gostaria de o fazer, pois há fatores internos ou externos (individuais e contextuais) que podem impedir uma pessoa de agir consoante a sua intenção (Giacomozzi & Camargo, 2011). Um indivíduo pode ter uma determinada informação sobre um objeto, mas pode receber novas informações sobre este objeto, sua atitude poderá mudar dependendo da aceitação e do poder de persuasão dessa nova informação (Ajzen & Fishbein, 2000).

Em relação aos preservativos, o seu uso efetivo dependerá das avaliações dos preservativos em si e de seus atributos (favoráveis ou desfavoráveis) e das atitudes decorrentes destas avaliações (positivas ou negativas), das crenças sobre as conseqüências de usar ou não preservativos, e ainda da percepção de que as conseqüências (positivas ou negativas) desta decisão podem recair sobre o indivíduo (Ajzen & Fishbein, 2000).

Dentre os diversos determinantes pessoais, sociais, interrelacionais e contextuais que influenciam as avaliações individuais sobre os preservativos (positivas ou negativas), e posteriormente se refletirão nas atitudes relacionadas aos preservativos em si e também no seu uso efetivo, podemos citar: a confiança na sua eficiência e

efetividade como método preventivo e contraceptivo, a sua escolha como método contraceptivo sem o uso de fármacos, (Helweg-Larsen & Collins, 1994; Pötsönen & Kontula, 1999); os estigmas e estereótipos associados às pessoas que usam preservativos, o embaraço ao comprar o preservativo e a vergonha ou embaraço ao sugerir ou negociar o seu uso (Helweg-Larsen & Collins, 1994); o medo de que ao colocar o preservativo pode haver perda da ereção, a avaliação de que seu uso é desconfortável ou que diminui o prazer, a falta de habilidade no seu uso (Bryan, Schindeldecker, & Aiken, 2001; Pötsönen & Kontula, 1999). E mesmo diferentes questões relativas ao gênero, como por exemplo, crenças de que comprar ou carregar preservativos seja um papel masculino (Bryan et al., 2001).

Segundo Lee & Aaker (2004), as atitudes mais favoráveis são formadas mais facilmente quando estão em compatibilidades com as metas que se pretende alcançar. Portanto, um fator central para a adoção de um comportamento sexual seguro deverá ser a percepção da sua importância para o indivíduo e do risco associado, ou seja, a possível consequência de não fazê-lo (Giacomozzi & Camargo, 2011).

Em relação ao HIV, apesar dos progressos científicos e tecnológicos e das inúmeras pesquisas realizadas e avanços no conhecimento sobre a sua transmissão, até o presente momento o uso correto e constante de preservativos é a única forma eficaz de prevenção desta infecção (Helweg-Larsen & Collins, 1994). Além disso, ainda não existe cura para a infecção pelo HIV e continua elevado o surgimento de novos casos de contaminação (Rothman & Updegraff, 2011; Townsend, Mathews, & Zembe, 2013).

Portanto, a susceptibilidade percebida, a severidade da doença e os benefícios associados ao uso de preservativos deverão colaborar para a adoção de um comportamento sexual mais seguro e, conseqüentemente, atitudes mais positivas com relação ao uso de preservativos (Bryan et al., 2001).

Dessa forma, as motivações pessoais (foco em prevenção ou em promoção) serão determinantes para o comportamento sexual mais seguro. Estando com o foco em prevenção em sexualidade, a preocupação será com a segurança e proteção (sexo seguro) e diante dos possíveis resultados negativos de não usar de preservativos (risco de infecção), os indivíduos focados em prevenção deverão ter atitudes mais positivas com relação aos preservativos. Segundo Rodrigues et al. (2018), devido a percepção de ameaças à saúde, os indivíduos focados em prevenção em sexualidade apresentaram maior tendência a adotar práticas sexuais seguras (maior intenção de uso de

preservativos), assim como uma maior habilidade disposicional para restrição de seu comportamento sexual.

1.3. A restrição do comportamento sexual

Muitas pesquisas em Psicologia Social dedicam-se a tentar explicar ou prever os comportamentos das pessoas, baseando-se no estudo das suas atitudes e intenções. No entanto, as atitudes e intenções, por si só, não garantem a apresentação do comportamento (Rodrigues et al., 2009). Cada pessoa possui características que as diferenciam das outras, estas características são pessoais (internas), sociais ou relacionais e permitem que um indivíduo se comporte de formas diferentes conforme a situação (Ferreira, Garcia-Marques, Garrido, & Jerónimo, 2013).

Assim sendo, além das dimensões individuais, o comportamento deve ser ajustado ao contexto e às pressões situacionais e estas pressões podem ocasionar embaraços ou dificuldades ao comportamento (Ferreira et al., 2013). Entre os comportamentos que recebem forte embaraço está o comportamento sexual, sobre o qual é exercida uma regulação pública (Aboim, 2013). Segundo Treas & Giesen (2000), o comportamento sexual é um comportamento social sujeito a preferências, restrições e oportunidades. Apesar de atualmente existir maior facilidade de acesso as informações sobre a sexualidade (através dos discursos médicos, de pesquisas científicas, de relatórios, da Internet e dos meios de comunicação de uma forma em geral), a sexualidade continua socialmente regulada (Aboim, 2013). Mantem-se a pressão social sobre o comportamento individual e, conseqüentemente, uma necessidade de controlo comportamental.

A percepção da controlabilidade sobre os comportamentos permite ao indivíduo o desenvolvimento de crenças de autoeficácia, pois a autoeficácia está relacionada à facilidade ou dificuldade na realização do comportamento, de maneira que comportamentos habituais são percebidos pelo indivíduo como fáceis de realizar e com alto nível de controlo (Lima & Correia, 2013).

O autocontrolo é essencial para o sucesso da autorregulação, pois o mesmo é crucial para inibir comportamentos indesejados e, em um nível disposicional, envolve a capacidade de priorizar metas de longo prazo em detrimento das de curto prazo, mesmo que as de curto prazo envolvam uma gratificação imediata (De Ridder & Gillebaart, 2017). Essa capacidade de autocontrolo e conseqüentemente de autorregulação é fundamental também para o controlo do comportamento sexual. A pesquisa de Gailliot

& Baumeister (2007) demonstrou que certos padrões de comportamentos não sexuais que indicam baixo autocontrole (por exemplo, dependência de drogas e abuso de álcool) foram associados a comportamentos sexuais considerados socialmente errados, por exemplo, expressar pensamentos sexuais inapropriados ou comportamentos extra-diádicos. Ainda segundo os autores, a incapacidade de autorregulação pode levar a distúrbios do controle sexual (sexualidade compulsiva ou adicção sexual). A apresentação de comportamentos considerados indevidos pode ter consequências como doenças, divórcio, violência, etc.

No contexto sexual, os indivíduos motivados para a prevenção deverão estar motivados para autorregular o seu comportamento. Em relação ao sexo seguro, esse comportamento refere-se ao uso de preservativos. Assim sendo, pessoas com o foco em prevenção deverão ter atitudes mais positivas face ao uso de preservativos devido à sua percepção de maior autocontrole em contexto sexual.

Portanto, o objetivo deste estudo é demonstrar que devido à preocupação com a segurança e proteção, indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade deverão apresentar atitudes mais positivas em relação ao uso de preservativos (comportamento sexual seguro), sendo esta relação influenciada pela sua habilidade disposicional na restrição do seu comportamento sexual (inibição de comportamentos inseguros). Assim sendo, as hipóteses deste estudo são:

Hipótese 1 – Indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade apresentam atitudes mais positivas com relação ao uso de preservativos, sendo esta associação mediada pela restrição do comportamento sexual.

Hipótese 2- Indivíduos com o foco regulatório em prevenção em sexualidade apresentam atitudes mais positivas em relação à confiança e eficácia dos preservativos, sendo que essa associação seria mediada pela restrição do comportamento sexual.

Hipótese 3- Indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade apresentam atitudes mais positivas relacionadas ao prazer associado ao uso do preservativo, sendo que essa associação seria mediada pela restrição do comportamento sexual.

Hipótese 4- Indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade apresentam menos atitudes estigmatizadas com relação ao uso de preservativos, sendo que essa associação seria mediada pela restrição do comportamento sexual.

Hipótese 5 - Indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade apresentam menos embaraço na negociação e uso de preservativos, sendo que essa associação seria mediada pela restrição do comportamento sexual.

Hipótese 6- Indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade apresentam menos embaraço quanto à compra de preservativos, sendo que essa associação seria mediada pela restrição do comportamento sexual.

Método

2.1. Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 263 participantes, com uma média de idades de 24,80 anos ($DP = 4,50$), variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 34 anos. A maioria era do sexo feminino (64,60%), solteiros sem uma relação (52,10%), de nacionalidade Portuguesa (88,90%), heterossexual (90,40%), área de residência urbana (90,10%), licenciada (41,40%) e estudante (55,10%). A tabela 1 apresenta um sumário da caracterização da amostra.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica (N = 263)

	n	%
Idade (Média, \pm DP)	24,80 (4,50)	
Sexo		
Feminino	170	64,60
Masculino	93	35,40
Estado civil		
Solteiro sem uma relação	137	52,10
Solteiro numa relação	102	38,80
Numa união de facto	11	4,20
Casado	11	4,20
Divorciado	2	0,80
Nacionalidade		
Portugal	234	88,90
Brasil	21	7,90
Outro	8	3,20
Orientação sexual		
Heterossexual	238	90,40
Bissexual	19	7,20
Gay/Lésbica	4	1,53
Pansexual	2	0,70
Local de residência		
Meio rural	26	9,90
Meio urbano	237	90,10
Escolaridade		
\leq 3º Ciclo	4	1,60
Ensino Secundário	88	33,50
Bacharelato/Licenciatura	109	41,40
Mestrado/Doutoramento	59	22,40
Outro	3	1,10
Situação Profissional		
Empregado/a	71	27,10

Desempregado/a	20	7,60
Estudante	145	55,10
Trabalhador/a-Estudante	27	10,30

2.2. Medidas

Escala do Foco Regulatório em Sexualidade (FRS). A Escala do Foco Regulatório em Sexualidade (FRS) foi desenvolvida por Rodrigues et al. (2018). Composta por nove itens avalia o Foco Regulatório Sexual em Promoção através de seis itens, por exemplo, “eu estou principalmente me esforçando para criar minha “vida sexual ideal” para satisfazer meus desejos e aspirações sexuais” e o Foco Regulatório Sexual em Prevenção através de três itens, por exemplo, “não ser cuidadoso o suficiente com a minha vida sexual as vezes me meteu em problemas”. As respostas são dadas em escalas de 7 pontos (1 = Não se adequa a mim, 7 = Adequa-se totalmente a mim). Escores médios mais altos em cada subescala indicam um foco mais predominante em cada foco regulatório.

A análise do modelo Bi-factorial da RFS foi analisada através de uma análise factorial confirmatória (CFA). Os valores obtidos, $\chi^2/df=1,08$; CFI = 1,00; PCFI = 0,72; GFI = 0,98; PGFI = 0,56; RMSEA = 0,02, indicam uma qualidade de ajustamento boa. Os valores de consistência interna variam entre um mínimo de 0,72 (razoável) no foco em prevenção a um máximo de 0,81 (excelente) no foco em promoção. Foi calculado um índice de foco regulatório subtraindo os valores obtidos na escala de promoção, aos valores obtidos na escala de prevenção. Como tal, valores mais elevados indicam maior propensão para um foco regulatório em prevenção.

Escala de Atitudes em relação ao preservativo (UCLA - Multidimensional Condom Attitudes Scale). A Escala de Atitudes em relação ao preservativo (UCLA - Multidimensional Condom Attitudes Scale) foi desenvolvida por Helweg-Larsen & Collins (1994). Composta por 25 itens avalia os seguintes fatores associados ao uso de preservativos: confiabilidade e eficácia (“por exemplo: os preservativos são um método eficaz para prevenir a propagação da SIDA e de outras infecções sexualmente transmitidas”), o prazer associado aos preservativos (por exemplo, “o uso de preservativos pode tornar o sexo mais estimulante”), o estigma associado aos preservativos (por exemplo, “as mulheres pensam que homens que usam preservativos são idiotas”), embaraço na negociação e uso de preservativos (por exemplo, “é fácil

sugerir ao/a meu/minha parceiro(a) o uso de preservativo”), o embaraço quanto à compra de preservativos (por exemplo, “iria sentir-me embaraçado/a se fosse visto/a a comprar preservativos numa loja”). Respostas em escalas de 7 pontos (1 = Discordo totalmente; 7 = Concordo totalmente).

A análise do modelo Penta-factorial da UCLA foi realizada através de uma análise factorial confirmatória (CFA). Os valores obtidos, $\chi^2/df=1,62$; CFI = 0,94; PCFI = 0,82; GFI = 0,88; PGFI = 0,71; RMSEA = 0,05, indicam uma qualidade de ajustamento boa. Os valores de consistência interna variam entre um mínimo de 0,68 (fraco mas aceitável) na dimensão embaraço na compra a um máximo de 0,91 (excelente) na dimensão confiança e efetividade.

Escala de Habilidades disposicionais na contenção sexual (SR - Sexual Restraint Scale). A Escala de Habilidade disposicionais na contenção sexual foi desenvolvida por Gailliot & Baumeister (2007) e validada com uma amostra de pessoas Portuguesas por Rodrigues et al. (2018). Composta por 10 itens, avalia em que medida cada item é representativo do comportamento típico do indivíduo (por exemplo, “Tenho uma grande capacidade de controlar meus impulsos sexuais”). Respostas dadas em escalas de 7 pontos (1 = não se adequa a mim, 7 = Adequa-se muito a mim).

A análise do modelo unidimensional da Sexual restraint scale foi analisada através de uma análise factorial confirmatória (CFA). Os valores obtidos, $\chi^2/df=3,32$; CFI = 0,89; PCFI = 0,60; GFI = 0,93 PGFI = 0,51; RMSEA = 0,09, indicam uma qualidade de ajustamento razoável. A escala apresenta uma consistência interna de 0,80.

2.3. Procedimento

Os indivíduos foram convidados via e-mail e sites de redes sociais para participar de uma pesquisa na Web sobre comportamento sexual. Após o consentimento, os participantes completaram as medidas (RFS), (UCLA), a (SR) e também a demografia (por exemplo, idade, sexo, estado civil). Os participantes foram questionados completamente através da página on-line.

Resultados

3.1. Análises preliminares

Quanto às variáveis sociodemográficas, verificamos que a idade correlacionou-se de forma positiva e significativa com as atitudes de estigma de identidade, $r = 0,12$; $p = 0,044$, e de forma negativa e significativa com relação à compra de preservativos, $r = -0,14$; $p < 0,027$.

Para verificar a existência de diferenças de médias entre as variáveis sexo e as atitudes com relação aos preservativos foi realizado um teste de diferenças entre grupos. Na tabela 2 podemos observar as diferenças de médias existentes entre os homens e as mulheres e as atitudes em relação ao uso de preservativos. Os homens apresentaram valores significativamente superiores aos das mulheres na escala de estigma de identidade.

Tabela 2

Diferenças entre Sexos nas atitudes relacionadas aos preservativos

	Feminino		Masculino		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Confiança	6,06	0,92	6,22	0,93	0,18
Prazer	4,48	1,23	4,23	1,17	0,10
Estigma	1,17	0,35	1,54	0,96	0,00
Embaraço no Uso	1,69	0,94	1,71	0,95	0,86
Embaraço na Compra	2,53	1,57	2,38	1,56	0,46
Total de atitudes	5,57	0,60	5,51	0,73	0,45

Legenda: M- média DP – desvio padrão

Na tabela 3 é apresentada outra análise baseada no teste da diferença de médias relativas ao estado civil e as atitudes relacionadas ao uso de preservativos. Como se pode observar, não foram encontradas diferenças significativas entre o estado civil e as atitudes com relação ao uso de preservativos.

Tabela 3

Comparação entre médias do Estado civil e as Atitudes

	Solteiro sem uma relação		Solteiro numa relação		Numa união de facto		Casado		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Confiança	6,11	0,89	6,11	1,01	6,36	0,71	5,91	0,73	0,46
Prazer	4,32	1,20	4,43	1,25	4,07	1,30	5,11	0,77	0,12
Estigma	1,33	0,59	1,25	0,70	1,27	0,66	1,49	1,08	0,06
Embaraço_uso	1,80	0,93	1,57	0,93	1,56	1,03	1,85	1,09	0,05
Embaraço_compra	2,45	1,53	2,63	1,65	1,96	1,43	2,16	1,37	0,45
Atitudes total	5,51	0,63	5,55	0,68	5,68	0,57	5,66	0,76	0,63

Legenda: *M*- média *DP* – desvio padrão

3.2. Correlações entre as variáveis

Na tabela 4 podemos apreciar os coeficientes de correlação entre as variáveis do presente estudo. O foco regulatório em prevenção correlacionou-se de forma significativa e negativa com as atitudes de Embaraço na negociação e uso, $p = 0,027$, e de forma significativa e positiva com a restrição do comportamento sexual, $p < 0,001$.

Tabela 4

Correlações entre as variáveis do estudo

	<i>M</i>	<i>DP</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Confiança	6,11	0,92									
2. Prazer	4,39	1,22	0,12								
3. Estigma	1,30	0,66	-0,16**	-0,28**							
4. Embaraço											
Uso	1,70	0,94	-0,15*	-0,26**	0,50**						
5. Embaraço											
Compra	2,48	1,57	-0,14*	-0,19**	0,24**	0,45**					
6. Atitudes	5,55	0,65	0,46**	0,62**	-0,58	-0,69**	-0,75**				
7. Promoção	4,81	1,20	0,05	0,11	-0,07	-0,08	-0,11	0,14*			
8. Prevenção	5,12	1,67	0,00	0,00	-0,08	-0,14*	0,01	0,05	-0,11		
9. RFS	4,91	1,08	-0,03	-0,06	-0,02	-0,06	0,07	-0,04	-0,64**	0,83**	
10. Restrição Sexual	5,17	1,09	0,13*	0,15*	-0,17**	-0,24**	0,01	0,18**	-0,08	0,41**	0,36**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$. Nota: Promoção = foco regulatório em promoção em sexualidade; Prevenção =

foco regulatório em prevenção em sexualidade RFS = Index do Foco Regulatório em Sexualidade.

3.3. Hipóteses

Para testar as hipóteses de que a associação do foco em prevenção e as atitudes relacionadas com o uso de preservativo é mediada pela restrição do comportamento sexual, conduzimos uma análise de mediação com recurso à PROCESS (Hayes, 2013, Modelo 4), onde foram feitos modelos para cada componente das atitudes. Nesta análise,

a variável Foco Regulatório em Prevenção em Sexualidade foi considerada como preditora (X), a variável Restrição Sexual foi mediadora (M) e as variáveis relacionadas às atitudes foram a critério (Y), assim sendo, Y1 (Atitudes Total), Y2 (Confiança na efetividade), Y3 (Prazer), Y4 (Estigma de identidade), Y5 (Embaraço na negociação e uso) e Y6 (Embaraço na compra). Neste modelo foram controlados os efeitos das covariáveis idade e sexo.

A associação entre o foco regulatório em prevenção em sexualidade e as atitudes com relação ao uso de preservativos não é estatisticamente significativa para a maioria das variáveis estudadas. Não é significativa com: (a) relação ao total das atitudes, $\beta = 0,02$, $p = 0,462$, (b) para a confiança na eficácia dos preservativos, $\beta = 0,00$, $p = 0,967$, (c) para as atitudes relacionadas ao prazer, $\beta = 0,00$, $p = 0,953$, (d) para o estigma de identidade, $\beta = -0,04$, $p = 0,081$, (e) e para o embaraço na compra, $\beta = 0,01$, $p = 0,924$. É significativa com o embaraço na negociação e uso, $\beta = -0,08$, $p = 0,027$.

Tendo em conta a inexistência da maioria das associações acima mencionadas, rejeitam-se as hipóteses H1, H2, H3, H4 e H6.

Quanto à H5, os resultados obtidos mostraram que o foco regulatório em prevenção na sexualidade está negativa e significativamente associado do embaraço no uso, $\beta = -0,08$, $t(262) = -2,22$, $p = 0,027$, o que significa que quanto maior for o foco regulatório em prevenção na sexualidade do indivíduo, menor será o embaraço na negociação e uso. Quando a restrição do comportamento sexual (variável moderadora) c que está negativa e significativamente associada ao embaraço na negociação e uso, $\beta = -0,19$, $t(262) = -3,29$, $p = 0,001$ - é inserida no modelo, a associação entre o foco regulatório em prevenção e sexualidade deixa de ser significativa, $\beta = -0,03$, $t(262) = -0,69$, $p = 0,488$, o que significa que estamos perante uma mediação completa e, portanto, podemos afirmar que a Hipótese 5 se verifica. Este modelo explica cerca de 5,80% da variância do embaraço na negociação e uso ($R^2 = 0,06$) e é significativo, $F(2, 26) = 7,98$, $p < 0,001$.

Adicionalmente, parece por bem salientar que apesar de a restrição do comportamento sexual não mediar a associação entre o foco regulatório em prevenção em sexualidade e muitas das atitudes com relação ao uso de preservativos, os resultados dos modelos de mediação mostram que a restrição do comportamento sexual tem uma associação estatisticamente significativa com as seguintes variáveis: atitude total, $\beta = 0,12$, $p = 0,003$; confiança na efetividade, $\beta = 0,13$, $p = 0,020$; prazer, $\beta = 0,20$, $p =$

0,009; estigma de identidade, $\beta = -0,08$, $p = 0,040$ e para o embaraço no uso, $\beta = -0,05$, $p = 0,002$.

Tabela 5

Coefficientes dos modelos da mediação

	Atitudes relacionadas com o preservativo (Y)												
	Restrição (M)	Confiança		Prazer		Estigma		Embaraço Uso		Embaraço Compra		Total Atitude	
		Step 1	Step 2	Step 1	Step 2	Step 1	Step 2	Step 1	Step 2	Step 1	Step 2	Step 1	Step 2
Foco na Prevenção	0,27**	0,00	0,04	0,00	-0,05	-0,04	-0,02	-0,08**	-0,03	0,01	0,01	0,02	-0,01
Restrição			0,13**		0,20**		-0,08*		-0,19**		-0,01		0,12**
Idade (covariante)						0,02*					-0,05*		
Sexo feminino (covariante)						-0,38***							
R ²		0,00	0,02	0,00	0,03	0,10	0,12	0,19	0,06	0,02	0,02	0,00	0,04
F		0,00	2,73	0,00	3,42*	9,81***	8,51***	4,93*	7,98***	2,47	1,64	0,54	4,69*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Obs.: a idade e o sexo só foram inseridas como co-variáveis nos modelos com o estigma de identidade e o embaraço na compra porque estavam significativamente correlacionadas. Step 1= efeito direto, Step 2 = efeito indireto.

Discussão e Conclusão

O objetivo deste estudo foi analisar se o foco regulatório em prevenção em sexualidade está associado a atitudes mais positivas com relação ao uso de preservativos e se esta relação é influenciada pela percepção que as pessoas têm acerca da sua restrição do comportamento sexual. Os resultados demonstraram que os participantes com o foco em promoção obtiveram valores mais elevados em confiança e efetividade, prazer e embaraço na negociação e uso do preservativo, enquanto os focados em prevenção obtiveram valores mais elevados em estigma de identidade e embaraço na compra. Embora essa associação seja positiva, as diferenças entre o foco em prevenção e o foco em promoção não são estatisticamente significativas.

Os resultados obtidos mostraram que o foco regulatório em prevenção na sexualidade está negativa e significativamente associado do embaraço no uso, o que significa que quanto maior for o foco regulatório em prevenção na sexualidade do indivíduo, menor será o embaraço na negociação e uso do preservativo. A mediação da restrição sexual é estatisticamente significativa na associação entre o foco em prevenção e as atitudes de embaraço na negociação e uso de preservativos, o que confirma a hipótese 5. As demais hipóteses não foram confirmadas.

Em relação à mediação da restrição do comportamento sexual sobre a associação entre foco em prevenção em sexualidade e as atitudes relacionadas com o uso de preservativo, esta associação é estatisticamente significativa na atitude total, no prazer, no estigma de identidade, na confiança na efetividade e na negociação e uso de preservativos. Entretanto, esta mediação não é estatisticamente significativa apenas para o embaraço na compra de preservativos. Verificamos também que a idade se associa de forma positiva e significativa com o estigma de identidade e de forma negativa e significativa com o embaraço na compra, o que significa que quanto maior a idade maior o estigma de identidade e menor o embaraço ao comprar os preservativos. O sexo feminino também se associou de forma negativa e significativa com relação ao estigma de identidade, o que significa que as mulheres apresentaram menos estigma de identidade que os homens.

O efeito da restrição sexual sobre as atitudes positivas pode ser explicado pela percepção do indivíduo da sua capacidade de controle comportamental. Embora as avaliações positivas ou negativas sejam fatores importantes para a formação de atitudes perante determinado objeto atitudinal e para a intenção comportamental, não garante de todo a apresentação do comportamento (Giacomozzi & Camargo, 2011). Comportar-se

segundo a intenção além de ser uma escolha também dependerá das motivações, avaliações individuais e das crenças sobre a capacidade em desempenhar este comportamento, isto é, da percepção do seu controle comportamental (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007).

Assim como o foco regulatório, as atitudes são adquiridas conforme as experiências de vida do indivíduo. Como o foco regulatório pode variar entre promoção e prevenção para o alcance de um mesmo objetivo (Higgins et al., 2001), também as atitudes (positivas ou negativas) com relação a um mesmo objeto pode modificar-se consoante novas experiências, conhecimentos e percepções (Cazals-Ferreé & Rossi, 2007).

Os resultados obtidos permitem algumas reflexões, nomeadamente com relação à amostra ser composta em sua maioria por heterossexuais, como a percepção de risco para a saúde é um fator central para a adoção de comportamentos sexuais seguros, entre eles o uso de preservativos (Tenkorang et al., 2010; Giménez-García et al., 2013), devemos considerar a percepção de susceptibilidade ao risco (Bryant, et al., 2001). Segundo Protogerou et al. (2013), contrariamente a crença popular, pessoas em relacionamentos heterossexuais, que não mudam de parceiros frequentemente e com baixa percepção de risco, formam um grupo de alto risco de infecção por ISTs (Infecções Sexualmente Transmitidas). Segundo estes autores, estudos evidenciaram a ligação entre a baixa percepção de risco nas relações heterossexuais como antecedentes consistentes nas infecções por ISTs (pelo vírus do papiloma humano (HPV) e clamídia).

Outro fator que pode ter influenciado a obtenção destes resultados pode estar relacionado ao número de mulheres, que nesta amostra é quase o dobro do número de homens e, segundo Bryan et al. (2001), apesar das mulheres verem o preservativo principalmente como meio de prevenção contra ISTs (pois como contraceptivo a pílula é mais eficaz, além de ser um meio controlado pela mulher), o uso do preservativo é tido como mais controlado pelo homem. Além disso, segundo (Helweg-Larsen & Collins, 1994) os homens demonstram menos embaraço do que as mulheres ao comprar preservativos, o que sugere que questões ligadas aos papéis de género podem levar à dificuldades nas negociações com o parceiro sobre o seu uso e na compra do preservativo. Mais, uma mulher pode não se sentir capaz de solicitar ou insistir no seu uso, a menos que se sinta no controle da situação, segundo Bryan et al. (2001) nas relações heterossexuais e em encontros sexuais geralmente os homens têm mais poder do que as mulheres.

De encontro a este pensamento, Kordoutis et al. (2000) afirma que negociar apenas não é suficiente para o aumento da probabilidade de uso de preservativos, é preciso ser assertivo, habilidoso e experiente na negociação, além de ter um alto status e poder na relação, sendo essas características mais associadas aos homens do que as mulheres nas relações com o(a) parceiro(a).

Em relação ao estado civil e as atitudes relacionadas ao uso de preservativos, é esperado um comportamento diferenciado entre os solteiros com uma relação amorosa em comparação àqueles sem uma relação, o que não foi demonstrado neste estudo. Aos indivíduos solteiros sem uma relação amorosa é esperado que na hora da utilização de preservativos, por haver menos intimidade com o parceiro, possa haver mais dificuldade na comunicação (Giacomozzi & Camargo, 2011) e, conseqüentemente mais embaraço na negociação para o uso, o que pode fazer com que a experiência tenha uma avaliação negativa e isso venha a refletir na avaliação negativa do preservativo em si e conseqüentemente nas atitudes com relação aos mesmos (Bryant et al., 2001). Mas por outro lado, indivíduos sem uma relação estão mais predispostos ao sexo casual, e, portanto, deveriam perceber-se com maior risco em contrair uma IST, e com isso, ter atitudes mais positiva com relação aos preservativos (Rodrigues et al., 2018).

Segundo Giacomozzi & Camargo (2011), a decisão pelo sexo protegido depende da relação entre os parceiros e da troca de informações, nesse sentido, a intimidade e a comunicação também é fundamental. Por outro lado, o fato de ser solteiro e sem uma relação pode levar o indivíduo a achar improvável ser infetado por uma IST, e portanto, sentir-se não vulnerável pode influenciar a sua avaliação sobre o preservativo.

Com relação à prevenção ao HIV e, especificamente às atitudes positivas com relação ao uso de preservativos, é importante ressaltar que as informações sobre transmissão e prevenção, a motivação pessoal e social (suporte para a realização destas ações) e as habilidades comportamentais são determinantes para a apresentação deste comportamento (Reis et al., 2011). No entanto, pode haver incoerências entre a atitude do indivíduo e o comportamento apresentado, uma vez que nem sempre a pessoa se comporta como gostaria de o fazer, pois apenas a vontade ou a intenção não é suficiente para que o indivíduo expresse o comportamento (Giacomozzi & Camargo, 2011).

Segundo Bryan et al. (2001), as crenças nos resultados do uso de preservativos são fortes preditoras das atitudes com relação aos mesmos, no entanto, na medida em que possam ser vistos como desconfortáveis, que para colocá-lo há uma interrupção da atividade sexual ou que possa haver perda da ereção, os homens, principalmente, podem

ter atitudes mais negativas quanto ao seu uso do que as mulheres. Segundo os nossos resultados, as mulheres apresentaram valores mais elevados no estigma de identidade do que os homens. Em relação ao embaraço na compra, nossos resultados demonstraram que quanto maior a idade menor o embaraço na compra de preservativos. O embaraço na compra pode ser influenciado por condicionamentos sociais (como por exemplo, a proximidade do local da residência do comprador, a presença de alguém conhecido) e diferenças ligadas ao gênero, onde os homens relatam menor embaraço do que as mulheres na hora da compra (Bryan et al., 2001; Cunha-Oliveira, Cunha-Oliveira, Pita, & Massano-Cardoso, 2009).

Existem várias limitações neste estudo e seus resultados devem ser interpretados considerando estas limitações. Primeiro trata-se de um estudo transversal, os resultados apenas indicam as associações entre as variáveis estudadas e as atitudes com relação ao uso de preservativos sem identificar as relações causais nestas associações. Além disso, as atitudes com relação aos preservativos são multifacetadas (por exemplo, se já experimentou o uso ou não, se é usuário constante) e diferem de acordo com características sociodemográficas de uma população (por exemplo, as habilitações literárias, viver em meio urbano ou rural) e o presente estudo não faz uma comparação ou discriminação entre grupos.

Outra limitação poderá ter sido a dimensão do questionário, que por ser extenso pode ter interferido nas respostas. Por ser uma amostra recolhida *online* não se tem a garantia de que os participantes cumprem com os requisitos solicitados (por exemplo, responder ao questionário sem a presença de outras pessoas). Ainda assim, este estudo é relevante para outras áreas do conhecimento, em particular para as voltadas para a intervenção, pois entender o comportamento sexual do indivíduo, e especificamente, suas atitudes com relação ao uso de preservativos, é crucial para o desenvolvimento de medidas ou de programas que venham a diminuir os riscos de novas infecções por ISTs e o HIV, uma vez que as intervenções que têm em conta as características específicas da população a que se destinam são as que obtêm mais sucesso (Fisher & Fisher, 1992). Mais, compreender o comportamento, o conhecimento, as atitudes e as práticas das pessoas sobre o HIV/SIDA ajuda não só na formulação de estratégias de prevenção, como também do tratamento e acompanhamento das pessoas infetadas (Meena, Pandey, Rail, & Bharti, 2012).

Apesar deste estudo não demonstrar que os participantes focados em prevenção em sexualidade apresentam atitudes mais positivas em relação ao uso de preservativos demonstrou que as suas atitudes estão associadas a sua habilidade na restrição sexual.

De encontro a este resultado, o estudo de Rodrigues et al. (2018) demonstrou que indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade relataram maior habilidade disposicional em restrição sexual, apresentando também maior probabilidade de adotar práticas de sexo seguro (intenção de usar preservativos) devido a percepção de ameaça para a sua saúde. Estes resultados podem sugerir que indivíduos com o foco em prevenção em sexualidade tenham uma maior percepção de controle comportamental. Futuros estudos podem ter essa variante em consideração.

Referências

- Aboim, S. (2013). *A sexualidade dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: reasoned and automatic processes. *European Review of Social Psychology*, 11, 1–33.
<https://doi.org/10.1080/14792779943000116>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The Influence of Attitudes on Behavior. In Albarracín, D., Johnson, B.T., & Zanna, M.P. (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp. 173-221). Mahwah: Erlbaum.
- Avraham, R., Van Dijk, D., & Simon-Tuval, T. (2015). Regulatory focus and adherence to self-care behaviors among adults with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 21, 696–706. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1112413>
- Bryan, A., Schindeldecker, M. S., & Aiken, L. S. (2001). Sexual self-control and male condom-use outcome beliefs: Predicting heterosexual men's condom-use intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 1911–1938.
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2001.tb00210.x>
- Bryant, P., & Dunford, R. (2008). The influence of regulatory focus on risky decision-making. *Applied Psychology*, 57, 335–359. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00319.x>
- Carvalho, F. T., Gonçalves, T. R., Faria, E. R., Shoveller, J. A., Piccinini, C. A., Ramos, M. C., & Medeiros, L. R. (2011). Behavioral interventions to promote condom use among women living with HIV. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 33(9), CD007844. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007844.pub2>
- Cazals-Ferré, M. & Rossi, P. (2007). *Elementos de Psicologia Social*. Porto: Porto Editora.
- Crowe, E., & Higgins, E. T. (1997). Regulatory Focus and Strategic Inclinations: Promotion and Prevention in Decision-Making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69 (2), 117–132.
- Cornwell, J. F. M., & Higgins, E. T. (2016). Eager feelings and vigilant reasons: Regulatory focus differences in judging moral wrongs. *Journal of Experimental Psychology: General*, 145 (3), 338-355.
- Cunha-Oliveira, A. Cunha-Oliveira, J. Pita, J.R. & Massano-Cardoso, S. (2009). A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. *Revista de Enfermagem Referência*, II, 7 -22.

- De Ridder, D., & Gillebaart, M. (2017). Lessons learned from trait self-control in well-being: making the case for routines and initiation as important components of trait self-control. *Health Psychology Review*, 11 (1), 89-9.
- DGS. (2018). Direção-Geral da Saúde. (2018). Infeção VIH e SIDA. *Desafios e Estratégias 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/07/RelatorioVIH_SIDA2018.pdf
- Duque, C. (1999). Atitudes & comportamento. Acedido a 23 de Setembro de 2018, em <http://pt.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-comportamento>
- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior? In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 204-243). New York: Guilford Press.
- Ferreira, M.B., Garcia-Marques, L., Garrido, M.V. & Jerónimo, R. (2013). Atribuição causal e inferência de disposições no mundo social. In Vala, J. & Monteiro, M.B. (Coord.), *Psicologia Social* (.pp. 99 -136) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455–474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Förster, J., Higgins, E. T., & Idson, L. C. (1998). Approach and avoidance strength during goal attainment: Regulatory focus and the "goal looms larger" effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1115-1131.
- Förster, J., Grant, H., Idson, L. C., & Higgins, E. T. (2001). Success/failure feedback, expectancies, and approach/avoidance motivation: How regulatory focus moderates classic relations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(3), 253-260.
- Gailliot, M. T., & Baumeister, R. F. (2007). Self-regulation and sexual restraint: Dispositionally and temporarily poor self-regulatory abilities contribute to failures at restraining sexual behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33 (2), 173–186. <https://doi.org/10.1177/0146167206293472>
- Giacomozzi, A. I. & Camargo, B.V. (2011). Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e caucasianos em relação ao HIV/SIDA: Estudo comparativo entre Brasil e França. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 143-160.
- Gleitman, H., Friflung, A.J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: Documenting the Complex determinants of Condom Use in College Students. *Health Psychology, 13* (3), 224–237.
- Higgins, E. T. (1997). *Beyond Pleasure and Pain: How Motivation Works*. New York: Oxford University Press.
- Higgins, E. T. (2000). Making a good decision: Value from fit. *American Psychologist, 55* (11), 1217-1230. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1217>
- Higgins, E. T. (2006). Value from hedonic experience and engagement. *Psychological Review, 113* (3), 439-460. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.113.3.439>
- Higgins, E. T., & Cornwell, J. F. M. (2016). Securing foundations and advancing frontiers: Prevention and promotion effects on judgment & decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 136*, 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2016.04.005>
- Higgins, E. T., Friedman, R. S., Harlow, R. E., Idson, L. C., Ayduk, O. N., & Taylor, A. (2001). Achievement orientations from subjective histories of success: Promotion pride versus prevention pride. *European Journal of Social Psychology, 31*(1), 3–23. <https://doi.org/10.1002/ejsp.27>
- Idson, L. C., Liberman, N., & Higgins, E. T. (2000). Distinguishing Gains from Nonlosses and Losses from Nongains: A Regulatory Focus Perspective on Hedonic Intensity. *Journal of Experimental Social Psychology, 36* (3), 252-274.
- Johnson, P. D., Smith, M. B., Wallace, J. C., Hill, A. D., & Baron, R. A. (2015). A Review of Multilevel Regulatory Focus in Organizations. *Journal of Management, 41*, 1501–1529.
- Lee, A. Y., & Aaker, J. L. (2004). Bringing the Frame Into Focus: The Influence of Regulatory Fit on Processing Fluency and Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology, 86* (2), 205–218.
- Leonardelli, G. J., Lakin, J. L., & Arkin, R. M. (2007). A regulatory focus model of self-evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*(6), 1002–1009. <https://doi.org/10.1016/J.JESP.2006.10.021>
- Lima, M.L., & Correia, I. (2013). Atitudes: medida, estruturas e funções. In Vala, J., & Monteiro, M.B. (Coords.). *Psicologia Social* (pp. 201 – 243). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopez, L. M., Otterness, C., Chen, M., Steiner, M., & Gallo, M. F. (2013). Behavioral interventions for improving condom use for dual protection. *The Cochrane*

- Database of Systematic Reviews*, 26 (10).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010662.pub2>
- Meena, L. Pandey, S., Rail, M. & Bharti, A. (2013). Knowledge, attitude, and practices (kap) study on hiv/aids among hiv patients, care givers and general population in north-eastern part of India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2 (1), 36-42. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2013.2.36-42>
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012). Development of the perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16 (4), 1075–1083.
<https://doi.org/10.1007/s10461-011-0003-2>
- Pötsönen, R., & Kontula, O. (1999). How are attitudes towards condoms related to gender and sexual experiences among adolescents in Finland? *Health Promotion International*, 14 (3), 211–219. <https://doi.org/10.1093/heapro/14.3.211>
- Protogerou, C., Flisher, A. J., Wild, L. G., & Aarø, L. E. (2013). Predictors of condom use in South African university students: A prospective application of the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, 23-36.
<https://doi.org/10.1111/jasp.12039>
- Reis, M., Ramiro, L., de Matos, M. G., Diniz, J. A., & Simões, C. (2011). Information and attitudes about HIV/AIDS in Portuguese adolescents: state of art and changes in a four year period. *Psicothema*, 23 (2), 260–6.
- Rodrigues, A., Assmar, E.M.L., & Jablonski, B. (2009). *Psicologia Social*. (27^a ed.). Petrópolis: Vozes
- Rodrigues, D. Lopes, D. Pereira, M. Prada, M., & Garrido, M. (2018). Motivations for Sexual Behavior and Intentions to Use Condoms: Development of the Regulatory Focus in Sexuality (RFS) Scale. *Archives of Sexual behavior*, 48, 557-575.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1316-2>
- Rothman, A. J., & Updegraff, J. A. (2011). Specifying When and How Gain- and Loss-Framed Messages Motivates Healthy Behavior: An Integrated Approach. In G. Keren (Ed.), *Society for Judgment and Decision Making series. Perspectives on framing* (pp. 257-277). New York: Psychology Press.
- Shah, J., & Higgins, E. T. (1997). Expectancy x value effects: Regulatory focus as determinant of magnitude and direction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 447-458. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.447>

- Tenkorang, E. Y., Adjei, J. K., & Gyimah, S. O. (2010). Perceptions of HIV/AIDS Risk and Sexual Risk-Taking of Young People in Ghana. *Canadian Journal of Development Studies*, 31 (3), 439–457.
- Townsend, L., Mathews, C., & Zembe, Y. (2013). A Systematic Review of Behavioral Interventions to Prevent HIV Infection and Transmission among Heterosexual, Adult Men in Low-and Middle-Income Countries. *Prevention Science*, 14 (1), 88–105. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0300-7>
- Treas, J., & Giesen, D. (2000). Sexual infidelity among married and cohabiting americans. *Journal of Marriage and Family*, 62 (1), 48-60. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00048.x.
- Unaid. (2018). Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic. *Fact sheet - Global HIV Statistics 2017*.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- Veazie, P. J., McIntosh, S., Chapman, B. P., & Dolan, J. G. (2014). Regulatory focus affects physician risk tolerance. *Health Psychology Research*, 2 (2), 85–88.
<https://doi.org/10.4081/hpr.2014.1621>
- Werth, L., & Foerster, J. (2007). How regulatory focus influences consumer behavior. *European Journal of Social Psychology*, 37 (1), 33- 51.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.343>
- Winterheld, H. A., & Simpson, J. A. (2011). Seeking security or growth: A regulatory focus perspective on motivations in romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101 (5), 935–954. <https://doi.org/10.1037/a0025012>

ANEXOS

Questionário

Gostaríamos de começar por agradecer a sua participação neste estudo. Este terá uma duração aproximada de 15 minutos.

Por favor responda ao questionário seguinte sozinho/a, sem a presença de outras pessoas.

Procuramos obter várias informações acerca da sua posição relativa a comportamento sexual. Trata-se de um estudo de investigadores dos ISCTE-IUL/CIS-IUL em colaboração com colegas da Universidade de Coimbra.

Em concordância com a Comissão Nacional de Protecção de Dados e com as directrizes do Comité de Ética do ISCTE-IUL, as suas respostas são totalmente confidenciais e os dados serão tratados em conjunto, ou seja, nenhuma análise será realizada tomando como base um participante individual desta investigação. Garantimos assim o total anonimato durante recolha dos dados.

Caso não concorde com algum aspecto do questionário e decida terminar a sua participação, basta fechar a janela do browser e as suas respostas não serão registadas.

Pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que lhe colocamos e que procure responder de forma honesta às mesmas, não deixando nenhuma questão por responder. Não existem respostas certas nem erradas às questões que lhe vamos colocar. Procuramos saber qual a sua opinião sobre cada uma delas. Antes de iniciar, confirme a seguinte informação:

1. Estou consciente de que a minha participação é voluntária e posso interromper em qualquer momento, simplesmente fechando a página
2. As minhas respostas serão anónimas e ninguém poderá aceder à minha identidade.
3. As minhas respostas serão utilizadas exclusivamente para investigação e acedidos apenas pelos investigadores envolvidos no projecto
4. Sou maior de idade

Sim, concordo participar

Não concordo participar

Por favor leia as frases que se seguem e, para cada frase, indique a posição da escala que melhor se adequa à sua resposta (1 – Não se adequa a mim, 7- adequa-se a mim).

1. Costumo pensar sobre como posso alcançar (ou criar) uma vida sexual bem-sucedida.

2. Por vezes, sinto-me ansioso/a por achar que não cumpro os meus deveres e obrigações nas minhas relações sexuais
3. De um modo geral, quero sentir-me inspirado/a e com ânimo na minha vida sexual
4. Por vezes, preocupo-me em não conseguir alcançar os meus desejos sexuais
5. Acima de tudo, procuro alcançar uma vida sexual “ideal” – atingir os meus desejos e aspirações sexuais
6. Procuro sobretudo fazer da minha vida sexual o que é suposto ser – cumprir com os meus deveres e obrigações
7. De um modo geral, estou mais orientado/a para criar resultados positivos com o meu comportamento sexual, do que prevenir os resultados negativos
8. De um modo geral, estou mais orientado/a para prevenir os resultados negativos do meu comportamento sexual, do que procurar resultados positivos
9. Costumo focar-me nas coisas boas que espero vir a alcançar com a minha vida sexual
10. Costumo pensar sobre o que de mal me pode acontecer na minha vida sexual no futuro
11. Costumo procurar alcançar os meus desejos com a minha vida sexual
12. Ao longo da minha vida sexual já “pisei o risco” e fiz algo que era intolerável, de acordo com a minha educação
13. Comparativamente à maioria das pessoas, habitualmente não consigo obter o que pretendo com a minha vida sexual
14. Obedeço com frequência às normas sexuais estabelecidas pela minha educação
15. Costumo ter um bom desempenho nos diferentes encontros sexuais que vou tendo
16. Ao longo da minha vida sexual já me comportei de modo reprovável, atendendo à minha educação
17. No que toca a alcançar os meus desejos sexuais, considero que não tem um desempenho tão bom quanto o que idealmente gostaria de ter
18. Não ser suficientemente cauteloso sexualmente já me trouxe problemas
19. Sinto que fiz progressos de forma a ter sucesso na minha vida sexual

Por favor leia as frases que se seguem e, para cada frase, indique a posição da escala que melhor se adequa à sua resposta (1 – Discordo Completamente, 7- concordo completamente).

1. É difícil abordar o assunto do uso de preservativos com o/a meu/minha parceiro/a
2. O uso de preservativo é uma interrupção dos preliminares.
3. As mulheres pensam que homens que usam preservativos são idiotas.
4. Os preservativos são um método eficaz para prevenir a propagação de SIDA e de outras infecções sexualmente transmitidas.
5. Sinto-me sempre muito desconfortável quando compro preservativos.
6. Os preservativos não são fiáveis.
7. Quando sugiro o uso de preservativo, sinto-me quase sempre embaraçado/a.
8. Os preservativos arruinam o acto sexual.
9. Penso que os preservativos são uma forma excelente de contraceção.
10. Não penso que comprar preservativos seja incómodo.
11. Causa-me muita vergonha comprar preservativos.
12. É fácil sugerir ao/à meu/minha parceiro/a o uso de preservativo.
13. Se duas pessoas vão fazer sexo e o homem sugere o uso de preservativo, é menos provável que haja sexo.
14. Os preservativos não dão uma protecção fiável.
15. Os preservativos são muito divertidos.
16. Nunca sei o que dizer quando o/a meu/minha parceiro/a e eu precisamos de falar sobre preservativos ou outra forma de protecção.
17. Iria sentir-me embaraçado/a se fosse visto/a a comprar preservativos numa loja.
18. Pessoas que sugerem o uso de preservativo são um bocadinho “geeks”/diferentes.
19. O uso de preservativos pode tornar o sexo mais estimulante.
20. Os preservativos são um método eficaz para controlo de gravidez.
21. Sinto-me desconfortável em falar sobre preservativos com o/a meu/minha parceiro/a.
22. Homens que sugerem o uso de preservativo são bastante aborrecidos.
23. Quando preciso de preservativos, muitas vezes temo ter que os obter.
24. Uma mulher que sugira o uso de preservativos não confia no/a seu/sua parceiro/a.
25. Os preservativos são desconfortáveis para mulheres e homens.

Por favor leia as frases que se seguem e, para cada frase, indique a posição da escala que melhor se adequa à sua resposta (1 – Não se adequa a mim, 7- adequa-se a mim):

1. Tenho uma grande capacidade de controlar os meus impulsos sexuais
2. Frequentemente, vou longe de mais sexualmente do que aquilo que gostaria.
3. Se quero envolver-me num comportamento sexual, mas sei que não devo, então não o faço.
4. Por vezes perco o controlo da minha sexualidade.
5. Envolvi-me voluntariamente em comportamentos sexuais que na realidade não tinha intenção.
6. Numa relação, acabo frequentemente por me envolver em comportamentos sexuais mais cedo, do que gostaria.
7. Tenho uma grande capacidade de resistir às minhas tentações de me envolver em comportamentos sexuais.
8. Quando estou com alguém que quer envolver-se num comportamento sexual e eu não quero, acabo por me envolver.

9. Cedo frequentemente aos meus impulsos sexuais.
10. Quando estabeleço um limite para o meu comportamento sexual, mantenho-o.
 1. Em que medida considera possível vir a ser infectado(a) pelo VIH/HIV – 1 - Quase impossível 7 - Totalmente possível
 2. Preocupa-me ficar infectado(a) com o VIH/HIV – 1 - Nunca: 7- Frequentemente
 3. Imaginar-me a ficar infectado(a) com o VIH/HIV é algo que eu considero – 1-Muito difícil de imaginar, 7- Muito fácil de imaginar
 4. Contrair o VIH/HIV é algo que 1- Não me preocupa nada, 7-Preocupa-me muito
 5. Tenho a certeza que NÃO serei infectado(a) pelo VIH/HIV
 6. Sinto que é altamente improvável ficar infectado com o VIH/HIV
 7. Sinto-me vulnerável à infecção pelo VIH/HIV
 8. Por menor que seja, há sempre uma possibilidade de poder contrair o VIH/HIV
 9. Penso que as minhas hipóteses de contrair o VIH/HIV são – 1-Nulas, 7-Muito elevadas
 10. Contrair o VIH/HIV é algo em que eu – 1- Nunca penso, 7- Penso frequentemente

Por favor leia as frases que se seguem e, para cada frase, indique a posição da escala que melhor se adequa à sua resposta (1 – Discordo Completamente, 7- concordo completamente):

Vejo-me como alguém que...

1. ... é reservado(a)
2. ... é geralmente de confiança
3. ... tende a ser preguiçoso(a)
4. ... é descontraído(a), lida bem com o stress
5. ... tem poucos interesses artísticos
6. ... é extrovertida, sociável
7. ... tende a apontar defeitos nos outros
8. ... faz um trabalho minucioso/cuidadoso
9. ... se enerva facilmente
10. ... tem uma imaginação fértil

Com quantos parceiros/as diferentes teve sexo nos últimos 12 meses?

Durante a sua vida, com quantos parceiros/as diferentes fez sexo apenas uma vez?

Com quantos parceiros/as diferentes fez sexo, sem estar interessada/o numa relação com compromisso a longo prazo?

Por favor leia as frases que se seguem e, para cada frase, indique a posição da escala que melhor se adequa à sua resposta (1 – Discordo Completamente, 7- concordo completamente):

Q141 - 4. Não vejo problema em fazer sexo sem amar a outra pessoa

Q141 - 5. Consigo imaginar-me confortável e a aproveitar sexo casual com diferentes parceiros

Q141 - 6. Eu não quero fazer sexo com alguém sem ter a certeza de que teremos uma relação séria de longo prazo

Q144 - 7. Com que frequência tem fantasias com alguém com quem não está comprometido/a numa relação romântica?

Q144 - 8. Com que frequência sente excitação sexual quando entra em contacto com alguém com quem não está comprometido/a numa relação romântica?

Q144 - 9. No dia-a-dia, com que frequência tem fantasias espontâneas sobre fazer sexo com alguém que acabou de conhecer?

Por favor indique a sua idade (em anos)

Qual o seu sexo?

Quais o último nível de escolaridade que completou? (Se escolher a opção "Outra", por favor especifique qual)

Qual o seu estado civil?

Qual o seu sexo?

Qual a sua orientação sexual? No caso da sua resposta ser "Outra", por favor especifique qual.

Qual o seu país de naturalidade?

Qual o seu local de residência?

Quais o último nível de escolaridade que completou? (Se escolher a opção "Outra", por favor especifique qual)

Qual é a sua situação profissional?

Qual a sua orientação política?

Qual a sua religião?

Qual o seu estado civil?

Por favor leia as frases que se seguem e, para cada frase, indique a posição da escala que melhor se adequa à sua resposta (1 – Discordo Completamente, 7- concordo completamente):

1. Sinto-me satisfeito/a com a minha relação.
2. A minha relação está próxima do que eu considero ser ideal para mim.
3. A minha relação faz-me muito feliz.
4. Desejo que a minha relação dure por muito tempo.
5. Estou comprometido/a em manter a minha relação com o/a meu/minha parceiro/a.
6. Desejo que a minha relação dure para sempre.
7. Estou motivado/a para que a minha relação tenha um futuro a longo termo (por exemplo, imagino estar com o/a meu/minha parceiro/a daqui a vários anos).

Como caracterizaria a sua relação?

1. Relação amorosa exclusiva (Você ou o/a seu/sua parceiro/a só podem ter relações sexuais um com o outro)

2. Relação amorosa aberta (você e o/a seu/sua parceiro/a podem ter relações sexuais com outras pessoas)

3. Relação amorosa aberta / poliamor (você e o/a seu/sua parceiro/a podem ter relações amorosas com outras pessoas)

Vive com o seu parceiro/a?

1. Sim, esporadicamente

2. Sim, permanentemente
3. Não

Por favor indique a duração do seu relacionamento? (por favor escreva o número de anos e meses, por exemplo "xx anos e xx meses")