

## Repositório ISCTE-IUL

---

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2023-02-22

Deposited version:

Publisher Version

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Rodrigues, D. L., Lopes, D., Pereira, M., Prada, M. & Garrido, M. V. (2022). Preditores de sexo sem preservativo e de comportamentos de saúde sexual numa amostra de pessoas portuguesas adultas e solteiras. *Cadernos de Saúde Societal*. 2, 97-115

Further information on publisher's website:

<https://www.iscte-iul.pt/conteudos/iscte-saude/2218/publicacoes>

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Rodrigues, D. L., Lopes, D., Pereira, M., Prada, M. & Garrido, M. V. (2022). Preditores de sexo sem preservativo e de comportamentos de saúde sexual numa amostra de pessoas portuguesas adultas e solteiras. *Cadernos de Saúde Societal*. 2, 97-115. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

---

### Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

---



## Preditores de sexo sem preservativo e de comportamentos de saúde sexual numa amostra de pessoas portuguesas adultas e solteiras

David L. Rodrigues, Diniz Lopes, Marco Pereira, Marília Prada e Margarida V. Garrido

### REFERÊNCIA ORIGINAL

Rodrigues, D. L., Lopes, D., Pereira, M., Prada, M., & Garrido, M. V. (2020). Predictors of Condomless Sex and Sexual Health Behaviors in a Sample of Portuguese Single Adults. *The journal of sexual medicine*, 17(1), 26–36. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.005>

### RESUMO

**Introdução:** Vários modelos teóricos e programas de intervenção tendem a não considerar a importância de motivações individuais na decisão de fazer sexo sem preservativo. Por exemplo, pessoas focadas em promoção (ou seja, motivadas para a procura de prazer) têm menos intenção de usar preservativos, porque percebem um menor risco de adquirirem infeções sexualmente transmissíveis (IST).

**Objetivo:** O nosso objetivo foi compreender em que medida motivações individuais ajudam a prever o comportamento de sexo sem preservativo entre pessoas solteiras.

**Métodos:** Uma amostra de 415 pessoas portuguesas (254 do sexo feminino) com idades entre os 18 e os 46 anos ( $M = 23.30$ ,  $DP = 5.28$ ) foi recrutada para um

estudo correlacional. Nenhuma das pessoas tinha encontros regulares com outra pessoa ou uma relação amorosa naquela altura. O link para um questionário online anónimo foi partilhado nas redes sociais.

**Principais Medidas:** O questionário incluiu variáveis demográficas (e.g., idade, sexo) e atividade sexual recente, bem como medidas previamente validadas para aceder ao foco regulatório na sexualidade, predisposição para contenção no sexo, perceção de controlo sobre o uso do preservativo, perceção de segurança com parceiros\* sexuais e saliência da norma para o uso do preservativo.

**Resultados:** Mais de dois terços da amostra indicaram ter tido sexo sem preservativo recentemente. Uma regressão logística mostrou que sexo sem preservativo foi *mais* provável nxs participantes com um foco em *promoção na sexualidade*. Foi também mais provável nxs participantes com *menor* educação, *menor* capacidade de contenção do comportamento sexual e *menor* controlo percebido sobre o uso de preservativo, que tinham a norma para o uso do preservativo *menos* saliente, e que perceberam ter *mais* segurança com parceiros sexuais. Nenhum dos restantes resultados foi significativo.

**Implicações Clínicas:** Os nossos resultados podem ser informativos para profissionais na área da saúde sexual aquando do planeamento de estratégias para aumentar a consciência para o uso de preservativo, ao considerarem o papel das motivações individuais específicas.

**Pontos Fortes e Limitações:** Este é o primeiro estudo a demonstrar que motivações individuais dão um contributo único para a decisão de fazer sexo sem preservativo. Este estudo tem duas limitações principais que restringem a generalização dos resultados: (a) os dados correlacionais não nos permitem estabelecer causalidade e (b) os dados individuais não permitem considerar processos diádicos na sexualidade (e.g., negociação do uso do preservativo).

**Conclusão:** Os nossos resultados mostraram que o sexo sem preservativo resulta de um foco individual na procura de prazer, de uma falta de controlo no comportamento sexual, e da perceção dxs parceiros sexuais como mais confiáveis. De um modo geral, estes resultados poderão ajudar investigadores e profissionais de saúde a melhorar modelos teóricos para prever o uso de preservativos e prevenir a disseminação de IST.

**Palavras-chave:** Uso de preservativo; Motivação; Foco Regulatório; Contenção no sexo; Perceção de controlo

\* *Nota do autor:* Foi adotada uma linguagem não-binária na tradução do artigo.

Dados epidemiológicos mostram indicadores alarmantes de infeções sexualmente transmissíveis (IST) por todo o mundo. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde estimou mais de 376 milhões novos casos de clamídia, sífilis e tricomoníase em 2016<sup>1</sup> e a cada ano cerca de 357 milhões de novos casos são identificados em pessoas com idades entre os 15 e os 49 anos<sup>2</sup>. Nos Estados Unidos, as taxas de IST têm estado a aumentar nos últimos quatro anos<sup>3</sup> e em 2017 foram reportados quase 2.3 milhões de casos de clamídia, gonorreia e sífilis<sup>4</sup>. Na Europa, foram confirmados mais de 514.000 casos destas IST durante 2016 e 2017<sup>5-7</sup>. Durante 2017, estimou-se que 36.9 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com VIH e 1.8 milhões de pessoas tinham sido recentemente infetadas<sup>8</sup>. Houve 38.739 novos casos de VIH nos Estados Unidos (11,8 por 100.000 habitantes)<sup>9</sup> e 27.055 novos casos de VIH na Europa (6,2 por 100.000 habitantes)<sup>10</sup>. Nos relatórios das autoridades de saúde, é consistente a indicação de que a maioria das infeções por VIH ocorre por atividade sexual e entre pessoas com idades entre os 18 e os 49 anos.

A UNAIDS estabeleceu a meta “90-90-90” para 2020, para que 90% de todas as pessoas com VIH sejam diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas com VIH recebam terapia antirretroviral e 90% das pessoas que recebem terapia tenham supressão viral<sup>11</sup>. Ainda que a Direção-Geral da Saúde tenha anunciado publicamente o cumprimento desta meta em julho de 2018<sup>12</sup>, Portugal esteve entre os cinco países europeus com taxas mais elevadas de VIH em 2017, com 1.068 novos casos (10,3 por 100.00 habitantes)<sup>10</sup>. A meta 90-90-90 é extremamente importante para identificar e tratar casos de VIH (e.g., a terapia antirretroviral suprime a replicação viral e demonstrou eliminar a transmissão sexual)<sup>13</sup>. Contudo, é também crucial prevenir novos casos de VIH e de outras IST. As taxas de infeção por VIH em jovens adultos portugueses exigem mais investigação que permita compreender que variáveis poderão ajudar a prever comportamentos de saúde de risco (e.g., sexo sem preservativo). Tal poderá informar o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficientes, tendo como foco estas variáveis.

Desde 2015, Direção-Geral da Saúde distribuiu gratuitamente mais de 4.5 milhões de preservativos masculinos por ano<sup>14</sup> como medida de combate à propagação de IST e do VIH. Essa estratégia baseou-se no facto de o uso consistente e correto do preservativo ser das formas mais eficazes de prevenir IST e VIH<sup>15</sup>. Não obstante, as taxas de uso do preservativo estão longe do ideal. Por exemplo, um estudo com 1.000 portugueses com idades entre os 15 e os 64 anos<sup>16</sup> mostrou que 34,8% da amostra reportou um uso inconsistente de preservativos, enquanto 43% reportou simplesmente não usar preservativos. Entre as pessoas que usaram preservativo ( $n = 538$ ), a maioria usou como método contraceptivo (80%) e apenas 51,4% indicou usar como proteção contra IST ou VIH. Estes resultados convergem com os dados do estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) em Portugal. Por exemplo, Reis et al.<sup>17</sup> analisaram o comportamento sexual de adolescentes

portuguesxs ao longo de 12 anos ( $N$  combinado de 14.456 adolescentes,  $M$ idade = 15 anos) e verificaram um aumento significativo na prática de sexo sem preservativo entre 2002 (7,1%) e 2014 (29,6%). Num estudo mais recente com adolescentes em 2018 ( $N = 6.997$ ,  $M$ idade = 14 anos), Matos et al.<sup>18</sup> verificaram não só um aumento na taxa de sexo sem preservativo (34%), mas também que metade dxs adolescentes nunca tinha sido testada para o VIH (49,4%) e um quarto não sabia o que é o VIH (25,9%). Estendendo estes resultados a uma amostra de jovens adultxs portuguesesxs ( $N = 1.166$ ,  $M$ idade = 21 anos), Matos et al.<sup>19</sup> verificaram que 21,2% dxs jovens adultxs fizeram sexo sem preservativo na sua primeira relação sexual e que esta taxa aumentou substancialmente para 51,1% quando se referiam à sua relação sexual mais recente. De notar que a maioria dxs jovens adultxs neste estudo indicaram um risco baixo (44,8%) ou nenhum risco (25,5%) de serem infetados com VIH e nunca foram testados para o VIH (71,3%). Quando questionadxs acerca das razões para fazerem sexo sem preservativo na sua relação sexual mais recente, xs jovens adultxs indicaram barreiras emocionais (e.g., “diminui o meu prazer”, 49%), a ausência de comportamentos preparatórios (e.g., “não tinha preservativos comigo”, 47,2%), ter práticas de sexo seguro menos salientes (e.g., “não pensei nisso”, 27,2%), a falta de contenção em situações de risco (e.g., “corri um risco”, 21,3%) e a perceção de invulnerabilidade (e.g., “as IST não me afetam”, 15,2%).

Vários modelos teóricos incluem algumas das variáveis mencionadas acima como predictoras do uso de preservativo (para uma revisão, ver<sup>20</sup>). Por exemplo, um estudo enquadrado pelo modelo Health Action Process Approach demonstrou que xs jovens portuguesesxs com comportamentos preparatórios (e.g., comprar preservativos) menos frequentes usaram preservativos também menos frequentemente num momento posterior<sup>21</sup>. Outro estudo enquadrado no Health Belief Model demonstrou que perceber-se como estando menos suscetível ao VIH e ter menor autoeficácia sexual estavam entre as razões mais frequentes para jovens adultxs americanxs terem praticado sexo sem preservativo com parceirxs casuais<sup>22</sup>. Tal pode ajudar a explicar o aumento significativo das taxas de IST e de sexo sem preservativo entre homens americanos que fazem sexo com outros homens. De acordo com Alaei et al.<sup>23</sup>, a maior disponibilidade da profilaxia de pré-exposição (PrEP) está associada à compensação de risco, uma vez que as pessoas se sentem menos ameaçadas e menos suscetíveis a resultados negativos para a sua saúde por não usarem preservativo. Por outras palavras, perceber um menor risco de contrair IST está possivelmente associado a uma maior motivação para fazer sexo desprotegido.

Estudos enquadrados pelas teorias Reasoned Action e Planned Behavior demonstraram que atitudes negativas face a preservativos, ausência de normas subjetivas para o uso do preservativo e reduzido controlo comportamental emergiram como preditores de sexo sem preservativo em adolescentes sul-africanxs<sup>24,25</sup> e jovens adultxs americanxs<sup>26</sup>. Estudos com jovens adultxs no Gana<sup>27</sup> e na Alemanha<sup>28</sup> demonstraram ainda

que ter tido sexo sem preservativo foi preditor de comportamentos semelhantes subsequentes, para além das variáveis propostas por estas duas teorias. Independentemente do enquadramento teórico, o comportamento de uso do preservativo é bastante complexo e tem sido associado a múltiplas variáveis. Por exemplo, a falta de autocontrolo sexual foi preditora de sexo sem preservativo entre jovens americanos<sup>29</sup> e pessoas adultas em Portugal<sup>30</sup>, e a falta de controlo na decisão de usar preservativos foi preditiva de sexo sem preservativo numa amostra de jovens americanas<sup>31</sup>.

Outras variáveis, incluindo variáveis demográficas (e.g., idade, género), de personalidade ou outras diferenças individuais, não são usualmente consideradas por modelos teóricos como contribuindo de forma independente para o aumento da probabilidade de um determinado comportamento ocorrer<sup>20</sup>. No entanto, a investigação tem demonstrado que o uso de preservativo pode ser moldado por estas variáveis<sup>32,33</sup>. Por exemplo, verificou-se um comportamento sexual mais impulsivo entre jovens adultxs americanxs com menor capacidade para conter o seu comportamento no sexo<sup>34</sup> e a probabilidade de fazer sexo sem preservativo foi maior entre jovens adultxs americanxs com maior predisposição para a busca de sensações<sup>35</sup>. Outrxs investigadorxs sugerem o papel das motivações para o uso do preservativo. Por exemplo, sexo sem preservativo foi mais provável entre americanxs que querem aumentar a intimidade sexual com x parceirx<sup>36</sup> e entre jovens adultxs americanxs que estão mais comprometidxs na sua relação<sup>37</sup>.

A Regulatory Focus Theory<sup>38</sup> é particularmente relevante para analisar o uso de preservativo. De acordo com esta teoria, as pessoas têm dois modos de funcionamento para alcançar os seus objetivos. As pessoas focadas em *promoção* são motivadas pelo crescimento e avanço, procurando obter ganhos e ter novas oportunidades mesmo correndo o risco de cometer erros. Por contraste, as pessoas focadas em *prevenção* são motivadas pela segurança e obrigações, procurando evitar perdas e resultados negativos mesmo correndo o risco de perder oportunidades. Esta teoria abrange a busca de diferentes objetivos, incluindo na atração interpessoal<sup>39</sup>, resolução de conflitos<sup>40</sup> e comportamentos de saúde. Esta última extensão mostrou que as pessoas focadas em promoção (vs. prevenção) estão mais motivadas para terem comportamentos de risco, tais como transgredir procedimentos de segurança<sup>41</sup>, e menos motivadas para comportamentos de proteção<sup>42</sup>, tais como aderir à vacinação<sup>43</sup>, adotar prescrições médicas<sup>44</sup> e fazer rastreio do cancro<sup>45</sup>. Um estudo longitudinal mostrou ainda que as pessoas focadas em promoção (vs. prevenção) estavam menos motivadas para deixar de fumar após um programa de intervenção e reportaram um maior número de deslizes após terem parado<sup>46</sup>. Do nosso conhecimento, Rodrigues et al.<sup>47</sup> foram xs primeirxs a estender este enquadramento ao contexto do comportamento sexual. Xs autorxs mostraram que jovens adultxs portuguesxs solteirxs mais focadxs em promoção (vs. prevenção) na sexualidade tinham intenções mais fortes de fazer sexo sem preservativo com parceirxs sexuais casuais e regulares, por perceberem

menos ameaças para a sua saúde. É de notar que este resultado se verificou independentemente de quão saliente estava a norma para o uso do preservativo (e.g., percepção de pressão social por pessoas na rede social próxima para usar sempre preservativos). Sabendo que as motivações individuais moldam comportamentos de saúde, incluindo o uso de preservativo, o presente estudo analisou em que medida as motivações para prevenção ou promoção na sexualidade, juntamente com outras variáveis individuais já propostas por modelos teóricos<sup>20</sup>, se associaram à atividade sexual sem preservativo.

## MÉTODO

### Participantes

Um total de 651 pessoas participaram no estudo online. Destas, 101 abandonaram o estudo antes de o completarem e 115 foram retiradas por terem indicado estar numa relação amorosa. A amostra final incluiu 435 adultxs portuguesxs (61,2% mulheres) com idades entre os 18 e os 46 anos ( $M = 23,30$ ,  $DP = 5,28$ ). A maioria dxs participantes identificou-se como heterossexual (89,9%), indicou residir em zonas urbanas (90,4%), tinha mais de 12 anos de escolaridade (54,5%) e estava a estudar (69,9%). Todxs xs participantes eram solteirxs e não tinham encontros recorrentes com outra pessoa nem estavam numa relação amorosa aquando do estudo.

### Medidas

**Foco Regulatório na Sexualidade.** Originalmente proposta por Rodrigues et al.<sup>47</sup>, esta escala inclui duas subescalas que avaliam as motivações para a segurança (foco em prevenção; três itens, e.g., “Não ser suficientemente cautelosx sexualmente já me trouxe problemas”,  $\alpha = ,78$ ) e para o avanço (foco em promoção; cinco itens, e.g., “Costumo procurar alcançar os meus desejos com a minha vida sexual”,  $\alpha = ,82$ ). As subescalas estavam negativamente correlacionadas,  $r(415) = -,20$ ,  $p < ,001$ . As respostas foram dadas em escalas de sete pontos (de 1 = *Não se adequa a mim* a 7 = *Adequa-se totalmente a mim*) e valores médios mais elevados indicam um foco predominante na prevenção ou promoção na sexualidade. Tal como no estudo original, calculámos um índice de foco regulatório na sexualidade pela subtração dos valores de promoção aos de prevenção, de modo que valores negativos indicam um foco predominante em promoção na sexualidade e valores positivos indicam um foco predominante em prevenção na sexualidade. O valor global deste índice para a totalidade da amostra estava significativamente acima de zero ( $M = 0,31$ ,  $DP = 2,32$ ),

$t(415) = 2,74$ ,  $p = ,006$ ,  $d = 0,27$ , indicando que xs participantes estavam predominantemente focadxs em prevenção na sexualidade.

**Predisposição para Contenção no Sexo.** Usámos a escala originalmente proposta por Gailliot e Baumeister<sup>34,47</sup> e pedimos xs participantes que indicassem em que medida cada um dos 10 itens era representativo do seu comportamento sexual típico (e.g., “Quando estabeleço um limite para o meu comportamento sexual, mantenho-o”,  $\alpha = ,81$ ). As respostas foram dadas em escalas de sete pontos (de 1 = *Não se adequa a mim* a 7 = *Adequa-se a mim*) e valores médios mais elevados indicam uma maior capacidade de contenção no sexo.

**Controlo Sobre o Uso de Preservativo.** Utilizámos um item e pedimos axs participantes para indicarem em que medida consideram ter controlo sobre o uso de preservativo (“Usar preservativos quando tenho sexo está completamente sobre o meu controlo”). As respostas foram dadas numa escala de sete pontos (de 1 = *Discordo totalmente* a 7 = *Concordo Totalmente*) e valores mais elevados indicam uma maior perceção de controlo sobre o uso do preservativo.

**Perceção de Segurança com Parceirxs Sexuais.** Seleccionámos um item da medida de perceção de ameaça à saúde sexual originalmente proposta por Sakaluk e Gillath<sup>47,48</sup>. Foi pedido axs participantes que indicassem quão segurxs se sentiam com xs parceirxs sexuais (“Quão segurx se sente quando faz sexo com xs sxxs parceirxs?”) numa escala de sete pontos (de 1 = *Nada* a 7 = *Muito*). Valores mais elevados indicam a perceção de maior segurança com parceirxs sexuais.

**Saliência da Norma para o Uso do Preservativo.** Usámos o item proposto por Rodrigues et al.<sup>47</sup> e questionámos xs participantes acerca das normas para o uso do preservativo (“A maioria das pessoas no meu círculo social mais próximo pensa que eu deveria usar preservativos cada vez que tenho relações sexuais”). As respostas foram dadas numa escala de sete pontos (de 1 = *Discordo fortemente* a 7 = *Concordo Fortemente*) e valores mais elevados indicam maior saliência da norma para o uso do preservativo.

**Atividade Sexual e Comportamentos de Saúde Sexual.** Perguntámos axs participantes se tinham recentemente feito sexo sem preservativo (“Teve sexo sem preservativo nos últimos 3 meses?”; *Não/Sim*), se já tinham sido testadxs para IST (“Alguma vez foi testadx para infeções sexualmente transmissíveis?”; *Não/Sim*), se tinham sido diagnosticadxs recentemente com alguma IST (“Se sim, foi diagnosticadx com uma infeção sexualmente transmissível nos últimos 6 meses; *Não/Sim*) e se já tinham sido testadxs para o VIH (“Alguma vez foi testadx para o VIH?”; *Não/Sim*). Participantes que indicaram ter sido testadxs para o VIH indicaram também se realizavam o teste para o VIH regularmente (“Se sim, é testado para o VIH regularmente?”; *Não/Sim*) e se o fizeram nos últimos 12 meses (“Se sim, fez o teste de VIH no último ano?”; *Não/Sim*).



## Procedimento

Este estudo fez parte de um projeto de investigação mais abrangente com o objetivo de analisar as motivações para o uso de preservativo junto de adultos portugueses, conduzido de acordo com as diretrizes de ética do Iscte-IUL. Não houve riscos físicos, financeiros, sociais, legais, ou outro tipo de risco relacionados com este estudo. O estudo foi não-invasivo e os resultados foram analisados anonimamente. O questionário online foi criado na plataforma Qualtrics e os participantes foram recrutados através da partilha de um link em publicações públicas nas redes sociais (e.g., Facebook). Os critérios de elegibilidade incluíam ter pelo menos 18 anos e ser fluente em português, ter já iniciado a atividade sexual e não ter encontros recorrentes com outra pessoa ou estar numa relação amorosa. As pessoas foram informadas sobre o objetivo geral do estudo e que estavam prestes a participar voluntariamente num estudo confidencial de autorrelato sobre sexualidade e comportamentos sexuais. Foi também indicado explicitamente que nem o nome nem qualquer informação identificativa seria associada aos dados, e que poderiam terminar o estudo fechando a página do browser sem que as respostas ficassem registadas. Após darem o seu consentimento informado (clitando em *Concordo*), os participantes respondiam a questões demográficas (e.g., género, idade, anos de escolaridade, ocupação), seguidas das medidas de foco regulatório na sexualidade, contenção no sexo, controlo sobre o uso de preservativo, perceção de segurança com parceiros sexuais e saliência da norma de uso do preservativo. No último bloco de questões, questionámos os participantes acerca da sua atividade sexual recente e dos seus comportamentos sexuais. Uma vez que este bloco incluía questões potencialmente sensíveis, por razões éticas as respostas não eram obrigatórias. Os participantes recebiam um lembrete se deixassem alguma destas questões por responder, mas podiam prosseguir com a sua participação. No final, agradecemos aos participantes, esclarecemos acerca dos objetivos do estudo e demos o contacto da equipa de investigação, para o caso de queressem obter informações adicionais ou terem alguma questão sobre o estudo. O tempo médio de resposta ao questionário foi de 20 minutos.

## RESULTADOS

Não foram verificados casos omissos nas variáveis demográficas e psicológicas. Primeiro analisámos o padrão geral de correlações entre as variáveis psicológicas, bem como as correlações separadas para os participantes que indicaram ter feito sexo sem preservativo e os que usaram preservativo nos últimos três meses. Em seguida analisámos diferenças de acordo com a atividade sexual recente para todas as variáveis psicológicas, utilizando testes  $\chi^2$  e  $t$ , e calculámos uma regressão

logística múltipla para analisar a probabilidade de xs participantes terem feito sexo sem preservativo recentemente. Reportamos os rácios de probabilidade (OR) ajustados e os respetivos intervalos de confiança de 95%.

Relativamente às variáveis relacionadas com os comportamentos de saúde sexual (e.g., serem testadxs para IST), algunxs participantes não indicaram se alguma vez foram testadxs para IST (1,93%), diagnosticadxs com uma IST nos últimos seis meses (1,45%), ou se alguma vez foram testadxs para o VIH (1,69%). Dxs participantes que foram testadxs para o VIH, algunxs não indicaram se são testadxs regularmente (0,75%) ou nos últimos 12 meses (11,19%). Estes casos omissos estavam distribuídos aleatoriamente pela base de dados. Para evitar perder poder da nossa análise principal, conduzimos uma análise separada para perceber se a atividade sexual recente sem preservativo estava associada a estes comportamentos de saúde sexual, usando testes  $\chi^2$  e comparando proporções com correção de Bonferroni.

## Análise de Correlações

O padrão geral de correlações mostrou que xs participantes focadxs em prevenção na sexualidade reportaram ter mais capacidade para conter o seu comportamento sexual,  $r = ,45$ ,  $p < ,001$ , perceberam ter mais controlo sobre o uso do preservativo,  $r = ,10$ ,  $p = ,035$ , e perceberam menor segurança com xs parceirxs sexuais,  $r = -,11$ ,  $p = ,029$ . Além disso, participantes que indicaram ter mais controlo sobre o uso de preservativo reportaram também maior capacidade de contenção no sexo,  $r = ,29$ ,  $p < ,001$ , mais segurança percebida com xs parceirxs sexuais,  $r = ,10$ ,  $p = ,040$ , e maior saliência da norma para o uso do preservativo,  $r = ,31$ ,  $p < ,001$ .

Analisámos também em separado o padrão de correlações para xs participantes que fizeram sexo sem preservativo e xs que usaram preservativo (ver Tabela 1). Os resultados mostraram para ambos os grupos que o foco em prevenção na sexualidade se associou a uma maior capacidade de contenção no sexo,  $ps < ,001$ . Tal capacidade associou-se também ao maior controlo sobre o uso de preservativo,  $ps < ,004$ . Foram igualmente verificadas algumas diferenças entre os grupos. Para xs participantes que fizeram sexo sem preservativo, o foco em prevenção na sexualidade associou-se à perceção de maior segurança com xs parceirxs sexuais,  $p = ,010$ , e à menor saliência da norma para o uso do preservativo,  $p = ,046$ . Ademais, a maior capacidade de contenção no sexo associou-se à perceção de maior segurança com xs parceirxs sexuais,  $p < ,001$ . Para xs participantes que usaram preservativos, o foco em prevenção associou-se à perceção de menor segurança com xs parceirxs sexuais,  $p = ,001$ . O maior controlo sobre o uso do preservativo associou-se à perceção de maior segurança com xs parceirxs sexuais,  $p = ,032$ , e à maior saliência da norma para o uso do preservativo,  $p < ,001$ .

**Tabela 1.** Estatísticas Descritivas Globais e Correlações

	<b>M (DP)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Foco regulatório na sexualidade (índice)	0.31 (2.32)	-	.47***	.05	.22**	-.17*
2. Predisposição para contenção no sexo	5.01 (1.12)	.37***	-	.34***	.32***	-.04
3. Controlo sobre o uso de preservativo	5.82 (1.67)	.02	.18**	-	.15	.16
4. Perceção de segurança com parceiros sexuais	5.43 (1.50)	-.20***	.07	.13*	-	-.04
5. Saliência da norma de uso do preservativo	5.97 (1.54)	.07	.08	.39***	-.05	-

*Nota.* Valores mais no índice de foco regulatório indicam maior foco em prevenção. As correlações para participantes que usaram preservativo ( $n = 273$ ) são apresentadas abaixo da diagonal, enquanto as correlações para participantes que fizeram sexo sem preservativo ( $n = 142$ ) são apresentadas acima diagonal.

\*  $p \leq .050$ . \*\*  $p \leq .010$ . \*\*\*  $p \leq .001$ .

## Preditores de Sexo Sem Preservativo

Os resultados com a amostra total mostraram que mais de um terço dxs participantes (34,2%) indicaram ter feito sexo sem preservativo nos últimos três meses. Comparando xs participantes que fizeram sexo sem preservativo e xs que usaram preservativo, não encontramos diferenças em nenhuma das variáveis demográficas,  $p > ,063$ . Contudo, xs participantes que fizeram sexo sem preservativo (vs. xs que usaram preservativo) indicaram estar mais focadx em promoção na sexualidade,  $t(413) = 6,10$ ,  $p < ,001$ ,  $d = 0,60$ , ter menor capacidade de contenção do seu comportamento sexual,  $t(413) = 5,43$ ,  $p < ,001$ ,  $d = 0,53$ , e menor perceção de controlo sobre o uso de preservativo,  $t(413) = 5,24$ ,  $p < ,001$ ,  $d = 0,52$ . Percecionaram também maior segurança com xs parceiros sexuais,  $t(413) = -2,17$ ,  $p = ,030$ ,  $d = 0,21$ , e tinham a norma para o uso do preservativo menos saliente,  $t(413) = 3,24$ ,  $p = ,001$ ,  $d = 0,32$  (Tabela 2).

Calculámos uma regressão logística múltipla tendo em consideração todas as variáveis demográficas e psicológicas. Os resultados mostraram que a probabilidade de ter feito sexo sem preservativo nos últimos três meses se associou significativamente a menos anos de escolaridade,  $p = ,026$ , ao foco em promoção na sexualidade,  $p < ,001$ , à menor capacidade na contenção do comportamento sexual,  $p = ,004$ , ao menor controlo sobre o uso de preservativo,  $p = ,001$ , à perceção de maior segurança com parceiros sexuais,  $p = ,004$ , e à menor saliência da norma para o uso do preservativo,  $p = ,045$ . Por outras palavras, mantendo todas as outras variáveis fixas, verificámos uma diminuição de 15-30% da probabilidade de fazer sexo sem preservativo com o aumento de uma unidade do foco regulatório, contenção no sexo,

controlo sobre o uso de preservativo e saliência da norma para o uso do preservativo, e um aumento de 26% dessa probabilidade com o aumento de uma unidade na perceção de segurança com parceiros sexuais (Tabela 2).

**Tabela 2.** *Comparações Consoante a Atividade Sexual Recente e Regressão Logística Múltipla a Prever Sexo Sem Preservativo*

	Atividade sexual recente		Regressão logística múltipla a prever sexo sem preservativo					
	Sexo com preservativo (n = 273)	Sexo sem preservativo (n = 142)	B	DP	Wald	OR*	[95% IC] dos OR	p
Género								
Feminino	165 (60.4%)	89 (62.7%)	-.43	.26	2.87	1.53	[0.94; 2.51]	.090
Masculino	108 (39.6%)	53 (37.3%)						
Idade								
M (DP)	23.01 (4.92)	23.85 (5.88)	.01	.03	0.04	1.01	[0.95; 1.06]	.834
Orientação Sexual								
Heterossexual	246 (90.1%)	127 (89.4%)	-.34	.39	0.76	1.40	[0.66; 2.99]	.382
Não-heterossexual	27 (9.9%)	15 (10.6%)						
Área de residência								
Rural	30 (11.0%)	10 (7.0%)	.73	.44	2.79	0.48	[0.21; 1.14]	.095
Urbana	243 (89.0%)	132 (93.0%)						
Anos de educação								
≤ 12 anos	145 (53.1%)	81 (57.0%)	-.58	.26	4.95	1.79	[1.07; 2.98]	.026
> 12 anos	128 (46.9%)	61 (43.0%)						
Ocupação								
Estudante	199 (72.9%)	91 (64.1%)	.35	.30	1.37	0.71	[0.39; 1.27]	.243
Trabalhador	74 (27.1%)	51 (35.9%)						
Foco regulatório na sexualidade (índice)	0.79 <sup>a</sup> (2.29)	-0.61 <sup>b</sup> (2.09)	-.22	.06	13.98	0.80	[0.72; 0.90]	< .001
Predisposição para contenção no sexo	5.22 <sup>a</sup> (1.04)	4.62 <sup>b</sup> (1.15)	-.36	.13	8.01	0.70	[0.54; 0.89]	.004
Controlo sobre o uso de preservativo	6.12 <sup>a</sup> (1.38)	5.24 <sup>b</sup> (2.00)	-.24	.08	10.25	0.79	[0.68; 0.91]	.001
Perceção de segurança com parceiros sexuais	5.32 <sup>a</sup> (1.57)	5.65 <sup>b</sup> (1.33)	.26	.09	8.21	1.30	[1.09; 1.56]	.004
Saliência da norma de uso do preservativo	6.14 <sup>a</sup> (1.42)	5.63 <sup>b</sup> (1.69)	-.15	.08	4.01	0.86	[0.74; 1.00]	.045

*Nota.* Valores mais elevados no índice de foco regulatório indicam maior foco na prevenção.

Diferentes sobrescritos indicam diferenças significativas, *ps* ≤ .030.

\* *Nota do autor:* OR = rácio de probabilidades

## Comportamentos de Saúde Sexual

No geral, os resultados mostraram que mais de metade da amostra indicou nunca ter sido testada para IST (51,1%) ou VIH (67,2%). Dxs participantes que foram testadxs para IST ( $n = 199$ ), uma pequena percentagem indicou ter sido diagnosticada com uma IST nos últimos seis meses (4,0%). Dxs participantes que foram testados para o VIH ( $n = 134$ ), a maioria referiu não ser testad regularmente (70,7%) e não ter sido testad nos últimos 12 meses (57,1%).

Uma vez mais, comparámos xs participantes que fizeram sexo sem preservativo e xs que usaram preservativo (Tabela 3). Os resultados mostraram apenas uma associação significativa entre sexo sem preservativo e o diagnóstico recente a IST,  $p = .015$ , havendo maior probabilidade para xs participantes diagnosticadxs com uma IST nos últimos seis meses terem feito sexo sem preservativo nos últimos três meses (8,7%), do que terem usado preservativo (1,6%).

**Tabela 3.** *Comparações Consoante a Atividade Sexual Recente nos Comportamentos de Saúde Sexual*

	Atividade sexual recente		Comparações		
	Sexo com preservativo $n$ (%)	Sexo sem preservativo $n$ (%)	$\chi^2$	V de Crammer	$p$
<i>Alguma vez testad para ISTs?</i>			0.28	0.03	.599
Não	141 (52.0%)	67 (49.3%)			
Sim	130 (48.0%)	69 (50.7%)			
<i>Diagnosticad com ISTs nos últimos seis meses?</i>			5.92	0.17	.015
Não	127 <sup>a</sup> (98.4%)	63 <sup>b</sup> (91.3%)			
Sim	2 <sup>a</sup> (1.6%)	6 <sup>b</sup> (8.7%)			
<i>Alguma vez testad para o HIV?</i>			0.56	0.04	.456
Não	184 (68.4%)	90 (64.7%)			
Sim	85 (31.6%)	49 (35.3%)			
<i>Teste regular para o HIV?</i>			0.06	0.02	.803
Não	60 (71.4%)	34 (69.4%)			
Sim	24 (28.6%)	15 (30.6%)			
<i>Teste para o HIV nos últimos 12 meses?</i>			0.19	0.04	.665
Não	40 (55.6%)	28 (59.6%)			
Sim	32 (44.4%)	19 (40.4%)			

*Nota.* Diferentes sobrescritos indicam diferenças entre as proporções das colunas,  $ps < .050$ , com correção de Bonferroni.

## DISCUSSÃO

Relatórios recentes mostram taxas alarmantes de IST e VIH por todo o mundo<sup>1-10</sup>. Portugal não foi exceção e apresentou uma das maiores taxas europeias de novos casos de VIH em 2017<sup>10</sup>. O uso consistente e correto do preservativo é uma das formas mais fiáveis de prevenir infeções<sup>15</sup>. No entanto, e apesar dos esforços e investimentos da Direção-Geral da Saúde na distribuição gratuita de preservativos durante os últimos anos<sup>14</sup>, a investigação mostra que xs adultxs portuguesxs não têm um uso consistente de preservativo. De facto, as taxas de sexo sem preservativo têm vindo a aumentar desde 2002 entre xs adolescentes portuguesxs, sendo particularmente elevadas junto de jovens adultxs, sendo também elevado o número de pessoas que nunca foram testadas para o VIH<sup>17-19</sup>. O nosso estudo teve como objetivo identificar as variáveis psicológicas que podem ajudar a prever o sexo sem preservativo, compreender de que forma este comportamento sexual está associado a outros comportamentos de saúde (e.g., ser testadx para IST) e, de um modo geral, fornecer sugestões para desenvolver e disseminar estratégias de prevenção mais eficientes.

Alinhados com investigações anteriores<sup>17-19</sup>, os nossos resultados mostraram uma elevada prevalência de atividade sexual sem preservativo numa amostra de adultxs portuguesxs, bem como a importância das motivações individuais para compreender tal atividade. Independentemente de terem usado ou não preservativo recentemente, as pessoas que indicaram ter mais capacidade para conter o seu comportamento sexual quando confrontadas com uma situação potencialmente arriscada (e.g., não terem preservativos disponíveis no momento) indicaram também ter mais controlo sobre o uso de preservativos. Este resultado não é totalmente novo, dada a maior probabilidade de pessoas com mais autocontrolo sobre os seus comportamentos tomarem decisões mais saudáveis, incluindo comportamentos sexuais mais seguros<sup>30</sup>. Contudo, o nosso estudo demonstrou também que as pessoas com mais contenção comportamental estavam mais focadas em prevenção na sexualidade, isto é, mais focadas em manter a segurança e em evitar resultados negativos. Este resultado inovador sugere que o uso de preservativo não é meramente um processo de negociação entre parceirxs ou determinado pelo conhecimento factual sobre preservativos ou pelo conhecimento prático sobre o seu uso, mas também motivado intrinsecamente. De facto, os resultados da regressão logística múltipla mostraram que o sexo sem preservativo foi mais provável entre pessoas com menores níveis de educação, as que indicaram menor capacidade em conter o seu comportamento sexual, as que tinham menos controlo sobre o uso de preservativo, as que se sentiam mais seguras com a saúde sexual dxs parceirxs sexuais e as que tinham a norma para o uso do preservativo menos saliente, mas também as que indicaram ter um foco em promoção na sexualidade.

Os nossos resultados podem ser particularmente informativos para modelos teóricos que não consideram (pelo menos explicitamente) a importância de variáveis individuais e motivacionais na predição do uso de preservativo, centrando-se ao invés em variáveis como a autoeficácia (e.g., confiança no uso correto de preservativos), normas para o uso do preservativo (e.g., percepção de que pessoas próximas pensam que o uso de preservativo é importante), percepção de controlo (e.g., capacidade de decidir quando usar preservativos), ou comportamentos preparatórios (e.g., ter comprado preservativos antecipadamente)<sup>20</sup>. Este argumento é apoiado pelos nossos resultados, nomeadamente que a educação, o foco regulatório e a segurança percebida contribuíram para prever o sexo sem preservativo para além da contribuição dessas variáveis. Alguns dos nossos resultados estão também alinhados com os de investigações anteriores. Por exemplo, ter menos anos de educação e equiparar o uso de preservativo à falta de confiança foram preditores de sexo sem preservativo entre adolescentes e jovens adultxs angolanxs<sup>49</sup>.

O resultado acerca da percepção de segurança é igualmente interessante por duas razões. Matos et al.<sup>19</sup> mostraram que, embora xs jovens adultxs portuguesxs concordem que pessoas com IST deveriam informar imediatamente xs parceiros (95,6%), algunxs destxs jovens sentir-se-iam desconfortáveis a discutir a sua IST com x parceirx (25,4%) e outrxs ainda considerariam insultuoso sugerir o uso de preservativo como forma de prevenir a transmissão de IST (20%). Por outras palavras, as pessoas tendem a concordar que é esperado que xs parceirxs divulguem o estado da sua saúde sexual no caso de um problema, mas que elas próprias não se sentiriam totalmente à vontade para fazer essa revelação axs parceirxs após terem sido diagnosticadas com uma IST. Analisando retrospectivamente os comportamentos de saúde sexual, o nosso estudo demonstrou que a maioria dxs participantes nunca foram testadxs para IST ou VIH e que é mais provável que as pessoas diagnosticadas com uma IST tenham feito sexo sem preservativo. Embora não tenhamos informação objetiva acerca de quais IST foram diagnosticadas (ou a severidade das mesmas), os nossos resultados têm implicações importantes. Algumas pessoas podem desconhecer as consequências que o sexo sem preservativo pode ter para a saúde de outras pessoas ou podem desconhecer que têm IST.

Outras pessoas podem saber acerca do seu estado de saúde, mas ter uma baixa capacidade de comunicação ou negociação para usar preservativo e evitar falar sobre questões importantes que podem determinar a sua saúde sexual e a saúde sexual dxs parceirxs no futuro. Além disso, a percepção de segurança tem paralelos com os constructos de suscetibilidade percebida e ameaça percebida sugeridos pelo Health Belief Model<sup>20</sup>. A investigação mostra não só que a percepção de menor suscetibilidade é preditora de sexo sem preservativo<sup>21,22</sup>, mas propõe-na também como uma das razões pelas quais as taxas de IST têm vindo a aumentar<sup>23</sup> e a razão pela qual as pessoas focadas em promoção na sexualidade têm menos intenção de

usar preservativos<sup>47</sup>. Desta forma, se as pessoas percebem maior segurança e confiança com x parceirx sexual, podem igualmente perceber menor suscetibilidade e menos ameaças ou consequências negativas associadas à prática de sexo sem preservativo. Ainda assim, um resultado interessante emergiu da análise ao padrão de correlações. Entre as pessoas que fizeram sexo sem preservativo, o foco em prevenção na sexualidade associou-se positivamente à percepção de segurança com a saúde sexual dx parceirx. Possivelmente, ter um foco em segurança também foi estendido x parceirx sexual. Por contraste, as pessoas focadas em prevenção que usaram preservativos sentiram-se menos seguras com xs parceirxs sexuais, possivelmente evidenciando uma falta de confiança nxs mesmxs. Este resultado mostra que as motivações individuais moldam as percepções sobre parceirxs sexuais e as decisões acerca do sexo seguro. Mostra também que comportamentos passados estão interligados com as motivações e as percepções no presente. É provável que tais motivações e percepções sejam preditoras das intenções para usar preservativos (ou mesmo do comportamento real) no futuro.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Primeiro, os nossos resultados são baseados em dados correlacionais. Sem evidência longitudinal, não é possível tirar conclusões sobre a causalidade das variáveis em estudo. Por exemplo, não nos é possível determinar se o foco em promoção na sexualidade prevê sexo sem preservativo, ou se ter tido recentemente sexo sem preservativo leva a um maior foco em promoção na sexualidade. Ainda que suponhamos que diversas variáveis são preditoras do uso de preservativo mais tarde<sup>20</sup>, alguns autores defendem associações recíprocas. Por exemplo, ter feito sexo sem preservativo anteriormente pode diminuir a percepção de autoeficácia relativa ao uso de preservativo, o que por sua vez pode ser preditora de sexo sem preservativo no futuro<sup>21-27</sup>. Evidências anteriores já demonstraram que o foco em prevenção na sexualidade está associado a intenções mais fortes de usar preservativo no futuro<sup>47</sup>. Ao termos evidência de que a probabilidade de ter feito sexo sem preservativo está associada a variáveis motivacionais atuais, tais como o foco regulatório na sexualidade, os profissionais na área da saúde sexual podem criar estratégias para ativar um foco em prevenção na sexualidade e ajudar a prevenir ocorrências futuras de sexo sem preservativo. Os nossos resultados são baseados em dados individuais e não consideram outras variáveis demográficas ou diádicas que podem desempenhar um papel importante na prática de sexo sem preservativo. O reconhecimento destas limitações pode ser importante para estudos futuros. Por exemplo, estudos futuros poderão incluir variáveis demográficas adicionais que estejam associadas ao uso (in)consistente de preservativo, tais como o estatuto socioeconómico (e.g.,<sup>50</sup>) e a identidade sexual ou de género (e.g.,<sup>51</sup>). Os nossos resultados mostraram também que o sexo sem preservativo não foi determinado pela orientação sexual ou pelo género (apesar de uma tendência a sugerir maior atividade sexual sem preservativo entre



as mulheres). Tal é interessante por si só e acrescenta à literatura sobre as diferenças de género (ou falta delas) no uso do preservativo<sup>19,52,53</sup>. Ainda assim, algunxs investigadorxs argumentam que as diferenças de género na frequência de uso de preservativo resultam de assimetrias de poder na díade<sup>54</sup>, enquanto outrxs sugerem que cada género tem um papel diferente nos comportamentos sexuais seguros, sendo que é mais provável as mulheres negociarem o uso de preservativo<sup>55</sup> e os homens terem as competências necessárias para usar preservativos corretamente<sup>56</sup>. Estudos futuros poderão incorporar estas variáveis para uma compreensão mais detalhada dos papéis de género no comportamento do uso de preservativo. Futuras investigações poderão também beneficiar se adotarem abordagens diádicas para analisar de que forma variáveis individuais (e.g., foco regulatório na sexualidade) interagem com variáveis diádicas (e.g., negociação e comunicação acerca do uso do preservativo) para determinar o sexo sem preservativo.

No presente estudo não incluímos medidas relativas a parceirxs sexuais e ao uso de preservativo, de forma a examinar com mais detalhe a atividade sexual. Estudos futuros deverão procurar incluir questões específicas sobre parceirxs sexuais, incluindo o número de parceirxs sexuais nos últimos três meses, se xs participantes tinham conhecimento prévio acerca dessxs parceirxs, com que frequência fizeram sexo sem preservativo num determinado período de tempo, ou se se recusaram a fazer sexo quando não havia preservativo disponível. Também não questionámos se xs participantes fizeram sexo sem preservativo apenas com umx parceirx regular, ou com parceirxs regulares e casuais. Ainda que os resultados para pessoas solteiras sejam consistentes quando consideramos ambos os tipos de parceirxs<sup>47</sup>, estudos prévios demonstram também que o uso de preservativo pode diferir quando estas estão no processo de se tornarem monogâmicas com umx parceirx regular<sup>57</sup>. Como tal, é possível que o sexo sem preservativo esteja associado à perceção de se estar mais seguro acerca da saúde sexual dx parceirx regular monogâmicx, mas não necessariamente sobre x parceirx regular não-monogâmicx ou x parceirx sexual casual. Estudos futuros poderão analisar esta hipótese.

Em suma, os nossos resultados demonstraram que o sexo sem preservativo resulta de um foco individual na busca de prazer, da falta de controlo sobre o comportamento sexual e da perceção de parceirxs sexuais como mais confiáveis. De um modo geral, estes resultados podem ajudar investigadorxs a melhorar modelos teóricos com o objetivo de prever o uso de preservativo e prevenir a propagação de IST e VIH. Além disso, estes resultados podem informar políticas de cuidados de saúde que visam a sensibilização para o uso do preservativo, bem como auxiliar profissionais de saúde e educadorxs, nomeadamente através do desenvolvimento de mensagens e campanhas de intervenção concordantes com diferentes motivações individuais.

## AGRADECIMENTOS

Parte desta investigação foi financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia através de fundos atribuídos a MPereira (IF/00402/2014), MPrada (LISBOA-01-0145-FEDER-028008) e MVGarrido (PTDC/MHC-PCN/5217/2014).\*

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018. Geneva, CH: World Health Organization; 2018.
2. Newman L, Rowley J, Hoorn SV, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. PLoS ONE. 2015;10:e0143304.
3. Howard H. US STD rates reach record high, CDC says [Internet]. CNN. 2018. Available from: <https://www.cnn.com/2018/08/28/health/std-rates-united-states-2018-bn/index.html>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2017. Atlanta, GA, US: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report for 2016: Syphilis. Stockholm, SE: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report for 2016: Gonorrhoea. Stockholm, SE: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report for 2017: Chlamydia infection. Stockholm, SE: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
8. UNAIDS. Global VIH & AIDS statistics – 2018 fact sheet [Internet]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
9. Centers for Disease Control and Prevention. VIH Surveillance Report, 2017. Atlanta, GA, US: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Report No.: 29.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report for 2017: VIH infection and AIDS. Stockholm, SE: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
11. UNAIDS. 90-90-90: Treatment for all [Internet]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/909090>
12. Serviço Nacional de Saúde. VIH | Portugal alcança metas da OMS [VIH | Portugal reaches OMS' goals] [Internet]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/05/vih-portugal-alcanca-metas-da-oms/>
13. Cohen MS. Successful treatment of VIH eliminates sexual transmission. The Lancet. 2019;393:2366–7.
14. Direcção-Geral da Saúde. Plano de atividades 2018 [Activities report 2018]. Lisboa, PT: Direcção-Geral da Saúde; 2018.
15. UNAIDS. Position statement on condoms and the prevention of VIH, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy [Internet]. Available from: [https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702\\_condoms\\_prevention](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention)
16. Direcção-Geral da Saúde. Atitudes e comportamentos da população portuguesa face ao VIH [Attitudes and behaviors of Portuguese individuals regarding VIH]. Lisboa, PT: Direcção-Geral da Saúde; 2015.
17. Reis M, Ramiro L, Camacho I, Tomé G, Matos MG de. Trends in Portuguese adolescents' sexual behavior from 2002 to 2014: HBSC Portuguese study. Port J Public Health. 2018;36:1–7.

\* Parte deste trabalho foi agora financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia através de fundos atribuídos a DLRodrigues (2020.00523.CEECIND). Agradecemos a colaboração de A. Catarina Carvalho na tradução deste artigo.

18. Matos MG. A saúde dos adolescentes Portugueses após a recessão [Portuguese adolescents' health after the recession]. Lisboa, PT: Aventura Social; 2018.
19. Matos MG, Reis M, Gaspar T, Ramiro L. Vida sem SIDA [Life without AIDS]. Lisboa, PT: Aventura Social; 2018.
20. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2008.
21. Carvalho T, Alvarez M-J, Barz M, Schwarzer R. Preparatory behavior for condom use among heterosexual young men: A longitudinal mediation model. *Health Educ Behav.* 2015;42:92–9.
22. Downing-Matibag TM, Geisinger B. Hooking up and sexual risk taking among college students: A Health Belief Model perspective. *Qual Health Res.* 2009;19:196–209.
23. Alaei K, Paynter CA, Juan S-C, Alaei A. Using preexposure prophylaxis, losing condoms? Preexposure prophylaxis promotion may undermine safe sex. *AIDS.* 2016;30:2753.
24. Bryan A, Kagee A, Broaddus MR. Condom use among South African adolescents: Developing and testing theoretical models of intentions and behavior. *AIDS Behav.* 2006;10:387–97.
25. Devine-Wright H, Abraham C, Onya H, Ramatsea S, Themane M, Aarø LE. Correlates of condom use and condom-use motivation among young South Africans. *J Appl Soc Psychol.* 2015;45:674–83.
26. Asare M. Using the Theory of Planned Behavior to determine the condom use behavior among college students. *Am J Health Stud.* 2015;30:43–50.
27. Eteye-kKwadjo E, Kagee A, Swart H. Does past condom use moderate the future condom use intention-behavior relationship? Results from a Ghanaian sample. *J Psychol.* 2018;152:325–40.
28. Brüll P, Ruitter RAC, Wiers RW, Kok G. Identifying psychosocial variables that predict safer sex intentions in adolescents and young adults. *Front Public Health.* 2016;4:74.
29. Bryan A, Schindeldecker MS, Aiken LS. Sexual self-control and male condom-use outcome beliefs: Predicting heterosexual men's condom-use intentions and behavior. *J Appl Soc Psychol.* 2001;31:1911–38.
30. Rodrigues DL, Prada M, Lopes D. Perceived sexual self-control and condom use with primary and casual sex partners: Age and relationship agreement differences in a Portuguese sample. *Psychol Health.* 2019; Advance Online Publication.
31. Bryan AD, Aiken LS, West SG. Young women's condom use: The influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounter, and perceived susceptibility to common STDs. *Health Psychol.* 1997;16:468–79.
32. Sheeran P, Abraham C, Orbell S. Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 1999;125:90–132.
33. Caspi A, Begg D, Dickson N, Harrington H, Langley J, Moffitt TE, et al. Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73:1052–63.
34. Gailliot MT, Baumeister RF. Self-regulation and sexual restraint: Dispositionally and temporarily poor self-regulatory abilities contribute to failures at restraining sexual behavior. *Pers Soc Psychol Bull.* 2007;33:173–86.
35. Arnold P, Fletcher S, Farrow R. Condom use and psychological sensation seeking by college students. *Sex Relatsh Ther.* 2002;17:355–65.
36. Golub SA, Starks TJ, Payton G, Parsons JT. The critical role of intimacy in the sexual risk behaviors of gay and bisexual men. *AIDS Behav.* 2012;16:626–32.
37. Agnew CR, Harvey SM, VanderDrift LE, Warren J. Relational underpinnings of condom use: Findings from the Project on Partner Dynamics. *Health Psychol.* 2017;36:713–20.
38. Higgins ET. Beyond pleasure and pain. *Am Psychol.* 1997;52:1280–300.
39. Rodrigues DL, Lopes D, Kumashiro M. The “I” in us, or the eye on us? Regulatory focus, commitment and derogation of an attractive alternative person. *PLoS ONE.* 2017;12:e0174350.
40. Rodrigues DL, Huic A, Lopes D, Kumashiro M. Regulatory focus in relationships and conflict resolution strategies. *Personal Individ Differ.* 2019;142:116–21.
41. Aryee S, Hsiung H-H. Regulatory focus and safety outcomes: An examination of the mediating influence of safety behavior. *Saf Sci.* 2016;86:27–35.
42. Rothman AJ, Updegraff JA. Specifying when and how gain-and loss-framed messages motivate healthy behavior: An integrated approach. In: Keren G, editor. *Perspectives on framing.* London, UK: Psychology Press; 2010. p. 257–278.

43. Leder S, Florack A, Keller J. Self-regulation and protective health behaviour: How regulatory focus and anticipated regret are related to vaccination decisions. *Psychol Health*. 2015;30:165–88.
44. Avraham R, Dijk DV, Simon-Tuval T. Regulatory focus and adherence to self-care behaviors among adults with type 2 diabetes. *Psychol Health Med*. 2016;21:696–706.
45. Ferrer RA, Lipkus IM, Cerully JL, McBride CM, Shepperd JA, Klein WMP. Developing a scale to assess health regulatory focus. *Soc Sci Med*. 2017;195:50–60.
46. Fuglestad PT, Rothman AJ, Jeffery RW. The effects of regulatory focus on responding to and avoiding slips in a longitudinal study of smoking cessation. *Basic Appl Soc Psychol*. 2013;35:426–35.
47. Rodrigues DL, Lopes D, Pereira M, Prada M, Garrido MV. Motivations for sexual behavior and intentions to use condoms: Development of the Regulatory Focus in Sexuality (RFS) scale. *Arch Sex Behav*. 2019;48:557–75.
48. Sakaluk JK, Gillath O. The causal effects of relational security and insecurity on condom use attitudes and acquisition behavior. *Arch Sex Behav*. 2016;45:339–52.
49. Prata N, Vahidnia F, Fraser A. Gender and relationship differences in condom use among 15–24-year-olds in Angola. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2005;31:192–9.
50. Davidoff-Gore A, Luke N, Wawire S. Dimensions of poverty and inconsistent condom use among youth in urban Kenya. *AIDS Care*. 2011;23:1282–90.
51. Skakoon-Sparling S, Cramer KM. Are we blinded by desire? Relationship motivation and sexual risk-taking intentions during condom negotiation. *J Sex Res*. 2019;Advance Online Publication.
52. Muñoz-Silva A, Sánchez-García M, Nunes C, Martins A. Gender differences in condom use prediction with Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour: The role of self-efficacy and control. *AIDS Care*. 2007;19:1177–81.
53. Sohn A, Chun SS. Gender differences in sexual behavior and condom-related behaviours and attitudes among Korean youths. *Asia Pac J Public Health*. 2007;19:45–52.
54. Woolf SE, Maisto SA. Gender differences in condom use behavior? The role of power and partner-type. *Sex Roles*. 2008;58:689–701.
55. Carter JA, McNair LD, Corbin WR, Williams M. Gender differences related to heterosexual condom use: The influence of negotiation styles. *J Sex Marital Ther*. 1999;25:217–25.
56. Meekers D, Klein M. Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. 2002;14:62–72.
57. Corbett AM, Dickson-Gómez J, Hilario H, Weeks MR. A little thing called love: Condom use in high-risk primary heterosexual relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009 Dec 1;41:218–24.