

ADRIANO DE BRITO BARBOSA

**Comportamento sexual e conhecimento sobre infecções
sexualmente transmissíveis em homens portugueses**



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Unidade de Ponte de Lima

Ponte de Lima

2012

ADRIANO DE BRITO BARBOSA

**Comportamento sexual e conhecimento sobre infecções
sexualmente transmissíveis em homens portugueses**



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Unidade de Ponte de Lima

Ponte de Lima

2012

ADRIANO DE BRITO BARBOSA

Comportamento sexual e conhecimento sobre infecções
sexualmente transmissíveis em homens portugueses

Atesto a originalidade do trabalho

Trabalho apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciado em Enfermagem

RESUMO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST's) são, a nível mundial, um dos problemas a enfrentar devido às consequências nefastas que acarretam para a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos. Este estudo teve o propósito de identificar o comportamento sexual num período de 12 meses e o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis em homens portugueses. O estudo caracterizou-se por ser exploratório, descritivo, transversal, retrospectivo, de cariz qualitativo, tendo sido desenvolvido através do método do inquérito e suportado pela técnica do questionário, auto-administrado através da internet de Junho a Julho de 2010. Recorreu-se a uma amostra não probabilística, acidental e, por redes, constituída por 468 homens portugueses sexualmente activos, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos.

Os resultados mostraram que a maioria da amostra detinha conhecimentos sobre quais os sinais e sintomas, os meios de contágio das IST's, embora demonstrassem não reconhecer algumas dessas doenças. Os sujeitos identificaram maioritariamente o preservativo masculino (99,4%) como método de protecção face às IST's. A fonte de informação de eleição foi a Internet (80,1%) e nos últimos 12 meses, mais de 50% da amostra teve um parceiro regular, evidenciando-se que um quinto da amostra teve quatro parceiros sexuais ou mais. Em todas as práticas sexuais existiu uma maior propensão do uso do preservativo masculino com parceiros casuais do que com parceiros regulares. Apesar do sexo oral ter sido a prática mais frequente entre a amostra, foi onde se registou a mais baixa utilização do preservativo. A confiança no(a) parceiro(a) sexual foi a principal razão apontada pela inconsistente ou inexistente utilização do preservativo masculino nas diferentes práticas sexuais (73,0%). Um terço da amostra indicou ter tido práticas sexuais sob o efeito de álcool. Estes e outros resultados apontam para uma necessidade de fortalecer a prevenção face às IST's, atender e apoiar cada vez mais a saúde sexual dos homens na qual o enfermeiro terá um papel determinante.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STI's) are, on a world level, one of the problems to be faced due to the devastating consequences they have on sexual and reproductive health. The aim of this study was to identify the sexual behavior in a 12 month period and the knowledge regarding sexually transmitted infections of Portuguese men. The study can be characterized as being exploratory, descriptive, transversal, retrospective, of the qualitative nature, having been developed through the survey method and supported by the questionnaire technique, self-administered through the Internet between June and July 2010. Through non probabilistic, accidental and chain sampling method a sample of 468 Portuguese sexually active men with ages ranging from 18 to 41 years.

The results demonstrated that the majority of the sample detained knowledge about the signs and symptoms, contagion route of STI's, even though they appeared not to recognize some diseases. Those inquired identified mainly the male condom (99,4%) as a method of protection regarding STI's. The preferred source of information was the Internet (80,1%) and in the last 12 months, over 50% of the sample had a regular partner, having one fifth of the sample reported having four or more sexual partners. In all sexual practices there was a greater propensity to the use of male condoms with casual partners comparatively to regular partners. Despite oral sex having been the most frequent practice in the sample, it registered the lowest percentage of use of condoms. Trust in the sexual partner was the main reason appointed for the inconsistent or inexistent use of the male condom in the different sexual practices (73,0%). One third of the sample declared having had sexual practices under the effects of alcohol. These and other results point towards the need to strengthen prevention in what concerns STI's, increasingly attend to and support the sexual health of men in which the nurse will have a determinant role.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa, nomeadamente a todos os professores pela oportunidade de crescimento e aprendizagem, bem como aos profissionais em Enfermagem dos meus diversos ensinamentos clínicos que contribuíram para a minha formação.

Agradeço à minha orientadora Prof. Dra. Laura Nunes, que me guiou no árduo percurso de produzir este trabalho de investigação.

Às professoras Mestre Manuela Pontes e Dra. Priscila Ferreira pela ajuda e sugestões sobre pesquisa científica.

Aos meus amigos Cristiano Ribeiro, Tchilissila Simões, Ana Isabel Machado, Rita Lopes, Daniel Lange e Alice Lopes, assim como à minha colega de curso Soraia Garcia, pela amizade que todos demonstraram e pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho, nos momentos de maior dificuldade.

À minha avó e à minha tia pelo enorme apoio e carinho.

Agradeço ainda, a ajuda da rede ex aequo e de todas as pessoas que compartilharam a divulgação via on-line do estudo.

E por fim, a todos os participantes que contribuíram para a concretização do propósito deste estudo, na qual se dispuseram a responder ao questionário e confiaram em compartilhar dados da sua intimidade.

A todos um sincero,

Muito Obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. PROBLEMÁTICA DE ESTUDO.....	14
1.1.1. Questões de investigação	15
1.2. QUADRO DE REFERÊNCIA	16
1.2.1. Sexualidade Humana.....	16
1.2.2. Comportamento Sexual Humano	19
1.2.2.1. Práticas Sexuais	22
1.2.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	23
1.2.3.1. Perspectiva histórica	23
1.2.3.2. Conceito	25
1.2.3.3. Principais agentes etiológicos.....	26
1.2.3.4. Transmissão	26
1.2.3.5. Manifestações clínicas gerais	28
1.2.4. Risco face às Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	29
1.2.4.1. Álcool e drogas ilícitas	33
1.2.5. Prevenção face às Infecções Sexualmente Transmissíveis	34
1.2.5.1. O papel da Enfermagem	37
1.2.7. Revisão de estudos empíricos sobre comportamento sexual e conhecimento acerca das IST's.....	39
CAPÍTULO II - CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA.....	44
2.1. METODOLOGIA	44
2.1.1. Objectivos de estudo	44
2.1.2. Método	45
2.1.3. Selecção da amostra	45
2.1.3.1. Características da amostra	46
2.1.4. Instrumento de colheita de dados	49
2.1.5. Procedimento.....	50
2.1.6. Considerações Éticas.....	51
2.1.7. Tratamento de dados	52

2.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
2.2.1. Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	53
2.2.2. Comportamento sexual nos últimos 12 meses	56
2.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
2.3.1. Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	63
2.3.2. Comportamento sexual nos últimos 12 meses	66
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	78
Apêndice 1 - Principais Agentes Etiológicos das IST's	79
Apêndice 2 - Recomendações para o uso correcto do preservativo masculino	94
Apêndice 3 - Pedido de participação no estudo via e-mail	97
Apêndice 4 - Consentimento Informado e Instrumento de Colheita de Dados	99

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos dados relativamente às características sócio-demográficas dos indivíduos.....	47
Tabela 2.	Distribuição dos dados relativamente ao nível de escolaridade e estado civil dos indivíduos das várias faixas etárias.....	48
Tabela 3.	Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento sobre IST's dos indivíduos.....	55
Tabela 4.	Distribuição dos dados relativamente ao tipo e número de parceiros sexuais e aos tipos de práticas sexuais dos indivíduos nos últimos 12 meses.....	57
Tabela 5.	Distribuição dos dados relativamente ao uso do preservativo masculino na prática de sexo vaginal, oral e anal com parceiros sexuais regulares e casuais nos últimos 12 meses.....	59
Tabela 6.	Distribuição dos dados relativamente aos motivos da não utilização do preservativo masculino nas práticas sexuais nos últimos 12 meses.....	61
Tabela 7.	Distribuição dos dados relativamente à frequência de práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas pelos indivíduos nos últimos 12 meses.....	62

ABREVIATURAS

- EpS – Educação para a Saúde
- n – Frequência absoluta
- % – Frequência relativa em percentagem
- pág. – página

SIGLAS

- DGS – Direcção-Geral da Saúde
- DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- IST – Infecção Sexualmente Transmissível
- IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida
- VIH – Vírus da imunodeficiência humana

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) são infecções causadas por diversos agentes patogénicos que se transmitem, frequentemente, por contacto sexual e, que na maioria, as pessoas não apresentam manifestações clínicas caracterizadoras de um quadro clínico de doença. As consequências acarretadas pelas IST’s, assim como outros riscos associados à actividade sexual, afectam negativamente a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos, sendo uma das principais preocupações de saúde pública a nível mundial (Azevedo, 2008). Dado o elevado número de pessoas infectadas por IST’s e o aumento da incidência, que se estima em 333 milhões de novos casos por ano em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde, 2005; Pascoal, 2009), torna-se pertinente abordar esta problemática.

Como forma de finalizar também o plano curricular da Licenciatura em Enfermagem, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, efectuou-se o seguinte trabalho de investigação cujo tema é o comportamento sexual e o conhecimento sobre IST’s em homens portugueses. Uma vez que a promoção da saúde e a prevenção da doença na comunidade é um dos objectivos primordiais da enfermagem, a abordagem à problemática das IST’s torna-se essencial para que se adoptem as medidas necessárias para garantir a saúde sexual e reprodutiva das pessoas. As motivações pessoais que conduziram à escolha deste tema residem principalmente no interesse pela abordagem da complexa dimensão da sexualidade humana na qual a sua expressão é resultante da interacção de vários factores, característicos de cada sociedade e, da preocupação pela saúde sexual do indivíduo. De modo que, o objectivo geral foi identificar o conhecimento sobre as IST’s e o comportamento sexual de homens portugueses num período de 12 meses.

Operacionalizou-se um estudo exploratório, descritivo, transversal, retrospectivo, baseado no auto-relato, não experimental, de cariz qualitativo, e submetido a uma contagem frequencial. Com uma amostra constituída por 468 indivíduos através de uma amostragem não probabilística, acidental e, por redes, com os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo masculino, ter nacionalidade portuguesa, tenha tido prática sexual nos últimos 12 meses, ser residente em Portugal e ter idade igual ou superior a 18 anos. Com a auto-aplicação de um questionário pela internet, composto por 28 questões simples e concisas sob a forma de escolha múltipla e dicotómica, do género de questões

fechadas e abertas, entre a segunda quinzena de Junho e a primeira quinzena de Julho de 2010. Submetido anteriormente, a dois períodos de pré-teste que permitiram aferir a fiabilidade do instrumento elaborado para o presente estudo, cumprindo com todos os procedimentos éticos subjacentes.

Dos resultados obtidos, salienta-se o grande conhecimento que a maioria da amostra detinha em relação às IST’s, nomeadamente quanto à sua definição, aos sinais e sintomas característicos, aos modos de transmissão, tendo identificado principalmente o preservativo masculino como método de protecção, embora não reconheceram determinadas doenças causadas pelas IST’s. Relativamente ao comportamento sexual nos últimos 12 meses, a maioria da amostra teve um parceiro regular, porém um quinto teve quatro parceiros sexuais ou mais. A prática de sexo oral foi a mais frequente entre a amostra, seguindo-se a prática de sexo vaginal e do sexo anal. Contudo foi a prática onde se registou a mais baixa utilização do preservativo masculino. Em todas as práticas sexuais existiu uma maior propensão do uso do preservativo masculino com parceiros casuais do que com parceiros regulares. O principal motivo apontado pela inconsistente ou não utilização do preservativo masculino foi a confiança no(a) parceiro(a) sexual. A prática sexual sob o efeito de álcool foi referida por cerca de um terço da amostra.

O trabalho de investigação a seguir apresentado encontra-se organizado em dois capítulos. O Capítulo I, enquadramento teórico, consiste numa revisão literária, na qual se divide em dois subcapítulos: no primeiro, é exposto a problemática de estudo; no segundo, o quadro de referência, com a abordagem conceptual sobre sexualidade humana, comportamento sexual, infecções sexualmente transmissíveis, comportamento de risco e prevenção face às IST’s e, o papel da Enfermagem neste âmbito, bem como a exposição de alguns estudos empíricos. O Capítulo II, referente à contribuição empírica, divide-se em três subcapítulos: no primeiro, a descrição de toda a operacionalização metodológica do estudo; no segundo subcapítulo, a apresentação dos resultados alcançados, e por último, no terceiro subcapítulo, são discutidos os resultados. Finalizando-se com as conclusões e contributo deste trabalho de investigação.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo apresenta a conceptualização que conjectura “(...) uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um tema preciso tendo em vista uma concepção clara e organizada do objecto de estudo” (Freixo, 2009, p. 156). Inicialmente faz-se uma contextualização da problemática de estudo prosseguindo-se com o quadro de referência, onde são abordados os conceitos intrínsecos a este estudo.

1.1. PROBLEMÁTICA DE ESTUDO

As IST’s constituem um dos problemas actuais de saúde pública em Portugal, assim como a nível mundial. Os comportamentos sexuais de maior vulnerabilidade à aquisição/transmissão das IST’s, bem como as suas consequências instituem uma ameaça à saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal (Organização Mundial da Saúde, 2005). As complicações derivadas das IST’s podem resultar em infertilidade, gravidez ectópica, aborto, malformações fetais, doença inflamatória pélvica, morte prematura, cancro do colo do útero, cancro anogenital, perturbações psico-afectivas, bem como a facilitação da propagação e aquisição da infecção do VIH, entre outras (Azevedo, 2008). Acresce-se ainda, o facto de alguns agentes patogénicos transmissíveis sexualmente oferecerem resistência aos antibióticos, o que dificulta o tratamento e a erradicação da difusão dos mesmos (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Foram apontados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 alguns motivos para a actual problemática sobre as IST’s em Portugal, tais como: a ausência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica consistente, assim como o desconhecimento do número de casos reais de IST’s na população; a escassa formação em IST’s a nível dos profissionais de saúde e o insuficiente conhecimento a nível do cidadão; e a falta de articulação entre as várias instituições deste âmbito e da sociedade civil (Direcção-Geral da Saúde, 2004). Segundo dados disponíveis da Direcção-Geral da Saúde (2004) a maior incidência das IST’s se verifica em homens entre os 25 e os 44 anos de idade e na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A saúde sexual como parte da saúde reprodutiva, definida na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1994, é um estado de bem-estar somático, intelectual, emocional e social do ser humano em relação à sua sexualidade, no qual devem ser respeitados, protegidos e cumpridos os direitos sexuais de todas as pessoas. Deve envolver uma abordagem positiva e respeitadora à sexualidade humana e aos relacionamentos sexuais de maneira a enriquecer e contribuir para o desenvolvimento da personalidade, da comunicação e do amor, bem como da possibilidade de ter uma vida sexual prazerosa e segura, livre de coacção, discriminação e violência (Organização Mundial da Saúde, 2006).

Tradicionalmente existe uma preocupação centralizada nas mulheres, secundarizando a atenção sobre as necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva dos homens. No entanto, estes últimos revelam preocupações e problemas de modo que, a perspectiva dos serviços de saúde deve ser cada vez mais centrada nas necessidades de cada indivíduo de modo igualitário e equitativo, ao longo do seu ciclo de vida, com vista à promoção da saúde (Prazeres, 2003; Vicente, 2004). Contudo, é essencial estimular o homem para um papel mais activo e responsável em relação à sua própria saúde sexual e reprodutiva, com a aquisição de conhecimentos e competências, na qual possa também apoiar a mulher (Gama, 2006; Vicente, 2004). A acção dos profissionais de enfermagem neste âmbito torna-se fundamental, visto serem ainda agentes educadores e transmissores de informação junto da comunidade.

Neste sentido, conforme os aspectos anteriormente referidos, torna-se pertinente o desenvolvimento do presente estudo relativo às IST’s, realizado com uma amostra constituída por homens portugueses e, por ser também uma das necessidades apontadas pela Direcção-Geral da Saúde (2004).

1.1.1. Questões de investigação

Na sequência de uma incerteza que se instala no investigador, surge a primeira pergunta (Cummings et al., 2008) que se coloca: Qual o comportamento sexual e o conhecimento sobre IST’s dos homens portugueses?

Partindo desta pergunta inicial, decorreram as subsequentes questões de investigação: Que conhecimentos têm os homens relativamente à sintomatologia e aos modos de disseminação das IST’s?; Qual o conhecimento dos homens sobre a prevenção face às IST’s?; Quais as fontes de informação dos homens acerca das IST’s?; Quantos parceiros sexuais tiveram os homens nos últimos 12 meses?; Qual a frequência do uso do preservativo masculino nas diferentes práticas sexuais?; Qual a frequência de práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas?

Todavia, impõe-se antes uma revisão da literatura, de maneira a analisar e a compreender determinados conceitos implícitos, de seguida expostos.

1.2. QUADRO DE REFERÊNCIA

O quadro de referência é uma estrutura abstracta formada por um ou vários conceitos reunidos em conjunto, devido às relações que têm com o problema de investigação (Fortin, 2009). Desta forma, serão explanados os conceitos sobre a sexualidade humana, assim como a respeito da compreensão do comportamento sexual humano. Seguindo-se a conceptualização das IST’s, com uma breve contextualização histórica, uma descrição dos principais agentes etiológicos, as formas de contágio e as manifestações clínicas gerais. Posteriormente são abordados os comportamentos sexuais de risco e de prevenção face às IST’s, com o destaque do papel da Enfermagem no que concerne à prevenção face a estas infecções e à promoção da saúde sexual. Por fim, são expostos alguns estudos empíricos relativos ao tema.

1.2.1. Sexualidade Humana

A sexualidade humana tem vindo a assumir diferentes expressões ao longo do tempo, devido à mudança de valores que regem uma determinada cultura. Na época Greco-Latina, a sexualidade era encarada de forma natural e prazerosa, conotada de um valor positivo, predominando a liberdade sexual. Contudo, na Idade Média, com a forte influência da igreja cristã, particularmente a católica, emergiu uma repressão a essa liberdade, com a ligação entre a “carne” e o “pecado”, quando fosse praticada antes do casamento e no caso de adultério entre outras práticas. Preceituando a sexualidade, num direito matrimonial com o fim à procriação e em cumprimento da fidelidade (Antunes, 2007). Em Portugal e em outros países, vigorava a valorização da virgindade,

especialmente nas mulheres e, só após o casamento, era lícito o acesso pleno à sexualidade. Os homens pelo contrário eram considerados como seres carecedores de diversidade sexual, tendo uma posição central na sexualidade e um papel viril nas relações (Antunes, 2007). Em finais do século XIX, emergiu uma nova abordagem da sexualidade através da ciência. No qual passou a ser legitimadora da moral sexual, com a perspectiva de várias áreas do saber que se interligam, como a Antropologia, a Psicanálise, a Medicina, entre outras, e focaram uma mesma realidade, reconhecendo a sexualidade como uma condição do ser humano durante todo o seu ciclo de vida (Antunes, 2007; Pascoal, 2009).

De acordo com Pascoal (2009), a Sexologia é um saber científico sobre o âmbito da sexualidade, que assenta em três grandes pilares: *Sexos*, *Sexualidade* e *Erotização*. O pilar *Sexos* reporta-se ao processo de sexuação, pelo qual se vai estruturando e configurando a pessoa sexuada, a nível biológico e psicossocial durante todo o seu ciclo de vida. De maneira, que o indivíduo consiga alcançar um sentimento íntimo de pertença a um dos dois sexos, estruturando a sua identidade de género. Os elementos e as estruturas psicológicas, axiológicas, afectivas, culturais, sociais e espirituais intervêm no desenvolvimento e na configuração do ser sexuada como masculino ou feminino, não se baseando exclusivamente em condicionamentos biológicos (Pascoal, 2009). Tal como Giddens (2001, p. 17) afirma, a “(...) sexualidade é uma construção social, operando em campos de poder e não um mero conjunto de imperativos biológicos que podem ou não encontrar satisfação directa”. Cada sociedade comporta padrões de comportamento e de actuação, que determinam e condicionam a forma como cada sexo se comportará – os papéis de género – atribuídos diferencialmente ao homem e à mulher, de maneira a orientar e a regular as interacções sexuais. No qual a identificação com o papel masculino ou feminino aprende-se por modelos e influências socioculturais desde a infância. Logo, os padrões e as crenças sociais influem no processo de sexuação, assim como o sistema de valores que cada pessoa adota e se propõe a viver com os outros, vão caracterizar a sua condição sexuada. Deste modo, sexo biológico e sexo de género integram-se um com o outro, formando um todo unitário em redor da pessoa sexuada (Pascoal, 2009).

Todo o corpo humano é sexuado nas suas estruturas e funções ao nível genético, hormonal, morfológico e fisiológico para responder a determinados estímulos e desenvolver certas respostas de prazer, de satisfação e de bem-estar (López e Fuertes, 1999; Vieira, 2002). Resultante da natureza e da cultura, o indivíduo necessita de aprender a expressar-se, a relacionar-se e a comunicar com ele e a partir dele, sendo fundamental a pessoa reconhecer, compreender e amar o seu corpo integralmente. No qual esta dimensão, se reporta para o segundo pilar, o da *Sexualidade* (Pascoal, 2009). Como referem López e Fuertes (1999), a sexualidade converge para a busca de afecto, de comunicação, de prazer e de um bem-estar psicofísico, permitindo que o ser humano chegue a formas de comunicação íntimas, do ponto de vista corporal e psíquico. A sexualidade é essencial na formação da identidade global do indivíduo, do auto-conceito, da auto-estima, das competências sociais e do bem-estar físico e emocional. A forma como cada indivíduo se relaciona consigo próprio e com os outros, bem como a intensidade e a qualidade dessas relações interpessoais é influenciada pela sexualidade, estando condicionada a sua expressão, por factores sociais característicos de cada sociedade (Antunes, 2007). Uma visão diferente da concepção tradicional, em que se reduzia a sexualidade à mera genitalidade e à sua expressão coital, desvirtuando a grandeza desta componente humana. O cérebro passa a ser o órgão de maior importância na capacidade de acção sexual do ser humano (Pascoal, 2009).

A sexualidade humana não fica reduzida exclusivamente à procriação como fim primário, tem também uma função satisfatória e erótica. A *Erotização*, o terceiro pilar, é a busca e a vivência de um prazer tão agradável e desconhecido que conduz todo o ser sexuado e sexual a encontrar-se, a aproximar-se e a relacionar-se com outro, não tendo necessariamente como expressão final o coito. Todo o corpo é repleto de imensas zonas erógenas da qual partem as sensações agradáveis que convergem posteriormente à principal zona erógena do ser humano, o cérebro. A troca mútua de contacto físico, como a carícia, o abraço, entre outros tipos de toque, constitui a função e a dinâmica, próprias da erotização humana. A sexualidade define o ser humano, sendo este, portanto, um Ser sexuado, sexual e erótico (Pascoal, 2009).

Sendo assim, de forma relativamente consensual a nível internacional, a sexualidade define-se como

(...) uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções com os outros e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (Organização Mundial da Saúde *cit. in* Pascoal, 2009, p. 21).

Contudo, é impossível afirmar um código universal sobre a sexualidade humana visto ser moldada pela família, pela moral, pela lei, pela relação entre parceiros sexuais, pelo grupo de pares, contextos políticos e culturais, mudanças económicas e sociais (Vilar, 2003), na qual acaba por adquirir contornos, formas e expressões muito íntimas e únicas que se vão definindo ao longo do trajecto de cada ser humano (Milheiro, 2001). Sendo portanto, fortemente determinada pelo processo de socialização de cada indivíduo,

o que somos, pensamos, fantasiámos, desejamos e fazemos ao nível sexual é resultado de um processo contínuo de aprendizagens, interacções e reflexões realizadas em todos os percursos de vida e actividades humanas: o contexto familiar, as relações entre os pares e os contextos sociais (Antunes, 2007, p. 23).

A sexualidade está vinculada à condição humana, integrando a componente somática, psicológica, afectiva, social, cultural, axiológica, espiritual e higiénico-sanitária de um modo harmonioso, potenciando a realização, a comunicação, o prazer e a satisfação de uma vida sexual positiva no Homem (Pascoal, 2009), manifestando particularidades próprias na infância, na adolescência, na fase adulta e na velhice (López e Fuertes, 1999).

1.2.2. Comportamento Sexual Humano

A sexualidade humana é “plástica”, de tal maneira que pode ser satisfeita, reprimida e adiada a sua gratificação, por uma orientação segundo o objecto afectivo-sexual, conduzindo a diferentes formas de comportamento sexual (López e Fuertes, 1999), de acordo com o desenvolvimento etário do indivíduo e a um conjunto de factores, sobretudo socioculturais de uma determinada época (Esteves et al., 2005). Como tal, o comportamento sexual não poderá ser entendido apenas num acto mecânico que visa a satisfação de um instinto (Dias et al., 2002). Segundo López e Fuertes (1999) estão

implícitos estímulos externos ou eróticos, que podem ser pré-programados e adquiridos, bem como processos internos, de ordem afectiva, cognitiva e biológica no indivíduo.

Os estímulos pré-programados consistem na estimulação táctil de zonas erógenas do corpo, olfactiva pela secreção das feromonas, assim como visual de posturas ou comportamentos eróticos, e auditiva. Já os estímulos adquiridos podem ser de diferentes mecanismos, mediante a aprendizagem por condicionamento clássico, ou seja, “(...) determinadas coisas, gestos, situações, (...) são associados à excitação sexual, provocando-a”, ou por aprendizagem operativa, isto é, “(...) comportamentos sexuais que são fonte de prazer, obtidos em consequência de determinados actos, acabam por dar a estes um significado erótico (...)” (López e Fuertes, 1999, p. 15). Os autores referem ainda a aprendizagem por observação, no qual “(...) os indivíduos aprendem também através da observação a distinguir os estímulos sexuais que lhes provocam excitação dos restantes” (López e Fuertes, 1999, p. 15). Sendo atribuído a cada estímulo sexual um significado erótico por cada indivíduo.

No que respeita aos processos afectivos é o desejo, a atracção e o enamoramento que intervêm na expressão dos comportamentos sexuais. O desejo sexual assenta num interesse unicamente instrumental do objecto de satisfação, por sua vez, a atracção sexual pressupõe um interesse explícito pelo objecto, tendo este um valor erótico. O enamoramento envolve um interesse por uma pessoa num todo, um estado de aproximação, de ligação afectiva com uma pessoa. A forma como cada indivíduo vivencia a sua sexualidade através destes processos internos dependerá do significado atribuído aos estímulos sexuais recebidos. Isto é, a propensão para dar respostas emocionais positivas aos estímulos sexuais é designada por erotofilia, enquanto a valorização negativa dos estímulos sexuais é denominada por erotofobia. É evidente a influência da componente afectiva no comportamento sexual, mas outros aspectos poderão condicionar o desejo, a excitação e a satisfação sexual, como o descontentamento, a irritação, as preocupações, que podem inibir a resposta sexual (López e Fuertes, 1999).

Os processos cognitivos, como o desenvolvimento intelectual, a comunicação, a linguagem utilizada no meio onde o indivíduo se insere influenciam o comportamento sexual. As fantasias sexuais que podem estimular ou inibir a excitação sexual,

as crenças que condicionam o significado dos estímulos sexuais e as expectativas desempenham um papel decisivo no comportamento sexual do indivíduo, assim como o juízo moral por parte da sociedade (López e Fuertes, 1999).

Os processos biológicos que integram na sequência do comportamento sexual são o sistema hormonal, o estado de saúde ou doença, a maturidade e a capacidade de resposta de todo o sistema fisiológico sexual (López e Fuertes, 1999). No que se refere à resposta sexual, esta implica uma sequência integrada de eventos fisiológicos, visando a preparação do corpo do indivíduo para o acto sexual, para que este se realize de modo gratificante. Para tal, a relação sexual desenrola-se em quatro fases, que são segundo Dias et al. (2002): a *fase de excitação*, que pode ter uma maior ou menor duração consoante os estímulos físicos e psíquicos e o desejo sexual que antecipam o acto sexual; a *fase de plateau*, em que a excitação sexual atinge um nível estável que se mantém por algum tempo; a *fase orgásmica*, em que a sensação de prazer atinge a intensidade máxima e a *fase de resolução*, em que ocorre um relaxamento generalizado do corpo e se recuperam as condições anteriores à fase de excitação.

O resultado do comportamento sexual, por sua vez influencia toda a sequência que o originou, desde os estímulos eróticos aos processos internos do indivíduo. Se o efeito foi positivo, será provável que esse comportamento se repita, se foi negativo, os estímulos que o provocaram podem perder o seu valor erótico e esse comportamento evitado (López e Fuertes, 1999).

Todos os processos internos, de ordem afectiva, cognitiva e biológica interagem entre si, mediatizando os comportamentos sexuais do indivíduo, de acordo também com os estímulos captados (López e Fuertes, 1999). O comportamento sexual humano será portanto a exteriorização da sexualidade, modelado e regulado por um conjunto de factores e componentes, bem como com a experiência adquirida ao longo do trajecto de vida do indivíduo (Antunes, 2007).

1.2.2.1. Práticas Sexuais

A relação sexual envolve uma interacção íntima entre duas pessoas, ou por vezes mais, de diferentes ou do mesmo sexo biológico, no qual inclui a partilha de expectativas, desejos, sensações, afectos e de experiências. Onde são também exploradas diversas práticas sexuais, como o sexo vaginal, anal e oral, assim como, a masturbação, de maneira a alcançar prazer sexual. Tais práticas podem ser parte integrante de uma interacção sexual, contudo não têm necessariamente de afluir no orgasmo (Nodin, 2002).

A prática de sexo vaginal é referente à penetração do pénis erecto na vagina da mulher, sendo a prática mais clássica e comum entre os sexos opostos (Júnior, 1999). O sexo oral consiste na estimulação de diversas regiões do corpo com o parceiro sexual, através dos lábios ou da língua, com o fim de proporcionar prazer. Quando se refere especificamente, à estimulação dos genitais externos femininos (clitóris e lábios vaginais) designa-se por cunilíngua (do latim *cunnilingus*), à estimulação dos genitais externos masculinos (pénis e escroto) denomina-se por felação (do latim *fellatio*) e à estimulação anal é designada por anilíngua (do latim *anilingus*) (Nodin, 2002). A prática de sexo anal referente à inserção ou à recepção do pénis em erecção no recto, proporciona sensações de prazer, visto o ânus ser uma zona muito sensível à estimulação e por ser uma zona muito irrigada e rica em terminações nervosas (Benasulin et al., 2006). A masturbação, por vezes é a primeira experiência sexual de um indivíduo, “(...) é uma prática sexual individual que tem como objectivo a obtenção de prazer através da estimulação das zonas erógenas do corpo”, bem como uma forma de conhecimento e descoberta do seu próprio corpo. Contudo, na idade adulta, é também uma prática sexual que pode acontecer individualmente ou entre o casal (Benasulin et al., 2006, p. 60).

Esta diversidade de práticas sexuais que levam a uma interacção íntima entre os indivíduos na busca e na partilha de prazer sexual poderá por vezes acarretar consequências indesejáveis para a saúde dos mesmos, derivado das infecções que se transmitem sexualmente. No qual de seguida serão abordadas, e posteriormente, os comportamentos sexuais de maior vulnerabilidade à aquisição/transmissão das IST’s.

1.2.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis

A denominação ao conjunto destas infecções foi mudando ao longo do tempo, por serem percebidas e interpretadas de forma diferente, mediante os contextos históricos e culturais de cada época. Por outro lado, com o aparecimento de novas infecções foi surgindo a necessidade de as destacar e compreender. De seguida, apresenta-se uma breve perspectiva histórica destas infecções.

1.2.3.1. Perspectiva histórica

Diversos microrganismos encontraram no Homem condições favoráveis à própria sobrevivência. Assim, a adaptação do microrganismo ao seu hospedeiro, em condições favoráveis, levou ao eclodir da doença, bem como do respectivo mecanismo de transmissão. Desta forma, determinados microrganismos adaptaram-se às estruturas genitais do Homem, conseguindo propagar-se através de um contacto íntimo e directo, nomeadamente pela relação sexual (Júnior, 1999). Tenório et al. (2005) relatam a existência de doenças transmitidas durante o contacto sexual, descritas em excertos da Bíblia. Segundo Silva e Ribeiro (2008), no Antigo Testamento há alusão aos sintomas da gonorreia, assim como em textos do período da Idade Média, onde há descrições clássicas da sintomatologia dessa mesma doença. Também existia a alusão a lesões de origem sífilítica, em escritos dos povos do Extremo-Oriente e em excertos bíblicos, sendo difícil de distinguir as descrições de uma e de outras ulcerações genitais. A partir do século XV ocorreu uma enorme disseminação da sífilis na Europa, coincidindo com a chegada das expedições de Cristóvão Colombo (Rodrigo e Silva, 2003). Tal como refere Santos (1995), as navegações marítimas foram um factor para pandemia.

No século XVIII, desenvolveu-se o conceito de Doença Venérea, derivada de Vénus, em invocação à deusa romana do amor. Porém, até inícios do século XIX, persistiam dúvidas relativamente à existência de apenas uma única doença ou de várias doenças venéreas, controvérsia que se gerava principalmente em torno da sífilis e da gonorreia. Mais tarde, diferenciaram-se definitivamente essas duas doenças, superando-se assim a teoria unicista das doenças venéreas (Rodrigo e Silva, 2003). Em fins desse mesmo século, com o sucessivo estudo científico sobre esta matéria, estabeleceu-se um grupo de cinco doenças venéreas: a sífilis, a gonorreia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e a donovanose (Esteves et al., 2005; Júnior, 1999; Tenório et al., 2005).

As doenças venéreas foram estigmatizadas devido ao seu modo de transmissão e aos sinais e sintomas localizados na região genital, estando assim conotadas com a promiscuidade sexual e a prostituição (Júnior, 1999). Como salienta Azulay e Azulay (1998, p. 467), existia um problema relacionado com a imagem social das doenças venéreas, e consequentemente, “(...) o doente era encarado, e encarava-se a si próprio, como sendo portador de uma doença vergonhosa, fugindo muitas vezes de um tratamento correcto junto dos médicos ou dos serviços de saúde”. Como explica Santos (1995, p. 165) a esse propósito, a presença

(...) de pus, úlceras vegetativas e lesões deformantes na região genital expressa a sensação de sujeira, infertilidade, incapacidade de manutenção de uma relação sexual, sentimento de “pecado” e de punição por “atos indevidos”.

As afecções estavam marcadas pela vergonha e pela libertinagem, que assim evidenciavam possíveis ligações extraconjugais, no qual esses comportamentos que não pertenciam ao padrão estabelecido como “normal” socialmente tinham uma repercussão pejorativa sobre os indivíduos (Rodrigo e Silva, 2003).

Num período antes da II Guerra Mundial foi descoberta a penicilina por Alexander Fleming (Silva e Ribeiro, 2008) que foi utilizada, assim como as sulfonamidas, no combate aos agentes patogénicos das doenças venéreas e, constatou-se um declínio na incidência dessas doenças. Porém, gerou-se um equívoco da suposta erradicação total daquelas doenças, e a partir de 1960, emerge um recrudescimento e um aparecimento de novas doenças, sendo apontados diversos factores para esse aumento (Santos, 1995). Nomeadamente, a resistência das estirpes bacterianas aos antibióticos e o emergir da manifestação de novos microrganismos – os vírus, tais como o herpes genital, o papilomavírus e o vírus da imunodeficiência humana (Hale, 1999). Em consequência de uma nova diversidade de agentes infecciosos, por circunstância análoga, a Organização Mundial de Saúde em 1975 determina uma nova designação, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST’s) (Esteves et al, 2005).

Azevedo (2008) destaca outros factores, tais como a difusão de métodos anticoncepcionais, fazendo reduzir o medo da gravidez indesejada, e descurar das DST’s; o aumento dos movimentos populacionais como a migração e o turismo; a alteração das condutas sociais, desvalorizando-se a virgindade e expandindo-se

os círculos sexuais; a deterioração das respostas de saúde pública no controlo destas doenças e o aumento da população sexualmente activa, com um maior número de jovens a iniciar a actividade sexual. De facto, Júnior (1999) refere que se verificou, gradualmente, o precoce início da vida sexual, assim como a frequente troca de parceiros sexuais. Afirmando que, o “(...) tabu da virgindade passa a ser substituído pelo tabu da não-*virgindade*”, sendo que os desvios à conduta “normal”, passam-se assumir como normal e a mulher começa a apresentar relacionamentos ocasionais (Júnior, 1999, p. 2).

Acrescenta-se que, com a exploração de outras práticas sexuais além do coito, como o sexo anal e oral, constatou-se a adaptação de uma multiplicidade de agentes patogénicos que se colonizaram em outras áreas que não a genital, verificando-se uma sintomatologia extra-genital e outras novas fontes de transmissão destes microrganismos (Júnior, 1999).

Com a comprovada transmissão acidental e vertical de algumas doenças e dada a existência de portadores sãos e, portanto, transmissores de alguns agentes infecciosos, surgiu a actual designação, de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) preconizada pela Organização Mundial da Saúde (Tenório et al., 2005).

1.2.3.2. Conceito

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) são “(...) infecções provocadas por microrganismos como vírus, bactérias, fungos (...) que se transmitem, frequentemente, através de contactos sexuais desprotegidos [sem a utilização do preservativo], se um dos parceiros já estiver infectado” (Benasulin et al., 2006, p.127). Por isso, Nodin (2002) refere para o facto de um indivíduo mesmo que “pareça ser saudável”, poder ser portador de algum agente infeccioso de uma IST e transmiti-lo aos seus parceiros durante as relações sexuais. Da mesma forma, Azevedo (2008) menciona que muitos dos indivíduos apresentam ausência de manifestações clínicas, caracterizadoras dos quadros clínicos das IST’s, por um período ligeiramente longo. A infecção refere-se à invasão, desenvolvimento e multiplicação do agente infeccioso no organismo do hospedeiro susceptível, enquanto a doença é um dos resultados possíveis da infecção, indicando uma disfunção fisiológica ou reacção patológica (Sy e Long-Marin, 1999). De igual modo, Benasulin et al. (2006, p. 127) referem que uma pessoa

“(…) pode estar infectada, isto é, pode ter entrado em contacto com o agente infeccioso, mas ainda não ter desenvolvido sinais e sintomas da doença”. O período referente ao intervalo de tempo, desde a penetração do agente infeccioso no organismo do hospedeiro até ao aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença, designa-se por período de incubação (Sy e Long-Marin, 1999). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), existem mais de 30 agentes patogénicos transmissíveis por via sexual, de origem bacteriana, vírica, protozoária, fúngica e parasitária.

1.2.3.3. Principais agentes etiológicos

Dos mais de trinta, os principais agentes etiológicos das IST’s que mais comumente se transmitem por via sexual, de origem bacteriana são: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum*. Os de origem vírica serão: Vírus da imunodeficiência humana, Vírus do herpes simplex do tipo 2 e do tipo 1, Papilomavírus humano, Vírus da hepatite B, Citomegalovírus, Vírus do molluscum contagiosum e Herpes vírus humano tipo 8; de origem protozoária é a *Trichomonas vaginalis*; de origem fúngica é a *Candida albicans* e de origem parasitária, *Phthirus pubis* e *Sarcoptes scabiei* (Organização Mundial da Saúde, 2007). De forma, a conhecer e a compreender especificamente estes agentes etiológicos foi elaborado um documento (em Apêndice 1, pág. 79) com a descrição, da fisiopatologia, das manifestações clínicas e complicações dos agentes infecciosos de maior relevo, pela elevada prevalência a nível mundial.

Atente-se que as IST’s podem ser transmitidas durante as relações sexuais, nomeadamente pelo contacto íntimo com a área genital, oral ou anal, independentemente de serem relações heterossexuais ou homossexuais (Phipps e Adams-Davis, 2003).

1.2.3.4. Transmissão

Alguns agentes etiológicos das IST’s podem propagar-se por vias não sexuais, não sendo portanto exclusivamente de transmissão sexual. Podendo-se transmitir de pais para filhos, a designada “transmissão vertical”, por via esperma, *in útero*, durante a gravidez ou no parto, ou então durante o aleitamento materno, como é o caso do VIH

e do *Treponema pallidum* (Organização Mundial da Saúde, 2007; Sy e Long-Marin, 1999). Pode ainda verificar-se a transmissão acidental, através de transfusões de sangue e seus derivados ou de tecidos corporais infectados (Organização Mundial da Saúde, 2007), ou então ainda através da partilha de utensílios de consumo de drogas injectáveis e de objectos perfurocortantes contaminados (Santos, 1995). Relativamente, à disseminação das IST’s, pessoa a pessoa, através do contacto sexual directo, é designada “transmissão horizontal” (Sy e Long-Marin, 1999).

A propagação das IST’s depende da interacção bem sucedida entre o agente infeccioso, o hospedeiro e o meio ambiente. Estes três factores são denominados por tríade epidemiológica (Sy e Long-Marin, 1999). A persistência da transmissão de um agente infeccioso numa população humana requer que esse agente infecte um hospedeiro “(...) que é capaz de transmitir a infecção a outro hospedeiro susceptível, que por sua vez seja capaz também de transmiti-la” (Adimora et al., 1998, p. 14). Porém, a “(...) exposição a um agente infeccioso nem sempre leva à infecção” como também “(...) a infecção nem sempre leva à doença”, devido a alguns factores, como a infecciosidade do agente patogénico, a dose de infectante e a imunidade do hospedeiro (Sy e Long-Marin, 1999, p. 830). Segundo Pombo (2003) refere a importância de alguns factores para a possibilidade de se contrair uma IST, como a duração média do período de contágio, a eficácia da transmissão do agente causal que, por sua vez, está relacionada com o tipo de prática sexual, a patogenicidade do agente, o volume de inóculo e a susceptibilidade do hospedeiro.

Nodin (2002, p. 75) menciona que, de acordo com o agente infeccioso, as IST’s encontram-se principalmente presentes nos fluidos corporais como, o sangue, o esperma, as secreções vaginais, sendo que a sua transmissão apenas decorrerá “(...) através da penetração vaginal ou anal e do sexo oral (...)”, podendo também ser durante os preliminares do coito. Segundo Sy e Long-Marin (1999), referem que as estruturas anatómicas como o pénis, a vagina, o recto, a boca e a garganta, por serem húmidas e mornas, apresentam as características ideais para a adaptação e o desenvolvimento desses agentes infecciosos, e para a posterior disseminação. Desta forma, o modo de propagação destas infecções ocorre através da prática de sexo vaginal, anal ou oral entre um parceiro infectado com um parceiro susceptível, acrescido ainda, se não houver a utilização de um preservativo, de maneira a evitar o contacto

directo do líquido pré-ejaculatório ou do sémen ou das secreções vaginais com as mucosas da vagina, da boca ou do ânus, ou até de algumas lesões corporais (Alvarez, 2005).

1.2.3.5. Manifestações clínicas gerais

Como já foi referido anteriormente, um indivíduo pode estar infectado com uma IST’s sem sequer manifestar qualquer sintomatologia. Contudo, quando este padece já da doença, de acordo com Benasulin et al. (2006, p. 128), os sinais e sintomas que se podem evidenciar são

(...) o corrimento vaginal anormal, frequentemente com mau cheiro, ou corrimento uretral, presença de vermelhidão, bolhas, verrugas ou vesículas nos órgãos genitais ou à sua volta, dor ao urinar, febre, sensação de dor ou queimadura nas relações sexuais [dispareunia].

Nodin (2002, p. 75), refere que a sintomatologia mais habitual, é ”(...) corrimentos (líquidos estranhos que saem pela uretra ou pela vagina), ardores ou comichões, feridas ou pequenos nódulos na zona dos órgãos sexuais ou do ânus”. Porém, cada agente infeccioso determina um tipo de quadro clínico, sendo que na maioria podem “(...) causar uma combinação de diarreia, febre, náuseas e vômitos, dor abdominal e icterícia”, especificamente, no homem, é comum a presença de dor no pénis mesmo durante a erecção (Tavira e Atouguia, 2006, p. 23).

Aquando da manifestação de alguns destes sinais e sintomas pelo indivíduo, a procura por um atendimento médico deve ser primordial para se estabelecer um correcto diagnóstico e iniciar o tratamento mais adequado (Deliberato, 2002). Contudo, apesar das IST’s originarem diversas doenças no Homem, quando não são tratadas, conduzem a sintomas agudos, infecções crónicas e graves consequências ao longo do tempo, como a infertilidade, gravidez ectópica, neoplasia genital, especialmente o cancro do colo uterino e, a morte prematura de crianças e adultos, entre outras (Organização Mundial da Saúde, 2007).

1.2.4. Risco face às Infecções Sexualmente Transmissíveis

Risco é entendido epidemiologicamente como a probabilidade de ocorrência de uma doença ou de um prejuízo à saúde, em um grupo ou população durante um determinado período de tempo (Almeida Filho e Rouquayrol, 2006). A dinâmica da transmissão das IST’s numa população humana pressupõe um conjunto de variáveis que são estabelecidas como factores ou indicadores de risco em contrair/transmitir uma IST. Segundo Adimora et al. (1998), os factores de risco referem-se à probabilidade de cruzamento com um parceiro sexual infectado, ou na probabilidade de infecção em caso de exposição sexual, como já foi referido anteriormente por Pombo (2003). Porém, os indicadores de risco estão indirectamente relacionados com a exposição de risco face às IST’s, são atributos inevitáveis fora da possibilidade de controlo como por exemplo, algumas variáveis sociodemográficas (Adimora et al., 1998). Segundo Ayres et al. (2003) a análise de situações de risco compreende um estudo de probabilidades, em que a associação entre variáveis vai predizer comportamentos de risco para a infecção. Referem ainda, que a análise da vulnerabilidade se baseia em delinear o potencial de adoecimento do indivíduo, em função de um conjunto de circunstâncias individuais, culturais, sociais, políticas e económicas.

Os comportamentos sexuais são variáveis e estão relacionados directamente com a probabilidade de exposição às IST’s. Contudo, os factores de risco são potenciadores de tal exposição, bem como os factores co-adjuvantes para a infecção. Os comportamentos diminutos em cuidados com a saúde são também, factores que contribuem para contrair uma IST como para o desenvolvimento de complicações após a infecção (Adimora et al., 1998).

Na conduta sexual incluem-se variados aspectos tais como, a idade de iniciação sexual, a experiência sexual, o tipo de práticas sexuais, a frequência das relações sexuais, o número de parceiros, o modo de aceder a parceiros sexuais, a durabilidade e a estabilidade das uniões sexuais. O risco de exposição às IST’s é determinado pela disposição conjunta destas variáveis numa população (Adimora et al., 1998).

De acordo com Tavira e Atougua (2006, p. 19), os indivíduos que têm uma probabilidade relativamente alta de serem infectados e de transmitirem as IST’s a novos parceiros sexuais, são denominados por “transmissores de alta frequência”,

que se caracterizam pelo seu “(...) alto índice de mudança de parceiros sexuais e por pertencerem a populações urbanas ou suburbanas de baixo índice socio-económico, com pouco acesso a cuidados de saúde”. A não detecção destes indivíduos e dos seus parceiros sexuais conduz a ciclos de reinfeção sequencial e múltipla, estendendo-se a infecção ao grupo de indivíduos com comportamentos semelhantes e por contactos comuns. Os indivíduos que têm uma probabilidade elevada de contrair IST’s, mas com uma viabilidade relativamente baixa de infectar outros são denominados por “receptores”, visto que têm um reduzido número de parceiros sexuais. Desta forma, a escolha dos parceiros de maneira aleatória aumenta a possibilidade de contacto sexual com indivíduos pertencentes ao grupo dos “transmissores de alta frequência” e, portanto, conduz a uma maior exposição às IST’s.

Como principais factores de risco de exposição sexual em contrair/transmitir IST’s encontra-se o elevado número de parceiros sexuais, a constante mudança de parceiros sexuais, o contacto sexual casual com parceiros e as relações sexuais com múltiplos parceiros sem a utilização de preservativos (Adimora et al., 1998; Suplicy, 1999; Tenório et al., 2005). A frequente mudança de parceiros sexuais é considerada um factor favorecedor para transmissão das IST’s, visto que todos os indivíduos estão potencialmente expostos a um contágio em cadeia (Hale, 1999; Nodin, 2002; Pombo, 2003). Uma constatação cada vez mais recorrente é o início precoce da actividade sexual (Tenório et al., 2005). A relação entre os indicadores de risco, como a idade e o estado civil, pode influenciar directamente a susceptibilidade do hospedeiro. De acordo com Pombo (2003), os jovens solteiros e os indivíduos solitários têm maior propensão a procurar relações sexuais casuais, o que conduz a um contacto com diferentes parceiros, logo, existe um maior risco de exposição sexual a essas infecções. Epidemiologicamente os jovens de países desenvolvidos apresentam uma elevada prevalência de IST’s devido à imaturidade biológica ser mais susceptível a estas infecções (Azevedo, 2008). Azevedo (2008) e Tenório et al. (2005) apontam que a alta frequência de novos parceiros sexuais, a concomitância de diversos parceiros sexuais ou então, as relações monogâmicas sucessivas e de curta duração, típica dos jovens, se deve à personalidade desafiadora e inconsequente entre eles, de que resulta uma reduzida percepção de risco.

O risco de infecciosidade difere consoante o tipo de prática sexual, com um parceiro portador de uma IST, sem a utilização de preservativo masculino ou feminino. Segundo Alvarez (2005) menciona um risco acrescido de infecciosidade nas relações sexuais receptivas, em que o indivíduo tem o papel de ser penetrado com o órgão sexual do parceiro, do que nas relações sexuais insertivas, no qual o indivíduo insere o órgão sexual no parceiro sexual. Serfaty (2005, p. 335) afirma que “(...) todas as relações sexuais que incluam uma penetração vaginal, anal ou oral comportam riscos”. Todavia, menciona que a prática de sexo anal comporta um maior risco em contrair uma IST, do que a prática de sexo oral ou vaginal. Assim como, referem Benasulin et al. (2006, p. 63) que a “(...) penetração anal sem preservativo é a prática sexual de maior risco de contrair infecções, nomeadamente a infecção pelo VIH”, isto porque a mucosa anal não está fisiologicamente adaptada ao acto sexual. Por conseguinte, não possui lubrificação própria e nem tem uma fácil consistência elástica, ao contrário da mucosa vaginal. Logo, é mais frágil e susceptível a ocorrer fissuras e perdas sanguíneas, possibilitando o meio de transmissão das infecções (Pombo, 2003). A prática de sexo oral sem a utilização de preservativo é também um comportamento de risco. Apesar de a saliva ser insuficiente transmissora do VIH, na cavidade oral podem existir feridas que, em contacto com os fluidos corporais de uma pessoa portadora de uma IST, proporcionam uma “porta de entrada” a esses agentes infecciosos (Benasulin et al., 2006), especialmente na presença de herpes labial, de gengivite ou de outra lesão oral (Suplicy, 1999). A prática da masturbação mútua pode acarretar algum risco quando existem lesões nos órgãos genitais ou noutras superfícies corporais (Serfaty, 2005).

Como se pode reconhecer, determinadas práticas sexuais são mais susceptíveis de resultar em exposição e transmissão de IST’s. Contudo, a probabilidade de infecção, na sequência do envolvimento numa determinada prática sexual, dependerá sempre de um conjunto de factores (Alvarez, 2005).

Um outro factor de risco é o sinergismo epidemiológico do VIH com outras IST’s. Segundo Organização Mundial da Saúde (2007), uma infecção transmitida sexualmente que leva à manifestação de uma úlcera genital, quando não tratada, aumenta a susceptibilidade do indivíduo em contrair VIH durante uma relação sexual desprovida do uso de preservativo. A acção do VIH sobre o sistema imunitário do indivíduo predispõe à aquisição ou à dificuldade do tratamento de outras infecções adquiridas

(Tenório et al., 2005), particularmente no caso do herpes genital, do papilomavírus humano e do cancroíde (Adimora et al., 1998). Segundo Alvarez (2005, p. 49) a “(...) presença de IST aumenta 3 a 5 vezes a probabilidade de adquirir HIV através de contacto sexual”. Afirma ainda que a carga vírica de um indivíduo portador do VIH aumenta com a presença de outra IST, sendo portanto imprescindível o tratamento e a utilização de preservativo nas práticas sexuais.

Relativamente ao uso de espermicidas com *nonoxinol 9* nas relações sexuais como forma de diminuir o risco de infecção pelo VIH entre outros agentes patogénicos, os estudos com amostras de indivíduos do sexo feminino evidenciaram irritação concomitante da mucosa vaginal, anal e infecções do trato urinário. Foi também constatado o aumento da probabilidade de lesões do epitélio. Portanto, a utilização de microbicidas pode aumentar a probabilidade de infecção pelo VIH (Campos *cit. in* Alvarez, 2005).

A ausência de cuidados do indivíduo são também factores de risco, como a falta de cuidados de higiene, a não utilização do preservativo como forma de prevenção, a consulta tardia para o diagnóstico e tratamento e o não cumprimento da terapêutica, a par da não comunicação e encaminhamento dos parceiros sexuais (Adimora et al., 1998).

De acordo com o que foi descrito anteriormente, o comportamento sexual dos indivíduos determina a exposição às IST’s. Como mencionam Carballo e Martínez (2007), a base dos comportamentais sexuais de risco apoia-se geralmente nas atitudes e nos valores culturais sobre a sexualidade, a forma como é compreendido os papéis de género e o conceito de sexo, amor, bem como a falta de informação ou a presença de uma informação distorcida ou imprecisa sobre estes conceitos e estas infecções. Do mesmo modo Sterpellone (2005) afirma que o desconhecimento ou o errado conhecimento sobre a temática das IST’s, por parte dos indivíduos, especialmente em jovens entre os 18 e os 24 anos de idade, é um dos principais factores da disseminação destas infecções. Tenório et al. (2005) explica que a carente informação junto dos jovens se deve à falta de diálogo ou à incapacidade dos pais ou dos professores em comunicar esta temática.

Além dos factores de risco, acrescentem-se os modificadores de risco, como o consumo de álcool e de drogas ilícitas, visto que produzem modificação situacional do comportamento sexual ou das condutas de cuidados com a saúde (Adimora et al., 1998). Assim, segundo Tenório et al. (2005), estas condutas aditivas são um dos factores importantes nesta cadeia de transmissão.

1.2.4.1. Álcool e drogas ilícitas

O consumo de álcool e de substâncias psicoactivas propicia a exteriorização de condutas ou situações de risco a todos os níveis (Nunes e Jólluskin, 2010), inclusive a nível sexual, favorecendo comportamentos sexuais de maior vulnerabilidade à aquisição/transmissão das IST’s entre os indivíduos. O consumidor, limitado pelo seu estado de intoxicação e pelo seu próprio estilo de vida, fica empobrecido nas suas capacidades físicas, mentais e sociais, negligenciando a sua saúde e secundarizando a própria protecção (Nunes, 2009).

Segundo Lomba et al. (2008) a frequência dos espaços recreativos nocturnos, por jovens e adultos, visa a busca de um estado ideal de diversão, que para muitos, se associa ao consumo de substâncias psicoactivas como elemento coadjuvante da música e da dança. Estas substâncias são sobretudo estimulantes (Lomba et al., 2008), com efeitos no indivíduo que desencadeiam a desinibição e a euforia, o aumento da intimidade e a facilidade de sociabilidade (Carballo e Martínez, 2007; Lomba et al., 2008). O consumo de álcool, assim como da *cannabis*, da cocaína, do *ecstasy*, das anfetaminas, do nitrato de amilo (*poppers*), do Gama-Hidroxybutyrate (GHB ou *Ecstasy* líquido) e de outras, têm também um efeito sobre o desejo sexual, de modo que podem estimular a prática sexual (Lomba et al., 2008).

Contudo, favorecem alteração da percepção de risco das situações, e portanto propicia comportamentos de risco. Como afirma Pombo (2003, p. 259), a “(...) não valorização do uso do preservativo, o alcoolismo e o consumo de drogas obnubilantes, facilitam comportamentos mais desinibidos em relação à sexualidade”. Os jovens frequentadores de espaços recreativos possuem um factor de risco contextual acrescido para a adopção de comportamentos de risco, com é o caso da prática sexual sem a utilização de preservativo ou da incorrecta utilização do mesmo (Benasulin et al., 2006; Calafat et al., 2001).

De tal forma, que o consumo destas substâncias aditivas com a resolução de comportamentos de risco representam um factor na disseminação das IST’s, referindo Pombo (2003) que o fornecimento de informação e apoio aos indivíduos diminuiria, significativamente, os comportamentos que mantém expostos a circunstâncias de risco.

1.2.5. Prevenção face às Infecções Sexualmente Transmissíveis

A resposta mais eficaz para controlar a transmissão destas infecções começa com a prevenção, promovendo a mudança de comportamentos e a adopção de atitudes mais preventivas para com a saúde sexual (Organização Mundial da Saúde, 2007). Silva e Ribeiro (2008) referem que o défice de consciencialização e de conhecimentos sobre as IST’s, designadamente, sobre a sintomatologia e as formas de transmissão, coadjuvam à detecção tardia e à propagação dessas infecções pelos indivíduos. Porém, Cruz (1999) refere que a aquisição de mais informação não determina necessariamente, mudança dos comportamentos de risco nos indivíduos, mas mais as reacções cognitivas e emocionais à informação captada, que pode gerar a mudança de atitudes e conseqüentemente dos comportamentos.

Para a modificação de comportamentos sexuais de risco de um determinado grupo de indivíduos, as actividades de acção preventiva devem ser planeadas de acordo com a situação, as vulnerabilidades e as necessidades específicas dos destinatários. Elegendo uma forma de comunicação eficaz e eficiente, com a emissão de mensagens e abordagens adequadas, tendo em conta a linguagem, o conteúdo das mensagens, de acordo com os aspectos culturais e de género. De modo a incrementar conhecimentos, estimular o diálogo, a capacidade de comunicação e de negociação entre os parceiros sexuais, reduzir a estigmatização, a discriminação e promover a mudança de atitudes, atenção e apoio ao grupo destinatário (Organização Mundial da Saúde, 2007).

As estratégias para a redução do risco de exposição sexual aos agentes patogénicos das IST’s envolvem: o aconselhamento dos indivíduos sobre a vulnerabilidade de contrair uma infecção nas diferentes práticas sexuais, bem como a capacidade de negociação com os seus parceiros de limites sexuais, de modo a conseguirem adoptar práticas

sexuais seguras¹; a sensibilização para o uso correcto e sistemático dos preservativos masculinos e femininos nas várias práticas sexuais (Adimora et al., 1998); o incentivo ao início tardio da vida sexual, à monogamia ou à redução do número de parceiros sexuais (Organização Mundial da Saúde, 2007). Todavia, os serviços de saúde devem assegurar um atendimento eficiente de modo a garantir aconselhamento, detecção dos indivíduos assintomáticos e, diagnóstico e tratamento precoce e eficaz. Sterpellone (2005) refere alguns comportamentos e atitudes preventivas como a privação de relações sexuais com um parceiro casual, com parceiros sexuais que apresentem manifestações clínicas típicas de uma IST, como aquando de um tratamento a uma IST, com a notificação do(s) parceiro(s) sexuais para posterior vigilância e, os modos de selecção dos parceiros sexuais. Os cuidados de higiene e a vigilância da zona genital, anal e oral são também uma das atitudes preventivas face às IST’s. Contudo, como referem Hale (1999) e Pombo (2003), o único método seguro e eficaz de não contrair uma IST é a abstinência sexual.

De forma a evitar a transmissão das IST’s, Silva e Ribeiro (2008) e Nodin (2002) advertem para, a minimização do número de parceiros sexuais e para a utilização de preservativos em toda a prática sexual. Com a utilização de um novo preservativo para a prática de sexo anal, oral e vaginal (Berdún, 2002). O preservativo masculino constitui um método cientificamente reconhecido como capaz de proteger contra as IST’s, actuando como uma barreira protectora das mucosas ano-genitais, e física impedindo a troca de fluidos durante o acto sexual, quando usado de forma correcta e sistemática (Terki e Malhotra, 2008; Gama, 2006; Pombo, 2003; Organização Mundial da Saúde, 2004). Contudo, a protecção oferecida pelo preservativo não é uniforme caso haja a presença de úlceras na região genital no indivíduo e, estas não forem revestidas (Organização Mundial da Saúde, 2004). As recomendações necessárias para uma correcta utilização do preservativo masculino dispõem-se no documento elaborado em Apêndice 2 (pág. 94).

Apesar da grande eficácia deste método, alguns homens demonstram dificuldade em aderir ao preservativo masculino. Almeida e Vilar (2008) entrevistaram 86 indivíduos portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, de várias regiões

¹ As práticas de sexo seguro consideram-se os comportamentos sexuais que: não envolvem contacto entre fluidos vaginal e/ou de sémen entre os parceiros; interacções sexuais (sexo vaginal e/ou anal e/ou oral) protegidas por preservativo; interacções sexuais entre parceiros com um estado serológico negativo e concordante face ao VIH (Alvarez, 2005).

de Portugal. O estudo de natureza exploratória e qualitativa foi realizado, entre 2003 e 2005, com o objectivo de descrever os conhecimentos, representações e práticas masculinas em relação à contraceção. Foram apontados pelos participantes aspectos negativos quanto ao uso do preservativo masculino, como a diminuição do prazer sexual, a intromissão incómoda que tem no acto sexual, a rejeição por parte da parceira e características desagradáveis como, o cheiro, a alergia ao látex, entre outros. Poucos homens referiram o facto de o preservativo ser uma medida de protecção contra as IST’s. Verificou-se ainda, que a utilização do preservativo quase sempre estava relacionada com situações como, relações casuais ou extra-conjugais ou numa fase inicial de uma relação estável, sendo posteriormente, delegada a responsabilidade da contraceção na companheira. Gama (2006) também refere que alguns homens não utilizam o preservativo por diminuir o prazer sexual, diminuir a sensibilidade peniana e pela reacção alérgica ao preservativo de látex. Silva e Ribeiro (2008) apontam que um dos motivos da incorrecta utilização do preservativo masculino de muitos homens nas práticas sexuais se deve à colocação tardia após a erecção do pénis. Sendo que as secreções precedentes à ejaculação também podem conter agentes infecciosos (IST’s). Vicente e Lopes (1999) mencionam outros motivos como o desconhecimento dos cuidados na abertura do invólucro do preservativo, do tipo de lubrificantes apropriados, da actuação em caso de rotura, e também, a inconsistente utilização do preservativo.

Segundo Prazeres (2003), estudos efectuados em várias localidades de Portugal indicam que os adolescentes e os adultos jovens utilizam ainda o preservativo de forma inconsistente, variando o seu uso conforme o tipo de relacionamento sexual, apesar de verificar um aumento da sua utilização.

A estratégia mais importante para o controlo da disseminação das IST’s na população é através da prevenção educativa (Terki e Malhotra, 2008). Com programas ou campanhas que promovam a aquisição de conhecimentos, o processo de tomada de decisão e consciencialização das situações e dos comportamentos de maior vulnerabilidade, por forma a gerar mudança de atitudes e de comportamentos mais responsáveis pelos indivíduos para com a sua saúde sexual (Cruz, 1999).

1.2.5.1. O papel da Enfermagem

A enfermagem comunitária é um serviço centrado na prestação de cuidados a indivíduos/famílias/grupos, com a identificação das necessidades em termos de saúde, com o posterior desenvolvimento de estratégias para prevenir a doença e promover estilos de vida mais saudáveis, actuando em conjunto com outros profissionais (Carvalho, 2006). O enfermeiro comunitário pelas suas funções de conselheiro, de educador, de gestor de casos e de prestador de cuidados primários e, também, secundários a indivíduos/famílias/grupos (Lancaster, 1999), confere-lhe um papel de agente facilitador de mudança de atitudes e comportamentos (Carvalho, 2006).

O papel da enfermagem comunitária relativamente à prevenção e ao controlo das IST’s consiste em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem por finalidade prevenir a doença em indivíduos, famílias e grupos saudáveis através da detecção de comportamentos de risco e a correspondente intervenção para a modificação desses mesmos (Hale, 1999; Sy e Long-Marin, 1999). Informar e esclarecer dúvidas sobre as IST’s é fundamental para o combate a conceitos imprecisos (Santos, 1995), no qual passa essencialmente pelo envolvimento activo de profissionais de saúde em programas educativos de acção preventiva (Phipps e Adams-Davis, 2003). A prevenção secundária consiste em reduzir a prevalência da doença ou diminuir a morbilidade, e acção de programas de controlo com o objectivo de identificar focos de infecção/doença na população (Phipps e Adams-Davis, 2003). A vigilância epidemiológica das IST’s procede na identificação dos indivíduos fonte de contaminação, com o posterior aconselhamento e indicação médica, e na notificação do número de casos existentes (Hale, 1999). A prevenção terciária consiste em limitar a progressão da doença, reduzir as complicações, sequelas, incapacidades derivadas da doença, prevenindo recorrências, promovendo o tratamento e se necessário, a reabilitação física e mental do indivíduo, e controlar a propagação da infecção (Sy e Long-Marin, 1999). Garantir o auxílio, e se necessário, um suporte psicossocial para os indivíduos portadores de IST’s virais, bem como apoiar os familiares do doente, para que a mesma saiba lidar com a doença, nomeadamente nos casos de SIDA (Hale, 1999).

O défice de conhecimento e de consciencialização dos indivíduos, relativamente às IST’s, contribui em grande parte para a disseminação destas infecções (Silva e Ribeiro, 2008). O desenvolvimento de programas preventivos face às IST’s é uma das estratégias essenciais para informar e educar os indivíduos (Pombo, 2003) de modo a adoptarem atitudes e comportamentos mais preventivos e a conseguirem comunicar/negociar melhor nos seus relacionamentos sexuais (Cruz, 1999). A Educação para a Saúde (EpS) é um dos elementos chave, visto ser

(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones e Tilford *cit. in* Carvalho, 2006, p. 25).

Segundo Brêtas et al. (2006), a Educação para a Saúde na prevenção e controle da difusão das IST’s tem o objectivo de sensibilizar, um determinado grupo destinatário, para a percepção de comportamentos sexuais de risco e gerar modificações comportamentais efectivas. Para tal, impõe-se uma escuta activa dos indivíduos, uma identificação das suas convicções acerca da saúde, em desenvolver uma relação de ajuda, com o interesse pelo bem-estar dos indivíduos, em cooperar com os mesmos na aprendizagem da tomada de decisões e ajudando-os a tornar claras as opções à disposição. No qual deve ser tido em conta as influências sociais e os obstáculos à saúde e, o delineamento de estratégias de maneira a apoiar os indivíduos para que possam responder aos desafios e às dificuldades encontradas. Esta actividade educativa pode ser colectiva ou individualizada e, desenvolvida em locais como instituições de saúde, escolas, estabelecimentos sociais, entre outros. Como tal, o enfermeiro para ministrar esta actividade com sucesso requer uma atitude disciplinada e um desenvolvimento da capacidade de comunicação e de ensino (Lash *cit. in* Carvalho, 2006).

A consulta de enfermagem também é uma outra forma de abordagem, mais individualizada, perante a suspeita de uma IST, em que consiste na recolha de um conjunto de dados da história sexual do utente (Hale, 1999; Pombo, 2003), no aconselhamento e ensino de acordo com as necessidades detectadas pelo enfermeiro, implicando uma sensibilidade na condução e na comunicação de toda a consulta, e na orientação se necessário, para um atendimento médico (Hale, 1999).

A Enfermagem tem um papel chave no processo de desenvolvimento da comunidade, contribuindo para os ganhos em saúde (Carvalho, 2006), o que torna mais uma vez pertinente a investigação a respeito deste tema.

Após esta conceptualização, apresentam-se de seguida alguns estudos realizados no âmbito do comportamento sexual e do conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis.

1.2.7. Revisão de estudos empíricos sobre comportamento sexual e conhecimento acerca das IST’s

Foi realizada uma análise de quatro estudos empíricos efectuados com amostras constituídas por jovens estudantes de ambos os sexos. Contudo, vão apresentar-se apenas, os dados relativos aos indivíduos do sexo masculino, visto que o presente estudo se destina a investigar este tipo de população.

Hoque e Ghuman (2011) realizaram um estudo descritivo, transversal, em Umlazi na cidade de Durban, África do Sul, em 2009, com uma amostra de 752 estudantes da Universidade Tecnológica de Mangosuthu, dos quais 391 eram do sexo feminino (52%) e 361 do sexo masculino (48%). Os indivíduos tinham uma média de idades 21,75 anos e 96,4% da amostra eram solteiros. Com o objectivo de identificar o comportamento sexual e o conhecimento sobre IST’s através de um questionário auto-aplicado, com questões sobre o perfil comportamental, comportamento sexual, conhecimento sobre IST’s e métodos de prevenção face às IST’s.

Relativamente ao conhecimento sobre IST’s dos estudantes do sexo masculino (48%), estes apontaram como doenças transmissíveis sexualmente, a SIDA (64,3%), a Gonorreia (43,8%), a Sífilis (16,6%), o Linfogramuloma Venéreo (0,2%) e, entre outras. Quanto aos sintomas característicos das DST’s, indicaram febre irregular (39,6%), corrimento vaginal (37,1%), inchaço na virilha (27,7%), dor abdominal na parte inferior (25,5%), alteração menstrual (15,0%), úlcera genital (11,4%), *rash* cutâneo (7,5%), comichão no períneo (6,4%) e, dor ao urinar (5,5%). No que se refere a quais os métodos preventivos face às IST’s, referiram a utilização de preservativos (80,1%), ser fiel a um parceiro sexual (39,9%), educação sexual (15,8%), abstinência sexual (14,7%), visitas regulares a clínicas (5,5%), entre outros.

No que diz respeito, à obtenção de informação sobre IST’s, mencionaram através dos amigos (42,7%), da mídia (Tv/Radio/Revistas) (39,0%), dos pais (33,2%), de pessoal médico (26,3%), de professores (1,9%) e, entre outras.

Relativamente ao comportamento sexual, a maioria da amostra (58,8%) referiu que na ocasião era sexualmente activa. Entre as estudantes do sexo feminino, 205 referiram ser sexualmente activas (52,4%) e, entre os estudantes do sexo masculino, 237 referiram ser sexualmente activos (65,7%). Quanto ao número de parceiros sexuais da amostra que era sexualmente activa, 31,3% tiveram vários parceiros sexuais e, a mediana foi de três parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Entre os estudantes do sexo masculino sexualmente activos, 49,8% tiveram diversos parceiros sexuais. No que se refere, à prática sexual sob o efeito de álcool pelos estudantes do sexo masculino sexualmente activos, 39,2% referiram-no e, sob o efeito de drogas 10,1% indicaram-no.

Caetano et al. (2010) realizaram um estudo descritivo, transversal com 447 estudantes da Universidade de São Paulo, Brasil, em que 47,4% eram da faculdade de direito, 38,9% da faculdade de medicina e, 13,6% da faculdade de comunicações e artes. Da amostra, 234 eram do sexo masculino (52,3%) e 213 do sexo feminino (47,7%). A maioria (93,1%) tinha entre os 17 e os 24 anos de idade, com uma média de idades 20,16 anos. Nos estudantes do sexo masculino a média de idades foi de 20,44 anos. A maioria da amostra era solteira (97,3%) e, vivia com seus familiares (72,5%). O objectivo foi estudar o comportamento sexual e o conhecimento sobre IST’s entre estudantes universitários, através de um questionário de auto-preenchimento.

Relativamente ao conhecimento sobre IST’s dos estudantes do sexo masculino (52,3%), estes indicaram como doenças que poderiam ser contraídas sexualmente: VIH (97,0%); Sífilis (95,7%); Herpes genital (90,6%); Gonorreia (90,6%); HPV (68,8%); Verruga genital (62,8%); Clamídia (15,8%) e, entre outras. No que se refere, ao conhecimento sobre a transmissão do VIH dos estudantes do sexo masculino, estes referiram: drogas intravenosas, partilha de seringas (99,6%); transfusão de sangue (96,6%); sexo vaginal (58,5%); sexo anal (56,4%); sexo oral (52,1%); amamentação (24,8%). Contudo, alguns acreditavam que o VIH poderia ser contraído por: examinação dentária (27,8); beijo na boca (10,3%); assento da sanita (2,6%) e, entre outros. Quanto às fontes de informação

sobre IST’s e VIH/SIDA da amostra, a escola foi considerada a fonte mais fiável, seguido da família, dos jornais e da televisão.

Relativamente ao comportamento sexual, entre as estudantes do sexo feminino, 114 eram sexualmente activas (53,5%) e, entre os estudantes do sexo masculino, 187 eram sexualmente activos (79,9%). A média de idades da primeira relação sexual nos estudantes do sexo masculino foi de 13,0 anos. Entre os estudantes do sexo masculino sexualmente activos, 71,9% tinham um relacionamento sexual em curso com um único parceiro sexual. Quanto ao número de parceiros sexuais dos estudantes do sexo masculino sexualmente activos, a mediana foi de 5,8 parceiros sexuais ao longo da vida, 2,0 parceiros sexuais nos últimos 12 meses e, 1,2 parceiros sexuais nos últimos 3 meses. No que se refere, ao tipo de práticas sexuais dos estudantes do sexo masculino sexualmente activos, 69,7% praticou sexo vaginal, 64,5% sexo oral e, 18,4% sexo anal. Quanto à frequência do uso do preservativo, dos estudantes do sexo masculino, na prática de sexo vaginal, 80,4% utilizou quase sempre, 15,3% às vezes e, 4,3% nunca. Na prática de sexo anal, 47,8% quase sempre, 21,7% às vezes e, 30,4% nunca utilizou. E na prática de sexo oral, 25,8% utilizou quase sempre, 17,9% às vezes e, 56,3% nunca. As razões apontadas para a não utilização de preservativo durante o sexo vaginal foram: confiar no parceiro (28,6%), uso de outro método contraceptivo, principalmente contraceptivos orais (21,6%), diminuição da sensibilidade (12,6%), não tinha preservativos no momento (10,7%), sentir-se desconfortável com o seu uso (8,5%) e, 18% da amostra não respondeu. Apenas 5,3% da amostra sexualmente activa usaram o preservativo feminino. A experiência de uso de drogas ilícitas foi referida por 29,0% da amostra, dos quais 17,7% eram usuários actuais de drogas ilícitas. O tipo de droga mais consumida pela maioria (58,3%) foi a marijuana.

Lomba et al. (2008) estudaram 143 jovens frequentadores de ambientes recreativos nocturnos de Coimbra, 51,05% eram do sexo masculino e 48,95% eram do sexo feminino, com uma média de idade de 21,76 anos e frequentavam predominantemente o ensino superior (81,12%). O objectivo foi caracterizar o consumo de substâncias psicoactivas e comportamentos sexuais de risco desses jovens, seleccionados por variação da RSD (*Respondent-driven sampling*). O instrumento utilizado foi o “Questionário de Caracterização da População” que integra o ECRIP (Estudo da Cultura Recreativa como Instrumento de Prevenção).

No que se refere aos comportamentos sexuais dos jovens, 124 tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses e, a média de parceiros sexuais foi de 2,66. Relativamente a relações sexuais desprotegidas (sem o uso do preservativo), 7,27% referiu sempre, 33,06% a maioria das vezes, 24,19% algumas vezes e, 35,48% nunca teve relações sexuais sem preservativo. As principais razões apontadas por estes jovens para a não utilização do preservativo foram por confiar no parceiro que não teria nenhuma DST (67,47%), por praticar sexo sempre com o mesmo parceiro(a) (61,45%), porque não tinha nenhum preservativo no momento (22,89%), por não querer ou não gostar do uso do preservativo (20,48%), porque estava demasiado “bêbado” ou “pedrado” para o fazer (9,64%), entre outros motivos. Verificaram que o álcool e a *cannabis* foram as substâncias mais consumidas por alguns jovens para fins sexuais específicos, tais como, o de facilitar o início das relações sexuais, prolongar o acto sexual, ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou mais excitantes, entre outros. Como tal, entre os jovens sexualmente activos, 38,71% indicaram que algumas vezes tiveram relações sexuais sob o efeito de álcool, 25,81% a maioria das vezes e, 35,48% nunca. Sob o efeito de drogas, 15,32% indicou que a maioria das vezes, 13,71% algumas vezes, 0,81% sempre e, 70,16% nunca.

Silva e Raposo (2011) estudaram 308 estudantes universitários, do primeiro período dos cursos de seis instituições de ensino superior de Montes Claros, Brasil, por uma amostragem conveniência e intencional. Da amostra, 149 eram do sexo masculino (48,4%) e 159 do sexo feminino (51,6%), com uma média de idades de 22,6 anos e, a maioria era solteira (85,7%). Foi um estudo quantitativo, transversal e quase-experimental, com o objectivo de investigar factores que influenciam no uso do preservativo e o conhecimento dos estudantes sobre a prevenção das DST’s/SIDA, através de um questionário auto-aplicado sobre dados pessoais, sexualidade e preservativos: conhecimento, uso e atitudes e, DST’s/SIDA.

Relativamente ao comportamento sexual, a maioria da amostra (68,8%) referiu já ter iniciado a vida sexual. Entre as estudantes do sexo feminino, 91 já haviam iniciado a vida sexual (57,2%) e, entre os estudantes do sexo masculino, 121 já haviam também iniciado a sua vida sexual (81,2%). Da amostra, 48,1% mantinham uma relação estável com alguém (no qual significava ter relações sexuais com o mesmo parceiro por um período igual ou superior a 12 meses).

Relativamente ao conhecimento sobre os métodos de prevenção de DST’s, entre os 149 estudantes do sexo masculino, o preservativo foi referido como principal método (98,3%), seguidos em igual valor utilização da pílula e fidelidade a um parceiro sexual (0,8%). Entre a amostra, 37,0% responderam que a utilização dos preservativos torna as relações sexuais menos satisfatórias, 24,0% discordam e, 39,0% não responderam. Sendo que, entre os estudantes do sexo masculino, maioritariamente (50,3%) concordou que a utilização dos preservativos torna as relações sexuais menos satisfatórias. Em relação à dificuldade de usar o preservativo, a maioria da amostra (60,1%) respondeu ser fácil utilizar preservativos durante as relações sexuais. Da amostra, 42,9% concorda que o uso do preservativo é mais adequado com parceiros ocasionais, 39,0% discordam e, 18,1% não opinaram. Verificando-se que, entre os estudantes do sexo masculino, a maioria (54,4%) concordou que o uso do preservativo é mais adequado com parceiros ocasionais, enquanto que 50,3% das estudantes do sexo feminino, não concordou.

Terminada a análise dos anteriores estudos empíricos apresentados, segue-se com a contribuição empírica do presente estudo.

CAPÍTULO II

CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Neste capítulo expõe-se a contribuição empírica deste estudo, descrevendo-se a metodologia escolhida, como meio de dar resposta aos objectivos propostos e, a posterior apresentação dos resultados obtidos e sua discussão, bem como, as conclusões da investigação produzida.

2.1. METODOLOGIA

Das questões de investigação inicialmente colocadas, foi operacionalizado um desenho de estudo que pressupôs um plano de trabalho lógico e sequencial que permitiu obter respostas fiáveis aos objectivos de estudo (Freixo, 2009; Ribeiro, 2007) a seguir expostos. Desta maneira, são apresentadas todas as decisões metodológicas que asseguraram a qualidade dos resultados alcançados com a investigação.

2.1.1. Objectivos de estudo

O presente estudo, como objectivo geral, pretende identificar o comportamento sexual num período de 12 meses e o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis de homens portugueses.

Mais especificamente, os objectivos são: 1) Identificar quais as doenças, os sinais e sintomas e, os modos de transmissão das IST’s que os homens portugueses conhecem; 2) Identificar quais os métodos de prevenção face às IST’s que os homens portugueses conhecem; 3) Identificar quais as fontes de informação sobre IST’s que a amostra conhece; 4) Saber o número e tipo de parceiros sexuais e, o tipo de práticas sexuais nos últimos 12 meses destes indivíduos; 5) Conhecer a frequência do uso do preservativo masculino na prática de sexo vaginal, oral e anal, com parceiros sexuais regulares e casuais nos últimos 12 meses em homens portugueses; 6) Saber os motivos da não utilização de preservativos masculinos nas práticas sexuais dos homens portugueses e 7) Conhecer a frequência de práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas nos últimos 12 meses em homens portugueses.

2.1.2. Método

De acordo com o estudo, o método selecionado por forma a atingir os objectivos propostos foi exploratório, descritivo, transversal, retrospectivo, baseado no auto-relato, não experimental, de cariz qualitativo, e submetido a uma contagem frequencial. Efectivamente trata-se de um estudo exploratório na medida em que procura auscultar uma realidade, tentando capturar as dificuldades inerentes à problemática e ao acesso à mesma, num registo de exploração sistemática (Marconi e Lakatos, 2006). Por outro lado, é descritivo porque procura a caracterização do fenómeno, de forma a obter uma visão geral da mesma (Fortin, 2009), recorrendo a estatísticas descritivas. Para além de ser transversal por se centrar em informação obtida num único momento (Ribeiro, 2007), baseia-se no auto-relato, na medida em que apela ao discurso dos indivíduos a seu próprio respeito e, remetendo para os seus comportamentos passados, sendo por isso também retrospectivo. É qualitativo, apelando a um instrumento cujos dados, não sendo quantificados, carecem de uma análise categorial e, de acordo com Wengraf (2001), procuram a captura dos aspectos subjacentes percebidos pelos implicados no fenómeno em estudo.

2.1.3. Selecção da amostra

População é um “(...) grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns” (Fortin, 2009, p. 69). A população em estudo ou a população alvo, consiste no conjunto das pessoas que cumprem os critérios de selecção definidos previamente para o estudo. Conforme os critérios de inclusão determinados para este estudo, a população alvo, são homens portugueses, sexualmente activos, com idade igual ou superior a 18 anos e, residentes em Portugal. Contudo, a população acessível ao investigador foi estabelecida a indivíduos que acedam à internet, mas com os mesmos critérios de inclusão. O conjunto de pessoas extraídas da população acessível constituiu a amostra (Freixo, 2009).

Para a selecção da amostra foi utilizada uma amostragem não probabilística, acidental e, por redes (Fortin, 2009). Nem todos os indivíduos da população tiveram a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra, sendo portanto constituída por indivíduos facilmente acessíveis e disponíveis no momento da colheita de dados. O apoio ainda à técnica de amostragem por redes, estabeleceu-se no contacto de

indivíduos por *e-mail* da rede social do investigador, de forma a obter pessoas segundo os critérios definidos, à participação no estudo. Desses, era solicitado a comunicação a indivíduos das suas redes sociais para o estudo e, assim consecutivamente (Fortin, 2009).

2.1.3.1. Características da amostra

Participaram no estudo 547 sujeitos, em que destes, 79 foram excluídos por não satisfazerem a todos os critérios previamente definidos como inclusivos, nomeadamente não ser sexualmente activo nos últimos 12 meses, ou não ter nacionalidade portuguesa, ou por não ser do sexo masculino, ou ainda, por incompleto preenchimento do instrumento de colheita de dados. Consequentemente, a amostra é constituída por 468 indivíduos, no qual todos indicaram ser do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa e terem tido práticas sexuais nos últimos 12 meses.

Conforme a Tabela 1, são apresentadas as restantes características sociodemográficas da amostra. Desta forma, os indivíduos apresentaram um intervalo de idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos, sendo que a maioria tinha uma idade compreendida entre os 18 e os 25 anos (66,4%). Relativamente ao distrito de residência em Portugal continental e arquipélagos, houve uma predominância do norte do país, com 40,8% da amostra a residir no distrito de Braga e com 30,7% no Porto, não havendo registo dos distritos da Guarda e de Portalegre. Em relação à zona de residência dos indivíduos, a maioria residia em zona urbana (76,1%). Quanto ao nível de escolaridade, 74,8% da amostra indicou o ensino superior, 23,1% o ensino secundário, 1,9% o 3º Ciclo e, com apenas 0,2% o 2º Ciclo. No que respeita ao estado civil, a maioria referiram ser solteiros (88,4%), 10,5% casado ou viviam em união de facto, 0,9% divorciado e, apenas 0,2% separado.

TABELA 1. Distribuição dos dados relativamente às características sócio-demográficas dos indivíduos

	n	%
Idades		
18 a 21 anos	155	33,1
22 a 25 anos	156	33,3
26 a 29 anos	78	16,7
30 a 33 anos	34	7,3
34 a 37 anos	30	6,4
38 a 41 anos	15	3,2
42 a 45 anos	0	0,0
46 a 49 anos	0	0,0
50 a 53 anos	0	0,0
54 a 57 anos	0	0,0
58 a 61 anos	0	0,0
62 a 65 anos	0	0,0
Mais de 65 anos	0	0,0
Total	468	100,0
Distritos		
Braga	191	40,8
Porto	144	30,7
Lisboa	44	9,4
Aveiro	18	3,8
Viana do Castelo	12	2,5
Setúbal	11	2,3
Viseu	6	1,3
Coimbra	5	1,1
Beja	5	1,1
Leiria	5	1,1
Santarém	5	1,1
Castelo Branco	4	0,9
Faro	4	0,9
Região Autónoma da Madeira	4	0,9
Vila Real	4	0,9
Bragança	3	0,6
Évora	2	0,4
Região Autónoma dos Açores	1	0,2
Guarda	0	0,0
Portalegre	0	0,0
Total	468	100,0
Zona de Residência		
Urbana	356	76,1
Rural	112	23,9
Total	468	100,0
Nível de Escolaridade		
Ensino Superior	350	74,8
Ensino Secundário (10º - 12º ano)	108	23,1
3º Ciclo (7º - 9º ano)	9	1,9
2º Ciclo (5º - 6º ano)	1	0,2
1º Ciclo (1º - 4º ano)	0	0,0
Sem estudos	0	0,0
Total	468	100,0
Estado Civil		
Solteiro	414	88,4
Casado/União de facto	49	10,5
Divorciado	4	0,9
Separado	1	0,2
Viúvo	0	0,0
Total	468	100,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

Por forma a segmentar amostra, estabeleceu-se a partir da variável idade, três faixas etárias com um intervalo de oito idades. Deste modo, na Tabela 2 apresenta-se os resultados referentes ao nível de escolaridade e ao estado civil das várias faixas etárias estabelecidas.

Relativamente à distribuição do nível de escolaridade ao longo das faixas etárias, verificou-se que o ensino superior foi o mais prevalente, seguindo o ensino secundário. Frequências mais baixas registaram-se no nível do 3º Ciclo, com indivíduos da faixa etária compreendida entre os 18 e os 25 anos e dos 26 aos 33 anos e, apenas um indivíduo desta última faixa etária indicou ter o 2º Ciclo.

Em relação à distribuição do estado civil dos indivíduos ao longo das faixas etárias, apurou-se que o estado de solteiro era mais predominante nos indivíduos entre os 18 e os 25 anos (97,7%) diminuindo assim ao longo das restantes faixas etárias. Contudo, verificou-se o contrário em relação ao estado de casado ou em união de facto, em que a menção aumentava ao longo das faixas etárias. A referência do estado de separado e de divorciado foram consideravelmente mais baixas sendo apenas mencionadas por indivíduos a partir dos 34 anos.

TABELA 2. Distribuição dos dados relativamente ao nível de escolaridade e estado civil dos indivíduos das várias faixas etárias

	Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%
Nível de Escolaridade						
Ensino Superior	220	70,7	94	83,9	36	80,0
Ensino Secundário	88	28,3	11	9,8	9	20,0
3º Ciclo (7º - 9º ano)	3	1,0	6	5,4	0	0,0
2º Ciclo (5º - 6º ano)	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Total	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Estado Civil						
Solteiro	304	97,7	92	82,1	18	40,0
Casado/União de facto	7	2,3	20	17,9	22	48,9
Separado	0	0,0	0	0,0	1	2,2
Divorciado	0	0,0	0	0,0	4	8,9
Total	311	100,0	112	100,0	45	100,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

2.1.4. Instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados foi necessário “(...) um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual (...)” (Fortin, 2009, p. 369). Utilizou-se o método do inquérito, suportado pela técnica do questionário. O questionário “(...) é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões” (Fortin, 2009, p. 382). Para este estudo foi construído um em específico, com base no quadro de referência, tendo se elaborado 28 questões simples e concisas (em Apêndice 4, pág. 99) sob a forma de escolha múltipla e dicotómica, pertencentes ao género de questões fechadas na qual a “(...) resposta deve ser escolhida numa lista pré-estabelecida” (Fortin, 2009, p. 383). E também, sob a forma de questões abertas “(...) para as quais não são propostas categorias de resposta”, em que o participante é livre de responder como quer, permitindo obter uma informação mais detalhada (Fortin, 2009, p. 385).

O instrumento de colheita de dados está estruturado em três partes: a primeira parte contém 8 questões, entre dicotómicas e de escolha múltipla, com as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, distrito e zona de residência, nacionalidade, nível de escolaridade, estado civil e actividade sexual; na segunda parte pretendeu-se recolher informação relativa ao conhecimento sobre as IST’s, sendo feitas 6 questões sobre, qual a melhor definição de IST’s podendo só apenas seleccionar uma resposta, quais as doenças, os sinais e sintomas e, os modos de transmissão das IST’s e, os métodos de prevenção face às IST’s, em que para cada questão foram apresentadas várias categorias de resposta podendo assinalar mais do que uma, e também sobre quais as fontes de informação acerca das IST’s, no qual ainda foi dada a oportunidade de responderem livremente; a terceira parte remete-se ao comportamento sexual dos indivíduos durante os últimos 12 meses, com 14 questões sobre, o número e tipo de parceiros sexuais, a frequência do uso do preservativo masculino nas práticas de sexo vaginal, oral e anal, com parceiros regulares e/ou casuais, a frequência de práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas, no qual foram expostas várias categorias de resposta, podendo apenas seleccionar uma. Em relação aos motivos da não utilização do preservativo masculino, poderiam assinalar mais do que uma das categorias de resposta apresentadas, tendo ainda a opção de resposta livre. Quanto ao tipo de práticas sexuais foram questionados sob a forma dicotómica: *Sim* ou *Não*.

No contexto deste estudo considerou-se o termo “Parceiros Regulares” a parceiros com quem os participantes tiveram regularmente práticas sexuais (sexo vaginal e/ou oral e/ou anal) e, o termo “Parceiros Casuais” a parceiros com quem os participantes tiveram casualmente/esporadicamente práticas sexuais. Imparcialmente do envolvimento emocional ou afectivo com esses parceiros, no qual ficou expresso no questionário. As questões foram dirigidas à população masculina, independentemente da orientação sexual.

2.1.5. Procedimento

Para examinar a fiabilidade do instrumento elaborado, procedeu-se a dois pré-testes que, “(...) é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo” (Fortin, 2009, p. 386). De forma a identificar lacunas, linguagem incompreensível para se proceder às modificações necessárias, em apurar o instrumento.

O primeiro pré-teste decorreu na segunda quinzena de Maio de 2010, com a auto-administração do questionário, o que “(...) pressupõe o envio e o retorno do questionário pelo correio ou pela Internet” (Fortin, 2009, p. 386). Neste caso, através da Internet o investigador abriu uma conta Gmail (saude.sexual.homens@gmail.com) para o presente estudo e, com o recurso ao programa da *Google Docs* foi transposto o questionário para um formato digital/on-line. Posteriormente compôs-se uma mensagem por *e-mail* (em Apêndice 3, pág. 97) onde foi explicada a investigação em curso, com o propósito, apelando à participação no estudo os indivíduos interessados e que correspondessem aos critérios de inclusão indicados, assegurando a confidencialidade, fornecendo o *link* de forma a acederem ao questionário on-line. Foi enviada, a indivíduos da rede de contactos sociais do investigador, com o posterior pedido de reencaminhamento para os seus contactos sociais e, assim sucessivamente. Disponibilizou-se ainda, o endereço electrónico, para o esclarecimento de qualquer dúvida relativamente ao questionário. Desta maneira, obteve-se um pequeno grupo constituído por 17 sujeitos, que satisfizeram os critérios inclusivos do estudo, no qual ainda relataram por *e-mail* as suas dúvidas relativamente à compreensão de algumas das questões formuladas e ao preenchimento. Tendo em conta o que foi averiguado com o primeiro pré-teste, efectuou-se uma breve interrupção na página electrónica do

questionário, para analisar os resultados obtidos, reformular questões, formas de resposta, e assim como instruções de resposta.

De modo aferir novamente a aplicabilidade e a fiabilidade do instrumento, foi realizado um segundo pré-teste, nas mesmas condições, na primeira quinzena de Junho de 2010, obtendo-se uma pequena amostra constituída por 22 indivíduos, constatando-se não haver a necessidade de efectuar mais alterações. Tendo-se examinado a fiabilidade do questionário foi auto-administrado a versão final, por um período de um mês, entre a segunda quinzena de Junho e a primeira quinzena de Julho de 2010, tendo estado disponível on-line 24 horas por dia.

2.1.6. Considerações Éticas

Tratando-se de uma investigação que envolve seres humanos, impôs-se o cumprimento de todos os procedimentos éticos subjacentes, respeitando-se os direitos dos indivíduos que participassem. A permissão ética para o estudo foi aprovada pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Antes da prestação de qualquer informação por parte do participante, foi inicialmente esclarecido, o estudo em questão, a sua finalidade, os critérios de inclusão para a participação na investigação e a estrutura do questionário, de forma clara e precisa numa linguagem compreensível. Tendo-se transmitido toda a informação pertinente e, permitido ao indivíduo de decidir sobre a sua eventual participação voluntária no estudo (Freixo, 2009). Informando-se ainda, de que tinha o direito de participar livremente, assim como poderia cessar a sua participação em qualquer momento, se assim o desejasse, sem qualquer penalização para o mesmo (Freixo, 2009). Foi igualmente, assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade, sendo dadas garantias de sigilo e de protecção dos dados obtidos, ficando os resultados na posse da Universidade Fernando Pessoa, destinado exclusivamente para fins de investigação científica (Freixo, 2009). Relativamente ao direito à privacidade e à intimidade dos sujeitos, questionou-se cuidadosamente e somente o necessário à investigação, o modo como foi auto-administrado o questionário proporcionou ao indivíduo uma participação livre de algum constrangimento ou incómodo (Freixo, 2009).

Após o comunicado inicial, os interessados prosseguiram para a seguinte página electrónica, com a apresentação de uma Declaração de Consentimento Informado elaborada para o presente estudo (em Apêndice 4, pág. 99), para assegurar de forma livre e esclarecida o consentimento do indivíduo, da sua participação no estudo. Para tal, teria de validar a seguinte afirmação “*O acto de submeter esta declaração foi uma decisão informada e livremente tomada por mim*”, como forma de resposta ao seu consentimento, prosseguindo por fim ao preenchimento do questionário.

2.1.7. Tratamento de dados

Os dados colhidos de cada participante eram automaticamente submetidos numa base de dados da conta Gmail criada para o presente estudo. Finalizado o período de colheita dos dados, prosseguiu-se com o tratamento por meio de estatística descritiva com o recurso informático do programa *Microsoft Office Excel 2007*. Em relação, às respostas de carácter qualitativo, foram submetidas a um posterior processo de análise do conteúdo, através da categorização que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bradin, 2009, p. 199).

Os resultados alcançados da amostra foram organizados na forma de tabelas com a distribuição da frequência absoluta e relativa em percentagem, para cada uma das categorias de resposta, de cada item. Apresentando-se ainda três faixas etárias que segmentam a amostra.

2.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De seguida são apresentados os resultados obtidos de acordo com os objectivos específicos de estudo, em dois itens: o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e o comportamento sexual nos últimos 12 meses de homens portugueses.

2.2.1. Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis

Com a finalidade de identificar o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis em homens portugueses, os resultados obtidos apresentam-se na Tabela 3. Quanto à escolha da melhor definição de Infecções Sexualmente Transmissíveis, 77,3% da amostra elegeu afirmativamente que são “Infecções que se transmitem através de contacto sexual com pessoa infectada”. Contudo 21,8% da amostra elegeu a opção: “Infecções que se transmitem através de contacto sexual com qualquer pessoa” e, 0,9% indicou que são “Infecções que se transmitem através de qualquer contacto com pessoa infectada”.

Relativamente às doenças consideradas pelos indivíduos como transmissíveis sexualmente, a maioria da amostra indicou a SIDA (99,8%), de seguida a Herpes Genital (93,4%), a Sífilis (89,7%) e a Gonorreia (77,1%), sendo que o Granuloma Inguinal (16,7%) e o Cancróide (15,4%) foram as menos indicadas pela amostra.

No que se refere aos sinais e sintomas que os indivíduos consideraram como indicadores da presença de uma doença sexualmente transmissível, a amostra indicou a comichão genital (78,4%), de seguida as bolhas nos genitais (74,8%) e, a dor ao urinar (73,5%), contudo a dor no pénis (55,1%) foi a menos mencionada. O corrimento peniano foi o mais indicado (82,2%) entre os indivíduos da faixa etária dos 34 aos 41 anos.

Relativamente aos contactos íntimos que os indivíduos consideraram como modo de transmissão das IST’s, a maioria da amostra indicou o sexo vaginal (98,7%), de seguida o sexo anal (91,9%), a felação (82,5%) e, a cunilíngua (80,3%). Contudo, foi ainda referido mas em menor menção, a masturbação mútua (12,4%) e o beijo na boca (11,5%).

Relativamente aos métodos que os indivíduos consideraram como sendo de prevenção face às IST’s, a maioria da amostra indicou o preservativo masculino (99,4%), sendo que a abstinência sexual periódica (15,0%) foi menos referida pela amostra. Contudo, foi ainda referido mas em menor menção, a pílula (7,1%), o espermicida (6,0%) e o coito interrompido (1,3%).

Verificou-se que os indivíduos da faixa etária dos 34 aos 41 anos distinguiram-se com uma menção relativamente baixa em relação à pílula (2,2%) do que os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos e da faixa etária dos 26 aos 33 anos (respectivamente 7,7%; 7,1%).

No que se refere às fontes de informação acerca das IST’s, a maioria da amostra referiu a internet (80,1%), de seguida os profissionais de saúde (65,2%), a escola (64,7%), a televisão (62,8%) e, as revistas/livros (61,3%), sendo que os amigos/colegas (54,7%) e a família (27,1%) foram menos mencionadas pela amostra.

Verificou-se que os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos distinguiram-se com uma menção relativamente alta em relação à escola (74,3%) do que os indivíduos da faixa etária dos 26 aos 33 anos e da faixa etária dos 34 aos 41 anos (respectivamente 54,5%; 24,4%). Já relativamente à referência de revistas/livros indicaram menos (53,7%) do que os indivíduos da faixa etária dos 26 aos 33 anos e dos 34 aos 41 anos (respectivamente 76,8%; 75,6%).

TABELA 3. Distribuição dos dados relativamente ao conhecimento sobre IST’s dos indivíduos

	Amostra		Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Definição de IST’s								
Infecções que se transmitem através de contacto sexual com pessoa infectada	362	77,3	240	77,2	85	75,9	37	82,2
Infecções que se transmitem através de contacto sexual com qualquer pessoa	102	21,8	67	21,5	27	24,1	8	17,8
Infecções que se transmitem através de qualquer contacto com pessoa infectada	4	0,9	4	1,3	0	0,0	0	0,0
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Doenças transmissíveis sexualmente *								
SIDA	467	99,8	311	100,0	111	99,1	45	100,0
Herpes Genital	437	93,4	290	93,2	105	93,8	42	93,3
Sífilis	420	89,7	276	88,7	100	89,3	44	97,8
Gonorreia	361	77,1	242	77,8	82	73,2	37	82,2
Clamídia	226	48,3	144	46,3	56	50,0	26	57,8
Verrugas Genitais	203	43,4	126	40,5	54	48,2	23	51,1
Granuloma Inguinal	78	16,7	52	16,7	16	14,3	10	22,2
Cancróide	72	15,4	48	15,4	15	13,4	9	20,0
Sinais e sintomas de DST’s *								
Comichão genital	367	78,4	242	77,8	90	80,4	35	77,8
Bolhas nos genitais	350	74,8	235	75,6	81	72,3	34	75,6
Dor ao urinar	344	73,5	229	73,6	79	70,5	36	80,0
Corrimento peniano	317	67,7	201	64,6	79	70,5	37	82,2
Lesões genitais	310	66,2	207	66,6	79	70,5	24	53,3
Dor no pénis	258	55,1	169	54,3	65	58,0	24	53,3
Modos de transmissão das IST’s *								
Sexo vaginal	462	98,7	306	98,4	111	99,1	45	100,0
Sexo anal	430	91,9	286	92,0	104	92,9	40	88,9
Felação	386	82,5	255	82,0	98	87,5	33	73,3
Cunilíngua	376	80,3	246	79,1	98	87,5	32	71,1
Anilíngua	319	68,2	210	67,5	82	73,2	27	60,0
Masturbação mútua	58	12,4	35	11,3	19	17,0	4	8,9
Beijo na boca	54	11,5	35	11,3	14	12,5	5	11,1
Métodos de prevenção face às IST’s *								
Preservativo masculino	465	99,4	309	99,4	111	99,1	45	100,0
Abstinência sexual periódica	70	15,0	45	14,5	18	16,1	7	15,6
Pílula	33	7,1	24	7,7	8	7,1	1	2,2
Espermicida	28	6,0	15	4,8	8	7,1	5	11,1
Coito interrompido	6	1,3	4	1,3	2	1,8	0	0,0
Fontes de informação acerca das IST’s *								
Internet	375	80,1	243	78,1	97	86,6	35	77,8
Profissionais de Saúde	305	65,2	207	66,6	69	61,6	29	64,4
Escola	303	64,7	231	74,3	61	54,5	11	24,4
Televisão	294	62,8	187	60,1	77	68,8	30	66,7
Revistas/Livros	287	61,3	167	53,7	86	76,8	34	75,6
Amigos/Colegas	256	54,7	173	55,6	65	58,0	18	40,0
Cartazes/Folhetos	232	49,6	145	46,6	63	56,3	24	53,3
Família	127	27,1	87	28,0	29	25,9	11	24,4
Trabalho	50	10,7	24	7,7	18	16,1	8	17,8

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

* Foi aceite mais do que uma categoria como resposta.

2.2.2. Comportamento sexual nos últimos 12 meses

Com o objectivo de conhecer o comportamento sexual nos últimos 12 meses de homens portugueses, questionou-se sobre o tipo e número de parceiros sexuais e os tipos de práticas sexuais. Os resultados obtidos apresentam-se na Tabela 4.

Em relação ao tipo de parceiros sexuais que tiveram os indivíduos nos últimos 12 meses, 61,3% da amostra teve só parceiros regulares, 27,2% teve parceiros regulares e casuais e, 11,5% da amostra teve só parceiros casuais.

Quanto ao número de parceiros em relação ao tipo de parceiro sexual que tiveram os indivíduos nos últimos 12 meses, a maioria da amostra teve 1 parceiro sexual (57,9%), sendo que destes, 95,2% tiveram um parceiro regular. A seguir, com 14,3% da amostra teve 2 parceiros sexuais, no qual 47,8% tiveram 1 parceiro regular e 1 parceiro casual, 35,8% tiveram 2 parceiros regulares. Com 6,4% da amostra teve 3 parceiros sexuais, em que destes, 40,0% tiveram 1 parceiro regular e 2 parceiros casuais. Houve uma menção ainda consideravelmente mais baixa, nas restantes categorias de número de parceiros sexuais, destacando-se dessas, 5,8% da amostra que teve 10 parceiros sexuais ou mais.

Pode-se aferir ainda, que aproximadamente um quinto da amostra teve 4 parceiros sexuais ou mais. Verificou-se que entre os indivíduos da faixa etária dos 26 aos 33 anos e dos 34 aos 41 anos diferenciaram-se com uma menção mais elevada (respectivamente 65,1%; 62,3%) no que diz respeito a terem tido 1 parceiro sexual do que os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos (54,6%). Para as restantes categorias de número de parceiros sexuais verificou-se uma menção gradualmente reduzida ao longo de cada faixa etária dos indivíduos.

Relativamente, ao tipo de práticas sexuais praticadas pelos indivíduos com parceiros sexuais regulares e/ou casuais nos últimos 12 meses, verificou-se que 33,1% teve prática de sexo vaginal e oral, a seguir com 32,7% da amostra teve prática de sexo vaginal, oral e anal e, 24,6% da amostra teve prática de sexo oral e anal. Nas restantes categorias houve uma menção mais baixa.

TABELA 4. Distribuição dos dados relativamente ao tipo e número de parceiros sexuais e aos tipos de práticas sexuais dos indivíduos nos últimos 12 meses

	Amostra		Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de Parceiros Sexuais								
Só Parceiros Regulares	287	61,3	179	57,6	78	69,6	30	66,7
Parceiros Regulares e Casuais	127	27,2	89	28,6	26	23,2	12	26,7
Só Parceiros Casuais	54	11,5	43	13,8	8	7,2	3	6,6
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Número de Parceiros Sexuais								
1 Parceiro Sexual	271	57,9	170	54,6	73	65,1	28	62,3
2 Parceiros Sexuais	67	14,3	53	17,0	9	8,0	5	11,2
3 Parceiros Sexuais	30	6,4	26	8,4	4	3,6	0	0,0
4 Parceiros Sexuais	27	5,8	18	5,8	7	6,3	2	4,4
5 Parceiros Sexuais	17	3,6	10	3,2	5	4,5	2	4,4
6 Parceiros Sexuais	12	2,5	7	2,3	2	1,8	3	6,7
7 Parceiros Sexuais	7	1,5	5	1,6	1	0,9	1	2,2
8 Parceiros Sexuais	6	1,3	3	1,0	2	1,8	1	2,2
9 Parceiros Sexuais	4	0,9	3	1,0	0	0,0	1	2,2
10 Parceiros Sexuais ou mais	27	5,8	16	5,1	9	8,0	2	4,4
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Número de Parceiros Regulares e/ou Casuais								
1 Parceiro Sexual	1 Parceiro regular	258	95,2					
	1 Parceiro casual	13	4,8					
	Total	271	100,0					
2 Parceiros Sexuais	2 Parceiros regulares	24	35,8					
	1 Parceiro regular + 1 Parceiro casual	32	47,8					
	2 Parceiros casuais	11	16,4					
	Total	67	100,0					
3 Parceiros Sexuais	3 Parceiros regulares	3	10,0					
	2 Parceiros regulares + 1 Parceiro casual	7	23,3					
	1 Parceiro regular + 2 Parceiros casuais	12	40,0					
	3 Parceiros casuais	8	26,7					
	Total	30	100,0					
4 Parceiros Sexuais ou mais		100	100,0					
Práticas Sexuais								
Sexo Vaginal e Oral	155	33,1	104	33,4	38	33,9	13	28,9
Sexo Vaginal, Oral e Anal	153	32,7	96	30,9	38	33,9	19	42,2
Sexo Oral e Anal	115	24,6	78	25,1	28	25,0	9	20,0
Sexo Vaginal	32	6,8	22	7,0	7	6,3	3	6,7
Sexo Oral	8	1,7	7	2,3	0	0,0	1	2,2
Sexo Vaginal e Anal	5	1,1	4	1,3	1	0,9	0	0,0
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

Em relação à frequência do uso do preservativo masculino na prática de sexo vaginal, oral e anal com parceiros sexuais regulares e casuais nos últimos 12 meses, os resultados obtidos apresentam-se na Tabela 5.

Como se pode constatar, 73,7% da amostra teve prática de sexo vaginal, dos quais 91,3% referiu ter tido com parceiras regulares, em que a frequência do uso de preservativo masculino foi de 36,5% sempre, 35,9% às vezes e, 27,6% nunca o usou. Todavia, 30,4% indicou ter tido com parceiras casuais, em que a frequência do uso de preservativo masculino foi de, 78,1% sempre, 15,2% às vezes e, 6,7% nunca o usou.

A prática de sexo anal foi referida por 58,3% da amostra, dos quais 86,4% tiveram com parceiros(as) regulares, em que a utilização de preservativo masculino foi de 34,3% sempre, 29,2% às vezes e, 36,5% nunca o usou. Porém, 41,8% tiveram com parceiros(as) casuais, em que a frequência do uso de preservativo masculino foi de, 71,1% sempre, 21,9% às vezes e, 7,0% nunca.

Relativamente à prática de sexo oral foi indicada por 92,1% da amostra, dos quais 87,7% tiveram com parceiros(as) regulares, em que a frequência do uso de preservativo masculino foi de, 4,0% sempre, 11,1% às vezes e, 84,9% nunca o usou. Todavia, 36,2% tiveram com parceiros(as) casuais, em que a utilização de preservativo masculino foi de, 10,9% sempre, 21,2% às vezes e, 67,9% nunca o usou. Verificou-se que entre os indivíduos da faixa etária dos 26 aos 33 anos, existiu uma reduzida menção (3,1%) quanto a usarem sempre o preservativo masculino na prática de sexo oral com parceiros(as) casuais, no entanto 34,4% indicou o seu uso às vezes.

TABELA 5. Distribuição dos dados relativamente ao uso do preservativo masculino na prática de sexo vaginal, oral e anal com parceiros sexuais regulares e casuais nos últimos 12 meses

	Amostra		Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prática de Sexo Vaginal								
Não	123	26,3	85	27,3	28	25,0	10	22,2
Sim	345	73,7	226	72,7	84	75,0	35	77,8
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Com Parceiras Regulares								
Não	30	8,7	26	11,5	3	3,6	1	2,9
Sim	315	91,3	200	88,5	81	96,4	34	97,1
Total	345	100,0	226	100,0	84	100,0	35	100,0
Uso do preservativo masculino								
Sempre	115	36,5	85	42,5	23	28,4	7	20,6
Às vezes	113	35,9	73	36,5	31	38,3	9	26,5
Nunca	87	27,6	42	21,0	27	33,3	18	52,9
Total	315	100,0	200	100,0	81	100,0	34	100,0
Com Parceiras Casuais								
Não	240	69,6	147	65,1	67	79,8	26	74,3
Sim	105	30,4	79	34,9	17	20,2	9	25,7
Total	345	100,0	226	100,0	84	100,0	35	100,0
Uso do preservativo masculino								
Sempre	82	78,1	61	77,2	13	76,4	8	88,9
Às vezes	16	15,2	14	17,7	2	11,8	0	0,0
Nunca	7	6,7	4	5,1	2	11,8	1	11,1
Total	105	100,0	79	100,0	17	100,0	9	100,0
Prática de Sexo Anal								
Não	195	41,7	133	42,8	45	40,2	17	37,8
Sim	273	58,3	178	57,2	67	59,8	28	62,2
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Com Parceiras(os) Regulares								
Não	37	13,6	29	16,3	6	9,0	2	7,1
Sim	236	86,4	149	83,7	61	91,0	26	92,9
Total	273	100,0	178	100,0	67	100,0	28	100,0
Uso do preservativo masculino								
Sempre	81	34,3	58	39,0	17	27,9	6	23,1
Às vezes	69	29,2	44	29,5	17	27,9	8	30,8
Nunca	86	36,5	47	31,5	27	44,2	12	46,1
Total	236	100,0	149	100,0	61	100,0	26	100,0
Com Parceiras(os) Casuais								
Não	159	58,2	101	56,7	40	59,7	18	64,3
Sim	114	41,8	77	43,3	27	40,3	10	35,7
Total	273	100,0	178	100,0	67	100,0	28	100,0
Uso do preservativo masculino								
Sempre	81	71,1	54	70,1	18	66,7	9	90,0
Às vezes	25	21,9	17	22,1	8	29,6	0	0,0
Nunca	8	7,0	6	7,8	1	3,7	1	10,0
Total	114	100,0	77	100,0	27	100,0	10	100,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

TABELA 5. continuação

	Amostra		Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prática de Sexo Oral								
Não	37	7,9	26	8,4	8	7,1	3	6,7
Sim	431	92,1	285	91,6	104	92,9	42	93,3
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Com Parceiras Regulares								
Não	53	12,3	41	14,4	9	8,7	3	7,2
Sim	378	87,7	244	85,6	95	91,3	39	92,8
Total	431	100,0	285	100,0	104	100,0	42	100,0
Uso do preservativo masculino								
Sempre	15	4,0	10	4,1	4	4,2	1	2,6
Às vezes	42	11,1	32	13,1	8	8,4	2	5,1
Nunca	321	84,9	202	82,8	83	87,4	36	92,3
Total	378	100,0	244	100,0	95	100,0	39	100,0
Com Parceiras Casuais								
Não	275	63,8	175	61,4	72	69,2	28	66,7
Sim	156	36,2	110	38,6	32	30,8	14	33,3
Total	431	100,0	285	100,0	104	100,0	42	100,0
Uso do preservativo masculino								
Sempre	17	10,9	14	12,7	1	3,1	2	14,3
Às vezes	33	21,2	20	18,2	11	34,4	2	14,3
Nunca	106	67,9	76	69,1	20	62,5	10	71,4
Total	156	100,0	110	100,0	32	100,0	14	100,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

No que diz respeito, aos motivos apresentados pelos indivíduos na não utilização de preservativo masculino nas práticas sexuais nos últimos 12 meses, os resultados apresentam-se na Tabela 6. Como se pode averiguar, dos indivíduos em que foi utilizado de modo inconsistente o preservativo masculino em qualquer das suas práticas sexuais (72,7%) e aqueles que nunca foi utilizado o preservativo masculino (19,2%) apontaram os seguintes os motivos para o seu comportamento: 73,0% indicou confiar na(o) parceira(o), 35,6% por diminuir o prazer sexual e, 24,4% por ser desconfortável. Outros motivos apontados, com uma referência mais baixa, foram os seguintes: a dificuldade de se colocar o preservativo masculino (3,3%), mencionado entre os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos e dos 26 aos 33 anos e, a recusa por parte do(a) parceiro(a) (0,2%), mencionado por entre indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos.

Contudo, para além dos motivos expostos foram mencionados outros, na qual se procedeu a uma análise de conteúdo das respostas dadas através da técnica de análise categorial de Bardin (2009), emergindo as seguintes categorias: 2,6% mencionou efectuar exames clínicos; 1,2% referiu a utilização de outro método – Pílula; 0,9% mencionou um menor risco na prática de sexo oral e 0,5% referiu hábito de não utilizar o preservativo. Verificou-se que estes motivos foram referidos maioritariamente por indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos. Constatou-se ainda, que do total da amostra, apenas 8,1% utilizou sempre o preservativo masculino nas suas diferentes práticas sexuais.

TABELA 6. Distribuição dos dados relativamente aos motivos da não utilização do preservativo masculino nas práticas sexuais nos últimos 12 meses

	Amostra		Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso do preservativo masculino								
Sempre	38	8,1	28	9,0	8	7,1	2	4,4
Inconsistentemente	340	72,7	239	76,9	77	68,8	24	53,4
Nunca	90	19,2	44	14,1	27	24,1	19	42,2
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Motivos do não uso do preservativo *								
Confiar no(a) parceiro(a)	314	73,0	203	71,7	81	77,9	30	69,8
Diminuir o prazer sexual	153	35,6	101	35,7	37	35,6	15	34,9
Ser desconfortável	105	24,4	71	25,1	26	25,0	8	18,6
Não haver nenhum inconveniente	83	19,3	54	19,1	17	16,3	12	27,9
Não estava à espera de ter relações sexuais	70	16,3	50	17,7	16	15,4	4	9,3
Ser difícil de colocar	14	3,3	10	3,5	4	3,8	0	0,0
O(A) parceiro(a) recusar	1	0,2	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Outros motivos mencionados:								
Realização de exames clínicos (<i>"Ambos tínhamos feito testes relativamente a ISTs"</i>)	11	2,6	10	3,5	0	0,0	1	2,3
Utilização da pílula (<i>"Toma da pílula pela parceira"</i>)	5	1,2	5	1,8	0	0,0	0	0,0
Menor risco na prática de sexo oral (<i>"O sexo oral está associado a um menor risco de transmissão de DST"</i>)	4	0,9	4	1,4	0	0,0	0	0,0
Hábito de não utilizar (<i>"Não ter o hábito de utilizar"</i>)	2	0,5	1	0,4	1	1,0	0	0,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

* Foi aceite mais do que uma categoria como resposta.

Relativamente à frequência de práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas pela amostra nos últimos 12 meses, os resultados obtidos apresentam-se na Tabela 7. Desta maneira, 0,2% da amostra referiu sempre ter tido práticas sexuais sob o efeito de álcool, 34,2% referiu às vezes e, 65,6% da amostra referiu nunca ter tido este tipo de comportamento.

Em relação, à frequência de práticas sexuais sob o efeito de drogas ilícitas, verificou-se que 0,2% referiu sempre, 12,6% da amostra referiu às vezes e, 87,2% referiu nunca ter tido práticas sexuais sob o efeito de drogas ilícitas nos últimos 12 meses. Constatou-se que foi entre os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos que mencionaram ter tido sempre práticas sexuais sob o efeito de álcool, como também de drogas ilícitas nos últimos 12 meses.

TABELA 7. Distribuição dos dados relativamente à frequência de práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas pelos indivíduos nos últimos 12 meses

	Amostra		Faixa Etária 18-25		Faixa Etária 26-33		Faixa Etária 34-41	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Práticas sexuais sob o efeito de álcool								
Sempre	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Às vezes	160	34,2	104	33,5	46	41,1	10	22,2
Nunca	307	65,6	206	66,2	66	58,9	35	77,8
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0
Práticas sexuais sob o efeito de drogas ilícitas								
Sempre	1	0,2	1	0,3	0	0,0	0	0,0
Às vezes	59	12,6	33	10,6	20	17,9	6	13,3
Nunca	408	87,2	277	89,1	92	82,1	39	86,7
Total	468	100,0	311	100,0	112	100,0	45	100,0

Nota: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa em percentagem

2.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a anterior apresentação dos resultados realizou-se uma análise, com base no quadro de referência, dos objectivos delineados para o presente estudo.

A amostra obtida para o estudo foi constituída por homens jovens e adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos. A distribuição segundo a idade e o distrito de residência dos participantes não foi homogénea predominando mais a faixa etária dos 18 aos 25 anos e o norte de Portugal, sobretudo de Braga e do Porto. Assim como, o nível de escolaridade que predominou entre as várias faixas etárias foi o ensino superior. Como tal, não havendo uma homogeneidade de todas as variáveis sociodemográficas, o tamanho da amostra não é suficiente para ser representativo do universo da população masculina portuguesa.

2.3.1. Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis

Os resultados indicaram que a maioria dos homens conseguiu identificar correctamente uma sucinta definição de IST’s como sendo “Infecções que se transmitem através de contacto sexual com pessoa infectada” (77,3%), elaborada de acordo com alguns autores (Azevedo, 2008; Benasulin et al., 2006; Alvarez, 2005; Sy e Long-Marin, 1999).

Dos principais agentes etiológicos das IST’s determinados pela Organização Mundial da Saúde (2007), constatou-se que a maioria da amostra conhecia algumas doenças precedentes da transmissão sexual nomeadamente, a SIDA (99,8%), o Herpes Genital (93,4%), a Sífilis (89,7%) e a Gonorreia (77,1%), porém um menor conhecimento da transmissibilidade sexual da Clamídia (48,3%) e das Verrugas genitais (43,4%). Deparou-se algumas diferenças com os resultados do estudo realizado no Brasil por Caetano et al. (2010), dos quais 234 estudantes do sexo masculino da Universidade de São Paulo, que também identificaram o VIH (97,0%), a Sífilis (95,7%) e o Herpes genital (90,6%), mas diferenciaram-se com a Gonorreia (90,6%) e as Verrugas genitais (62,8%) e, menos com a Clamídia (15,8%). Resultados menos expressivos foram ainda registados no estudo efectuado na África do Sul por Hoque e Ghuman (2011), em que dos 361 estudantes universitários do sexo masculino apenas 64,3% tinham conhecimento da SIDA, 43,8% da Gonorreia e 16,6% da Sífilis.

A infecção por um agente patogénico das IST’s pode resultar numa ausência de manifestações clínicas caracterizadoras da doença, no indivíduo, por um longo período (Azevedo, 2008; Benasulin et al., 2006). Contudo, dentro das opções apresentadas, de sinais e sintomas gerais indicadores da presença de uma doença causada por uma infecção transmitida por contacto sexual, segundo os autores (Benasulin et al., 2006; Tavira e Atouguia, 2006; Nodin, 2002), a maioria da amostra conseguiu identificar todos os que foram apresentados. O mais mencionado foi a comichão genital (78,4%), seguida de bolhas nos genitais (74,8%) e da dor ao urinar (73,5%), sendo menos reconhecida a dor no pénis (55,1%). Segundo o estudo de Hoque e Ghuman (2011), encontraram-se resultados bastante baixos no que se refere à comichão no períneo (6,4%) e à dor ao urinar (5,5%).

Estes agentes infecciosos encontram-se presentes nos fluidos vaginais, no sémen, no sangue (Nodin, 2002). Das principais formas de contágio sexual das IST’s congruentes com os autores (Benasulin et al., 2006; Alvarez, 2005; Serfaty, 2005), a maioria da amostra conseguiu identificar a prática de sexo vaginal (98,7%), seguido do sexo anal (91,9%) e, do sexo oral, especificamente a felação (82,5%) e a cunilíngua (80,3%). Apesar de a prática de sexo anal representar um maior risco para a aquisição/transmissão de uma IST (Benasulin et al., 2006; Serfaty, 2005; Pombo, 2003), não foi a mais indicada. No entanto, no estudo de Caetano et al. (2010) observou-se que menos de 60% dos estudantes do sexo masculino sabiam que o VIH poderia ser adquirido/transmitido por via vaginal (58,5%), anal (56,4%) e oral (52,1%).

Em relação aos métodos para a redução do risco de exposição sexual às IST’s, a maioria dos participantes identificou principalmente o preservativo masculino (99,4%) correctamente, visto ser cientificamente reconhecido como uma barreira protectora das mucosas oro-ano-genital (Organização Mundial da Saúde, 2004; Silva e Ribeiro, 2008; Terki e Malhota, 2008; Gama, 2006; Pombo, 2003). Este resultado confirma a tendência encontrada noutros estudos, com estudantes do sexo masculino, em Silva e Raposo (2011) com um registo de 98,3% e, em Hoque e Ghuman (2011) com 80,1%, apesar de se verificar um decréscimo. No entanto, a abstinência sexual periódica foi menos referida pela amostra (15,0%), apesar de ser um método seguro e eficaz de acordo com os autores (Sterpellone, 2005; Pombo, 2003; Hale, 1999). Observando-se também uma menor menção da abstinência sexual (14,7%) no estudo Hoque e Ghuman (2011).

Uma percentagem reduzida da amostra indicou também a pílula (7,1%), o espermicida (6,0%) e o coito interrompido (1,3%) como uma forma de prevenção às IST’s, tendo-se verificado que esta menção era predominante por indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos. Sterpellone (2005) defende que o conhecimento erróneo sobre a temática das IST’s é um dos principais factores da disseminação destas infecções, especialmente nesta faixa etária. Desta forma, é necessário desconstruir determinados conceitos pré-existentes imprecisos que ainda prevalecem na população. A falta de informação ou a presença de uma informação distorcida ou imprecisa são a base para os comportamentais sexuais de risco (Carballo e Martínez, 2007). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva e Raposo (2011) no Brasil, dos quais 149 estudantes universitários do sexo masculino indicaram, com uma menor percentagem, a pílula (0,8%) assim como também referiram a fidelidade a um parceiro sexual (0,8%) como métodos preventivos.

Das fontes de informação da amostra sobre as IST’s destaca-se, fundamentalmente a Internet (80,1%), seguindo-se os profissionais de saúde (65,2%) e a escola (64,7%). Visto que a internet foi o meio pelo qual se obteve a amostra deste estudo, pode-se considerar que são utilizadores deste meio de comunicação e, desta forma explicar o acesso primário a informações sobre esta temática. Contudo, dado à diversidade de conteúdos que estão disponibilizados on-line, podem não estar abrangidos pelas organizações governamentais de saúde, sendo questionável a fiabilidade desta fonte. Ao contrário dos profissionais de saúde, que têm um papel relevante na promoção da saúde, sobretudo os enfermeiros, no qual possuem habilidades e competências para a orientação e esclarecimento junto da comunidade (Carvalho, 2006; Phipps e Adams-Davis, 2003; Lancaster, 1999). Assim como, a escola também tem um papel interventivo e educacional junto dos jovens. Estes resultados contrariam os do estudo de Hoque e Ghuman (2011), sendo os menos indicados, o pessoal médico (26,3%) e os professores (1,9%).

Os amigos e os colegas (54,7%) e a família (27,1%) foram fontes menos mencionadas pela amostra. As informações provenientes de amigos ou colegas podem por vezes ser limitadas e inadequadas, não estando preparados para abordar este assunto e, assim gerar e veicular pré-conceitos e estereótipos. No entanto, no estudo de Hoque e Ghuman (2011), observou-se que as fontes mais referidas pelos estudantes

do sexo masculino foram os amigos (42,7%), a mídia (Tv/Radio/Revistas) (39,0%) e os pais (33,2%). Os autores alertam para a informação transmitida pelos pais, não sendo a mais adequada e qualificada referência sobre esta temática, contudo defendem que não devem ser excluídos do contexto educacional. Segundo Tenório et al. (2005) justifica o pouco recurso à família como fonte de informação, pela escassez de diálogo ou incapacidade dos pais em abordar este assunto, sobretudo com os jovens. No estudo de Caetano et al. (2010) a escola foi considerada a fonte de informação sobre IST’s e VIH/SIDA mais fiável, seguida da família, dos jornais e da televisão, pelos estudantes do sexo masculino.

2.3.2. Comportamento sexual nos últimos 12 meses

Todos os indivíduos da amostra, independentemente da orientação sexual, referiram ter tido práticas sexuais (vaginal e/ou oral e/ou anal) nos últimos 12 meses, pelo menos com um parceiro sexual. Dos indivíduos da amostra, 88,4% referiram que o seu estado civil era solteiro. Contudo, entre os indivíduos da faixa etária dos 34 aos 41 anos, só 40,0% eram solteiros.

Nos últimos 12 meses, os indivíduos da amostra tiveram, maioritariamente, apenas parceiros regulares (61,3%). Contudo, os restantes indivíduos, 27,2% teve parceiros regulares e casuais e 11,5% teve apenas parceiros casuais, o que é um dos factores de maior risco de exposição sexual em contrair/transmitir uma IST, a prática sexual casual (Tenório et al., 2005; Suplicy, 1999; Adimora et al., 1998). Verificou-se que os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos apresentaram uma maior menção apenas a parceiros casuais (13,8%) do que as restantes faixas etárias, o que corrobora a afirmação de Pombo (2003) acerca da maior propensão de jovens solteiros e indivíduos solitários para a busca de relações sexuais casuais.

Mais de metade da amostra teve só 1 parceiro regular nos últimos 12 meses, seguindo-se com 14,3% que teve 2 parceiros sexuais e 6,4% teve 3 parceiros sexuais. Resultados semelhantes foram verificados no estudo de Caetano et al. (2010) com 187 estudantes universitários do sexo masculino e sexualmente activos, em que 71,9% tinham um relacionamento em curso com um único parceiro sexual.

Contudo, 5,8% da amostra teve 10 parceiros sexuais ou mais. Pode-se aferir que aproximadamente um quinto da amostra teve 4 parceiros sexuais ou mais, o que não deixa de ser um resultado preocupante visto que a frequente mudança de parceiros sexuais é um dos principais factores de risco associado à aquisição de IST’s (Tenório et al., 2005; Pombo, 2003; Nodin, 2002; Hale, 1999; Suplicy, 1999; Adimora et al., 1998). A elevada frequência de parceiros sexuais verificada entre os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos do que nas restantes faixas etárias, vão de encontro com as afirmações defendidas por alguns autores (Azevedo, 2008; Tenório et al., 2005) que apontam ser típico a simultaneidade de diversos parceiros sexuais ou então, as relações monogâmicas sucessivas e de curta duração, na população jovem. No estudo de Hoque e Ghuman (2011) entre 237 estudantes universitários do sexo masculino sexualmente activos observou-se que 49,8% tiveram diversos parceiros sexuais nos últimos 12 meses.

Em relação ao tipo de práticas sexuais praticadas pela amostra, verificou-se uma exploração de uma diversidade de práticas, destacando-se os dois conjuntos mais manifestados, a prática de sexo vaginal e oral (33,1%) e, a prática de sexo vaginal, oral e anal (32,7%). Dadas estas combinações sexuais, propiciam uma elevada exposição sexual à transmissão das IST’s, visto estas vias apresentarem as características ideais para a sua proliferação (Benasulin et al., 2006; Júnior, 1999). Especificamente, a prática de sexo oral foi a mais indicada pela amostra, seguido do sexo vaginal e por final, do sexo anal. Já no estudo de Caetano et al. (2010), os estudantes do sexo masculino sexualmente activos, indicaram mais a prática de sexo vaginal (69,7%), seguido o sexo oral (64,5%) e, o sexo anal (18,4%).

A frequência da utilização de preservativo masculino foi variável nas diferentes práticas sexuais com parceiros regulares e casuais nos últimos 12 meses. Verificou-se que entre os indivíduos que tiveram prática de sexo vaginal com parceiras casuais maioritariamente foi utilizado sempre o preservativo masculino (78,1%), contrariamente na prática de sexo vaginal com parceiras regulares, apenas 36,5% indicou sempre ter usado preservativo. Dos indivíduos que tiveram prática de sexo anal com parceiros(as) casuais verificou-se também uma sistemática utilização do preservativo masculino (71,1%). Os indivíduos que tiveram prática de sexo anal com parceiros(as) regulares, 34,3% utilizou sempre preservativo, apesar de que 36,5% indicou nunca ter sido usado

preservativo masculino. No que diz respeito à prática de sexo oral, sendo a mais frequente entre a amostra, registou-se uma baixa percentagem na utilização do preservativo masculino. Entre os indivíduos que tiveram com parceiros(as) casuais, 67,9% nunca usou o preservativo, acentuando-se mais ainda entre os indivíduos que tiveram com parceiros(as) regulares, no qual se registou uma não utilização do preservativo de 84,9%. Estes resultados de uma forma geral confirmam a tendência observada no estudo de Caetano et al. (2010), em que mais de 80% dos estudantes do sexo masculino sexualmente activos usaram preservativo quase sempre durante a prática de sexo vaginal. Observando-se um decréscimo, no qual 47,8% utilizou quase sempre o preservativo na prática de sexo anal e, apenas 25,8% usou na prática de sexo oral e mais de 50% nunca utilizou. Os dados deste estudo comprovam a afirmação de Prazeres (2003) sobre a inconsistente utilização do preservativo, conforme o tipo de relacionamento sexual que os adolescentes e os adultos jovens têm com os seus respectivos parceiros sexuais. Assim como foi observado, no estudo realizado por Almeida e Vilar (2008) entre 86 homens portugueses, uma utilização do preservativo quase sempre relacionada a relações sexuais casuais ou extra-conjugais ou então, numa fase inicial de um relacionamento estável, no qual posteriormente delegavam a responsabilidade à companheira da contracepção. O que se concluiu uma reduzida percepção dos homens sobre a protecção do preservativo contra as IST’s. No estudo de Silva e Raposo (2011), a maioria dos estudantes do sexo masculino mencionaram que concordavam que o uso do preservativo era mais adequado com parceiros ocasionais (54,4%). Desta maneira, pode ser uma explicação para o presente estudo, a acentuada utilização do preservativo com parceiros casuais do que com parceiros regulares.

A principal razão dos indivíduos que inconsistentemente ou nunca utilizaram o preservativo masculino em qualquer das suas práticas sexuais foi maioritariamente por confiar no(a) parceiro(a) (73,0%). Em outros estudos observou-se motivos similares, referindo a confiança de que o parceiro não teria nenhuma IST, assim como a prática sexual sempre com o mesmo parceiro (Caetano et al., 2010; Lomba et al., 2008). Desta maneira, uma vez que a maioria da amostra teve um parceiro regular depreende-se a razão apontada.

Algumas limitações para o não uso de preservativos devem ser tidas em consideração no controle da disseminação das IST’s, tal como foi mencionado a diminuição do prazer

sexual (35,6%) e o desconforto com o seu uso (24,4%), da mesma maneira alertadas por alguns autores (Caetano et al., 2010; Almeida e Vilar, 2008; Gama, 2006). Contudo, foram expostos outros motivos dos quais se destaca, a utilização de outro método – Pílula (1,2%) pela companheira e, a reduzida percepção do risco de transmissão das IST’s na prática de sexo oral (0,9%), verificando-se que estas menções emergiram sobretudo por indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos. Um dado importante foi referido no estudo de Silva e Raposo (2011) pela maioria dos estudantes do sexo masculino, para a diminuta satisfação das relações sexuais com a utilização dos preservativos (50,3%). Desta maneira, pode explicar a irregular adesão do preservativo masculino, inclusive na prática de sexo oral, o qual deve ser um alerta para o controle da transmissão das IST’s.

Um dos outros factores dessa disseminação é o efeito do consumo de álcool e de substâncias psicoactivas na alteração da percepção do indivíduo, propiciando comportamentos sexuais de risco (Nunes e Jóluskin, 2010; Tenório et al., 2005). Mais de um terço da amostra relatou às vezes ter tido práticas sexuais sob o efeito de álcool (34,2%) nos últimos 12 meses e, 12,6% referiu às vezes ter tido práticas sexuais sob o efeito de drogas ilícitas. Estes resultados foram similares com o de outro estudo com estudantes universitários do sexo masculino sexualmente activos, em que 39,2% referiram sob o efeito de álcool e, 10,1% sob o efeito de drogas (Hoque e Ghuman, 2011). Contudo, verificou-se uma diferença no estudo efectuado entre jovens frequentadores de ambientes recreativos nocturnos de Coimbra por Lomba et al. (2008) em que 64,52% mencionaram ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool e, 29,84% sob o efeito de drogas. Constatando-se ainda, a referência por alguns jovens, de que o consumo das substâncias psicoactivas tinha o intuito para fins sexuais específicos, tais como, o de facilitar o início das relações sexuais, prolongar o acto sexual, ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou mais excitantes. O que indica ser um dos maiores modificadores de risco do comportamento sexual, o consumo de substâncias psicoactivas. Apenas 0,2% da amostra mencionou, igualmente ter tido sempre práticas sexuais sob o efeito de álcool e de drogas ilícitas, verificando-se que esta menção foi entre os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 25 anos.

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos nesta investigação, pode-se concluir que a maioria dos indivíduos detinha conhecimentos sobre esta temática, nomeadamente quanto aos sinais e sintomas, bem como no respeitante aos meios de transmissão, embora tivesse havido evidências de desconhecimento de determinadas IST’s, como a Clamídia e as Verrugas genitais. Apesar de a grande maioria ter apontado o preservativo masculino como um método preventivo face às IST’s, alguns dos participantes ainda revelaram uma ideia imprecisa ou distorcida acerca do uso da pílula e do espermicida, assim como do coito interrompido como formas de protecção contra as infecções transmitidas por contacto sexual. Os profissionais de saúde foram a segunda fonte de informação sobre IST’s mais mencionada pelos indivíduos, seguindo-se a escola, o que pode explicar em grande parte o conhecimento dos homens sobre esta temática, visto recorrerem a fontes de adequada e qualificada referência na abordagem deste assunto. No entanto, deve salientar-se que a Internet foi a fonte de informação de eleição.

Num período de 12 meses os indivíduos tiveram maioritariamente um parceiro com quem tiveram regularmente práticas sexuais, contudo aproximadamente um quinto da amostra teve 4 parceiros sexuais ou mais. Um terço da amostra teve prática de sexo vaginal e oral e, um outro terço teve prática de sexo vaginal, oral e anal. Particularmente, o sexo oral foi a prática maioritária entre a amostra, seguindo-se o sexo vaginal e depois o sexo anal. Em cada uma destas três práticas sexuais o preservativo masculino foi utilizado mais frequentemente durante a prática de sexo vaginal, seguido no sexo anal e, muito pouco durante o sexo oral. Tendo-se registado uma maior utilização do preservativo nas práticas sexuais com parceiros(as) casuais do que com parceiros(as) regulares. Os indivíduos que inconsistentemente (ou nunca) usaram o preservativo masculino em qualquer das práticas sexuais, apontaram como principal motivo a confiança no(a) parceiro(a) sexual. Contudo aspectos insatisfatórios face ao uso de preservativo masculino foram também referidos, como a diminuição do prazer sexual e o desconforto com o seu uso. Cerca de um terço da amostra afirmou ter tido práticas sexuais sob o efeito de álcool e, cerca de um décimo sob o efeito de drogas ilícitas, nos últimos 12 meses.

Dado que se identificaram alguns comportamentos da amostra como a prática sexual casual, diversidade de práticas sexuais, elevado número de parceiros sexuais, práticas sexuais sob o efeito de substâncias psicoactivas, num período de 12 meses, não é possível deixar de atender ao comportamento dos indivíduos que, como é evidente, manifestam uma maior vulnerabilidade em contrair/transmitir uma IST. Acresce ainda, o facto de não existir uma utilização sistemática do preservativo, sobretudo como se registou na prática de sexo oral percentagens muito baixas, tendo sido esta a mais frequente entre a amostra. Desta forma, é evidente a necessidade de se criarem mais estratégias educacionais, inseridas em programas de prevenção face às IST’s, dirigidas à população masculina. Esse recurso a tais programas servirá para promover a aquisição de mais conhecimentos, adequar a percepção das consequências das IST’s e, modificar conceitos pré-existentes imprecisos que ainda prevalecem nos homens portugueses. Mas essencialmente, é imperativo que os indivíduos reconheçam quais os factores e as situações que os vulnerabilizam para a infecção por contacto sexual, e como os riscos podem ser minimizados. Só dessa forma se podem mobilizar estratégias para que os indivíduos possam estar mais consciencializados sobre a eficácia das acções preventivas recomendadas, de maneira a gerar mudança de atitudes e adopção de comportamentos mais preventivos para com a sua saúde sexual. Estimular e apoiar os sujeitos a assumir de forma progressiva uma tomada de decisão por um comportamento sexual mais responsável para consigo e, também, para com os outros, é uma das tarefas mais prometedoras para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros, visto terem também um papel como agentes educadores e transmissores de informação, com a população.

Uma vez que este estudo emergiu da preocupação da elevada disseminação destas infecções entre a população portuguesa, bem como das consequências resultantes na saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos, espera-se que os resultados alcançados neste trabalho possam também contribuir e apoiar, juntamente com outros estudos realizados, para uma melhor compreensão da realidade portuguesa no âmbito das IST’s.

Evidentemente, este estudo apresenta limitações, até pelo facto de ter sido transversal. Na verdade, as análises longitudinais permitiriam um acompanhamento da evolução do conhecimento e da percepção do fenómeno, possibilitando o desenvolvimento e o acompanhamento adequado e monitorizado de programas de extrema utilidade

nesta área. Num próximo trabalho seria interessante desenvolver um estudo aprofundado onde se pudesse conhecer mais de determinados aspectos do comportamento sexual, nomeadamente sobre os relacionamentos com os parceiros sexuais, as práticas sexuais, a percepção sobre a sexualidade, e estabelecer relações entre as variáveis, de forma a melhor se analisar e compreender a conduta sexual dos homens, bem como identificar mais conhecimentos relativos à temática das IST’s.

A investigação de outros temas em matéria de saúde sexual e reprodutiva, assim como da satisfação da prestação de cuidados primários oferecida pelos serviços de saúde neste âmbito, seria importante para se auscultarem melhor as necessidades específicas dos homens portugueses e para se oferecer um serviço de saúde sexual e reprodutiva cada vez mais qualificado, e no qual fomentasse uma participação mais activa e responsável dos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adimora, A. *et alii.* (1998). *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. São Paulo, Organização Andrei.
- Almeida, A. e Vilar, D. (2008). Literacia e práticas contraceptivas masculinas, *Sexualidade & Planeamento Familiar*, (50/51), pp. 34-42.
- Almeida Filho, N. e Rouquayrol, M. (2006). *Introdução à Epidemiologia*. 4ª Edição. São Paulo, Guanabara Koogan.
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Antunes, M. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra, Formasau.
- Ayres, J. *et alii.* (2003). Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. e Freitas, C. (Ed.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 117-139.
- Azevedo, J. (2008). Infecções Sexualmente Transmissíveis, *Sexualidade & Planeamento Familiar*, (50/51), pp. 43-45.
- Azulay, D. e Azulay, M. (1998). Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Schechter, M. e Marangoni, D. (Ed.). *Doenças Infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 467-488.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa, Edições 70.
- Benasulin, A. *et alii.* (2006). *A orquídea & o beija-flor: Sobrevoando as questões sexuais dos jovens*. Porto, Areal Editores.
- Berdún, L. (2002). *Na tua casa ou na minha: tudo o que os jovens querem saber para uma sexualidade sem dúvidas*. Porto, Areal.
- Brêtas, J., Oliveira, J. e Junior, W. (2006). Doenças sexualmente transmissíveis. In: Brêtas, A. e Gamba, M. (Ed.). *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo, Editora Manole, pp. 249-263.

- Caetano, M. *et alii.* (2010). Sexual behavior and knowledge of sexually transmitted infections among university students in Sao Paulo, Brazil, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110, pp. 43-46.
- Calafat, A. *et alii.* (2001). *Risk and control in the recreational drug culture: sonar project*. Palma de Maiorca, IREFREA Espanha.
- Carballo, M. e Martínez, M. (2007). Transmisión sexual del VIH: Sexualidad y comportamientos de riesgo, *Revista Rol de Enfermería*, 30 (2), pp. 49-54.
- Carret, M. *et alii.* (2004). Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco, *Revista Saúde Pública*, 38 (1), pp. 76-84.
- Carvalho, A. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures, Lusociência.
- Cooper, V. (1992). Doenças sexualmente transmissíveis: prevalência e prevenção, *Nursing*, (57), pp. 27-29.
- Cruz, J. (1999). Conhecimento, atitudes e práticas sexuais dos estudantes universitários: implicações para a prevenção do VIH/SIDA nos jovens. *In: Precioso, J. et alii.* (Ed.). *Educação para a Saúde*. Braga, Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho, pp. 217-233.
- Cummings, S., Browner, W. e Hulley, S. (2008). Elaborando a Questão de Pesquisa. *In: Hulley, S. et alii.* (Ed.). *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed, pp. 35-44.
- Dias, A. *et alii.* (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga, Edição da Casa do Professor.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos – Vol. II Orientações estratégicas*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Deliberato, P. (2002). *Fisioterapia Preventiva – Fundamentos e Aplicações*. São Paulo, Editora Manole Ltda.
- Esteves, J. *et alii.* (2005). *Dermatologia*. 3ª Edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Gama, I. (2006). Saúde sexual e reprodutiva. In: Brêtas, A. e Gamba, M. (Ed.). *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo, Editora Manole, pp. 67-76.
- Giddens, A. (2001). *Transformações da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras, Celta Editora.
- Hale, P. (1999). VIH, Hepatite e Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Stanhope, M. e Lancaster, J. (Ed.). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures, Lusociência, pp. 853-878.
- Hoque, M. e Ghuman, S. (2011). Sexual behaviour and knowledge regarding sexually transmitted infections among undergraduate students in Durban, South Africa, *Gender and Behaviour*, 9 (1), pp. 3710-3728.
- Júnior, W. (1999). *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. São Paulo, Atheneu.
- Lancaster, J. (1999). História da Saúde e da Enfermagem Comunitária. In: Stanhope, M. e Lancaster, J. (Ed.). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures, Lusociência, pp. 3-19.
- Laumann, E. et alii. (1994). *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago and London, The University of Chicago Press.
- Lomba, L. et alii. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra, *Revista Toxicoddependências*, (1), pp. 31-41.
- López, F. e Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2006). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 6ª Edição. São Paulo, Atlas.
- Milheiro, J. (2001). *Sexualidade e Psicossomática*. Coimbra, Almedina.
- Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Braga, Círculo de Leitores.
- Nunes, L. (2009). Infecto-contagiosas: comportamentos de risco entre consumidores de drogas injectáveis, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, (6), pp. 310-318.

- Nunes, L. e Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de adição: um manual para estudantes e profissionais de saúde*. 2ª Edição. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *The male latex condom: specification and guidelines for condom procurement, 2003*. Genebra, World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis*. Genebra, World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Genebra, World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015 breaking the chain of transmission*. Genebra, World Health Organization.
- Pascoal, C. (2009). *Educação Sexual e a Escola*. Lisboa, ID Books.
- Phipps, W. e Adams-Davis, K. (2003). Intervenção Junto de Pessoas com Doenças Transmitidas Sexualmente. In: Phipps, W., Sands, J. e Marek, J. (Ed.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica (Vol.III)*. 6ª Edição. Loures, Lusociência, pp.1867-1888.
- Pombo, V. (2003). Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmitidas (IST). In: Fonseca, L., Soares, C. e Vaz, J. (Ed.). *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar (Vol.II)*. Coimbra, Quarteto Editora, pp. 257-281.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa, Direção-Geral da Saúde.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis Editora.
- Rodrigo, F. e Silva, A. (2003). *Doenças Transmitidas Sexualmente: Dermatologia e Venereologia*. Lisboa, Lidel.
- Santos, M. (1995). Doenças sexualmente transmissíveis. In: Kawamoto, E., Santos, M. e Mattos, T. (Ed.). *Enfermagem Comunitária*. São Paulo, Pedagógica e Universitária, pp. 165-176.
- Serfaty, D. (2005). *Contraceção*. 2ª Edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

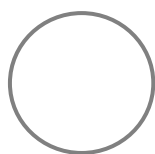
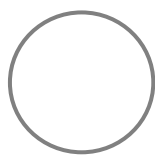
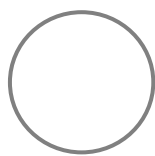
- Silva, A. e Raposo, J. (2011). O uso do preservativo masculino entre estudantes universitários de Montes Claros, Minas Gerais, *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, 35 (88), pp. 120-127.
- Silva, F. e Ribeiro, L. (2008). As Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Ecos da Enfermagem*, (265/Bimestral/Março), pp.20-23.
- Sterpellone, L. (2005). *Dicionário do sexo e da sexualidade*. Lisboa, Mareantes editora.
- Suplicy, M. (1999). *Conversando sobre sexo*. Petrópolis, Editora Vozes.
- Sy, F. e Long-Marin, S. (1999). Risco e Prevenção das Doenças Transmissíveis. In: Stanhope, M. e Lancaster, J. (Ed.). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures, Lusociência, pp. 827-852.
- Tavira, L. e Atouguia, J. (2006). *Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Tenório, T. *et alii*. (2005). Infecções Sexualmente Transmissíveis. In: Hinrichsen, S. (Ed.). *DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 299-315.
- Terki, F. e Malhotra, U. (2008). *Linhas de Orientação Médicas e de Prestação de Serviço: Para serviços de saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.
- Vicente, L. (2004). Portugal e o Consensus do Cairo: Panorama da Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal na actualidade, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, (38/39), pp.17-20.
- Vicente, L. e Lopes, J. (1999). Preservativo: Falar para não esquecer, *Sexualidade & Planeamento Familiar*, (23), pp. 13-15.
- Vieira, C. (2002). A Sexualidade ao Longo da Vida. In: Silva, L. (Ed.). *Promoção da Saúde*. Lisboa, Universidade Aberta, pp. 183-206.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto, Edições Afrontamento.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: biographic narrative and semi-structured methods*. London, Sage Publications.

APÊNDICES

Apêndice 1

Principais Agentes Etiológicos das IST’s

PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS IST'S



ÍNDICE

1. <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	3
2. <i>Chlamydia trachomatis</i>	4
3. <i>Treponema pallidum</i>	5
4. <i>Haemophilus ducreyi</i>	7
5. <i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	8
6. Vírus herpes simplex.....	9
7. Papilomavírus humano.....	11
8. Vírus da imunodeficiência humana.....	12
Referências Bibliográficas.....	14

1. *Neisseria gonorrhoeae*

A gonorreia é uma doença provocada pelo agente infeccioso *Neisseria gonorrhoeae*, sendo morfológicamente um diplococo Gram-negativo aeróbio. O Homem foi escolhido como o único hospedeiro para este agente, sendo que a sua principal estratégia de sobrevivência é a transmissão por contacto sexual. Contudo, sobrevive apenas por curtos períodos de tempo fora do organismo humano, por ser extremamente sensível a factores do meio ambiente (Tavira e Atouguia, 2006).

A infecção pela *Neisseria gonorrhoeae* pode ser localizada ou generalizada, podendo infectar a “(...) uretra, endocolo e trompas uterinas, glândulas genitais, epidídimo, canal anal e recto, faringe e conjuntiva”, sendo que as infecções anorectais e faríngeas são quase assintomáticas (Tavira e Atouguia, 2006, p. 54).

As manifestações clínicas surgem 3 a 5 dias após o contágio, a mais vulgar é a uretrite purulenta, com corrimento uretral purulento, e geralmente é acompanhado de polaquiúria e disúria, sendo que, o período de incubação pode variar entre 1 a 10 dias ou até mais (Tavira e Atouguia, 2006). Do mesmo modo, mencionam Rodrigo e Mayer-da-Silva (2003, p. 23) a uretrite purulenta está, “(...) em geral circunscrita à uretra anterior, em que o exsudado é amarelo, ou amarelo-esverdeado, abundante e acompanhado de disúria total (...)”, referindo o doente como dificuldade em urinar, por ardor ou queimadura. A infecção anorectal é frequentemente assintomática, podendo raramente, manifestar-se por proctite com corrimento purulento ou hemorragia rectal (Tavira e Atouguia, 2006). A infecção faríngea, também é na maioria das vezes assintomática, e quando sintomática, não possui características distintivas de outras faringites purulentas, sendo que o maior risco de infecção é através do sexo orogenital (Tavira e Atouguia, 2006).

As complicações mais frequentes no homem, mas embora raras, são a uretrite posterior e a epididimite, podendo resultar de infecções mistas, sobretudo com *Chlamydia trachomatis* (Tavira e Atouguia, 2006).

O tratamento da *Neisseria gonorrhoeae* é efectuado com antibióticos, de acordo com a localização da infecção (Tavira e Atouguia, 2006). De acordo com, Rodrigo e Mayer-da-Silva (2003, p. 21) afirmam que, “(...) a erradicação da doença é assim muito difícil, face à sua elevada prevalência, contagiosidade e difusão de estirpes resistentes a diversos antibióticos”.

2. *Chlamydia trachomatis*

A clamidiose é uma doença provocada pelo género *Chlamydia*. Dentre as uretrites não-gonocócicas, ou seja, uretrites sintomáticas não causadas por gonococos, a *Chlamydia trachomatis* é o agente etiológico mais comum, que produz cerca de 50% das infecções uretrais nos homens (Tavira e Atouguia, 2006).

As manifestações clínicas surgem em geral, entre 4 e 28 dias, após o contacto sexual com uma pessoa infectada. O homem infectado “(...) sente uma leve sensação de queimadura na uretra enquanto urina”, existindo em geral um “(...) corrimento uretral, que pode ser claro ou turvo, mas habitualmente menos espesso do que o desencadeado pela gonorreia” (Tavira e Atouguia, 2006, p. 70). No homem, o eritema do meato urinário segue geralmente a fase aguda da infecção. As infecções do recto ou da faringe, derivam respectivamente de relações de sexo anal ou oral com uma pessoa infectada, causando “(...) dor e exsudado com pus e muco” (Tavira e Atouguia, 2006, p. 71).

Uma infecção causada pela *Chlamydia trachomatis* não receber tratamento, os sintomas desaparecem às 4 semanas, em cerca de 60% a 70% das pessoas. Porém, pode cursar em várias complicações. No homem, pode “(...) causar epididimite, provocando uma dolorosa inflamação do escroto num ou em ambos os lados” (Tavira e Atouguia, 2006, p. 72).

A *Chlamydia trachomatis*, serotipos L1, L2, ou L3, é responsável por uma doença de transmissão sexual, o linfogranuloma venéreo. O período de incubação é aproximadamente entre 7 a 30 dias. Caracteriza-se clinicamente por três fases: fase de lesão de inoculação, inicia-se por uma “pápula indolor” e que desaparece sem deixar sequelas; a fase de disseminação linfática regional evolui entre 1 a 6 semanas após a lesão inicial, o indivíduo pode apresentar “(...) febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese nocturna e meningismo”; fase de sequelas poderá ocorrer “(...) fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal” (Brêtas et al., 2006, p. 256).

O tratamento da infecção por *Chlamydia trachomatis* é efectuado por antibioterapia. Os indivíduos infectados que têm relações sexuais antes de completar o tratamento, poderão estar a infectar os seus parceiros sexuais, devendo estes também ser tratados em simultâneo (Tavira e Atouguia, 2006).

3. *Treponema pallidum*

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A sua propagação é sobretudo sexual, através do contacto directo com secreções infectadas como o sémen, sangue, saliva e secreções vaginais. Ao invadir o organismo através das mucosas da vagina ou da boca, irá afectar os gânglios linfáticos propagando-se posteriormente, por todo o organismo. As primeiras manifestações ocorrem após um período médio de incubação de 3 semanas, podendo variar de 9 a 90 dias (Tavira e Atouguia, 2006). A sífilis pode ser uma doença aguda ou crónica, classificando-se em quatro estádios: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária.

A **sífilis primária**, caracteriza-se pela manifestação de um ferida ou úlcera indolor, designada por sífiloma ou cancro duro, surgindo no local onde ocorreu a infecção, geralmente sobre o pénis, a vagina ou a vulva. Contudo, também pode suceder no ânus, no recto, na cavidade oral, no colo uterino, nos dedos e muito raramente noutras partes do corpo (Tavira e Atouguia, 2006; Thompson et al., 1997). O sífiloma inicia-se como uma pequena zona vermelha saliente, que depois se transforma numa úlcera indolor, no qual liberta um exsudado, um líquido claro altamente infeccioso. Os gânglios linfáticos próximos costumam aumentar de volume, permanecendo indolores, assim como os poucos sintomas causados pela lesão são frequentemente ignorados pelo indivíduo (Tavira e Atouguia, 2006). No caso, do cancro duro não ser tratado, persiste entre 2 a 6 semanas, regredindo podendo não deixar cicatriz. No entanto, poderá ocorrer recidiva no mesmo local, ocasionalmente (Thompson et al., 1997).

Posteriormente, ocorre dentro de 6 semanas a 6 meses, a **sífilis secundária**, podendo ainda estar presente, o cancro primário aquando do início das lesões secundárias. Em 75% dos casos, ocorre uma erupção cutânea - exantema - que poderá ser localizado ou generalizado, com um acometimento frequente, das plantas dos pés e as palmas das mãos. Em mais de 50% dos casos há adenopatia generalizada. O indivíduo apresenta sintomas como, “(...) febre, mal-estar, cefaleia, dor de garganta, artralgia e anorexia” (Thompson et al., 1997, p. 26). Como nesta fase há uma disseminação da bactéria por todo o organismo, as manifestações podem variar de acordo com o grau de comprometimento de um ou outro órgão (Thompson et al., 1997). Poderá assim estar, comprometido órgãos como, os olhos, os rins, o fígado, o cérebro e articulações (Tavira e Atouguia, 2006).

Após o indivíduo ter recuperado da fase anterior, inicia-se o estágio da **sífilis latente**, no qual, não se observam sinais e sintomas clínicos, e pode durar anos ou décadas (Tavira e Atouguia, 2006). Segundo Thompson et al. (1997), a latência é dividida em fase

inicial e tardia. Na latência inicial, compreendida no primeiro ano após a sífilis secundária, é mais frequente a recidiva das lesões secundárias, no caso do indivíduo não tratado. Na latência tardia, correspondente a mais de um ano, existe um risco decrescente de transmissão para o parceiro sexual.

A **sífilis terciária**, é a fase crónica, no qual não é contagiosa, e os sintomas podem ser de três tipos: neurosífilis, sífilis cardiovascular e sífilis terciária benigna (Tavira e Atouguia, 2006). Esses sintomas em geral podem ocorrer décadas após a infecção. Assim, no caso da neurosífilis, é caracterizada com sintomas de meningite e paralisia de nervos ou comprometimento de vasos cerebrais causando obstruções de artérias, podendo ainda comprometer a medula espinal levando à perda de reflexos e sensibilidade dos membros. Na sífilis cardiovascular pode ocorrer insuficiência da válvula aórtica ou aneurisma da aorta, originando sintomas como, dor no peito ou insuficiência cardíaca. Na sífilis terciária benigna, caracteriza-se por “lesões gomosas” que possivelmente representam uma resposta inflamatória grave aos antígenos do treponema, sendo raro actualmente. Crescem lentamente e regredem gradualmente deixando cicatrizes, sendo mais comuns estas lesões na pele e nos ossos (Thompson et al., 1997).

No que diz respeito ao tratamento, os indivíduos com sífilis primária e secundária, como têm a capacidade de transmitir a infecção, devem evitar o contacto sexual até que os próprios e os seus parceiros sexuais tenham completado o tratamento. O tratamento é efectuado com antibiótico (usualmente a penicilina). Os indivíduos portadores de sífilis latente e terciária devem ser examinados com intervalos regulares uma vez acabado o tratamento. Após a conclusão daquele, o prognóstico para os indivíduos que tenham sífilis primária, secundária e latente é bastante positivo. Contudo, para o caso da sífilis terciária, o prognóstico é mau, no caso de ter afectado o coração ou o cérebro, já que as lesões existentes são, em regra irreversíveis (Tavira e Atouguia, 2006).

4. *Haemophilus ducreyi*

O cancroíde é uma doença de transmissão sexual provocada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, que “(...) produz úlceras genitais dolorosas e persistentes”. Sendo predominante em indivíduos do sexo masculino (Tavira e Atouguia, 2006, p. 118).

O período de incubação, geralmente, é de 3 a 14 dias. A transmissão é exclusivamente sexual, sendo que o período de transmissibilidade vai desde o início das lesões até à sua cicatrização (Tavira e Atouguia, 2006).

As manifestações clínicas, caracterizam-se pelo aparecimento de “(...) uma pápula eritematosa ou pústula dolorosa no local inoculação” (Thompson et al., 1997, p. 50). Nos próximos 1 a 2 dias a pápula torna-se numa úlcera dolorosa. Algumas úlceras podem ser superficiais, mas a maioria é profunda e habitualmente têm uma base granular carnosa. A borda da úlcera frequentemente é irregular, caracterizada por uma margem vermelha e não endurecida. Por vezes, a úlcera é ocultada pelo exsudado seco ou crostoso. Em 50% casos, surge linfadenopatia inguinal unilateral ou bilateral, dolorosa (Thompson et al., 1997). Como referem Tavira e Atouguia (2006, p. 119), os gânglios linfáticos inguinais podem tornar-se muito dolorosos, aumentar de tamanho e fundir-se originando um abscesso, de “(...) cor vermelha de aspecto brilhante e fistulizar”. Nos homens, as úlceras frequentemente sucedem no prepúcio, resultando em fimose (Thompson et al., 1997). As úlceras podem localizar-se na cavidade oral, resultante de sexo oral, na genitália externa ou à volta do ânus (Tavira e Atouguia, 2006; Thompson et al., 1997).

Contudo, o cancroíde pode camuflar-se, assemelhando-se à gonorreia, herpes genital e donovanose. Mas as situações mais complicadas no quadro clínico do cancroíde, são por infecções concomitantes da mesma bactéria, *Haemophilus ducreyi*, e por vírus imunodeficiência humana. As lesões podem tornar-se menos vasculares e assemelharem-se a lesões da sífilis, podendo ainda, disseminar-se localmente com um aumento de lesões dolorosas (Thompson et al., 1997).

O tratamento da infecção pela bactéria *Haemophilus ducreyi* é efectuado com antibioterapia (Tavira e Atouguia, 2006). O paciente durante o tratamento, deve abster-se de actividade sexual até à cicatrização das lesões (Phipps e Adams-Davis, 2003).

5. *Calymmatobacterium granulomatis*

O granuloma inguinal ou donovanose é uma doença crónica progressiva, causada pela bactéria *Calymmatobacterium granulomatis*, e que provoca uma inflamação progressiva da pele e do tecido celular subcutâneo da região genital e anal (Tavira e Atouguia, 2006; Ballard e Majmudar, 1997).

O granuloma inguinal é mais frequente em zonas tropicais e subtropicais, sendo menos comum em climas temperados. O período de incubação, geralmente, é de 1 a 12 semanas após a infecção (Tavira e Atouguia, 2006).

O início das manifestações clínicas, caracteriza-se por uma lesão, “(...) uma pequena pápula que erode a superfície cutânea, formando uma úlcera com crescimento progressivo”. Posteriormente, as lesões são formadas por “(...) tecido de granulação hipertrófico endurecido, encarnado e aveludado” (Ballard e Majmudar, 1997, p. 88). Os locais da infecção nos homens incluem o pénis, o escroto, as coxas e a virilha. No entanto, poderão existir lesões extra-genitais, como no ânus, nas nádegas e no rosto (Tavira e Atouguia, 2006). A lesão prossegue estendendo-se pela pele adjacente e difunde-se por disseminação sistémica linfática ou por auto-inoculação. As lesões inguinais são caracterizadas por “(...) massas endurecidas ou abscessos flutuantes (...)” que drenam e originam úlceras que apresentam tecido de granulação. Não sendo, estas lesões, resultantes de gânglios linfáticos aumentados, pode haver linfadenopatia inguinal por infecção secundária. Portanto, não há dor e aumento dos gânglios linfáticos (Ballard e Majmudar, 1997, p. 89).

O tratamento é efectuado por antibioterapia, no qual as lesões regridem e desaparecem. Porém, em indivíduos com lesões de longa duração, pode haver deformidades dos genitais (Ballard e Majmudar, 1997). Segundo Tavira e Atouguia (2006, p. 135), referem que o tratamento é lento e deixa cicatrizes, e no caso do indivíduo não receber tratamento, a infecção pode-se espalhar “(...) a todo o corpo, até aos ossos, às articulações ou ao fígado, provocando uma acentuada perda de peso, febre e anemia.”

6. Vírus herpes simplex

O vírus herpes simplex é uma doença infecciosa causada por dois vírus da família dos Herpesviridae: vírus herpes simplex tipo 1 (VHS-1) é responsável pelo herpes orolabial e ocular e vírus herpes simplex tipo 2 (VHS-2) é responsável pelo herpes genital (Tavira e Atouguia, 2006; Moreland et al., 1997). Contudo, os dois tipos de vírus podem infectar “(...) os órgãos genitais e a pele que rodeia o recto ou as mãos (especialmente os leitos das unhas) e podem ser transmitidos a outras partes do corpo (como a superfície dos olhos)” (Tavira e Atouguia, 2006, p. 121).

Após o contacto sexual com um indivíduo infectado, o período de incubação é, geralmente, de 4 a 7 dias.

Os primeiros sintomas (episódio primário) que ocorrem são, formigueiro, prurido e dor. De seguida, procede a formação de vesículas distintas rodeadas de um bordo avermelhado, dolorosas, localizadas na região oral ou genital. As vesículas rompem-se e tendem a fundir-se, formando úlceras circulares. Posteriormente, formam placas crostosas acinzentadas. A cura demora aproximadamente 15 a 20 dias, até à epitelização. O período de eliminação de partículas virais dura cerca de 10 a 12 dias. Nos homens, usualmente, as lesões podem ocorrer na glândula, na uretra, na haste do pénis e na região perianal, sendo menos frequentes as lesões no escroto, na região púbica, nas coxas e nas nádegas (Moreland et al., 1997). Podem ocorrer sintomas como disúria, dor ao andar, febre e mal-estar. Os gânglios linfáticos inguinais aumentam levemente de tamanho. O episódio primário é mais prolongado, generalizado e doloroso em relação aos seguintes (Tavira e Atouguia, 2006). Contudo, o quadro clínico pode ser muito diferente, decorrente de diferenças individuais, na imunidade, em factores ambientais, doenças cutâneas, etc (Moreland et al., 1997). Ainda, o indivíduo deve “(...) abster-se de relações sexuais enquanto a lesão estiver presente e durante 10 dias após cicatrização (...)” (Phipps e Adams-Davis, 2003, p. 1881).

Todavia, o vírus persiste em latência nos gânglios linfáticos próximos. Posteriormente pode-se reactivar para provocar lesões no local da infecção inicial e/ou em outras zonas adjacentes. Sendo que VHS-2 reactiva-se melhor nos nervos pélvicos, onde provoca a herpes genital e VHS-1 reactiva-se melhor nos nervos faciais, onde provoca o herpes labial. Podendo ambos os vírus causar doença em ambas as áreas. O índice de recidivas varia grandemente. O risco de recidiva na região genital é maior com o VHS-2 do que com o VHS-1 (Tavira e Atouguia, 2006).

Os sinais e sintomas são mais leves e têm uma duração menor que o episódio primário, e habitualmente existe prurido, formiguelo e ardor, antes do aparecimento das lesões. Factores como o stress, a fadiga, a exposição solar e o estado emocional alterado podem desencadear o aparecimento das lesões por baixarem o sistema imunológico. O período de eliminação do vírus dura cerca de 4 dias. E a epitelização das lesões ocorre aproximadamente 10 dias (Moreland et al., 1997).

Após o primeiro aparecimento das vesículas na região genital, 3 a 12 dias, o vírus pode-se disseminar a outras partes do corpo. Podem surgir complicações, como meningite causando cefaleias, rigidez da nuca e vómitos, infecção da medula provocando debilidade dos membros inferiores, sendo mais raro a disseminação às articulações, ao fígado e aos pulmões (Tavira e Atouguia, 2006).

Não existe um tratamento para cura definitiva no indivíduo do herpes genital, contudo pudera-se minimizar os sintomas e aumentar o intervalo entre as crises, administrando-se analgésicos e anti-inflamatórios para aliviar a dor e medicação antiviral como terapia contínua (Brêtas et al., 2006; Tavira e Atouguia, 2006).

7. Papilomavírus humano

As verrugas genitais são uma doença causada pelo Papilomavírus humano, transmitido sexualmente. Este vírus infecta a pele e as mucosas, replicando-se no núcleo das células epiteliais infectadas. As lesões localizam-se normalmente em regiões húmidas e quentes do corpo, como o pénis, em redor do ânus e do recto, e ainda na vulva, na parede vaginal e no colo do útero (Tavira e Atouguia, 2006).

As primeiras manifestações ocorrem, geralmente, após um período de incubação de 1 a 6 meses (Tavira e Atouguia, 2006). Segundo Phipps e Adams-Davis (2003, p. 1885), os sinais podem “(...) permanecer adormecido, durante décadas antes do aparecimento de recorrências.”

As lesões iniciam-se como “(...) pequenas protuberâncias moles, húmidas e de cor rosada ou avermelhada”, que rapidamente desenvolvem pedúnculos (Tavira e Atouguia, 2006, p. 138). As verrugas podem ser lisas ou ter projecções digitais de superfícies ásperas. Os condilomas geralmente são encarnados, podendo ainda, ser hiperpigmentados ou eritematosos. A disseminação da infecção, pode resultar em numerosas verrugas e/ou no tamanho individual das mesmas. Em alguns casos, o condiloma pode ficar tão grande a ponto de causar deformidade das estruturas anatómicas. Nos homens, os condilomas surgem primeiramente junto ao prepúcio sendo mais frequentes no sulco coronal, na haste do pénis e nas bordas do prepúcio. Podendo ainda, por vezes, ocorrer obstrução do meato uretral. Contudo, as verrugas planas aparecem no pénis e na vulva como pápulas hiperpigmentadas encarnadas ou hipopigmentadas (Moreland et al., 1997).

As complicações que podem surgir do papilomavírus, nomeadamente o tipo 16 e 18 na mulher, afectam o colo do útero, não se formando verrugas nos órgãos genitais externos, podendo ainda causar cancro cervical. Porém, estes e outros tipos de papilomavírus, podem provocar cancro do ânus, do pénis, da boca, da faringe, da vagina, etc (Tavira e Atouguia, 2006).

O tratamento clínico consiste na eliminação das verrugas por cauterização, crioterapia ou cirurgia, sendo ainda aplicado directamente sobre as verrugas, substâncias químicas como resina podófila ou toxina purificada ou ácido tricloroacético. Assim como, a prescrição de medicação que reforce o sistema imunológico do doente no combate do vírus (Brêtas et al., 2006; Tavira e Atouguia, 2006).

8. Vírus da imunodeficiência humana

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença causada por um ou dois vírus da imunodeficiência humana (VIH): vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (VIH-1) sendo mais frequente no “(...) hemisfério ocidental, na Europa, na África e na Ásia Central, do Sul e Oriental” e vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (VIH-2) mais frequente na África Ocidental (Tavira e Atouguia, 2006, p. 173). A infecção por estes dois vírus debilita progressivamente o sistema imunitário do hospedeiro, causando uma profunda imunossupressão, tornando-o vulnerável a um conjunto de infecções oportunistas (Tavira e Atouguia, 2006).

O vírus encontra-se presente nos fluidos corporais como o “(...) sangue, sémen, secreções vaginais, líquido do cérebro e da espinal medula”. Contudo, pode ainda estar presente, mas em concentrações insignificantes, na urina, na saliva e nas lágrimas (Tavira e Atouguia, 2006, p. 171). A transmissão do VIH ocorre principalmente através de três vias: através das relações sexuais (oral, vaginal e anal) com um indivíduo infectado no qual há intercâmbio de fluidos corporais contaminados com as mucosas; por transfusões de sangue ou partilha de seringas contaminadas com VIH e por transmissão vertical, de uma mãe infectada para o seu filho, durante a gravidez ou no parto e, por aleitamento materno. Mas, o contágio por via sexual constitui o maior modo de difusão do VIH. A susceptibilidade à infecção por VIH aumenta quando há a presença de outras IST's como, sífilis, cancroide ou herpes genital (Tavira e Atouguia, 2006).

O vírus da imunodeficiência humana é um retrovírus da família *Retroviridae*. Este para se multiplicar no organismo do hospedeiro, necessita de aderir e invadir um linfócito T auxiliar (célula com receptores CD4 positivo). De seguida, o material genético do vírus (RNA viral) incorpora-se no DNA da célula, através de uma enzima, transcriptase reversa. Posteriormente, destrói a célula, libertando novas partículas virais, no qual vão infectar outros linfócitos T auxiliares, e assim sucessivamente. A função dos linfócitos T auxiliares no organismo é de activar e coordenar outras células, como os linfócitos B, os macrófagos e os linfócitos T citotóxicos (CD8+), para o combate a microrganismos invasores e células cancerosas. Com tal, o VIH vai reduzir a capacidade do sistema de defesa do organismo do hospedeiro (Tavira e Atouguia, 2006).

A fase inicial da infecção com o VIH varia de indivíduo para indivíduo. Várias semanas após o contágio, os indivíduos apresentam sinais e sintomas, como “(...) febre, fadiga, náuseas, vômitos, cefaleias, rash ou linfadenopatias” (Green-Nigro, 2003, p. 2470), podendo durar cerca

de 3 a 14 dias. Segue-se uma fase assintomática, que pode durar vários meses ou até mesmo 10 anos ou mais, podendo no entanto, apresentar esporadicamente, alguns sintomas ligeiros, como a fadiga e hipertermia. Durante este período a carga viral vai aumentando e, por sua vez, as células CD4 positivas vão diminuindo cada vez mais. Assim, à medida que a infecção vai progredindo, o sistema imunitário torna-se cada vez mais comprometido, dando se início à manifestação dos sinais e sintomas da SIDA, como, arrepios e febre, tosse seca e produtiva, letargia, cefaleias, mal-estar, fadiga, anemia, diarreia, perda de peso, linfadenopatia, aftas, etc. Contudo, aquando de uma baixa contagem de linfócitos CD4+ (com valores inferiores a 200/mm³) surgem as posteriores infecções oportunistas e neoplasias associadas à SIDA (Green-Nigro, 2003; Tavira e Atouguia, 2006).

As manifestações clínicas e as complicações associadas à SIDA são principalmente derivadas de um quadro complexo de várias infecções oportunistas e de neoplasias, que vão afectando todos os sistemas do organismo hospedeiro. Estas podem ser: aftas derivadas do fungo leveduriforme *Candida albicans* na boca, na vagina ou no esófago; pneumonia causada pelo parasita *Pneumocystis carinii*; toxoplasmose; tuberculose; infecções gastrointestinais; leucoencefalopatia multifocal progressiva, que pode afectar a função neurológica; citomegalovírus e sarcoma de Kaposi, entre outros (Tavira e Atouguia, 2006).

Os testes sorológicos mais comuns para o diagnóstico da infecção pelo VIH, que detectam apenas a presença de anticorpos contra proteínas virais são, ELISA e Western Blot. No qual, estes testes são usados principalmente para diagnosticar indivíduos, numa fase de infecção aguda, estando assim compreendidos no período da “janela imunológica”, que varia entre 6 e 12 semanas.

A terapêutica efectua-se pelo meio de inibidores da enzima transcriptase reversa, que inibe a replicação do vírus, e inibidores da protease, que impedem a formação de novas partículas virais, podendo ainda ser associado outra medicação de acordo com o quadro clínico que cada doente apresente. Apesar de SIDA continuar sendo uma doença sem cura, nem ainda se ter descoberto uma vacina para prevenir a infecção pelo vírus, o tratamento anti-retroviral constitui para os indivíduos portadores de SIDA a forma de permanecerem-se como doentes crónicos por um período bastante prolongado (Brêtas et al., 2006).

Referências Bibliográficas

- Ballard, R. e Majmudar, B. (1997). Granuloma Inguinal. *In: Morse, S., Moreland, A. e Holmes, K. (Ed.). Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ª Edição. Barcelona, Artes Médicas, pp. 87-97.*
- Brêtas, J., Oliveira, J. e Junior, W. (2006). Doenças sexualmente transmissíveis. *In: Brêtas, A. e Gamba, M. (Ed.). Enfermagem e saúde do adulto. São Paulo, Editora Manole, pp. 249-263.*
- Green-Nigro, C. (2003). Intervenções em pessoas com infecção por VIH e SIDA. *In: Phipps, W., Sands, J. e Marek, J. (Ed.). Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica (Vol.III). 6ª Edição. Loures, Lusociência, pp. 2467-2500.*
- Moreland, A., Majmudar, B. e Vernon, S. (1997). Infecções Genitais Humanas por Papilomavírus. *In: Morse, S., Moreland, A. e Holmes, K. (Ed.). Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ª Edição. Barcelona, Artes Médicas, pp. 225-239.*
- Moreland, A. *et alii.* (1997). Herpes Genital. *In: Morse, S., Moreland, A. e Holmes, K. (Ed.). Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ª Edição. Barcelona, Artes Médicas, pp. 207-224.*
- Phipps, W. e Adams-Davis, K. (2003). Intervenção Junto de Pessoas com Doenças Transmitidas Sexualmente. *In: Phipps, W., Sands, J. e Marek, J. (Ed.). Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica (Vol.III). 6ª Edição. Loures, Lusociência, pp. 1867-1888.*
- Rodrigo, F. e Mayer-da-Silva, A. (2003). *Doenças Transmitidas Sexualmente: Dermatologia e Venereologia.* Lisboa, Lidel.
- Tavira, L. e Atouguia, J. (2006). *Infecções Sexualmente Transmissíveis.* Lisboa, Universidade Aberta.
- Thompson, S., Larsen, S. e Moreland, A. (1997). Sífilis. *In: Morse, S., Moreland, A. e Holmes, K. (Ed.). Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ª Edição. Barcelona, Artes Médicas, pp. 21-46.*

Apêndice 2

Recomendações para o uso correcto do preservativo masculino

RECOMENDAÇÕES PARA O USO CORRECTO DO PRESERVATIVO MASCULINO

Os preservativos masculinos quando usados correctamente e sistematicamente, são eficazes tanto na protecção contra a transmissão das IST's, como um modo contraceptivo durante as relações sexuais.

● O preservativo masculino é uma membrana, geralmente, fabricada em látex, a partir da substância natural das árvores de seringueira, ou em poliuretano (plástico) e, com outros derivados. Ajusta-se ao pénis do homem e tem uma extremidade de reservatório para o sémen. Os preservativos em látex oferecem maior protecção contra a ITS's virais que os preservativos em membrana natural. Os preservativos de poliuretano são mais finos e um pouco menos flexíveis que os preservativos de látex, contudo são adequados para os indivíduos que são alérgicos ao látex.

● Os preservativos masculinos apresentam uma variedade de formas, texturas (com nervuras ou saliências), tamanhos, assim como, de cores e sabores (para a prática de sexo oral), de maneira a disponibilizar um leque vasto de opções, para todo o tipo de indivíduos, desfrutar das suas relações sexuais.

● Os preservativos podem ser fornecidos, gratuitamente, através das consultas de planeamento familiar (no Centro de Saúde) ou em Clínicas de Saúde Sexual. Também se encontram disponíveis para comprar em farmácias, supermercados, lojas, máquinas de venda automática existentes em WC's, via internet e em muitos outros locais.

● Os preservativos contêm lubrificação a partir de uma substância de silicone e, outros à base de água. Esta lubrificação visa facilitar a colocação e proporcionar mais conforto no uso do preservativo. Quanto à necessidade de lubrificação externa do preservativo, só deve ser utilizado lubrificantes aquosos, e não à base de óleo, como gel de vaselina, óleos de cozinha, loções e outros óleos de uso comum, pois enfraquecem o preservativo, provocando a ruptura. Existe ainda, preservativos que contêm lubrificantes com espermicida, que é uma substância química que inactiva os espermatozoides, de forma a evitar a fecundação. A utilização de espermicida que contém o *Nonoxinol-9* confere alguma protecção adicional contra a transmissão do VIH e de outras IST's, no entanto o seu uso excessivo pode causar efeitos adversos, provocando irritação da mucosa vaginal ou anal, aumentando o risco de transmissão das IST's. Desta forma, aconselhasse consultar um médico quanto à sua aplicação.

● As embalagens dos preservativos devem ser guardadas num local fresco, seco e longe da exposição directa aos raios solares. Não devem ser guardadas no bolso das calças, na carteira, ou no porta-luvas do carro por longos períodos de tempo. Não devem ser utilizados preservativos contidos em embalagens danificadas ou que apresentem sinais óbvios de deterioração, como pegajosas, ressecadas ou descoloridas. É importante, verificar a validade e a origem de fabrico mencionada na caixa ou na embalagem individual, aquando da utilização do preservativo.

● O preservativo deve ser usado uma única vez em cada relação sexual, ser trocado por um novo preservativo em cada prática sexual (vaginal e/ou oral e/ou anal), ser colocado um só preservativo em cada erecção do pénis e no final, ser descartado. Cada preservativo masculino apresenta-se enrolado, em

forma anelar e embalado num invólucro. A abertura do invólucro deve ser efectuada com cuidado, para evitar romper-se o preservativo, abrindo manualmente em um dos cantos, e não utilizando os dentes, as unhas ou objectos cortantes. Antes de iniciar a prática sexual, o preservativo deve ser colocado na glândula do pénis em erecção, com a ponta de reservatório voltada para fora. Com uma mão, pressiona-se a ponta de reservatório de maneira a suprimir o ar existente (para que não rebente no acto sexual) e com a outra mão, desenrola-se cuidadosamente o preservativo até a base do pénis. Após a ejaculação, deve-se retirar o pénis, ainda erecto, segurando o preservativo contra a base peniana, isto para, que o sémen não reflua. Só então, deve-se retirar o preservativo, deslizando-o lentamente do pénis, e não de forma contrária, enrolando para cima. E por fim, deve-se dar um nó à extremidade do preservativo, para que não haja extravasamento do sémen, e ainda, deve-se verificar se o preservativo não se rompeu (como medida de precaução), deitando-o finalmente, no lixo e não numa sanita, pois pode causar bloqueio no sistema sanitário.

⊙ Caso haja ruptura do preservativo durante a relação sexual, este deve ser substituído imediatamente por outro preservativo. Se caso houve, derrame de sémen do preservativo, na prática de sexo vaginal, a parceira deve recorrer à contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) de maneira a evitar a gravidez. Mas, se existir suspeita de IST de um dos parceiros, deve-se recorrer ao médico de família, expor a situação abertamente e cumprir os cuidados prescritos. Contudo, deve-se proceder a uma higiene da região, sempre que houver troca de fluidos, seja qual for a prática sexual.

⊙ Caso seja desconfortável para o homem a colocação do preservativo masculino no momento sexual, uma estratégia mais agradável e prazerosa de interacção entre a(o) parceira(o) sexual, poderá ser a colocação do preservativo pela(o) mesma(o). Se o uso do preservativo masculino for uma realidade nova, uma melhor maneira de aprender a usá-lo correctamente é experimentando, como p.ex., em momentos íntimos como a masturbação.

⊙ A comunicação entre ambos os parceiros sobre o uso do preservativo é fundamental, antes de iniciar as práticas sexuais. Podendo utilizar outras opções como o preservativo feminino. Diminuirá o anseio e o constrangimento no momento da relação sexual, e desta forma estarão ambos de acordo e mais confiantes na ocasião, adoptando uma atitude mais responsável e zelosa com a saúde sexual de ambos.

Referência Bibliográfica

The international HIV and AIDS charity Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.avert.org>> [Consultado em 23/02/2011].

Apêndice 3

Pedido de participação no estudo via e-mail

Apêndice 4

Consentimento Informado e Instrumento de Colheita de Dados

Comportamento sexual e conhecimento sobre IST's em homens portugueses

O estudo designado por "Comportamento sexual e conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis em homens portugueses", está a ser elaborado por Adriano Barbosa, sob a orientação da Prof. Laura Nunes, no âmbito da Licenciatura de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

O objectivo geral do estudo é em identificar o comportamento sexual num período de 12 meses e o conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis de homens portugueses.

O estudo destina-se apenas a homens portugueses que residam em Portugal, tenham idade igual ou superior a 18 anos e que tiveram relações sexuais durante os últimos 12 meses. Se for o seu caso, solicita-se a sua participação no preenchimento do seguinte questionário on-line.

É composto por um conjunto de 28 questões de resposta rápida, dividido em três partes: a primeira dedicada a dados sócio-demográficos, a segunda a questões relativas ao conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis e, por último, a terceira parte por questões relativas ao comportamento sexual. Com uma duração média de preenchimento de cerca de 10 minutos.

Agradeço que responda de forma sincera e clara, para que haja veracidade na informação que fornecer, sendo-lhe dadas todas as garantias de ANONIMATO e CONFIDENCIALIDADE, sem necessidade de se identificar e podendo cessar, a qualquer momento, a sua participação, sem qualquer consequência para si.

Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente para fins de investigação científica, ficando na posse da Universidade Fernando Pessoa.

No caso de pretender algum esclarecimento poderá informar-se através do nosso e-mail saude.sexual.homens@gmail.com

É possível que se cruze com este questionário em mais do que uma ocasião. Por favor preencha-o uma ÚNICA VEZ!

Desde já, um Muito Obrigado pela sua participação!

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamento sexual e conhecimento sobre IST's em homens portugueses

*Obrigatório

Declaração de Consentimento Informado

Declaro que aceito participar no estudo designado por "Comportamento sexual e conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis em homens portugueses", elaborado por Adriano Barbosa, no âmbito da conclusão da sua Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Declaro que, antes de optar pela minha participação, tomei conhecimento dos fins a que se destina o estudo, bem como de todos os aspectos que considerei importantes para a minha decisão e, do que teria de fazer para participar, tendo também a oportunidade de informar-me mais sobre o estudo, através do e-mail saude.sexual.homens@gmail.com. Foi comunicado que a informação fornecida por mim se destina exclusivamente ao desenvolvimento do estudo, tendo ainda dadas garantias de anonimato e de confidencialidade. Fiquei também esclarecido de que tenho o direito de cessar a minha participação, em qualquer momento, sem quaisquer consequências para mim. *

O acto de submeter esta declaração foi uma decisão informada e livremente tomada por mim.

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamento sexual e conhecimento sobre IST's em homens portugueses

*Obrigatório

Parte I

1) Sexo masculino? *

- Sim
- Não

2) Idade entre: *

- Menos de 18 anos
- 18 a 21 anos
- 22 a 25 anos
- 26 a 29 anos
- 30 a 33 anos
- 34 a 37 anos
- 38 a 41 anos
- 42 a 45 anos
- 46 a 49 anos
- 50 a 53 anos
- 54 a 57 anos
- 58 a 61 anos
- 62 a 65 anos
- Mais de 65 anos

3) Nacionalidade portuguesa? *

- Sim
- Não

4) Distrito onde reside? *

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda

- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu
- Não resido em Portugal

5) Zona de residência:

- Urbana
- Rural

6) Nível de Escolaridade:

- Sem estudos
- 1º Ciclo (1º - 4º ano)
- 2º Ciclo (5º - 6º ano)
- 3º Ciclo (7º - 9º ano)
- Ensino Secundário (10º - 12º ano)
- Ensino Superior

7) Estado Civil:

- Solteiro
- Casado/União de facto
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

8) Nos últimos 12 meses, teve práticas de sexo oral e/ou anal e/ou vaginal com algum(a) parceiro(a)? *

- Sim
- Não

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamento sexual e conhecimento sobre IST's em homens portugueses

Parte II

9) Das seguintes afirmações, qual considera que define "Infecções Sexualmente Transmissíveis"?

- Infecções que se transmitem através de contacto sexual com qualquer pessoa.
- Infecções que se transmitem através de qualquer contacto com pessoa infectada.
- Infecções que se transmitem através de contacto sexual com pessoa infectada.

10) Das seguintes doenças apresentadas, assinale a/as que se podem transmitir sexualmente:
(pode assinalar mais do que uma resposta)

- SIDA
- Gonorreia
- Clamídia
- Sífilis
- Cancróide
- Herpes Genital
- Granuloma Inguinal
- Verrugas Genitais

11) Dos seguintes sinais e sintomas apresentados, assinale o/os que indicam a presença de doenças transmitidas sexualmente:

(pode assinalar mais do que uma resposta)

- Dor ao urinar
- Corrimento peniano
- Comichão genital
- Lesões genitais
- Dor no pénis
- Bolhas nos genitais

12) Das seguintes formas de contacto íntimo, assinale a/as que podem ser um modo de transmissão de infecções sexualmente:

(pode assinalar mais do que uma resposta)

- Sexo vaginal
- Cunnilingus (estimulação da vagina com a boca)
- Beijo na boca

- Sexo anal
- Anulingus (estimulação do ânus com a boca)
- Masturbação mútua
- Fellatio (estimulação do pênis com a boca)

13) Dos seguintes métodos apresentados, assinale o/os que considera de prevenção às infecções transmitidas sexualmente:

(pode assinalar mais do que uma resposta)

- Coito Interrompido
- Abstinência sexual periódica
- Pílula
- Preservativo Masculino
- Espermicida

14) A informação que tem sobre as infecções sexualmente transmissíveis, foi obtida por:

(pode assinalar mais do que uma resposta)

- Amigos/Colegas
- Família
- Profissionais de Saúde (ex: médicos, enfermeiros, ...)
- Trabalho
- Escola
- Internet
- Televisão
- Revistas/Livros
- Cartazes/Folhetos
- Outra: _____

Parte III

15) Nos últimos 12 meses, com quantos(as) Parceiros(as) Regulares diferentes teve relações sexuais?

Neste estudo o termo "Parceiros Regulares" refere-se a parceiros com quem teve regularmente relações sexuais (sexo vaginal e/ou oral e/ou anal).

- NÃO teve Parceiros(as) Regulares
- 1
- 2
- 3
- 4

- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou mais de 10

16) Nos últimos 12 meses, com quantos(as) Parceiros(as) Casuais diferentes teve relações sexuais?

Neste estudo o termo "Parceiros Casuais" refere-se a parceiros com quem teve casualmente/espontaneamente relações sexuais (sexo vaginal e/ou oral e/ou anal).

- NÃO tive Parceiros(as) Casuais
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou mais de 10

17) Nos últimos 12 meses, teve prática de sexo vaginal com alguma parceira?

- Sim
- Não (avance para a questão 20)

18) Nos últimos 12 meses, com que frequência foi utilizado o preservativo masculino na prática de sexo vaginal com Parceira(s) Regular(es)?

- Não tive prática de sexo vaginal com Parceira(s) Regular(es)
- Nunca
- Às vezes
- Sempre

19) Nos últimos 12 meses, com que frequência foi utilizado o preservativo masculino na prática de sexo vaginal com Parceira(s) Casuais?

- Não tive prática de sexo vaginal com Parceira(s) Casuais
- Nunca
- Às vezes

Sempre

20) Nos últimos 12 meses, teve prática de sexo oral com algum(a) parceiro(a)?

Sim

Não (avance para a questão 23)

21) Nos últimos 12 meses, com que frequência foi utilizado o preservativo masculino na prática de sexo oral com Parceiros(as) Regulares?

Não tive prática de sexo oral com Parceiros(as) Regulares

Nunca

Às vezes

Sempre

22) Nos últimos 12 meses, com que frequência foi utilizado o preservativo masculino na prática de sexo oral com Parceiros(as) Casuais?

Não tive prática de sexo oral com Parceiros(as) Casuais

Nunca

Às vezes

Sempre

23) Nos últimos 12 meses, teve prática de sexo anal com algum(a) parceiro(a)?

Sim

Não (avance para a questão 26)

24) Nos últimos 12 meses, com que frequência foi utilizado o preservativo masculino na prática de sexo anal com Parceiros(as) Regulares?

Não tive prática de sexo anal com Parceiros(as) Regulares

Nunca

Às vezes

Sempre

25) Nos últimos 12 meses, com que frequência foi utilizado o preservativo masculino na prática de sexo anal com Parceiros(as) Casuais?

Não tive prática de sexo anal com Parceiros(as) Casuais

Nunca

Às vezes

Sempre

26) Se NUNCA ou ÀS VEZES não foi utilizado o preservativo masculino nas diferentes práticas de sexo oral ou anal ou vaginal, o(s) motivo(s) foi por:

(pode assinalar mais do que uma resposta)

- Não haver nenhum inconveniente
- Não estava à espera de ter relações sexuais
- Confiar no(a) parceiro(a)
- O(A) parceiro(a) recusar
- Diminuir o prazer sexual
- Ser desconfortável
- Ser difícil de colocar
- Outra:

27) Nos últimos 12 meses, com que frequência teve relações sexuais em que estivesse sob o efeito de álcool?

- Nunca
- Às vezes
- Sempre

28) Nos últimos 12 meses, com que frequência teve relações sexuais em que estivesse sob o efeito de drogas ilícitas?

Por exemplo: Marijuana, Ecstasy, LSD, Cocaína, etc.

- Nunca
- Às vezes
- Sempre

Se já concluiu o preenchimento e deseja enviar, click em “Enviar”

Muito Obrigado pela sua confiança na participação e contributo para este estudo!

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

