

TATIANA RAQUEL PEREIRA SANTOS

**PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL:  
RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO SEXUAL, ASSERTIVIDADE E  
AUTO-EFICÁCIA EM JOVENS ADULTOS UNIVERSITÁRIOS**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2011



TATIANA RAQUEL PEREIRA SANTOS

**PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL:  
RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO SEXUAL, ASSERTIVIDADE E  
AUTO-EFICÁCIA EM JOVENS ADULTOS UNIVERSITÁRIOS**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Porto, 2011

TATIANA RAQUEL PEREIRA SANTOS

**PROMOÇÃO DA SEXUALIDADE SAUDÁVEL:  
RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO SEXUAL, ASSERTIVIDADE E  
AUTO-EFICÁCIA EM JOVENS ADULTOS UNIVERSITÁRIOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva

---

Tatiana Raquel Pereira Santos

Porto, 2011

## RESUMO

Se a abordagem da sexualidade for sempre feita num quadro de riscos, poderemos nunca permitir aos jovens iniciarem a sua sexualidade com a expectativa desta ser uma fonte de alegria e satisfação. O objectivo final deve ser o de nenhum/a jovem vivencie qualquer forma de encontro sexual que seja assustador, não acordado ou perigoso para a saúde. Assim, torna-se essencial desenvolver nestes jovens recursos individuais que lhes permitam tomar decisões firmes sobre questões de importância neste contexto, sendo que a maioria dos jovens tomam decisões saudáveis e conscientes se dispuserem de ferramentas para o fazer. É por isso, importante compreender de que forma recursos como a assertividade e a auto-eficácia se relacionam com a satisfação com o relacionamento sexual. A investigação realizada pretende analisar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia. Participaram 193 jovens adultos universitários, 134 mulheres e 59 homens, com idades entre os 18 e os 25 anos de idade. Os participantes responderam ao Questionário Sócio-Demográfico e Inquérito de Comportamento Sexual, ao Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual, à Escala de Comportamento Interpessoal e à Escala de Auto-eficácia Geral. Os resultados sugerem a existência de uma relação negativa entre a satisfação com o relacionamento sexual e a tensão/desconforto face a situações sociais e uma relação positiva com a auto-eficácia. Apontam também para a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação sexual quanto ao estado civil, ao tipo de parceiro sexual, à presença/ ausência de DST's e ao consumo de drogas. Apresentam, ainda, uma relação positiva entre este construto, a idade de início da actividade sexual e a frequência de utilização de métodos contraceptivos. Ao nível assertividade, os resultados apontam a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis sexo, religião, presença/ausência de DST's e consumo de drogas. Apontam a existência de uma relação negativa entre a tensão/desconforto face a situações sociais e a idade. Quanto à auto-eficácia, os resultados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à variável estado civil e à frequência da utilização de métodos contraceptivos. Estes dados vêm reforçar a importância de se estudar e intervir ao nível da satisfação com o relacionamento sexual, da assertividade e da percepção de auto-eficácia no contexto da saúde sexual.

## ABSTRACT

If the approach of sexuality is always done within a framework of risks, we can never allow young people to start their sexuality with the expectation of being a source of joy and satisfaction. The ultimate goal should be to any the young to experience any form of sexual encounter to be scary, not agreed or a health risk. Thus, it becomes essential to develop in these young individual resources enabling them to take firm decisions on issues of importance in this context, and most young people make healthy and aware decisions if they have tools to do so. It is therefore important to understand how resources such as assertiveness and self-efficacy are related to sexual satisfaction. The research aims to analyze the relation between satisfaction with sexual relationships, assertiveness and self-efficacy. 193 young adults, university students, 134 women and 59 men, aged between 18 and 25 years old participated in this study. Participants responded to the Socio-Demographic Questionnaire and Sexual Behavior Survey, the Self-Esteem and Relationship Questionnaire, the Interpersonal Behavior Scale and the Self-Efficacy Scale. The results suggest the existence of a negative relation between sexual satisfaction and tension/ discomfort in social situations and a positive relation with self-efficacy. They also point to the existence of statistically significant differences at the level of sexual satisfaction and marital status, type of sexual partner, the presence/ absence of STDs and drug use. The results also point to a positive relation between this construct, and the onset of sexual activity and frequency of use of contraceptive methods. At the level of the assertiveness, the results indicate the existence of statistically significant differences regarding gender, religion, presence/ absence of STDs and drug use. They point to the existence of a negative relation between the tension/ discomfort in social situations and age. At the level of the self-efficacy, the results reveal the existence of statistically significant differences in the variable marital status and the frequency of use of contraceptive methods. This investigation reinforces the importance of studying and intervening at the level of satisfaction with sexual relationships, assertiveness and self-efficacy perception in the context of sexual health.

## RESUMÉ

Si l'approche de la sexualité est toujours faite dans un cadre de risques, nous ne pouvons jamais permettre aux jeunes de démarrer leur sexualité avec l'espoir d'être une source de joie et de satisfaction. L'objectif ultime devrait être de toute le jeune de faire l'expérience de toute forme de relation sexuelle pour être effrayant, sans l'accord ou un danger pour la santé. Ainsi, il devient essentiel de développer ces ressources individuelles des jeunes en leur permettant de prendre des décisions fermes sur les questions d'importance ici, étant que la plupart des jeunes prendre des décisions saines et conscient si elles ont des outils pour le faire. Il est donc important de comprendre comment les ressources telles que l'assertivité et l'auto-efficacité sont liées à la satisfaction des rapports sexuels. La recherche vise à analyser la relation entre la satisfaction avec les relations sexuelles, l'assertivité et l'auto-efficacité. 193 jeunes adultes, universités étudiantes, 134 femmes et 59 hommes, âgés entre 18 et 25 ans participés à cette étude. Les participants ont répondu au questionnaire sociodémographique et de comportement sexuel, l'enquête de la satisfaction sexuelle, l'échelle du comportement interpersonnel et l'échelle de l'auto-efficacité. Les résultats suggèrent l'existence d'une relation négative entre la satisfaction sexuelle et la tension/inconfort face à des situations sociales et une relation positive avec l'auto-efficacité. Ils soulignent également l'existence de différences statistiquement significatives au niveau de la satisfaction sexuelle et l'état matrimonial, le type de partenaire sexuel, la présence/absence des MST et l'usage de drogues. Ils peuvent aussi avoir une relation positive entre cette construction, le début de l'activité sexuelle et la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives. Relativement à l'assertivité, les résultats indiquent l'existence de différences statistiquement significatives en ce qui concerne le sexe, la religion, la présence/absence des MST et l'usage de drogues. Ils soulignent l'existence d'une relation négative entre la tension/inconfort face à des situations sociales et d'âge. Relativement à l'auto-efficacité, les résultats révèlent l'existence de différences statistiquement significatives dans le statut matrimonial et la variable de la fréquence d'utilisation des méthodes contraceptives. Ces données renforcent l'importance d'étudier et d'intervenir au niveau de satisfaction sexuelle, l'assertivité et la perception de l'auto-efficacité dans le contexte de la santé sexuelle.

*Ao meu pai, Mário Santos (In memoriam)*

## AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma tese é uma viagem de descoberta, plena de desafios, que nos leva a conhecer novas capacidades e a testar a resistência individual. Embora tenhamos uma vaga ideia sobre o destino que nos aguarda, a chegada é apenas uma paragem que nos leva a vislumbrar novos horizontes e desafios. A todos aqueles que ajudaram a levar a bom termo esta viagem, fica o agradecimento profundo.

Em primeiro lugar, a todos os estudantes universitários que de livre vontade, decidiram participar neste estudo, permitindo assim a sua realização. Obrigado, sem eles nada seria possível.

À Professora Doutora Isabel Silva, por toda a dedicação, compreensão e pelos desafios complexos que foi colocando na realização deste trabalho, que contribuíram para que me tornasse melhor investigadora e pessoa. Pelo estímulo e exigência crescente que foi impondo à medida que caminhava para a sua conclusão. Agradeço ainda o seu apoio incondicional, encorajamento, paciência e profissionalismo.

A todos os meus Professores, sem excepção, que ao longo destes cinco anos transmitiram conhecimentos e fomentaram o desejo de percorrer novos caminhos e aos meus colegas, que durante estes cinco anos proporcionaram momentos inesquecíveis.

À Universidade Fernando Pessoa pela qualidade de ensino que proporcionou.

À mãe Margarida, à avó Rosa e ao irmão Diogo, simplesmente por existirem, por serem um pilar na minha vida e perfeitos exemplos de perseverança.

À minha “mana do coração”, Ana, por estar sempre lá quando preciso, nos bons e nos maus momentos. À Ana e à Verónica por me terem acompanhado ao longo de cinco anos de vida académica. A elas tenho de agradecer o facto de aqui ter chegado, foram um pilar importante nesta caminhada. Obrigada pela amizade, o carinho e o apoio.

## ÍNDICE

**Índice de Quadros**

**Índice de Figuras**

**Índice de Anexos**

**INTRODUÇÃO** 1

### **PARTE I- Enquadramento Conceptual**

---

<b>Capítulo I – Satisfação Sexual, Assertividade e Auto-Eficácia</b>	4
1.1. Promoção da Saúde e Sexualidade	4
1.2. A Sexualidade nos Jovens Adultos Universitários	6
1.3. Satisfação Sexual	9
1.4. Assertividade	17
1.5. Auto-Eficácia	25
1.6. Em síntese...	31

### **PARTE II – Investigação Empírica**

---

<b>Capítulo II – Metodologia</b>	34
2.1 Pertinência do Estudo	34
2.2 Objectivos do Estudo	36
2.3 Variáveis do Estudo	37
2.4 Desenho de Investigação	38
3. Método	39
3.1. Participantes	39
3.2. Material	41
a) Questionário Sócio-Demográfico e Inquérito Comportamento Sexual	42
b) Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual	43

c) Escala de Comportamento Interpessoal	48
d) Escala de Auto-eficácia Geral ( <i>Como eu sou</i> )	60
3.3. Procedimento	67
<b>Capítulo III – Resultados</b>	70
<b>Capítulo IV – Discussão</b>	95
<b>CONCLUSÃO</b>	114
<b>REFERÊNCIAS</b>	116
<b>ANEXOS</b>	131

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o sexo .....	<b>39</b>
<b>Quadro 2.</b> Média de idades dos participantes .....	<b>39</b>
<b>Quadro 3.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o meio de residência .....	<b>39</b>
<b>Quadro 4.</b> Distribuição dos participantes de acordo com a zona de residência .....	<b>40</b>
<b>Quadro 5.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil .....	<b>40</b>
<b>Quadro 6.</b> Distribuição dos participantes de acordo com a religião.....	<b>40</b>
<b>Quadro 7.</b> Distribuição dos participantes de acordo com a orientação sexual .....	<b>41</b>
<b>Quadro 8.</b> Constituição do Questionário Sócio-Demográfico e Inquérito Comportamento Sexual .....	<b>43</b>
<b>Quadro 9.</b> Saturação dos itens correspondentes ao QSRS nos factores após rotação factorial .....	<b>45</b>
<b>Quadro 10.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Relacionamento Sexual” do QSRS .....	<b>46</b>
<b>Quadro 11.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Confiança” do QSRS .....	<b>47</b>
<b>Quadro 12.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Auto-Estima” e “Relacionamento	

Geral” do QSRS .....	47
<b>Quadro 13.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do QSRS .....	48
<b>Quadro 14.</b> Constituição da Escala de Comportamento Interpessoal .....	49
<b>Quadro 15.</b> Saturação dos itens correspondentes à escala “Tensão/Desconforto” nos factores após rotação factorial .....	51
<b>Quadro 16.</b> Saturação dos itens correspondentes à escala “Frequência do Comportamento Assertivo” nos factores após rotação factorial .....	53
<b>Quadro 17.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Tensão/Desconforto” da ECI .....	55
<b>Quadro 18.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Demonstração Sentimentos Negativos” da ECI .....	56
<b>Quadro 19.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Expressão e Gestão Limitações Pessoais” da ECI .....	56
<b>Quadro 20.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade de Iniciativa” da ECI .....	57
<b>Quadro 21.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade Positiva” da ECI .....	57

<b>Quadro 22.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Frequência Comportamento Assertivo” da ECI .....	<b>57</b>
<b>Quadro 23.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Demonstração Sentimentos Negativos” da ECI .....	<b>59</b>
<b>Quadro 24.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Expressão e Gestão Limitações Pessoais” da ECI .....	<b>59</b>
<b>Quadro 25.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade de Iniciativa” da ECI .....	<b>60</b>
<b>Quadro 26.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade Positiva” da ECI ..	<b>60</b>
<b>Quadro 27.</b> Saturação dos itens correspondentes à escala AEG nos factores após rotação factorial.....	<b>62</b>
<b>Quadro 28.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Iniciação e Persistência” da escala AEG.....	<b>63</b>
<b>Quadro 29.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Eficácia Perante a Adversidade” da escala AEG.....	<b>63</b>
<b>Quadro 30.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Eficácia Social” da escala AEG...	<b>64</b>

<b>Quadro 31.</b> Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado da escala AEG.....	<b>64</b>
<b>Quadro 32.</b> Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> por escalas .....	<b>65</b>
<b>Quadro 33.</b> Medidas de Tendência Central de Dispersão e de Distribuição do QSRS, da ECI e da EAEG.....	<b>66</b>
<b>Quadro 34.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da escala de satisfação com o relacionamento sexual .....	<b>70</b>
<b>Quadro 35.</b> Média de idade de início da actividade sexual .....	<b>72</b>
<b>Quadro 36.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de parceiro sexual...72	
<b>Quadro 37.</b> Distribuição dos participantes de acordo com a frequência com que utilizam métodos contraceptivos quando têm relações sexuais.....	<b>73</b>
<b>Quadro 38.</b> Distribuição dos participantes de acordo com a presença/ausência de DST's.....	<b>73</b>
<b>Quadro 39.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de DST's que manifestaram.....	<b>73</b>
<b>Quadro 40.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o padrão de consumo de substâncias lícitas e ilícitas.....	<b>74</b>
<b>Quadro 41.</b> Distribuição dos participantes de acordo com o padrão de consumo de substâncias anterior às relações sexuais.....	<b>74</b>

<b>Quadro 42.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do sexo.....	<b>75</b>
<b>Quadro 43.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da idade.....	<b>77</b>
<b>Quadro 44.</b> Comparação dos valores obtidos para as escalas em função do estado civil.....	<b>78</b>
<b>Quadro 45.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de religião.....	<b>79</b>
<b>Quadro 46.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da orientação sexual.....	<b>81</b>
<b>Quadro 47.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da idade de início da actividade sexual.....	<b>83</b>
<b>Quadro 48.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do tipo de parceiro sexual.....	<b>84</b>
<b>Quadro 49.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da frequência de utilização de métodos contraceptivos.....	<b>86</b>
<b>Quadro 50.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de DST's.....	<b>87</b>
<b>Quadro 51.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do consumo de drogas lícitas.....	<b>89</b>
<b>Quadro 52.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do consumo de drogas ilícitas.....	<b>91</b>

<b>Quadro 53.</b> Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de relações sexuais após o consumo de drogas.....	<b>93</b>
--	-----------

### **Índice de Figuras**

<b>Figura 1 –</b> Variáveis em Estudo .....	<b>38</b>
---	-----------

## **Índice de Anexos**

### **Anexo 1**

- Pedido de Autorização à Comissão de Ética

### **Anexo 2**

- Formulário de Consentimento Informado
- Questionário Sócio-Demográfico e Inquérito de Comportamento Sexual
- Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual
- Escala de Comportamento Interpessoal
- Escala de Auto-eficácia (*Como eu sou*)

## INTRODUÇÃO

O presente estudo debruça-se sobre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia em jovens adultos universitários.

Nas últimas três décadas, a saúde sexual passou a ser cada vez mais reconhecida como um componente fundamental da saúde geral, do bem-estar e, por isso, actualmente, é considerada um aspecto legítimo e central da saúde (Finotelli Jr., 2010).

A satisfação sexual é um dos factores psicológicos avaliados no âmbito da sexualidade, todavia da revisão da literatura relacionada com o tema conclui-se que existe uma falta de consenso quanto à definição e operacionalização do conceito, que se revela nas diferentes conceptualizações teóricas de satisfação sexual e nas diferentes metodologias de avaliação desta (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

O modelo teórico proposto por Lawrance e Byers, em 1995, denominado “Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction”, aponta para que a satisfação seja uma resposta afectiva que surge da avaliação subjectiva que o indivíduo faz das dimensões positivas e negativas do relacionamento sexual (Young, Luquis, Denny & Young, 1998). Em geral, a satisfação sexual tem sido também positivamente relacionada com a satisfação conjugal ou qualidade do relacionamento (Humphreys, Wood & Parker, 2009; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). Tratando-se de um conceito tão multifacetado e multidimensional, a satisfação sexual deverá então ser compreendida tendo em consideração duas grandes vertentes, o funcionamento sexual, do ponto de vista biológico, e a qualidade do relacionamento afectivo, tendo em conta todos os factores não-sexuais que uma relação implica, intimidade, confiança, compromisso, comunicação, entre outros, não esquecendo factores de ordem sócio-económica, demográfica e cultural.

A assertividade, por sua vez, foi definida por Del Prette e Del Prette (2001), aquando uma revisão literária, como a afirmação dos próprios direitos e expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma directa, honesta e apropriada, não violando os direitos de outrem, implicando, assim, o autocontrolo de sentimentos negativos despertados pelo comportamento de outra pessoa ou a expressão adequada desses sentimentos. No âmbito da sexualidade, falamos da assertividade sexual, considerada por alguns autores como uma especificidade da comunicação sexual e

definida como a capacidade de uma pessoa comunicar as suas necessidades sexuais e iniciar um comportamento sexual com um parceiro (Ménard & Offman, 2009).

A auto-eficácia tem vindo a revelar-se como uma variável de extrema importância na adequação de comportamentos relacionados com a saúde sexual (Pereira & Almeida, 2004). O conceito de auto-eficácia surge em Psicologia com Bandura (1977), que a define como: “o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress” (p. 163). As crenças de auto-eficácia percebidas pelos indivíduos influenciam directamente o seu comportamento perante as adversidades (Pereira & Almeida, 2004). Assim, a forma como cada indivíduo percepção a sua eficácia, pode ter efeitos diversos ao nível do comportamento, do pensamento e das emoções (Ribeiro, 1995). Os vários estudos realizados acerca da auto-eficácia revelam que esta funciona como um regulador do ser humano, promovendo também o seu bem-estar segundo quatro processos fundamentais: cognitivos, motivacionais, afectivos e selectivos (Bandura, 1997).

Na revisão da literatura efectuada constata-se efectivamente que a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia podem constituir variáveis chave no contexto da saúde sexual (Finotelli Jr., 2010; López & Fuertes, 1999; Ménard & Offman, 2009; Reissing, Laliberte & Davis, 2005).

O presente estudo tem como objectivo principal aprofundar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia de jovens adultos universitários.

A apresentação deste cumpre a seguinte estrutura: no Capítulo I, será abordado o conceito de promoção da saúde e de sexualidade, explorando teoricamente ambas as temáticas. Seguidamente, faremos uma caracterização da satisfação com o relacionamento sexual, da assertividade e da auto-eficácia no que se refere à definição, aos modelos e estudos realizados. No Capítulo II será apresentada a pertinência do estudo, o desenho de investigação, os objectivos, as variáveis e o método adoptado no estudo empírico. No Capítulo III serão descritos os resultados obtidos. No Capítulo IV será apresentada a discussão dos resultados, bem como os limites do estudo e orientações para a prática. Finalmente, será apresentada a conclusão da presente investigação.

## **PARTE I**

### **Enquadramento Conceptual**

## Capítulo I – Satisfação Sexual, Assertividade e Auto-Eficácia

### 1.1. Promoção da Saúde e Sexualidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, define a saúde como um: “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (p.1).

Esta afirmação aponta para “a necessidade das estratégias de promoção da saúde contemplarem não o simples prevenir da doença, mas também o incremento activo da qualidade de vida e do bem-estar dos indivíduos” (Bennett & Murphy, 1997, p.174).

Até hoje, a grande maioria dos programas de promoção da saúde e estudos de saúde têm-se preocupado com a redução de factores de risco de doença ou com a incidência da doença propriamente dita, ao invés, ou para além, de se centrarem na promoção de uma saúde positiva (Bennett & Murphy, 1997).

Curiosamente, esta nova atitude vai de encontro com as definições de promoção da saúde propostas pela OMS e adoptadas na Carta de Ottawa (1986), uma vez que este processo deverá habilitar os indivíduos a aumentar o controlo sobre a sua saúde, para assim conseguir melhorá-la, isto é, os indivíduos deverão ser capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e alterar o ambiente ou adaptar-se a ele (Bennett & Murphy, 1997). A promoção da saúde ultrapassa, assim, os estilos de vida saudáveis, dirigindo-se sobretudo no sentido do bem-estar individual/ colectivo (Bennett & Murphy, 1997).

Defendemos o mesmo tipo de abordagem no âmbito da sexualidade, especificamente, da saúde sexual.

A sexualidade é tida como uma dimensão essencial do ser humano, que inclui as capacidades individuais e sociais e as condições de erotismo, envolvimento emocional/amor, sexo e reprodução (PAHO/WHO, 2000). É ancorada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças e valores e expressa-se através de uma identidade, atitudes, valores, papéis, comportamentos e relacionamentos (PAHO/WHO, 2000). Assim, a sexualidade é um resultado da interacção de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais, éticos e religiosos/espirituais (PAHO/WHO, 2000).

Por sua vez, a saúde sexual, de acordo com Robinson, Bockting, Rosser, Miner e Coleman (2002), é uma abordagem da sexualidade fundada num conhecimento preciso, consciência pessoal e auto-aceitação, em que o comportamento de alguém, os seus valores e emoções são congruentes e integrados dentro de uma estrutura de personalidade e de auto-definição. Esta envolve a capacidade de ter intimidade com o parceiro, de comunicar explicitamente as suas necessidades e desejos sexuais, de ser sexualmente funcional (ter desejo, estar excitado, e obter satisfação sexual), de actuar de forma deliberada e responsável, e de estabelecer limites sexuais (Robinson et al., 2002). Inclui, ainda, um aspecto comunitário, que reflecte também o respeito e a valorização pelas diferenças individuais e a diversidade, e um sentimento de pertença e de envolvimento numa determinada cultura sexual (Robinson et al., 2002).

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

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

Não raras vezes, os programas de intervenção e as investigações no âmbito da saúde sexual tentam encontrar soluções para problemáticas como as doenças sexualmente transmissíveis, a SIDA, as disfunções sexuais, a violência, que de alguma forma correspondem ao campo da epidemiologia clínica (Arturo, 2006). Novamente, estas assentam nos factores de risco e nas doenças, sem contemplar os aspectos positivos, neste caso, da sexualidade, nomeadamente, a expressão de amor e intimidade, da satisfação sexual, da comunicação de necessidades e desejos sexuais, entre outros

aspectos, que contribuem igualmente para uma sexualidade saudável, com influências directas na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (Fagundes, 2009).

Ainda assim, alguns autores já têm em consideração questões do tipo relacional e emocional (Arturo, 2006), muito por conta da evolução que o conceito de sexualidade tem sofrido ao longo das décadas, particularmente no que respeita às significações sociais e psicológicas da sexualidade e da dinâmica das relações entre parceiros (Giami, 2008).

Parece-nos, pois, importante, tal como afirmam Ménard e Offman (2009), desenvolver competências ao nível afectivo-relacional, nomeadamente competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, de comunicação, assertividade e negociação, por forma a incrementar quer a prática de comportamentos sexuais seguros, quer os níveis de prazer e de bem-estar dos indivíduos nos seus relacionamentos sexuais.

Por conseguinte, a promoção da saúde visa essencialmente o desenvolvimento de aptidões quer individuais quer colectivas, através de métodos diversos mas complementares, que incluem não apenas a informação, mas também a educação, entre outros, para que os indivíduos possam ter um papel activo no controlo da sua saúde, inclusive sexual (Ribeiro, 1994).

Com efeito, torna-se pertinente conhecer uma vertente mais positiva da sexualidade, especificamente, torna-se essencial conhecer o nível de recursos (inter)personais, e de que forma estes recursos podem relacionar-se com a sexualidade dos indivíduos, a fim de se elaborarem e implementarem programas que promovam estilos de vida sexuais mais saudáveis e níveis mais elevados de bem-estar físico, psicológico e social, com a consequente diminuição dos custos relativos aos cuidados de saúde (Precioso & Taveira, 2007).

## **1.2. A Sexualidade nos Jovens Adultos Universitários**

Nesta faixa etária, a maturação física está completa, pelo que o comportamento sexual tem tendência a ser mais expressivo e menos exploratório, e as relações, mais íntimas e compartilhadas, predominando a escolha de um par duradouro com uma

relação de afecto, onde existe, à partida, uma maior consciência dos riscos e necessidades de protecção (Costa, Lopes, Souza & Patel, 2001).

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

Diversos estudos analisam em detalhe os processos psicossociais que constituem a passagem da adolescência à idade adulta.

De acordo com a revisão da literatura efectuada por Giami (2008), alguns autores, na década de 80, ressalvavam o prolongamento da adolescência, marcado pela continuidade de residência com os pais, o prolongamento da duração dos estudos e o aumento da idade da obtenção do primeiro emprego, do casamento e da procriação, que conseqüentemente resultariam num prolongamento da dependência afectiva e social e a conservação das jovens gerações excluídas das decisões.

Battagliola, Brown e Jaspard (1997), no estudo sobre os “itinerários de passagem à idade adulta”, definem a juventude como uma fase de transição ao longo da qual se efectua uma dupla passagem: do fim da escolaridade à entrada no mercado de trabalho, da saída de casa dos pais à formação do casal e à constituição de uma família.

Contudo, estas etapas não são ultrapassadas por todos os indivíduos, sendo que elas constituem apenas indicadores na direcção da autonomia e da procura do status de adulto (Battagliola, Brown & Jaspard, 1997).

Actualmente, o que verificamos é que existe um adiamento de um conjunto de etapas (e.g. prolongamento de um período que vai desde a saída do sistema escolar e a inserção no mercado de trabalho, e entre a saída de casa dos pais e a formação de uma família) e uma dissociação entre os calendários escolares, profissionais e privados (Battagliola, Brown & Jaspard, 1997), o que não nos permite identificar aquilo que seria

uma ruptura nítida entre a adolescência e a idade adulta, sendo que os rituais de passagem que outrora eram fortemente institucionalizados e eram pontos de referência (e.g. as primeiras experiências sexuais, o casamento, o fim dos estudos, o primeiro trabalho, o serviço militar), não constituem mais os pontos de passagem ritualizados em referência aos quais poder-se-ia tornar um adulto (Giami, 2008).

Estudos efectuados com jovens dos 18 aos 25 anos descrevem de forma idêntica as modalidades de acesso à idade adulta, ou seja, um processo de inserção profissional, familiar e social, que se inicia com o fim da escolaridade, podendo considerar-se como finalizado após a obtenção de um emprego estável e com o casamento (Giami, 2008).

Segundo Giami (2008), esta faixa etária será, então, um período de idades mal definido, consagrado às experiências, mas durante o qual se evita tomar decisões importantes, encontrando-se por isso num momento crucial da sua evolução pessoal e social. Com efeito, neste período, estes pós-adolescentes, obrigados a afastarem-se da adolescência, esforçam-se para se tornarem adultos e por encontrar um lugar, uma identidade e ligações que reconheçam como próprias, com uma relativa autonomia (Giami, 2008). É uma fase que implica uma pesquisa de si, do outro, de experiências múltiplas, é tempo de crise para jovens adultos mantidos numa dependência parental, que facilmente contradiz com os seus desejos de independência (Giami, 2008).

Actualmente, as primeiras relações sexuais precoces introduzem uma forma intermediária de casal, que não co-habita, que não funda uma vida comum, mas cuja escolha do parceiro pode ser efectuada em função do tipo de relação pretendida, breve ou duradoura (Giami, 2008). Esta pluralidade de encontros relativiza a importância simbólica da primeira relação sexual, pois face a estas condições a possibilidade de ter vários parceiros ao longo da vida, passa a ser socialmente aceite e frequentemente desejável (Giami, 2008). A organização temporal das primeiras relações sexuais é, portanto, fundada sobre a distinção entre uma relação longa e relação breve, assim como sobre a diferenciação dos sentimentos que estas relações subentendem, sendo que a relação amorosa passa a ser compreendida como a relação duradoura estável, monogâmica, baseada na igualdade, na satisfação sexual e afectiva e no compromisso e a relação curta é aquela da sexualidade por excelência, são as relações poligâmicas, efémeras, sem compromissos, que surgem como forma de descobrir a sexualidade ou de ter emoções fortes (Giami, 2008). De facto, a realidade actual é a de que as relações

sexuais iniciam-se mais precocemente, seja por força de imitação, de pressões dos companheiros/ sociedade, por fuga da masturbação (ainda geradora de culpa), ou por real mudança das características comportamentais (Costa et al., 2001).

Em suma, a juventude é apreendida como um período intermediário, uma situação transitória, de passagem, de crise, uma sucessão de etapas, de status, que se caracteriza pelo vago e pela desmitificação das relações amorosas (Giarni, 2008).

### **1.3. Satisfação Sexual**

A satisfação sexual é um dos factores psicológicos avaliados no âmbito da sexualidade, todavia, da revisão da literatura relacionada com o tema, conclui-se que existe uma falta de consenso quanto à definição e operacionalização do conceito, que se revela nas diferentes conceptualizações teóricas de satisfação sexual e nas diferentes metodologias de avaliação desta (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

De facto, diversos autores têm apresentado diferentes conceptualizações daquilo que será a satisfação sexual e qual a melhor forma de a medir. Por exemplo, Renaud, Byers e Pan (1997) destacam a dificuldade que os investigadores têm em definir a satisfação sexual, salientando que, por vezes, tem sido conceptualizada apenas como a ausência de insatisfação, o que não deixa de ser uma definição bastante redutora.

Pechorro et al. (2009), por outro lado, referem, com base na literatura por eles revista, que a satisfação sexual corresponde ao grau no qual a actividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais. Mencionam, ainda, que a percepção de satisfação com a vida sexual encontra-se intrinsecamente relacionada com as experiências sexuais passadas do indivíduo, expectativas actuais e aspirações futuras (Haavio-Manilla & Kontula, 1997; Pechorro et al., 2009).

Pechorro et al. (2009) identificam duas dimensões que caracterizam este conceito: a satisfação sexual geral (relativa à satisfação com os tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais) e a satisfação com o companheiro. A satisfação teria, assim, uma componente pessoal e uma componente interpessoal, sendo que, em qualquer um dos casos, dependeria dos desejos da pessoa por determinados tipos e frequência de actividades sexuais, e tipos e comportamentos dos seus companheiros (Pechorro et al., 2009). Numa dada relação, o casal desenvolveria um certo guião

sexual, definido como uma sequência de comportamentos específicos que usualmente levam ao coito (Pechorro et al., 2009). Uma vez criado, o guião tenderia a ser seguido cada vez que o casal tivesse actividade sexual. Desta forma, para estes casais, a satisfação depende do guião permitir a quantidade desejada de prazer sexual (Pechorro et al., 2009). De forma geral, o desejo de cada pessoa se envolver em certos tipos de comportamentos e experimentar certos tipos de prazer depende da sua experiência sexual passada, que permite a comparação com um padrão (Pechorro et al., 2009).

Já Wachelke, Andrade, Cruz, Faggiani e Natividade (2004) consideram a satisfação como uma avaliação cognitiva positiva de um objecto obtida após comparação com objectos semelhantes que possuam características consideradas aceitáveis ou boas. Nesse sentido, a satisfação é considerada um construto voltado fundamentalmente para o nível de análise do indivíduo (Wachelke et al., 2004). Esta definição não contradiz a noção de determinação social das características dos objectos em questão ou da constituição social dos indivíduos, apenas se refere a uma ênfase maior nas especificidades das relações destes com os objectos com os quais se encontram satisfeitos ou não, dada a multiplicidade de formas que estas relações podem assumir (Wachelke et al., 2004).

Wachelke et al. (2004), considerando a teoria da interdependência de Kelley e Thibaut, referem que a satisfação que um indivíduo possui acerca de um relacionamento amoroso e/ou sexual, encontra-se ligada a uma avaliação individual positiva desse relacionamento. Uma pessoa pode ser considerada satisfeita com o seu relacionamento quando os produtos de uma relação superam o que é esperado dessa relação (Wachelke et al., 2004). Logo, segundo estes autores, um nível de satisfação elevado e estável está associado à existência prolongada de um relacionamento no decorrer do tempo (Wachelke et al., 2004).

De forma idêntica, Wachelke et al. (2004), considerando o modelo teórico de Rusbult, contemplam a satisfação como um sistema económico de ganhos e perdas. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a satisfação corresponde às recompensas percebidas no relacionamento, menos os custos despendidos no mesmo, num contexto de comparação (Wachelke et al., 2004). Desta forma, uma pessoa com baixos níveis de exigência, que percepcione mais ganhos do que perdas no seu relacionamento sexual, pode ser considerada satisfeita sexualmente (Wachelke et al., 2004).

Também Hernandez e Oliveira (2003) afirmam que o grau de satisfação de um indivíduo com o seu relacionamento consiste numa função da avaliação subjectiva que este possa fazer sobre a qualidade do mesmo, sendo que esta qualidade está relacionada com os resultados obtidos a partir da relação (positivos ou negativos), o nível de comparação entre os resultados da relação e o padrão interno de satisfação, considerando que esse padrão varia conforme as experiências passadas da pessoa (Hernandez & Oliveira, 2003). Assim, sempre que o indivíduo obtenha resultados bastante satisfatórios nas suas relações, este apresentará um nível de comparação elevado, esperando obter mais benefícios do que custos desse relacionamento (Hernandez & Oliveira, 2003). Outro factor tido como influente na avaliação da satisfação é a equidade, sendo que uma relação percebida como equitativa em termos de custos e benefícios tende a ser avaliada como mais satisfatória (Hernandez & Oliveira, 2003).

Na mesma linha de pensamento, o modelo teórico proposto por Lawrance e Byers, em 1995, denominado “Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction”, aponta para que a satisfação seja uma resposta afectiva que surge da avaliação subjectiva que o indivíduo faz das dimensões positivas e negativas do relacionamento sexual (Young, Luquis, Denny & Young, 1998). No entanto, a resposta afectiva subjacente é de difícil mensuração e, ainda que alguns a meçam através da consistência orgásmica, outros procuram medi-la através das componentes psicológicas e fisiológicas (Young et al., 1998).

Por este motivo, este modelo foi desenvolvido por forma a superar algumas limitações metodológicas nos estudos que investigam a satisfação sexual e por forma a criar um quadro conceptual para o estudo da satisfação sexual (Renaud et al., 1997). O estudo de validação deste modelo, com uma amostra de 149 mulheres e 94 homens canadianos, comprova a sua validade, sendo que os componentes tidos em conta neste modelo revelaram explicar 79% da variância da satisfação sexual (Renaud et al., 1997). O modelo funcionou tão bem para homens como para mulheres, para relações a curto prazo e a longo prazo, e para indivíduos com e sem filhos (Renaud et al., 1997).

Como um modelo de partilha, este tem em conta os níveis de recompensas e custos, os níveis relativos entre as recompensas e os custos, e a percepção de equidade das recompensas e dos custos que existam na partilha entre o casal no seu

relacionamento sexual (Renaud et al., 1997). Para melhor compreensão deste modelo, por recompensas entende-se a partilha de experiências sexuais prazerosas e gratificantes e, por custos, a partilha de experiências sexuais que impliquem esforço e/ou dor, constrangimento ou ansiedade (Renaud et al., 1997). Os níveis relativos de recompensas e custos pressupõem que o nível de recompensas e de custos que um indivíduo experimenta numa relação sexual deverá ser comparado com o nível de recompensas e de custos que um indivíduo tem expectativa de experimentar numa relação sexual (Byers, 1999).

Por conseguinte, este modelo prevê que a satisfação sexual será maior quando a satisfação com o relacionamento é maior (Renaud et al., 1997). A satisfação sexual também deve ser maior quando o nível de recompensas decorrentes da relação sexual ultrapassa o nível dos custos e, ainda, quando o nível relativo de recompensas excede o seu nível relativo de custos, enfim, para existir um elevado nível de satisfação sexual deverá existir uma equidade entre os níveis de recompensas e de custos percebidos de um indivíduo e os do seu parceiro (Renaud et al., 1997).

É pertinente salientar que, ao considerar a satisfação sexual, o modelo também considera o contexto relacional no qual a partilha sexual ocorre (Renaud et al., 1997).

Em geral, a satisfação sexual tem sido positivamente relacionada com a satisfação conjugal ou qualidade do relacionamento (Humphreys, Wood & Parker, 2009; Pechorro et al., 2009). Uma revisão da literatura conduzida por Ji e Norling (2004), conclui que o conceito de satisfação sexual encontra-se intimamente ligado ao facto de um indivíduo se encontrar ou não satisfeito com o seu relacionamento conjugal. Os homens e as mulheres que relatam estar satisfeitos com os seus relacionamentos conjugais também relatam estar satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais (Pechorro et al., 2009; Young et al., 1998). De igual forma, alguns estudos revistos por Byrers e Demmons (1999) referem que, quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior será a satisfação sexual.

Investigações norte-americanas têm demonstrado que as características gerais do relacionamento, como a satisfação com a relação, o amor, o nível de intimidade e a quantidade de afectividade física estão associados à satisfação sexual, e vice-versa (Renaud et al., 1997).

Pechorro et al. (2009) descreveram diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito às causas imediatas da insatisfação sexual que aparentemente tendem a esbater-se com a idade: para as mulheres, a qualidade emocional das interações sexuais parece ser a influência mais importante nas suas avaliações do relacionamento sexual, indicando que as mulheres que estão insatisfeitas querem mais amor, afeição e carinho; para os homens, a quantidade da actividade sexual é mais importante, dado que os homens que se declaram insatisfeitos querem mais frequência e variedade de actividades sexuais. Assim, aparentemente as mulheres relatam ter maior satisfação sexual através da intimidade com os companheiros (e.g. os aspectos emocionais e interpessoais da actividade sexual), mesmo que tal não inclua o prazer orgástico (Pechorro et al., 2009).

Segundo Young, Denny, Young e Luquis (2000), a investigação também revela que a satisfação sexual se encontra relacionada com a existência de relações íntimas e com a qualidade dessas relações, sendo que, para a população feminina, quanto maior o nível de proximidade emocional numa relação, maior a satisfação com o relacionamento sexual.

Concomitantemente, a satisfação sexual tem sido correlacionada com os aspectos físicos da experiência sexual, nomeadamente com a consistência orgástica e a frequência ou tempo do orgasmo (Young et al., 1998).

Waterman e Chiauzzi (1982) mencionam que o orgasmo desempenha um papel mínimo na satisfação sexual da mulher. Porém, Young et al. (2000) defendem o orgasmo como um importante factor na satisfação sexual.

Darling, Davidson e Jennings (1991), constataram que as mulheres que tinham múltiplos orgasmos sentiam-se fisiologicamente mais satisfeitas com a sua relação sexual do que as mulheres que experimentavam orgasmos singulares, mas, em geral, a satisfação sexual não é grandemente afectada pelo facto de uma mulher experimentar ou não orgasmos múltiplos.

Outras pesquisas, revistas por Young et al. (2000), têm associado ainda a consistência com que um indivíduo (ou o seu parceiro) alcança o orgasmo como um factor preponderante na obtenção de satisfação sexual (por exemplo, estudam com que frequência a actividade sexual resulta num orgasmo). Estes autores apontam ainda que mulheres que participam em treinos de consistência orgástica apresentam, ao longo do

tempo, níveis mais elevados de satisfação sexual do que aquelas que participam numa intervenção em grupo padrão (Young et al., 2000).

Waterman e Chiauzzi (1982) referem que, para as mulheres, a insatisfação sexual (insatisfação com o repertório de comportamentos sexuais nos quais estão envolvidas) aumenta com a diminuição da consistência orgástica, apesar de não existir uma relação significativa.

Zhou (1993) constatou, na sua pesquisa com mulheres chinesas, que a frequência do coito, de carícias no pré-coito e de orgasmos estavam correlacionados positivamente com a satisfação sexual do casal. Bentler e Peeler (1979) também descobriram que níveis mais elevados de actividade sexual estavam relacionados com o aumento da satisfação sexual. De igual forma, Pechorro et al. (2009), descreve, com base na literatura, que foram encontradas fortes correlações entre a satisfação sexual e a maior frequência de sexo, tendo sido também demonstrado que a insatisfação sexual tendia a ser mais elevada quando os sujeitos consideravam ter eles próprios problemas sexuais e a ser ainda mais elevada quando pensavam que o companheiro tinha um problema sexual.

Também Hisasue et al. (2005) encontraram correlações estatisticamente significativas entre a satisfação sexual e preliminares, orgasmo e frequência da actividade sexual. Estes autores evidenciaram que, paradoxalmente, a capacidade erétil do companheiro não contribuía para a satisfação sexual da mulher, apesar de contribuir para a frequência da actividade sexual, salientando que a importância dos preliminares para essa satisfação (Hisasue et al., 2005).

Outros factores têm sido, de forma idêntica, relacionados com o grau de satisfação com o relacionamento sexual, nomeadamente o sexo e a idade, a religião, a cultura, entre outros.

Pechorro et al. (2009) na sua revisão bibliográfica, descreve um estudo, com uma amostra aleatória de 1768 homens e mulheres ingleses, dos 18 aos 75 anos, que demonstra que 21% das mulheres e 30% dos homens afirmam estar insatisfeitos com a sua vida sexual.

Um outro estudo realizado por Kawakami et al. (2009), com uma amostra de 72 estudantes universitários entre os 18 e os 30 anos, residentes em São Paulo, verificou que, quer as mulheres, quer os homens, se encontram satisfeitos com a sua vida sexual,

sendo que 39% das mulheres e 28% dos homens referiram estar muito satisfeitos com a sua vida sexual, enquanto 37% das mulheres e 40% dos homens mencionam estar apenas satisfeitos com a sua vida sexual. Verificou, ainda, que a existência de um maior número de pessoas do sexo masculino (13%) que estão muito insatisfeitos com a sua vida sexual do que o sexo feminino (3%) (Kawakami et al., 2009). De facto, existe uma diferença entre a satisfação sexual dos homens e das mulheres, devido à diferente abordagem que cada género tem sobre o assunto, pois para a maioria dos homens existe uma estreita relação entre a qualidade da erecção e a satisfação sexual, ao passo que para as mulheres, a satisfação sexual encontra-se ligada à condição de ter orgasmos (Kawakami et al., 2009), apesar de existirem estudos, anteriormente referidos, que não encontram correlações significativas entre o grau de satisfação sexual e a qualidade da erecção ou com a condição de ter orgasmos.

Hisasue et al. (2005), numa investigação efectuada com uma amostra de 5042 mulheres japonesas dos 17 aos 88 anos, não encontraram qualquer correlação entre a satisfação sexual e a idade.

Haavio-Manilla e Kontula (1997), por sua vez, ao procurarem preditores da satisfação sexual numa amostra de 1718 mulheres e homens finlandeses dos 18 aos 74 anos, obtiveram resultados que demonstraram que, nas mulheres, a satisfação sexual se correlacionava directa e positivamente com a idade jovem e com o início precoce da vida sexual; e indirectamente com a educação liberal e não religiosa, escolaridade de nível superior, assertividade sexual, sentimentos recíprocos de amor, atribuição de importância à sexualidade, utilização de materiais sexuais, coito frequente, técnicas sexuais versáteis, e obtenção frequente do orgasmo. Os autores provaram ainda que a satisfação sexual global estava relacionada, em níveis idênticos, quer com a satisfação sexual física, quer com a emocional (Haavio-Manilla & Kontula, 1997). Este estudo demonstrou, ainda, que a satisfação sexual aumentou exponencialmente nos últimos vinte anos, principalmente entre as mulheres, apesar destas ainda apresentarem maior insatisfação sexual do que os homens, argumentando os autores que tal se deve ao começo tardio da vida sexual, a atitudes sexuais conservadoras, à atribuição de menor importância à esfera sexual, à falta de assertividade sexual e ao facto de não utilizarem técnicas sexuais dotadas de maior plasticidade, aspectos que no seu conjunto as tornam mais inibidas sexualmente que os homens (Haavio-Manilla & Kontula, 1997). Porém,

torna-se importante salientar que este último resultado contraria os resultados dos estudos mencionados anteriormente, que referem que são os homens que apresentam maior insatisfação sexual, comparativamente às mulheres.

Diversos estudos apontam para uma relação existente entre a religião e o início de relações sexuais e atitudes face à masturbação, assim como uma relação entre a religião e a satisfação sexual, ao nível físico, mas não psicológico, sendo que as mulheres que diziam não frequentar cultos religiosos há um ano, apresentavam maior grau de satisfação sexual a nível físico do que as mulheres que frequentavam a igreja; o mesmo não foi possível constatar face à satisfação sexual, do ponto de vista psicológico, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que vão à igreja frequentemente e aquelas que não vão com tanta frequência (Young et al., 1998). Ahmadi, Azad-Marzabadi e Ashrafi (2008) evidenciam mesmo uma correlação positiva significativa entre o grau de fundamentalismo religioso e os problemas com a satisfação sexual, sendo que quanto maior o grau de fundamentalismo religioso, maior o nível de satisfação sexual.

Em suma, poderemos ressaltar o facto de que, para que as pessoas se sintam satisfeitas sexualmente, é necessário obter um grau aceitável de prazer conjunto nas actividades sexuais efectivas e interessar-se cada um pelo prazer do outro; a existência de um acordo mais ou menos geral no que respeita à frequência com que desejam manter determinados contactos sexuais e outro tipo de contactos físicos não meramente sexuais; a existência de algum tipo de variação nas relações, que vá mais além da típica sequência de jogos sexuais – coito; a ausência de problemas continuados na excitação sexual ou na obtenção do orgasmo; o auto-conhecimento e a aceitação da própria sexualidade, incluindo aceitação do próprio corpo; e, por fim, o conhecimento e aceitação da sexualidade do casal, isto é, das diferenças no que respeita a desejos, atitudes, preferências e actividades (López & Fuertes, 1999).

López e Fuertes (1999) identificam, ainda, factores não sexuais que também consideram relevantes: a capacidade de comunicação, procura activa e intimidade, sentido de confiança e compromisso na relação, atracção erótica e autonomia, liberdade e responsabilidade por parte de cada elemento do casal em relação ao outro.

Tratando-se de um conceito tão multifacetado e multidimensional, a satisfação sexual deverá, então, ser compreendida tendo em consideração duas grandes vertentes,

o funcionamento sexual, do ponto de vista fisiológico, e a qualidade do relacionamento afectivo, tendo em conta todos os factores não-sexuais que uma relação implica, intimidade, confiança, compromisso, comunicação, entre outros, não esquecendo factores de ordem sócio-económica, demográfica e cultural.

#### **1.4. Assertividade**

Na actualidade, com o aumento crescente das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), em particular do HIV/SIDA, de gravidezes precoces, da violência doméstica, de divórcios e de disfunções sexuais, a assertividade é cada vez mais requerida para a consolidação dos relacionamentos afectivos e/ou sexuais e para a garantia da saúde e de perspectivas futuras (Del Prette & Del Prette, 2001). Assim, habilidades como solicitar ou exigir o uso do preservativo e de exames médicos, recusar o sexo inseguro e falar abertamente sobre medos e expectativas no campo da sexualidade constituem habilidades que necessitam de ser desenvolvidas e executadas (Del Prette & Del Prette, 2001).

De forma mais singular, a assertividade tem dado provas da sua importância no âmbito da satisfação com o relacionamento sexual, mas para que possamos compreender como é que uma se relaciona com a outra, torna-se pertinente, em primeira instância, definirmos o que se entende por assertividade.

A assertividade foi definida por Del Prette e Del Prette (2001), como a afirmação dos próprios direitos e expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de forma directa, honesta e apropriada, não violando os direitos de outrem, implicando, assim, o autocontrolo de sentimentos negativos despertados pelo comportamento de outra pessoa ou a expressão adequada desses sentimentos.

De acordo com Del Prette e Del Prette (2001), esta dimensão pode ser compreendida, na taxonomia das habilidades sociais, como uma classe constituída por subclasses, podendo ser destacadas as seguintes: defender os próprios direitos e os direitos dos outros, recusar pedidos, lidar com críticas, expressar sentimentos negativos de raiva, desagrado, desconforto, discordar e solicitar mudança de comportamentos. E, ainda, possibilita a expressão de afectos, carinho, empatia, apreço, interesse e outro tipo de sentimentos positivos (Boisvert, Beaudry & Bittar, 1985).

No âmbito da sexualidade, falamos da assertividade sexual, considerada por alguns autores como uma especificidade da comunicação sexual, como a capacidade de uma pessoa comunicar as suas necessidades sexuais e iniciar um comportamento sexual com um parceiro (Ménard & Offman, 2009). Dunn, Lloyd e Phelps (1979) definem assertividade sexual como o conhecimento que temos de nós próprios enquanto seres sexuais e como a utilização de competências comportamentais, com o mínimo de ansiedade, por forma a que, quer nós, quer o nosso parceiro, possamos obter satisfação sexual. Dunn et al. (1979) salientam o facto da assertividade sexual envolver a aprendizagem quer da obtenção de prazer, quer da transmissão de prazer ao outro, bem como implicar que permitamos que o outro seja sexualmente assertivo e que cada um de nós seja responsável pelo seu próprio prazer sexual. Quina, Harlow, Morokoff, Burkholder e Deiter (2000) identificam, de acordo com a literatura, três dimensões subjacentes à assertividade sexual: iniciação de contacto desejado; recusa de sexo não desejado ou forçado, e prevenção da gravidez ou de DST's, que de certa forma podem ser considerados entraves à obtenção de satisfação sexual.

À luz da teoria da comunicação, poderemos compreender qual o papel e a função do comportamento assertivo nas relações interpessoais, inclusive no relacionamento sexual. A pragmática da comunicação valoriza a relação interdependente do indivíduo com seu meio e com seus pares, onde cada comportamento individual é afectado pelo comportamento dos outros (Primo, 2000).

De acordo com Watzlawick, Beavin e Jackson (1993), autores da obra clássica “Pragmática da Comunicação Humana”, a interacção humana é uma série complexa de mensagens trocadas entre as pessoas.

O processo comunicativo contempla diferentes componentes. Na comunicação existe um emissor e um receptor, sendo que, por emissor, entende-se alguém que expressa uma ideia ou intenção acerca do que este quer transmitir ao receptor ou acerca do que este quer que o receptor compreenda (Boisvert, Beaudry & Bittar, 1985). Esta intenção é codificada e transmitida sob a forma de uma mensagem, através de canais de transmissão (auditivos, visuais, etc.) (Boisvert et al., 1985). O receptor, por sua vez, é responsável por descodificar a mensagem e reagir a esta, através de um feedback (Boisvert et al., 1985).

Porém, segundo Watzlawick et al. (1993), o entendimento de comunicação vai além das trocas verbais, pois todo o comportamento é comunicação. E assim, uma vez aceite todo o comportamento como comunicação, não estaremos a lidar somente com uma unidade de mensagem monofónica, mas com um complexo fluído e multifacetado, de numerosos modos de comportamento – verbais, tonais, posturais, contextuais, etc. – que no seu conjunto, condicionam o significado de todos os outros (Primo, 2000; Tapajos, 2007). Os vários elementos desse complexo (considerado como um todo) são capazes de permutas muito variadas e de grande complexidade, que vão desde o congruente ao incongruente e paradoxal (Primo, 2000).

Mais especificamente, o emissor, com base nas suas experiências anteriores, história pessoal e cultural, analisa a situação e estabelece um código e uma forma à mensagem que quer transmitir, de forma inteligível, através de expressões verbais ou não-verbais (Boisvert et al., 1985). De salientar que o código (expressões faciais, gestos, palavras) deverá ser o mesmo quer para o emissor quer para o receptor, para que a comunicação seja efectiva (Boisvert et al., 1985). A forma da mensagem, referindo-se à forma como esta é expressa pelo emissor, deverá preferencialmente, ser efectuada através de frases activas-positivas, uma vez que facilita a transmissão e compreensão da mensagem (Boisvert et al., 1985). Nas relações interpessoais, como é o caso das relações íntimas, que incluem o relacionamento sexual, as respostas assertivas, directas, precisas e não julgadoras da expressão de sentimentos podem incrementar a forma da mensagem (Boisvert et al., 1985). Contudo, muitas vezes o emissor não consegue exprimir os seus pensamentos e sentimentos, por medo de falhar ou de estar errado, ou por medo das consequências negativas desse acto (Boisvert et al., 1985).

Watzlawick et al. (1993) postulam, ainda, que não se pode não comunicar, uma vez que, toda a comunicação envolve um compromisso, e, assim, se define a relação entre os comunicadores. Logo, além de transmitir informação, a comunicação implica um comportamento (Primo, 2000). Isso conduz-nos a um outro axioma: toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação, definido como meta-comunicação (Watzlawick et al., 1993). Portanto, os comunicadores oferecem um ao outro definições das suas relações, ou, poder-se-á dizer, cada um tentaria definir a natureza da relação (Primo, 2000). É importante salientar porém, que cada um reage com a sua definição da relação, podendo confirmar, rejeitar ou até desqualificar a do

outro, isto é, invalidar a resposta do outro (Primo, 2000; Tapajos, 2007). Esse processo pode levar à estabilização de relações mais duradouras, à medida que se resolve a definição da relação (Primo, 2000). Por outro lado, a ineficiência na redefinição da relação frente a cada mudança pode acarretar o afastamento ou a dissolução da relação (Primo, 2000). Importa, ainda, salientar que, para Watzlawick et al. (1993), os factores contextuais exercem importante influência na interacção e podem actuar como limitadores oferecendo restrições à interacção. Por outro lado, estes autores alertam para o facto de que não entendem o contexto apenas com factor externo aos comunicadores (Watzlawick et al., 1993). As mensagens trocadas passam a fazer parte do contexto interpessoal, impondo restrições à interacção subsequente (Primo, 2000).

Assim, para produzir o efeito desejado no receptor, o emissor deverá identificar primeiramente a sua intenção, por exemplo, a intenção poderá ser “Eu quero que o receptor satisfaça esta minha necessidade, logo vou emitir este comportamento” (Boisvert et al., 1985). De facto, se um indivíduo não conhece aquilo que quer, é pouco provável que o peça, por outro lado, se não conhecer o que não quer, é pouco provável que o recuse, tal como afirma Boisvert et al. (1985), com base na revisão da literatura.

Esta mensagem é expressa por um canal de transmissão que, segundo a literatura, não é apenas um sistema físico que conecta directamente os intervenientes, mas também consiste num repertório de comportamentos usados para transmitir a mensagem (Boisvert et al., 1985). Os canais principais consistem no canal auditivo (linguagem) e visual (expressões faciais, gestos e respostas psicofisiológicas) (Boisvert et al., 1985).

O receptor é alguém que descodifica a mensagem e compreende as ideias transmitidas, contudo para que este seja capaz de compreender correctamente a mensagem é importante que mantenha uma escuta activa e utilize encorajamentos mínimos (Boisvert et al., 1985). O feedback é um componente essencial deste processo, pois sem ele não existe comunicação, apenas informação, logo não existiria partilha de ideias e reciprocidade (Boisvert et al., 1985). Este feedback poderá ser efectuado de forma verbal, em que o receptor poderá colocar questões para melhor esclarecer a mensagem, ou de forma não-verbal, através de gestos ou vocalizações, que têm grande impacto no emissor, segundo alguns autores (Boisvert et al., 1985).

Assim, se o receptor estiver atento à mensagem transmitida pelo emissor, este será capaz de perceber o que poderá estar interferindo na comunicação e ajustar, de acordo, a sua mensagem (Boisvert et al., 1985). O receptor de uma mensagem assertiva deverá prestar atenção aos sinais verbais e não-verbais do emissor, para que possa modificar o seu discurso de acordo com esse tipo de mensagem (usando redundância quando necessário, diversificando a sua fluência verbal, ser mais ou menos defensivo ou empático, isto é, deverá adaptar-se ao emissor) (Boisvert et al., 1985). Não podemos negligenciar o facto de que também o receptor deverá pedir feedback ao emissor, através de questões, pois, só assim o emissor e o receptor poderão conhecer-se melhor e compreenderem-se mutuamente, aumentando a sua motivação para a comunicação entre ambos (Boisvert et al., 1985). Idealmente, eles poderão sentir-se mais confiantes e mais aceites, pois encontram-se numa posição melhor para prever as consequências das suas mensagens (Boisvert et al., 1985).

De facto, de acordo com Sardinha, Falcone e Ferreira (2009), um indivíduo que se expressa assertivamente permite que o seu parceiro possa atender as suas necessidades de forma mais adequada, sentindo-se ele próprio mais satisfeito quando recebe um feedback sincero sobre as suas acções, podendo assim ajustá-las de forma a agradar o seu parceiro.

Com efeito, a comunicação é um processo mediante o qual o casal pode ter um intercâmbio de informação, percepções, opiniões, sentimentos, expectativas, entre outros aspectos (Nina, 2008). Ao falarmos de comunicação sexual, referimo-nos a toda a informação de índole sexual que faz parte de uma relação íntima, inclusivamente a sexual (Nina, 2008). A literatura sobre a comunicação sexual apresenta-nos três aspectos que são consistentes em vários estudos (Nina, 2008; Sprecher, 2002): 1) existe uma relação entre a comunicação sexual, o compromisso e a frequência do acto sexual; 2) o desejo ou aversão sexual está relacionado com a satisfação com o relacionamento; e 3) existem diferenças de sexo quanto àquilo que os indivíduos gostam ou não na sua vida sexual.

As investigações no domínio da comunicação sexual têm-se focado na comunicação entre pais e filhos, a propósito da educação sexual, e na comunicação entre parceiros (usualmente adolescentes), a propósito da prática de comportamentos sexuais seguros (Peterson, 2006; Widman, Welsh, McNulty & Little, 2006).

Existem, porém, investigações que demonstram que a comunicação sexual é um factor associado a maior satisfação sexual, sendo que estes estudos verificaram também que ter uma conversa sobre a nossa sexualidade, no âmbito da relação, produz um elevado nível de satisfação, sobretudo quando se fala de prazer e fantasias sexuais (Nina, 2006/ 2008). No entanto, de acordo com Quina, Harlow, Morokoff, Burkholder e Deiter (2000), não é sequer possível ou aconselhável estabelecer associações entre a satisfação sexual ou os comportamentos sexuais seguros quanto ao tipo de comunicação sexual.

Os estudos efectuados relativos à assertividade sexual têm-se centrado em perceber qual o seu papel na negociação de comportamentos sexuais seguros (Biello, Sipsma, Ickovics & Kershaw, 2010; Noar, Morokoff & Harlow, 2002; Stoner et al., 2008) ou em demonstrar os efeitos de programas de prevenção da SIDA na assertividade sexual (Di Noia & Schinke, 2007; Onuoha & Munakata, 2005).

Existem diferenças significativas quanto à assertividade sexual com o objectivo de incrementar comportamentos sexuais seguros (e.g. “Por favor, usa um preservativo”), ou de incrementar a satisfação sexual (e.g. “Eu gosto quando me fazes isso, por favor faz mais”) (Ménard & Offman, 2009). De facto, o que se verifica é que os jovens podem participar em programas de educação sexual que os encorajam a serem proactivos relativamente aos comportamentos sexuais seguros, no entanto muito poucos, ou nenhuns, são ensinados a expressar o seu desejo de prazer sexual (Ménard & Offman, 2009).

Investigações prévias na área da satisfação sexual operacionalizam a comunicação sexual como auto-revelação sexual, ao invés de assertividade sexual (e.g. Byers & Demmons, 1999; MacNeil & Byers, 2009). Por sua vez, a auto-revelação sexual é usualmente definida como o grau de revelação de um indivíduo acerca das suas preferências relativas a técnicas sexuais (e.g. beijos, sexo oral, coito), ao seu parceiro (Byers & Demmons, 1999; MacNeil & Byers, 2009). Os estudos efectuados demonstram que a auto-revelação sexual se encontra positivamente relacionada com a satisfação sexual (Byers & Demmons, 1999; MacNeil & Byers, 2009).

No entanto, existem grandes diferenças entre revelarem-se preferências sexuais a um parceiro e ter essas preferências promulgadas (Ménard & Offman, 2009). Neste sentido, a assertividade sexual, para além da revelação de uma preferência sexual, surge

como a capacidade activa de fazer pedidos e iniciar comportamentos de índole sexual, sendo que tal poderá implicar um maior risco interpessoal (e.g. de rejeição) (Ménard & Offman, 2009). Desta forma, faz sentido que os indivíduos com maior auto-estima evidenciem níveis mais elevados de assertividade sexual (Ménard & Offman, 2009).

Com a excepção de alguns estudos (e.g. Bridges, Lease & Ellison, 2004; Ménard & Offman, 2009), a assertividade sexual não tem sido estudada no contexto do prazer sexual, nem directamente investigada em conjunto com a satisfação sexual.

Algumas pesquisas indicam que elevados níveis de assertividade sexual estão associados a maiores níveis de prazer sexual, sendo que, para as mulheres, elevados níveis de assertividade sexual correlacionam-se com maior satisfação com a actividade sexual, maior número de orgasmos experimentados, assim como maior frequência da actividade sexual e maior excitabilidade sexual (Ménard & Offman, 2009).

Um estudo efectuado por Haavio-Mannila e Kontula (1997), com 2250 participantes finlandeses, demonstra a existência de uma forte correlação entre a comunicação e a satisfação sexual, quer para homens, quer para mulheres. Este estudo pioneiro permitiu perceber que a assertividade sexual constitui um preditor mais forte da satisfação sexual do que a satisfação com o coito ou o número de orgasmos (Haavio-Mannila & Kontula, 1997). Os resultados apontam para a existência de uma associação entre a assertividade sexual e a sensação de prazer com o acto sexual, quer em homens, quer em mulheres (Haavio-Mannila & Kontula, 1997).

Muitas intervenções clínicas de terapeutas e sexólogos demonstram que um dos principais problemas nas desavenças conjugais e na insatisfação marital e sexual, é a comunicação entre o casal, sendo que, na grande maioria dos casos, existe uma série de expectativas que conduzem a conflitos, assim como desejos inconfessados ou fantasias que não são manifestadas ao outro (Arturo, 2006).

Arturo (2006), no seu estudo com 200 estudantes universitários oriundos do México, com idades compreendidas entre 18 e 25 anos, menciona também a existência de uma correlação directa entre o grau de satisfação sexual e o nível de assertividade, verificando-se que, quanto maior o nível de assertividade sexual, maior o nível de satisfação sexual, facto que, segundo o investigador, vai de encontro à literatura, pois um indivíduo que revela uma maior capacidade para entender as necessidades que satisfazem o seu parceiro, permitindo-lhe assim uma capacidade de interacção mais

efectiva com o outro, apresenta maior satisfação com a sua relação sexual. Este estudo constatou também que as mulheres apresentavam um grau de assertividade sexual significativamente superior ao dos homens (Arturo, 2006).

De acordo com os resultados deste estudo, o autor considera que a assertividade sexual é necessária para se levarem a cabo relações sexuais seguras, assim como para a autoproteção contra relações sexuais não desejadas, que resultariam como insatisfatórias, pois a passividade sexual, contrariamente à assertividade sexual, pode resultar em consequências adversas, como gravidezes não desejadas ou aquisição de DST's (Arturo, 2006).

Quina, Harlow, Morokoff, Burkholder e Deiter (2000) citam, ao longo da sua revisão bibliográfica, um estudo que tentou mesurar a assertividade sexual com base em duas vertentes: Preferências e Informação. Em relação à primeira vertente, o estudo concluiu que elevados níveis de assertividade indicam uma maior disponibilidade para transmitir a um parceiro necessidades e desejos acerca de actos sexuais específicos; e em relação à segunda, concluiu que elevados níveis de assertividade indicam uma maior disponibilidade para questionar os parceiros sexuais acerca da utilização de drogas injectáveis ou do contacto com parceiros sexuais de risco (Quina et al., 2000). Em relação a esta última vertente, Quina et al. (2000) referem que, de facto, existe evidência de que a existência de uma forte comunicação sexual numa relação promove a adopção de comportamentos sexuais seguros.

Por outro lado, alguns estudos revelam que baixos níveis de assertividade sexual estão associados a actividades sexuais forçadas, depressão e inconsistência no uso de contracepção (Morokoff et al., 2009).

A assertividade sexual parece-nos, assim, de grande importância para a vivência de uma sexualidade plena, livre de manipulações, com direito a que as pessoas tenham as suas próprias opiniões e crenças com respeito à sexualidade, direito a mudarem de ideias, opiniões, ou comportamentos, direito a expressarem uma crítica e a protestarem em relação a um comportamento injusto, direito a tentarem modificar aquilo que não as satisfazem, direito a pedirem ajuda e apoio emocional, direito a sentirem e a expressarem dor, direito a estarem sós, direito a dizerem “não”, sobretudo e principalmente, direito a serem livres (Arturo, 2006).

Na verdade, a literatura indica que, no quotidiano, a expressão assertiva dos desejos, sentimentos e necessidades, facilita a solução de problemas interpessoais aumenta o senso de auto-eficácia e auto-estima, melhora a qualidade dos relacionamentos e promove a tranquilidade (Falcone, 1999).

### **1.5. – Auto-Eficácia**

O impacto do constructo de auto-eficácia também foi amplamente explorado para vários comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

Bandura (1977) definia, nos anos 70, a auto-eficácia como o “juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades, em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress” (p. 163).

Esta definição acabou por ser revista, levando Bandura (1997) mais tarde a defender que a auto-eficácia consiste em o indivíduo acreditar nas suas capacidades para organizar e executar trajectos necessários para desempenhar uma determinada acção. Bandura (2006) ressalva a ideia de que os indivíduos cultivam a sua auto-eficácia em diferentes áreas e em diferentes níveis de desenvolvimento, nas actividades em que se envolvem. Por exemplo, um empresário pode possuir um elevado nível de eficácia organizacional, mas um baixo nível de eficácia parental (Bandura, 2006). Assim, o sistema de crenças de auto-eficácia não poderá ser considerado uma característica global, mas um conjunto diferenciado de auto-crenças ligadas a diferentes domínios de funcionamento (Bandura, 2006).

De forma geral, segundo Souza e Souza (2004), os estudos actuais têm evidenciado que a percepção de eficácia influencia a escolha das actividades e dos ambientes ou situações, assim como determina, igualmente, quanto esforço o indivíduo vai despende e quanto tempo persistirá diante de obstáculos e más experiências. Como Pereira e Almeida (2004) afirmam, a percepção de auto-eficácia percebida, influencia directamente os comportamentos dos indivíduos face às adversidades.

Os indivíduos tendem a evitar as situações que crêem exceder as suas capacidades e enfrentar apenas aquelas que julgam serem capazes de lidar (Souza &

Souza, 2004). Assim, quanto maior for a percepção de eficácia, mais persistente é o esforço para mudar ou manter o comportamento (Souza & Souza, 2004).

A auto-eficácia corresponde a crenças de eficácia pessoal para lidar positivamente com os desafios futuros em geral (Coimbra & Fontaine, 1999).

A Teoria Cognitiva Social ou Teoria da Aprendizagem Social fundamenta a construção deste construto. Segundo esta teoria, os novos comportamentos são aprendidos imitando o comportamento dos outros ou por experiência directa, pelo que os dois princípios fundamentais desta teoria são a modelagem e a auto-eficácia (Bandura, 1977). Para que a aprendizagem social ocorra é importante que o indivíduo se coloque no lugar do outro, sendo que é pela observação e comparação com o outro, que o indivíduo auto-avalia os seus próprios pensamentos e comportamentos, através de processos simbólicos e de auto-regulação do funcionamento psíquico (Bandura, 1977).

O comportamento humano, de acordo com esta teoria, tem em consideração três dimensões: comportamento, factores pessoais (cognitivos, afectivos e biológicos) e factores ambientais (Bandura, 1997). Desta forma, para que um comportamento se modifique torna-se necessário que o indivíduo tenha motivos para o fazer, disponha de recursos e suporte social (Bandura, 1997).

De acordo com Bandura (1982), a auto-eficácia corresponde a uma variável cognitiva com uma função motivacional, sendo que a percepção que as pessoas têm acerca das suas capacidades afecta a sua motivação, padrão de pensamento, reacção emocional e comportamento.

De acordo com Bandura (2009), os indivíduos são motivados a realizar acções através de um controlo proactivo, definindo objectivos desafiantes, mobilizando os seus recursos, competências e esforços por forma a atingi-los. Após atingirem esses objectivos, os indivíduos com um elevado nível de auto-eficácia tendem a definir objectivos mais elevados para si mesmos (Bandura, 2009). Adoptando novos desafios, os indivíduos deparam-se com uma nova motivação perante novas dificuldades (controlo reactivo) (Bandura, 2009). Neste sentido, Caprara et al. (2008), refere que os estudantes com elevada percepção de auto-eficácia demonstram elevada flexibilidade estratégica na procura de soluções, alcançando maior desempenho intelectual. Assim, as crenças de auto-eficácia contribuem para o alcance, motivado e sustentado, do pensamento estratégico (Caprara et al., 2008).

Bandura (1995) defende que existe uma diferença entre ter competências e ser capaz de as utilizar perante situações adversas. Assim, a auto-eficácia percebida, para este autor, implica acreditar convictamente na capacidade de controlar determinado comportamento (Bandura, 1995). Estas crenças influenciam o que o indivíduo opta por fazer, o esforço que aplica na sua concretização, a persistência face aos obstáculos, e se opta por padrões de encorajamento/desencorajamento (Bandura, 1995). De uma forma geral, as crenças de auto-eficácia são organizadas pela acção humana, pelos processos cognitivos, motivacionais, emocionais e de decisão (Bandura, 1977).

Neste sentido, a teoria de Bandura (1997), sobre a auto-eficácia sugere que, para que um indivíduo se mantenha motivado, é necessário que considere dois tipos de expectativas: a de eficácia e a de resultado.

Assim, a auto-eficácia não seria mais do que a convicção do indivíduo em conseguir realizar, com sucesso, um determinado comportamento que, por sua vez, conduzirá a um resultado, e a avaliação que o indivíduo faz de que um comportamento levará a determinado resultado (Salveti, Pimenta, Lage, Oliveira Júnior & Rocha, 2007).

A expectativa de eficácia corresponde a factores internos e individuais e a expectativa de resultado a factores externos ou ambientais (Bandura, 1986). Especificamente, a expectativa de eficácia corresponde à convicção do indivíduo de que é capaz de executar, com sucesso, um determinado comportamento, necessário para alcançar um resultado (Bandura, 1977). A expectativa de resultado, por sua vez, corresponde a crenças pessoais acerca dos possíveis resultados das acções, ou seja, as consequências imaginadas de certos actos (Nunes & Noronha, 2009).

Contudo, não poderemos considerá-las separadamente, pois ambas actuam em conjunto, não sendo possível a segunda sem a primeira (Pereira & Almeida, 2004).

Esta teoria contempla ainda quatro fontes de informação sobre a expectativa de eficácia: experiências de realização e de desempenho pessoal; experiências vicariantes; persuasão verbal; estados emocionais e reacções fisiológicas (Bandura, 1977).

Quando as experiências de realização e de desempenho pessoal são atribuídas a sucessos do próprio indivíduo, este procura envolver-se em novos desafios para que estas experiências possam repetir-se novamente (Scholz, Dona, Sud & Schwarzer, 2002). No que respeita às experiências vicariantes, estas contribuem para a formação de

expectativas de auto-eficácia, pois reúnem conhecimentos sobre a realização e o desempenho dos outros (Neves & Faria, 2004). A persuasão verbal por parte de outros também contribui para a formação de expectativas de eficácia, por exemplo, quando um professor elogia um aluno dizendo que este passará no exame por ter elevadas competências académicas (Scholz et al., 2002). Por último, os estados emocionais exercem influência nas expectativas de eficácia, pois no caso de uma situação causadora de ansiedade, o indivíduo poderá sentir-se incapaz de realizar determinada tarefa, não concretizando assim o seu comportamento para obter um resultado (Scholz et al., 2002).

Concomitantemente, quando estamos perante indivíduos com baixos níveis de auto-eficácia, estes podem apresentar também baixos níveis de auto-estima, pensamentos maioritariamente pessimistas sobre as suas acções e sobre o seu desenvolvimento pessoal, assim como, desmotivação para a acção (Scholz et al., 2002). Desta forma, os níveis de auto-eficácia contribuem de forma significativa para o nível de motivação e desempenho da tarefa (Bandura & Locke, 2003).

Por outro lado, indivíduos com baixos níveis de auto-eficácia apresentam-se mais vulneráveis ao stress (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1999), enquanto que indivíduos com elevados níveis de auto-eficácia apresentam reacções afectivas mais ajustadas, que promovem a realização da acção, funcionando como motivadores para sucessos individuais de alto nível (Pastorelli et al., 2001; Vancouver, Thompso, Tischner & Putka, 2002).

Bandura (1977) propõe três dimensões na auto-eficácia: a magnitude, a força e o grau de generalização, sendo que a magnitude corresponde ao nível de dificuldade percebida pelo indivíduo face a uma tarefa; a força é relativa à intensidade da expectativa; e o grau de generalização está relacionado com expectativas circunstanciais ou generalizadas.

Bandura (1997) afirma que, quanto mais cedo se desenvolve a capacidade de auto-eficácia, mais cedo o indivíduo será capaz de desenvolver as suas competências, fazer ouvir as suas opiniões e aspirações, e estará preparado para resistir às pressões do meio, conseguindo desviar-se das condutas anti-sociais. Bandura et al. (2003) afirmam, ainda, que indivíduos com uma elevada percepção de auto-eficácia social e empática têm mais comportamentos de carinho, consolo e são mais solidários e cooperativos.

De acordo com Bandura (1997), elevados níveis de auto-eficácia estão relacionados com uma melhor saúde, maior realização pessoal e melhor integração social.

As pesquisas sobre a auto-eficácia mostram claramente a relação do construto com diversas áreas: dificuldades de aprendizagem (Medeiros, Loureiro, Linhares, & Marturano, 2000), adesão ao tratamento anti-retroviral (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002), pessoas com dor crónica (Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira Junior, & Rocha, 2007), actividades ocupacionais (Nunes & Noronha, 2009), características sócio-demográficas (Lima, Silva, Barros, & Oliveira, 2009), entre outros.

No que respeita à população de jovens adultos, um estudo efectuado por Meneses e Silva (2009), com 127 estudantes universitários do 1º ano do ensino privado na área da saúde, concluiu que, no geral, estes apresentavam bons níveis de auto-eficácia e que, nem a idade, nem a mudança de residência pareciam estar relacionados com os níveis de auto-eficácia apresentados pelos jovens.

Uma outra investigação que pretendia avaliar a prevalência de perturbações mentais em universitários, e que estudou 558 estudantes universitários de várias universidades do Brasil, permitiu constatar que os estudantes do sexo masculino evidenciavam menor confiança nas suas capacidades para desempenhar tarefas diárias, isto é, menor auto-eficácia (Cerchiari, Caetano & Faccenda, 2005).

Por sua vez, uma investigação efectuada por Baptista, Alves e Santos (2008), que pretendia avaliar relações entre o suporte familiar, a auto-eficácia e o locus de controle, com 403 estudantes de uma universidade privada de São Paulo, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto à auto-eficácia, nem entre participantes com diferentes estados civis e classes sociais.

No âmbito da sexualidade, a auto-eficácia terá de ser conceptualizada de acordo com o contexto das relações afectivas/sexuais.

Assim, Reissing, Laliberte e Davis (2005), abordam o conceito de auto-eficácia sexual, definindo-a como a crença que um indivíduo tem na sua capacidade para, com sucesso, executar comportamentos ou transmitir respostas afectivas numa determinada situação sexual.

Reissing et al. (2005) afirmam que a auto-eficácia sexual positiva tem sido associada a um maior ajustamento sexual e a um aumento da frequência de actividade

sexual, quer para homens quer para mulheres, aspectos que podem ser relevantes quando falamos de satisfação sexual. A existência de crenças negativas sobre o comportamento sexual gera ansiedade face à execução desse comportamento e, conseqüentemente, impede um bom funcionamento sexual (Rodrigues Jr., Catão, Finotelli Jr., Silva & Viviani, 2008).

Reissing et al. (2005) mencionam que o feedback negativo ou positivo sobre a excitação sexual tem impacto na auto-eficácia sexual e vice-versa.

Com relação a uma outra dimensão da satisfação sexual - a qualidade do relacionamento - um estudo efectuado por Adebayo (2008), realizado com mulheres casadas entre os 23 e os 58 anos e com histórias profissionais, educacionais, sociais e religiosas diversas, aponta a existência de uma correlação positiva e significativa entre a satisfação com o relacionamento e a auto-eficácia sexual.

A auto-eficácia sexual tem também sido frequentemente investigada no âmbito da prática de comportamentos sexuais de risco.

Bandura (2007) refere que o exercício de controlo pessoal face a comportamentos sexuais de risco requer um nível de auto-eficácia que permita comunicar directamente as preocupações sexuais de um indivíduo e os seus métodos de negociação de protecção sexual, assegurando assim o seu uso.

Coulter (2007) menciona que a auto-eficácia sexual é um factor que pode contribuir para que um jovem possa decidir ter relações sexuais seguras ou inseguras. Na verdade, esta autora refere mesmo um estudo que conclui que as mulheres jovens com elevados níveis de auto-eficácia sexual, praticam menos comportamentos sexuais de risco.

Algumas pesquisas descritas na literatura têm associado baixos níveis de auto-eficácia a práticas sexuais de risco (Reissing et al., 2005). Neste sentido, um estudo, originário do Uganda, identifica a auto-eficácia como um factor preditor para que indivíduos contagiados informem os seus parceiros do facto de terem uma DST (Katz, Fortenberry, Zimet, Blythe e Orr, 2000).

Fortenberry et al. (2002) verificaram, na sua investigação, que a auto-eficácia e a qualidade do relacionamento estão associadas à informação da presença de DST's dos indivíduos contagiados aos seus parceiros sexuais.

Em suma, poderemos salientar que a auto-eficácia (sexual) não tem sido correlacionada directamente com a satisfação sexual, porém parece-nos notória a sua importância para um maior ajustamento sexual e qualidade do relacionamento afectivo, dimensões subjacentes a este conceito. Por esta razão, torna-se importante desenvolver estudos neste domínio para que possamos compreender como estas variáveis se relacionam e, assim, posteriormente, desenvolver estratégias de intervenção que possibilitem incrementar a auto-eficácia nos jovens adultos, de forma a sentirem-se capazes de se protegerem das DST's, da SIDA em particular, de actividades sexuais forçadas, mas, sobretudo, para que possam viver uma sexualidade saudável e prazerosa.

### **1.6. Em síntese...**

Nas últimas três décadas, a saúde sexual passou a ser cada vez mais reconhecida como um componente fundamental da saúde geral, do bem-estar e, por isso, actualmente, é considerada um aspecto legítimo e central da saúde (Finotelli Jr., 2010).

A literatura refere que o desenvolvimento do conceito de saúde sexual implicou a legitimação da dissociação entre actividade sexual reprodutiva da actividade sexual não reprodutiva, circunstância esta necessária para que dimensões antes excluídas pudessem ser agregadas ao conceito de saúde e bem-estar, quando praticada livremente sem restrições, mas certamente não sem regras precisas (Finotelli Jr., 2010).

De facto, o bem-estar sexual, segundo diversas pesquisas, encontra-se frequentemente correlacionado com a felicidade geral, tanto nos homens como nas mulheres (Finotelli Jr., 2010).

Dado o papel fundamental da sexualidade na vida, incluindo reprodução e relacionamentos, não é de se estranhar que os problemas com o funcionamento sexual estejam correlacionados com a redução subjectiva de bem-estar (Finotelli Jr., 2010).

Índices de violência, separação, instabilidade conjugal, problemas interpessoais, entre outros, aumentam quando a satisfação sexual diminui, indicando uma associação complexa entre satisfação no relacionamento com satisfação com a função sexual (Byers, 2005; Davies, Katz, & Jackson, 1999).

Desta forma, a satisfação sexual deverá contemplar não apenas a satisfação com o funcionamento sexual, como também a satisfação com o relacionamento afectivo.

De forma a atingir a satisfação sexual, existem competências que os jovens adultos deverão ter desenvolvidas, nomeadamente a assertividade e a auto-eficácia, que podem influenciar directa ou indirectamente o grau de satisfação sexual.

De facto, a capacidade de um indivíduo ser assertivo facilita não apenas a expressão dos seus desejos e necessidades sexuais, como permite que este não se envolva em actividades sexuais inseguras, assim como facilita uma maior capacidade de comunicação eficaz entre o casal, evitando a existência de conflitos interpessoais. Por outro lado, a auto-eficácia tem dado provas de que contribui para um bom funcionamento sexual e relacional.

Por fim, os resultados das diversas investigações poderão ter implicações importantes nas intervenções clínicas efectuadas por profissionais de saúde e/ou terapeutas da área da sexualidade, na medida em que possibilitam que novos constructos sejam tidos em consideração, nomeadamente a assertividade e a auto-eficácia. Contudo, a contemplação destes construtos não deverá ser restrita aos comportamentos sexuais saudáveis, mas estes construtos poderão desempenhar um papel ao longo de todo um contínuo de funcionamento sexual, desde o disfuncional ao funcionamento óptimo.

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## Capítulo II – Metodologia

Neste capítulo será referida a pertinência da escolha da temática, quais os objectivos, variáveis e método de estudo utilizado na presente investigação.

### 2.1. Pertinência do Estudo

O estudo empírico aqui representado propõe-se aprofundar o estudo da relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia. A investigação foi realizada com jovens adultos universitários, pois considera-se que estes constituem uma categoria social e demográfica particular, cujas especificidades deverão ser reconhecidas e tidas em consideração. Apesar de no meio académico existir maior acesso à informação acerca da sexualidade humana e aos factores de exposição às possíveis consequências de práticas sexuais inseguras, torna-se relevante o estudo do perfil sexual da população universitária, por a mesma se encontrar num período de transição de vida, no que diz respeito aos comportamentos social e sexual.

A saúde sexual diz respeito não apenas à prevenção do VIH/SIDA, embora este seja das maiores preocupações nas regiões mais pobres do mundo, onde cerca de 30% das pessoas infectadas são jovens com menos de 25 anos de idade, maioritariamente raparigas e jovens mulheres, mas inclui também outros aspectos (Fernandes, 2005). Para além disso, todos os anos as Nações Unidas estimam que ocorram quatro milhões de abortos ilegais durante o segundo trimestre de gravidez, sem contabilizar os abortos legais e ilegais que ocorrem com diversos níveis de segurança ou com as consequências sociais e biológicas de gravidezes em idades muito precoces para as jovens mães, ou o risco de contracção de doenças sexualmente transmissíveis que, se não tratadas, podem conduzir a partos prematuros, infertilidade, cancro cervical, entre outras doenças (Fernandes, 2005).

Torna-se, assim, primordial a promoção da saúde psicossocial e das necessidades de saúde reprodutiva, intimamente relacionada com o evitar da exposição ao abuso físico e sexual, o combate à violência de género e à mutilação genital feminina, a minimização das pressões emocionais relacionadas com a sexualidade, entre outros (Fernandes, 2005).

Ainda mais importante, torna-se essencial desenvolver junto destes jovens recursos individuais que lhes permitam tomar decisões firmes sobre questões de importância, sendo que a maioria dos jovens tomam decisões saudáveis e conscientes se dispuserem das ferramentas para o fazer (Fernandes, 2005).

Uma sexualidade satisfatória e uma boa saúde reprodutiva são, também, uma questão de aprendizagem e experimentação (Fernandes, 2005). Se a abordagem da sexualidade for sempre feita num quadro de riscos, poderemos nunca permitir aos jovens iniciarem a sua sexualidade com a expectativa desta ser uma fonte de alegria, intimidade, satisfação emocional e confiança (Fernandes, 2005). O objectivo final deve ser o de que nenhum/a adolescente ou adulto/a vivencie qualquer forma de encontro sexual que seja assustador, não acordado ou perigoso para a saúde (Fernandes, 2005). E a chave para uma sexualidade saudável na vida adulta está, também, na disponibilização de informação adequada à idade, de forma progressiva, que permita uma maturação sexual não forçada (Fernandes, 2005).

É neste sentido que a assertividade e auto-eficácia surgem como variáveis precursoras da satisfação com o relacionamento sexual. Efectivamente, diversos estudos demonstram que a assertividade sexual constitui-se como um componente central da sexualidade humana, pois relaciona-se com diversos aspectos da resposta sexual, como o desejo e a satisfação sexual; com menores níveis e/ou frequência de vitimização e coerção sexual e com ausência de comportamentos sexuais de risco (Arturo, 2006). De igual forma, a auto-eficácia tem sido considerada como um factor protector de comportamentos sexuais de risco (María & Lúcia, 2006).

A realização do estágio curricular no Centro Hospitalar do Porto – Unidade Maternidade Júlio Dinis, no âmbito da consulta externa do “Espaço Jovem”, cuja finalidade era disponibilizar apoio médico e psicológico a jovens até aos 25 anos de idade, nomeadamente no que respeita à saúde sexual e reprodutiva, foi o principal agente impulsionador da escolha desta temática, devido ao contacto directo com esta população, que apresenta uma conduta sexual pouco saudável e satisfatória, tendo em consideração o elevado grau de doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas e de situações como a violência conjugal ou em relações de namoro, e pelo facto de se considerarem algumas limitações na actuação dos técnicos de saúde, que apenas passava pela informação/sensibilização dos jovens para as doenças sexualmente

transmissíveis e para os métodos contraceptivos. A realização deste estudo quer-se, por isso, como um contributo à prática profissional neste campo de acção.

## **2.2. Objectivos do Estudo**

O presente estudo teve como objectivo geral analisar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia em jovens adultos.

Como objectivos específicos pretendeu-se ainda:

- a) Descrever/ caracterizar o comportamento sexual dos participantes;
- b) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes dos dois sexos quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;
- c) Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a idade dos participantes;
- d) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;
- e) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm uma religião e participantes que não têm uma religião quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;
- f) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes orientações sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;
- g) Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a idade com que os participantes iniciaram a sua actividade sexual;
- h) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes tipos de parceiros sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;

- i) Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a frequência de utilização de métodos contraceptivos pelos participantes dos participantes que iniciaram a sua actividade sexual;
- j) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;
- k) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas e de drogas ilícitas quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia;

No que respeita aos participantes consumidores de drogas lícitas e ilícitas pretendeu-se também:

- l) Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm relações sexuais após o consumo de drogas e participantes que não têm relações sexuais após o consumo de drogas quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia.

### **2.3. Variáveis do Estudo**

No presente estudo as variáveis principais alvo de análise são:

- a) Satisfação com o Relacionamento Sexual – Escala de Intervalo;
- b) Assertividade – Escala de Intervalo;
- c) Auto-Eficácia – Escala de Intervalo.

Na verdade, estas escalas são ordinais, no entanto, no presente estudo, serão analisadas como se fossem de intervalo, pois se não considerarmos esse ponto de vista, poder-se-á argumentar que, logo que se esteja em presença de medidas ordinais de boa qualidade, chegar-se-á aos mesmos resultados quer se utilize estatística paramétrica ou não paramétrica, desde que exista congruência no tipo de tratamento estatístico a que se

submetem os dados num mesmo estudo, uma vez que os testes se aplicam aos números e não àquilo que esses números significam (Ribeiro, 1999).

No que respeita às variáveis secundárias foram definidas as seguintes:

- a) Sexo – Escala Nominal;
- b) Idade – Escala Rácio;
- c) Estado Civil – Escala Nominal;
- d) Religião – Escala Nominal;
- e) Orientação Sexual – Escala Nominal;
- f) Idade de Início da Actividade Sexual – Escala Rácio;
- g) Tipo de Parceiro – Escala Nominal;
- h) Frequência da Utilização de Métodos Contraceptivos – Escala de Intervalo;
- i) Existência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) – Escala Nominal;
- j) Existência de Consumo de Substâncias – Escala Nominal;
- k) Existência de Relações Sexuais após o Consumo de Substâncias – Escala Nominal.

#### 2.4. Desenho de Investigação

A presente investigação é de natureza exploratória e transversal.

Na Figura 1 apresenta-se um esquema explicativo da relação entre as variáveis alvo de análise no presente estudo (Fig.1).

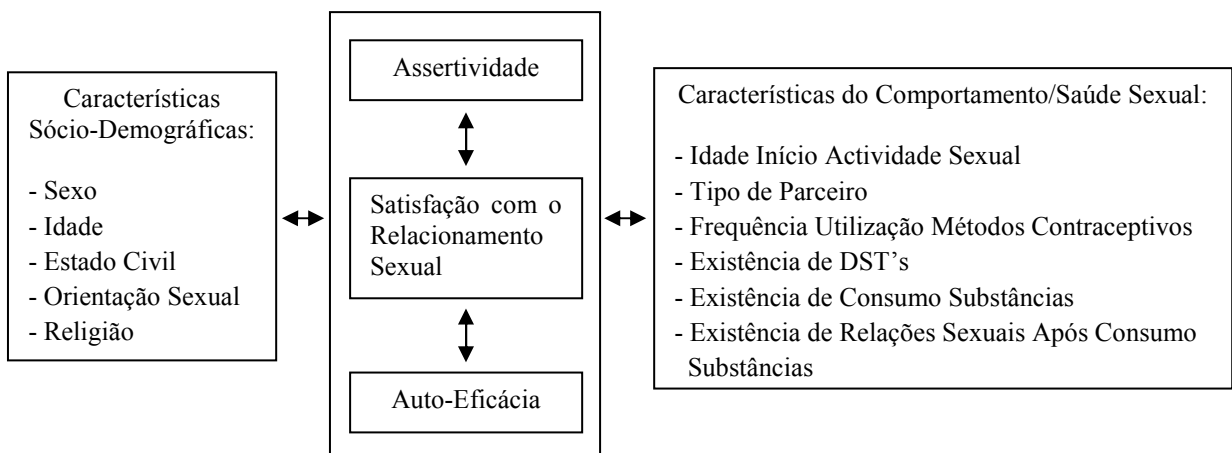


Figura 1 – Variáveis em Estudo

### 3. Método

#### 3.1. Participantes

Neste estudo, utilizou-se o método da amostragem não probabilística do tipo de amostra por conveniência.

A amostra foi constituída por 193 jovens adultos, estudantes universitários, sexualmente activos, sendo 134 do sexo feminino e 59 do sexo masculino (Quadro 1), com idades entre os 18 e os 25 anos (Quadro 2).

Quadro 1: Distribuição dos participantes de acordo com o sexo

Sexo	<i>n</i>	%
Feminino	134	69,4
Masculino	59	30,6
Total ( <i>N</i> )	193	100

Quadro 2: Média de idades dos participantes (*N* = 193)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Idade	21,01	1,978	18	25

Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa, residentes, na sua maioria, no norte do país (82,4%) e em zonas urbanas (77,2%) (Quadros 3 e 4).

Quadro 3: Distribuição dos participantes de acordo com o meio de residência

Meio Residência	<i>n</i>	%
Rural	43	22,4
Urbano	149	77,2
Não Respondeu	1	0,5
Total ( <i>N</i> )	193	100

Quadro 4: Distribuição dos participantes de acordo com a zona de residência

Zona Residência	<i>n</i>	%
Norte	159	82,4
Centro	26	13,5
Sul	7	3,6
Madeira/Açores	1	0,5
Total ( <i>N</i> )	193	100

Os participantes são predominantemente solteiros (97,4%), sendo que apenas 1% destes se encontram a viver em união de facto ou casados (Quadro 5).

Quadro 5: Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil

Estado Civil	<i>n</i>	%
Solteiro	188	97,4
União Facto/Casado	2	1,0
Não Respondeu	3	1,6
Total ( <i>N</i> )	193	100

Em termos de posicionamento religioso, 67,4% dos inquiridos declara ter uma religião (Quadro 6), sendo que dos 67,4% dos participantes todos afirmam ser católicos.

Quadro 6: Distribuição dos participantes de acordo com a religião

Religião	<i>n</i>	%
Sim	130	67,4
Não	63	32,6
Total ( <i>N</i> )	193	100

Aquando a abordagem sobre a orientação sexual dos estudantes, a maioria dos inquiridos afirma ser heterossexual (Quadro 7).

Quadro 7: Distribuição dos participantes de acordo com a orientação sexual

Orientação Sexual	<i>n</i>	%
Heterossexual	185	95,9
Homossexual	4	2,1
Bissexual	4	2,1
Total ( <i>N</i> )	193	100

### 3.2. Material

No presente estudo foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sócio-Demográfico e Inquérito de Comportamento Sexual; Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (Ribeiro & Raimundo, 2005); Escala de Comportamento Interpessoal (Vagos & Pereira, 2007) e Escala de Auto-Eficácia Geral (Ribeiro, 1995). Apresentamos, de seguida, a caracterização dos instrumentos citados.

Foram também analisadas, para o presente estudo, as características psicométricas das diversas subescalas dos instrumentos utilizados através da validade, fidelidade e sensibilidade.

A validade de um instrumento de medida demonstra a sua capacidade em medir aquilo a que se propõe medir (Almeida & Freire, 2008; Pestana & Gagueiro, 2005; Tuckman, 2000). Para determinar a validade dos três instrumentos, utilizamos a validade de construto que consiste em validar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida, depende por isso do grau em que os itens separadamente, ou na sua totalidade, constituem uma amostra da amplitude das dimensões, tal como são definidas na dimensão que se pretende medir (Almeida & Freire, 2008). Para tal foi utilizado o método da análise em componentes principais, uma vez que se procura analisar as relações existentes entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo (Pestana & Gagueiro, 2005). Procura-se, assim, determinar os conceitos (factores) subjacentes às diferentes variáveis. De forma a se avaliar a validade de construto, recorreu-se à análise factorial com componentes principais (ACP), seguida de rotação tipo *Varimax*. Todos os itens da escala foram

avaliados factorialmente na amostra de 193 indivíduos, utilizando o mínimo valor próprio (eigenvalue) de 1 como critério para a retenção do factor.

A fidelidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente, pois se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Com o objectivo de se calcular a fidelidade de cada uma das dimensões avaliadas ao nível da consistência interna dos seus itens, procedeu-se ao cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*. A consistência interna dos factores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões (Pestana & Gageiro, 2005). Por sua vez, o Alpha de Cronbach é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica (Pestana & Gageiro, 2005). Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna: muito boa quando o alpha é superior a 0,9; boa quando o alpha varia entre 0,8 e 0,9; razoável quando o alpha varia entre 0,7 e 0,8; fraca quando o alpha varia entre 0,6 e 0,7 e inadmissível quando o valor de alpha é inferior a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2005).

A sensibilidade dos resultados corresponde à capacidade que o teste tem de diferenciar os indivíduos de acordo com o critério que está a ser avaliado (Almeida & Freire, 2008). Em termos práticos, esta capacidade é avaliada através da distribuição de resultados da amostra que, quanto mais se aproximar da curva normal, maior sensibilidade revelará por parte do teste correspondente (Almeida & Freire, 2008). Foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, como teste de normalidade da distribuição, para avaliar se as variáveis em estudo apresentavam ou não uma distribuição normal dos seus resultados. Posteriormente, foi utilizada a assimetria e a curtose, por forma a verificar em que direcção vai essa distribuição.

### **a) Questionário Sócio - Demográfico e Inquérito de Comportamento Sexual**

Este instrumento foi elaborado especialmente para a presente investigação com o objectivo de recolher informação considerada pertinente para a caracterização dos participantes. O instrumento é constituído por 16 itens de resposta fácil e directa, permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo (Quadro 8).

Quadro 8: Constituição do Questionário Sócio-Demográfico e Inquérito Comportamento Sexual

Categorias	Itens
Sócio-Demográficas	sexo, idade, meio de residência, zona de residência, estado civil, religião, orientação sexual
Comportamento Sexual	início da actividade sexual, frequência das relações sexuais, tipo de parceiro, utilização e conhecimento de métodos contraceptivos, existência de doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento de sintomas das doenças sexualmente transmissíveis, padrões de consumo de substâncias e fontes de informação acerca da sexualidade

## b) Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual

Assumindo que os aspectos psicológicos e de auto-percepção geral decorrentes ou associados ao acto sexual são semelhantes para os dois sexos, Ribeiro e Raimundo (2005) adaptaram o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual – QSRS (Self-Esteem and Relationship Questionnaire). É um questionário que avalia, explicitamente, a percepção decorrente do relacionamento sexual e parece ser suficientemente breve e claro para fornecer informação sobre a satisfação com o relacionamento sexual em pessoas com vida sexual activa (Ribeiro & Raimundo, 2005).

O QSRS inclui 14 itens na versão original (13 na versão resultante da adaptação para português, que decorre da retirada de um item que não se enquadra na solução exploratória na sequência da análise em componentes principais), distribuídos por duas dimensões ou domínios (“satisfação com o funcionamento sexual” – itens 1 a 7 – e “confiança” – itens 8 a 14), em que, por sua vez, este último domínio se divide em duas subescalas: “auto-estima” – itens 8 a 12 – e “relacionamento em geral” – itens 13 e 14

(Ribeiro & Raimundo, 2005). Cada item é uma afirmação que espelha a satisfação com aspectos do funcionamento sexual, e em que a resposta é dada numa escala de frequência, ordinal, de cinco posições entre o “quase nunca/nunca” e “quase sempre/sempre” (Ribeiro & Raimundo, 2005).

Duas questões são cotadas inversamente, as questões 8 e 11 (Ribeiro & Raimundo, 2005). Uma nota mais elevada significa uma satisfação mais elevada (Ribeiro & Raimundo, 2005). O resultado global (itens 1-14) é calculado pela soma de todos os itens (Ribeiro & Raimundo, 2005). Por sua vez cada nota de domínio ou de sub-escala e a nota total são transformados em notas de 0-100 usando a seguinte equação: nota transformada =  $100 \times (\text{nota bruta} - \text{nota mínima possível}) / \text{variação possível}$  (Ribeiro & Raimundo, 2005). Notas mais elevadas expressam respostas mais favoráveis (0=menos favorável, 100=mais favorável) (Ribeiro & Raimundo, 2005).

Relativamente às qualidades psicométricas deste instrumento, Ribeiro e Raimundo (2005), começaram por explorar a distribuição factorial dos itens com recurso à análise factorial exploratória, mais especificamente a Análise em Componentes Principais (ACP). A ACP com rotação varimax, regra Kaiser, mostrou que a distribuição de itens pelas dimensões está de acordo com a versão teórica original, com excepção do item que foi retirado (item 8), tanto para dois, como para três factores (Ribeiro & Raimundo, 2005). A análise da validade discriminante efectuada permitiu verificar que existe uma boa discriminação dos itens nos factores, com valores de diferença item-dimensão, para todos os itens, superiores a 15 pontos, apresentando uma discriminação mais elevada do que a versão original; o padrão geral é idêntico nas versões, original e portuguesa, com os mesmos itens a tenderem a exibir maior correlação em ambas as versões (Ribeiro & Raimundo, 2005).

Em termos de estrutura, Ribeiro e Raimundo (2005) examinaram, com recurso à análise factorial confirmatória, a adequação de duas soluções factoriais: com dois factores e com três factores. Quer a solução de três factores, como a de dois factores, resultantes da junção de duas das três dimensões, parecem constituir modelos igualmente adequados para utilizar (Ribeiro & Raimundo, 2005). A solução de três factores, na medida em que subdivide o domínio confiança em dois domínios pertinentes, pode fornecer informação mais detalhada sobre aspectos da satisfação

sexual e, por isso pode ser mais adequado em estudos clínicos (Ribeiro & Raimundo, 2005).

O estudo da versão portuguesa deste instrumento exhibe valores de consistência interna, avaliada com recurso ao Alfa de Cronbach, considerando os itens agrupados por duas e por três dimensões, a variar entre 0,73 e 0,92, com um valor de consistência interna para a escala total de 0,90 (Ribeiro & Raimundo, 2005).

No presente estudo, no sentido de encontrar uma estrutura que melhor defina a organização dos dados, ao nível da definição de factores, foi adoptado o critério de Kaiser, tendo-se obtido um número de factores igual ao número de valores próprios maiores do que um, possibilitando uma boa interpretação dos resultados.

Relativamente à versão do QSRS utilizada no presente estudo, procedemos à análise em componentes principais dos dados obtidos nos 14 itens, o que nos permitiu reter 3 factores, com valor superior a 1, que explicam na totalidade 62,91% da variância total, explicando o primeiro factor 47,56% e os restantes dois factores 8,14% e 7,21%, respectivamente, replicando os resultados obtidos por Ribeiro e Raimundo (2005) (Quadro 9).

Quadro 9 – Saturação dos itens correspondentes ao QSRS nos factores após rotação factorial

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	Relacionamento Sexual	Auto-Estima	Relacionamento Geral
Item 1	0,427	0,530	
Item 2	0,625		
Item 3	0,609		
Item 4	0,709		
Item 5	0,616		
Item 6	0,680		
Item 7		0,746	
Item 8			0,834
Item 9		0,583	
Item 10		0,701	
Item 11			0,667
Item 12		0,653	
Item 13		0,745	
Item 14		0,882	

No Quadro 9, indicam-se as saturações factoriais dos 14 itens do QSRS, para os 3 factores. De acordo com os resultados obtidos é possível observar que o factor 1 integra 5 itens (2,3,4,5,6), dos 14 itens do QSRS, com saturações superiores a 0,6. Podemos observar que os itens 1 e 7 evidenciam uma carga factorial mais elevada no factor 2 do que no factor 1, a que supostamente pertencem.

O factor 2 abrange 7 itens (1,7,9,10,12,13,14), com saturações que variam entre 0,5 e 0,8. Por fim, o factor 3 engloba 2 itens (8,11), com saturações de 0,6 e 0,8, respectivamente. De salientar que os itens 13 e 14 apesar de apresentarem cargas factoriais superiores no factor 2, estes itens deveriam, segundo a proposta teórica original, compor o factor 3. Por sua vez, os itens 8 e 11 deveriam constituir o factor 2. Todavia, porque a estrutura teórica originalmente proposta nos parece coerente, optou-se por a manter.

A análise de fidelidade da dimensão “Relacionamento Sexual” registou um alpha de Cronbach de 0,853, o que indica uma boa consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que os itens apresentam uma correlação moderada com a subescala, sendo o item 4 aquele que menos se relaciona (Quadro 10). A análise relativa à dimensão “Confiança” registou um alpha de Cronbach de 0,819, o que indica igualmente uma boa consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que a maioria dos itens apresenta uma correlação moderada com a subescala, apesar do item 8 apresentar uma correlação fraca, sendo aquele que menos se relaciona com a subescala (Quadro 11).

Tabela 10 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Relacionamento Sexual” do QSRS

Relacionamento Sexual	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,574	0,839
Item 2	0,656	0,828
Item 3	0,640	0,830
Item 4	0,474	0,854
Item 5	0,673	0,824
Item 6	0,694	0,821
Item 7	0,609	0,834

Tabela 11 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Confiança” do QSRS

Confiança	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 8	0,216	0,848
Item 9	0,613	0,749
Item 10	0,688	0,736
Item 11	0,429	0,784
Item 12	0,695	0,738
Item 13	0,687	0,747
Item 14	0,575	0,760

Relativamente às subescalas da dimensão “Confiança”, verifica-se que a subescala “Auto-Estima” registou um alpha de Cronbach de 0,739, indicando uma aceitável consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que a maioria dos itens apresenta uma correlação moderada com a subescala, apesar do item 8 apresentar uma fraca correlação, sendo aquele que menos se relaciona com a subescala (Quadro 12). A subescala “Relacionamento Geral” apresenta um alpha de Cronbach de 0,791, indicando uma razoável consistência interna.

Quadro 12 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Auto-Estima” e “Relacionamento Geral” do QSRS

	Subescala Auto-Estima	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Escala Confiança	Item 8	0,194	0,797
	Item 9	0,565	0,612
	Item 10	0,597	0,605
	Item 11	0,478	0,651
	Item 12	0,621	0,604
	Subescala Relacionamento Geral		
	Item 13	Sendo constituído por apenas 2 itens, não é possível obter correlações dos itens	
	Item 14		

O Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual apresenta uma muito boa consistência interna, sendo o alpha de Cronbach para a escala total de 0,908. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que a maioria dos itens

apresenta uma correlação moderada a forte com a subescala, sendo o item 8 aquele que menos se relaciona com a subescala (Quadro 13).

Quadro 13 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do QSRS

Escala Total	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,580	0,891
Item 2	0,611	0,890
Item 3	0,658	0,889
Item 4	0,465	0,896
Item 5	0,663	0,888
Item 6	0,728	0,885
Item 7	0,687	0,887
Item 8	0,201	0,915
Item 9	0,642	0,889
Item 10	0,736	0,885
Item 11	0,435	0,897
Item 12	0,760	0,884
Item 13	0,744	0,887
Item 14	0,607	0,891

Tendo em conta que o alpha de Cronbach é muito influenciado por pela correlação das variáveis e pelo seu número, verifica-se que todos os itens de todos os factores deverão permanecer, caso contrário a sua consistência interna diminuiria. Com relação ao item 8, optou-se por mantê-lo porque a estrutura teórica originalmente proposta nos parece coerente.

### c) Escala de Comportamento Interpessoal

A Escala de Comportamento Interpessoal foi desenvolvida por Arrindel e Van der Enge, em 1985, e trata-se de uma medida multidimensional e de auto-resposta do estado de assertividade, para fins de avaliação clínica e de investigação (Vagos, Pereira & Vieira, 2008).

A escala consiste em 50 itens avaliados em 2 dimensões ou escalas (Vagos & Pereira, 2007). A primeira das escalas refere-se à intensidade ou grau de tensão ou desconforto sentido face ao ser assertivo em determinadas situações sociais e a segunda escala respeita à probabilidade de pôr em prática uma resposta ou comportamento

assertivo nessas mesmas situações sociais (Vagos & Pereira, 2007). Ambas as escalas são respondidas numa escala de tipo Likert, com 5 pontos, variando a primeira de “nada” até “extremamente” e a segunda desde “nunca” até “sempre” (Vagos & Pereira, 2007). Obtêm-se, assim, dois índices de assertividade geral, um relativo à escala de tensão ou desconforto e um respeitante à escala de comportamento assertivo (Vagos & Pereira, 2007). A nota total de cada escala corresponde à soma bruta dos itens, que poderá variar entre 50 a 250 pontos, sendo que, para cada escala, quanto maior a nota total, maior o grau de tensão/ desconforto face a situações sociais e maior a frequência de comportamentos assertivos (Vagos & Pereira, 2007). Contudo, quando se interpreta os resultados deveremos ter em consideração que as escalas deste instrumento caminham em sentidos opostos, isto é, quando o grau de tensão/ desconforto aumenta, a frequência de comportamentos assertivos diminui, e vice-versa, como veremos posteriormente.

No estudo de adaptação desta escala para a população portuguesa, que contemplou 457 sujeitos, as autoras consideraram pertinente a realização de uma análise de subescalas tal como definidas pelo autor original (Vagos & Pereira, 2007). Os índices de Cronbach obtidos com estas subescalas levaram-nas a concluir ser esta a solução mais viável para a análise posterior dos dados, por ser adequada em termos empíricos e teóricos (Vagos & Pereira, 2007). As subescalas consideradas correspondem às descritas pelo autor original (Vagos & Pereira, 2007). A escala de desconforto / tensão e a escala de frequência de comportamento são subdivididas em quatro subescalas cada, constituídas pelos mesmos itens, sem sobreposição (Quadro 14).

Quadro 14: Constituição da Escala de Comportamento Interpessoal

Escalas	
Tensão/Desconforto	Frequência Comportamento Assertivo
Subescalas	Itens
I. Demonstração de sentimentos negativos: pedido de mudança de comportamento aborrecido, defesa dos próprios direitos, iniciativa na resolução de problemas e na satisfação de necessidades, recusa de pedidos não razoáveis	15 itens: 2, 7, 9, 10, 15, 22, 25, 28, 31, 33, 34, 39, 41, 48, 50

Quadro 14: Constituição da Escala de Comportamento Interpessoal (continuação)

Escalas		
Tensão/Desconforto	Frequência Comportamento Assertivo	
Subescalas		Itens
II. Expressão e gestão de limitações pessoais: admissão de ignorância, falhas ou dificuldades, lidar com críticas e pedir ajuda ou atenção		14 itens: 4, 11, 12, 13, 17, 18, 23, 30, 36, 40, 42, 46, 47, 49
III. Assertividade de iniciativa: tomada de iniciativa em situações sociais e em expressar a própria opinião		9 itens: 1, 3, 5, 26, 27, 32, 38, 44, 4 Continua
IV. Assertividade positiva: dar e receber elogios e expressar sentimentos positivos		8 itens: 6, 8, 16, 19, 21, 24, 37, 43

Importa referir que 4 itens não são incluídos em qualquer uma das subescalas, contribuindo apenas para o resultado de escala completa, obtido pelo somatório dos 50 itens incluídos em cada escala, de desconforto/tensão ou de frequência de comportamento (Vagos & Pereira, 2007).

Todas as escalas apresentam correlações positivas estatisticamente significativas entre os itens que as constituem, embora de valor não muito elevado, o que nos remete para a homogeneidade dos construtos avaliados por cada uma das subescalas consideradas, verificando-se, ao mesmo tempo, que cada item sustenta a sua presença na respectiva escala, não se confundindo com os restantes, uma vez que a sua exclusão não faria aumentar o nível de consistência interna obtido (Vagos & Pereira, 2007).

Os índices de consistência interna encontrados evidenciam que a exclusão de qualquer um dos itens em qualquer uma das escalas não permitiria o aumento do índice de fidelidade encontrado (Vagos & Pereira, 2007). Todas as subescalas consideradas apresentam níveis adequados de fidelidade, variando o alpha obtido entre 0,79 e 0,97, indicando que o presente instrumento possui um bom nível de estabilidade (Vagos & Pereira, 2007). Foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre as escalas de desconforto/ tensão e as suas correspondentes de frequência de comportamento no que se refere às subescalas II ( $r = -0.158$ ;  $p < 0.01$ ), III ( $r = -0.166$ ;  $p$

< 0.01), IV ( $r = -0.155$ ;  $p < 0.01$ ) e Escala Completa ( $r = -0.141$ ;  $p < 0.01$ ), mas não entre as subescalas I (Vagos & Pereira, 2007).

O método da análise factorial confirmatória permitiu constatar, através de um estudo que envolveu 400 sujeitos, que esta escala possui níveis adequados de validade de construto. Excepções são as escalas totais, sendo que, neste caso, não se verifica proximidade suficiente entre o modelo factorial proposto e o modelo da amostra (Vagos, Pereira & Vieira, 2008).

Neste estudo, em relação à validade deste instrumento, realizou-se o método da análise em componentes principais dos dados obtidos nos 50 itens, o que nos permitiu reter 4 factores, com valor superior a 1, que, para a escala “Tensão/Desconforto” explicam na totalidade 44,86% da variância total, explicando o primeiro factor 30,53%, o segundo factor 5,78%, e os restantes dois factores 4,49% e 4,06%, respectivamente e para a escala “Frequência do Comportamento Assertivo”, explicam na totalidade 40,45% da variância total, explicando o primeiro factor 25,59%, o segundo factor 6,78%, e os restantes dois factores 4,18% e 3,88%, respectivamente.

Quadro 15 – Saturação dos itens correspondentes à escala “Tensão/Desconforto” nos factores após rotação factorial

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 1			0,553	
Item 2				0,579
Item 3				0,511
Item 4				0,617
Item 5	0,597			
Item 6			0,466	
Item 7				0,526
Item 8			0,438	
Item 9		0,458		
Item 10				0,548
Item 11	0,620			
Item 12	0,469			
Item 13	0,606			
Item 14	0,542			
Item 15	0,526			
Item 16	0,753			
Item 17				0,480
Item 18		0,503		

(continua)

Quadro 15 – Saturação dos itens correspondentes à escala “Tensão/Desconforto” nos factores após rotação factorial (continuação)

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 19			0,580	
Item 20	0,514			
Item 21			0,609	
Item 22		0,464		
Item 23				0,451
Item 24	0,379			
Item 25	0,498			
Item 26			0,624	
Item 27	0,496			
Item 28			0,512	
Item 29	0,504			
Item 30	0,452			
Item 31		0,587		
Item 32	0,541			
Item 33		0,602		
Item 34		0,730		
Item 35		0,588		
Item 36		0,517		
Item 37		0,418		
Item 38		0,547		
Item 39	0,502			
Item 40	0,675			
Item 41				0,568
Item 42	0,603			
Item 43	0,498			
Item 44	0,476			
Item 45			0,645	
Item 46	0,494			
Item 47				0,434
Item 48		0,752		
Item 49	0,485			
Item 50				0,427

Quadro 16 – Saturação dos itens correspondentes à escala “Frequência do Comportamento Assertivo” nos factores após rotação factorial

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 1		0,594		
Item 2	0,420			
Item 3	0,351			
Item 4	0,687			
Item 5			0,693	
Item 6		0,581		
Item 7	0,508			
Item 8			0,472	
Item 9		0,527		
Item 10	0,686			
Item 11			0,581	
Item 12	0,594			
Item 13			0,604	
Item 14			0,401	
Item 15	0,409			
Item 16			0,630	
Item 17				0,420
Item 18	0,412			
Item 19				0,288
Item 20			0,398	
Item 21		0,592		
Item 22		0,536		
Item 23	0,528			
Item 24		0,396		
Item 25	0,481			
Item 26		0,586		
Item 27			0,459	
Item 28		0,439		
Item 29		0,426		
Item 30			0,480	
Item 31				0,510
Item 32			0,624	
Item 33				0,528
Item 34				0,362
Item 35		0,388		
Item 36				0,442
Item 37				0,363
Item 38				0,474
Item 39				0,699
Item 40			0,668	
Item 41	0,658			
Item 42				0,453
Item 43		0,343		
Item 44		0,427		
Item 45		0,620		

(continua)

Quadro 16 – Saturação dos itens correspondentes à escala “Frequência do Comportamento Assertivo” nos factores após rotação factorial (continuação)

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Item 46	0,435			
Item 47	0,358			
Item 48		0,612		
Item 49	0,549			
Item 50	0,513			

No Quadro 15 e 16, indicam-se as saturações factoriais dos 50 itens de cada escala da ECI, para os 4 factores. De acordo com os resultados obtidos é possível observar que, para a escala “Tensão/Desconforto” o factor 1 integra 21 itens (5,11,12,13,14,16,20,24,25,27,29,30,32,39,40,42,43,44,46,49), com saturações que variam entre 0,3 e 0,7. O factor 2 abrange 11 itens (9,18,22,31,33,34,35,36,37,38,48), com saturações que variam entre 0,4 e 0,7. O factor 3 engloba 8 itens (1,6,8,19,21,26,28,45), com saturações entre 0,4 e 0,6. Por fim, o factor 4 integra 10 itens (2,3,4,7,10,17,23,41,47,50), com saturações que variam entre 0,4 e 0,6. No que respeita à escala “Frequência do Comportamento Assertivo”, podemos verificar que o factor 1 integra 15 itens (2,3,4,7,10,12,15,18,23,25,41,46,47,49,50), com saturações que variam entre 0,3 e 0,6. O factor 2 abrange 14 itens (1,6,9,21,22,24,26,28,29,35,43,44,45,48), com saturações que variam entre 0,3 e 0,6. O factor 3 engloba 11 itens (5,8,11,13,14,16,20,27,30,32,40), com saturações entre 0,3 e 0,6. Por fim, o factor 4 integra 8 itens (17,19,31,36,37,38,39,42), com saturações que variam entre 0,2 e 0,6. Torna-se importante salientar que os 50 itens, para cada uma das escalas, encontram-se muito dispersos pelos 4 factores, não coincidindo com a solução teórica original. Todavia, porque a estrutura teórica originalmente proposta nos parece coerente, optou-se por a manter.

A análise de fidelidade à dimensão “Tensão/Desconforto” registou um alpha de Cronbach de 0,952, o que indica uma muito boa consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que os itens apresentam uma correlação moderada com a escala total (Quadro 17).

Quadro 17 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Tensão/Desconforto” da ECI

Tensão/Desconforto	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,453	0,951
Item 2	0,371	0,951
Item 3	0,486	0,950
Item 4	0,383	0,951
Item 5	0,598	0,950
Item 6	0,385	0,951
Item 7	0,482	0,950
Item 8	0,379	0,951
Item 9	0,352	0,951
Item 10	0,488	0,950
Item 11	0,560	0,950
Item 12	0,358	0,951
Item 13	0,518	0,950
Item 14	0,460	0,951
Item 15	0,692	0,949
Item 16	0,550	0,950
Item 17	0,451	0,951
Item 18	0,557	0,950
Item 19	0,678	0,949
Item 20	0,649	0,950
Item 21	0,494	0,950
Item 22	0,405	0,951
Item 23	0,565	0,950
Item 24	0,535	0,950
Item 25	0,519	0,950
Item 26	0,508	0,950
Item 27	0,597	0,950
Item 28	0,538	0,950
Item 29	0,516	0,950
Item 30	0,521	0,950
Item 31	0,479	0,950
Item 32	0,602	0,950
Item 33	0,481	0,950
Item 34	0,542	0,950
Item 35	0,542	0,950
Item 36	0,469	0,950
Item 37	0,610	0,950
Item 38	0,605	0,950
Item 39	0,618	0,950
Item 40	0,616	0,950
Item 41	0,524	0,950
Item 42	0,435	0,951
Item 43	0,582	0,950
Item 44	0,569	0,950
Item 45	0,506	0,950
Item 46	0,667	0,949
Item 47	0,550	0,950
Item 48	0,526	0,950
Item 49	0,574	0,950
Item 50	0,437	0,951

Todas as subescalas da dimensão “Desconforto/Tensão” apresentam uma boa consistência interna, com valores de alpha de Cronbach de 0,8, como podemos constatar pela análise dos Quadros 18, 19, 20 e 21. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que os itens apresentam uma correlação moderada com as subescalas a que pertencem (Quadro 18, 19, 20 e 21). Verifica-se que todos os itens de todos os factores deverão permanecer, caso contrário a sua consistência interna diminuiria.

Quadro 18 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Demonstração Sentimentos Negativos” da ECI

Demonstração Sentimentos Negativos	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 2	0,437	0,856
Item 7	0,494	0,853
Item 9	0,416	0,858
Item 10	0,489	0,854
Item 15	0,609	0,848
Item 22	0,397	0,858
Item 25	0,385	0,858
Item 28	0,587	0,848
Item 31	0,512	0,852
Item 33	0,570	0,849
Item 34	0,583	0,849
Item 39	0,513	0,852
Item 41	0,523	0,852
Item 48	0,595	0,848
Item 50	0,408	0,858

Quadro 19 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Expressão e Gestão Limitações Pessoais” da ECI

Expressão e Gestão Limitações Pessoais	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 4	0,432	0,859
Item 11	0,618	0,850
Item 12	0,432	0,860
Item 13	0,535	0,854
Item 17	0,445	0,859
Item 18	0,498	0,856
Item 23	0,571	0,853
Item 30	0,472	0,857
Item 36	0,444	0,859
Item 40	0,579	0,852
Item 42	0,516	0,855
Item 46	0,595	0,851
Item 47	0,560	0,853
Item 49	0,562	0,852

Quadro 20 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade de Iniciativa” da ECI

Assertividade Iniciativa	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,505	0,808
Item 3	0,506	0,808
Item 5	0,513	0,807
Item 26	0,481	0,811
Item 27	0,640	0,793
Item 32	0,533	0,805
Item 38	0,550	0,802
Item 44	0,492	0,809
Item 45	0,514	0,807

Quadro 21 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade Positiva” da ECI

Assertividade Positiva	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 6	0,457	0,801
Item 8	0,415	0,809
Item 16	0,544	0,788
Item 19	0,676	0,769
Item 21	0,375	0,811
Item 24	0,602	0,779
Item 37	0,599	0,779
Item 43	0,573	0,784

A análise de fidelidade da dimensão “Frequência de Comportamento Assertivo” registou um alpha de Cronbach de 0,938, o que indica uma muito boa consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que a maioria dos itens apresenta uma correlação moderada com a escala total, com excepção dos itens 1 e 13 que apresentam correlações fracas (Quadro 22), o que nos leva a concluir que estes itens representam melhor a escala de tensão/ desconforto.

Quadro 22 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Frequência Comportamento Assertivo” da ECI

Frequência Comportamento Assertivo	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,277	0,938
Item 2	0,413	0,937
Item 3	0,321	0,938
Item 4	0,464	0,937
Item 5	0,380	0,938

Quadro 22 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Frequência Comportamento Assertivo” da ECI (continuação)

Frequência Comportamento Assertivo	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 6	0,421	0,937
Item 7	0,467	0,937
Item 8	0,343	0,938
Item 9	0,457	0,938
Item 10	0,460	0,937
Item 11	0,503	0,937
Item 12	0,454	0,937
Item 13	0,254	0,939
Item 14	0,458	0,937
Item 15	0,581	0,936
Item 16	0,421	0,937
Item 17	0,382	0,938
Item 18	0,480	0,937
Item 19	0,472	0,937
Item 20	0,519	0,937
Item 21	0,471	0,937
Item 22	0,423	0,937
Item 23	0,641	0,936
Item 24	0,458	0,937
Item 25	0,579	0,936
Item 26	0,527	0,937
Item 27	0,501	0,937
Item 28	0,472	0,937
Item 29	0,502	0,937
Item 30	0,502	0,937
Item 31	0,413	0,938
Item 32	0,521	0,937
Item 33	0,472	0,937
Item 34	0,493	0,937
Item 35	0,524	0,937
Item 36	0,561	0,936
Item 37	0,460	0,937
Item 38	0,553	0,937
Item 39	0,527	0,937
Item 40	0,484	0,937
Item 41	0,596	0,936
Item 42	0,445	0,937
Item 43	0,475	0,937
Item 44	0,551	0,936
Item 45	0,399	0,938
Item 46	0,606	0,936
Item 47	0,408	0,937
Item 48	0,431	0,937
Item 49	0,486	0,937
Item 50	0,536	0,937

Todas as subescalas da dimensão “Frequência de Comportamento Assertivo” apresentam entre uma razoável e uma boa consistência interna, com valores de alpha de

Cronbach entre 0,7 e 0,8, como podemos constatar pela análise dos Quadros 23, 24, 25 e 26. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que os itens apresentam uma correlação moderada com as subescalas a que pertencem, apesar dos itens 3, 13 e 43 apresentarem correlações fracas nas subescalas a que pertencem (Quadro 23, 24, 25 e 26). Verifica-se que todos os itens de todos os factores deverão permanecer, caso contrário a sua consistência interna diminuiria (Quadro 23, 24, 25 e 26).

Quadro 23 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Demonstração Sentimentos Negativos” da ECI

Demonstração Sentimentos Negativos	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 2	0,438	0,838
Item 7	0,449	0,838
Item 9	0,406	0,840
Item 10	0,437	0,838
Item 15	0,484	0,836
Item 22	0,445	0,838
Item 25	0,465	0,837
Item 28	0,484	0,836
Item 31	0,422	0,840
Item 33	0,536	0,832
Item 34	0,505	0,834
Item 39	0,517	0,834
Item 41	0,551	0,832
Item 48	0,530	0,833
Item 50	0,456	0,838

Quadro 24 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Expressão e Gestão Limitações Pessoais” da ECI

Expressão e Gestão Limitações Pessoais	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 4	0,491	0,824
Item 11	0,516	0,822
Item 12	0,478	0,824
Item 13	0,265	0,839
Item 17	0,341	0,835
Item 18	0,508	0,822
Item 23	0,554	0,820
Item 30	0,484	0,824
Item 36	0,523	0,821
Item 40	0,547	0,820
Item 42	0,516	0,822
Item 46	0,543	0,820
Item 47	0,373	0,831
Item 49	0,476	0,824

Quadro 25 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade de Iniciativa” da ECI

Assertividade Iniciativa	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,309	0,723
Item 3	0,244	0,732
Item 5	0,392	0,710
Item 26	0,518	0,686
Item 27	0,480	0,694
Item 32	0,399	0,709
Item 38	0,409	0,706
Item 44	0,463	0,696
Item 45	0,435	0,702

Quadro 26 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Assertividade Positiva” da ECI

Assertividade Positiva	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 6	0,472	0,688
Item 8	0,352	0,712
Item 16	0,444	0,692
Item 19	0,528	0,678
Item 21	0,383	0,705
Item 24	0,479	0,684
Item 37	0,436	0,694
Item 43	0,272	0,727

#### d) Escala de Auto-Eficácia Geral

A Escala de Auto-Eficácia Geral foi desenvolvida por Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers, em 1982, com o objectivo de avaliar a auto-eficácia em jovens e adultos (Ribeiro, 1995).

A escala original inclui 23 itens conservados após tratamento estatístico de uma poule original composta por 36 itens, escolhidos com base na validade de conteúdo (Ribeiro, 1995). Os autores escolheram uma solução factorial de dois factores denominados “auto-eficácia geral” (com 17 itens) e “auto-eficácia social” (com 16 itens) (Ribeiro, 1995). Afirmam que o primeiro factor poderia ser subdividido em dois componentes que reflectem duas dimensões: a) iniciação e persistência e b) eficácia perante a adversidade (Ribeiro, 1995). A escala originalmente era de tipo Likert de

catorze pontos, mas na versão adaptada optou-se por sete pontos. As respostas variam entre discordo totalmente (1) e concordo totalmente (7) (Ribeiro, 1995).

As notas podem ser utilizadas com um perfil das diferentes subescalas ou como uma nota global. Quanto mais baixa a nota, menor a percepção de eficácia. A nota total e por dimensão corresponde à soma bruta dos itens (Ribeiro, 1995). A nota total poderá variar entre 15 e 105 pontos (Ribeiro, 1995).

A nota de cada item corresponde ao valor de um a sete. O valor “1” é atribuído à letra “A”, excepto para os itens invertidos; o valor “7” é atribuído à letra “G”, excepto para os itens invertidos (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15) (Ribeiro, 1995).

O estudo da adaptação da escala processou-se em dois momentos: primeiro o estudo piloto com 128 sujeitos, seguido de um estudo definitivo com 609 sujeitos, cerca de metade de cada sexo (Ribeiro, 1995). Inclui 15 itens com resposta Likert de sete pontos e após análise factorial foi escolhida uma solução com três factores que explicam 57,7% e 52,9% da variância total, respectivamente no estudo piloto e definitivo (Ribeiro, 1995).

Com a adaptação deste instrumento, procedeu-se a uma análise de componentes principais com diversos métodos de rotação e diversas soluções factoriais tendo-se optado por uma solução ortogonal-varimax com três factores que incluía 15 dos 23 itens originais (um 16º item correspondia a uma segunda tradução de um mesmo item original e só uma foi escolhida, embora ambas as traduções possuíssem características psicométricas adequadas) (Ribeiro, 1995). Denominou-se primeiro factor “iniciação e persistência” (IP), o segundo “eficácia perante a adversidade” (EPA) e o terceiro “eficácia social” (ES). A subescala definida pelo primeiro factor qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para complementar uma acção; a segunda, a vontade para persistir numa actividade perante situações que são adversas e a terceira, qualifica as suas expectativas perante situações sociais (Ribeiro, 1995).

O primeiro factor, “iniciação e persistência” (IP), inclui seis itens (1, 5, 6, 7, 14, 15); o segundo factor, “eficácia perante a adversidade” (EPA), inclui cinco itens (2, 4, 8, 9, 12) e o terceiro factor, “eficácia social” (ES), inclui quatro itens (3, 10, 11, 13) (Ribeiro, 1995).

A análise da consistência interna, com recurso ao teste de alfa de Cronbach sobre resultados do estudo definitivo encontrou os seguintes valores de alfa de

Cronbach:  $\alpha = 0,80$  para o primeiro factor;  $\alpha = 0,80$  para o segundo factor e  $\alpha = 0,60$  para o terceiro factor. O valor de alfa para a escala total com a amostra do estudo definitivo foi de 0,84, o que representa uma boa consistência interna (Ribeiro, 1995).

Neste estudo, da análise factorial efectuada para esta escala resultaram 3 factores, que explicavam 53,76% da variância total. O primeiro factor explicava 36,78%, o segundo factor explicava 8,65% e o terceiro factor explicava 8,32% da variância.

Quadro 27 – Saturação dos itens correspondentes à escala AEG nos factores após rotação factorial

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	Iniciação e Persistência	Eficácia Perante Adversidade	Eficácia Social
Item 1		0,526	
Item 2		0,605	
Item 3	0,743		
Item 4		0,703	
Item 5		0,691	
Item 6	0,590		
Item 7	0,611		
Item 8		0,734	
Item 9		0,813	
Item 10			0,603
Item 11			0,829
Item 12		0,700	
Item 13	0,542		
Item 14	0,591		
Item 15		0,630	

A fim de manter o máximo de rigor foram testadas diferentes estruturas factoriais, tendo-se em conta na extracção dos factores a perspectiva teórica subjacente (3 factores).

De acordo com o Quadro 27, podemos constatar que o factor 1 integra 5 itens (3,6,7,13,14), com coeficientes de saturação que variam entre 0,5 e 0,7. O factor 2 engloba 8 itens (1,2,4,5,8,9,12,15) e obteve saturações entre 0,5 e 0,8. O factor 3 agrupa 2 itens (10,11) e obteve coeficientes de saturação de 0,6 e 0,8, respectivamente.

De salientar que os itens 1, 5 e 15 apesar de apresentarem cargas factoriais superiores no factor 2, estes itens deveriam, segundo a proposta teórica original,

constituir o factor 1. Por sua vez, os itens 3 e 13 deveriam constituir o factor 3. Todavia, porque a estrutura teórica nos parece coerente, optou-se por a manter.

A análise de fidelidade da dimensão “Iniciação e Persistência” registou um alpha de Cronbach de 0,770, o que indica uma razoável consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que os itens apresentam uma correlação moderada com a subescala a que pertencem (Quadro 28).

Quadro 28 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Iniciação e Persistência” da escala AEG

Iniciação e Persistência	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,379	0,768
Item 5	0,505	0,639
Item 6	0,589	0,716
Item 7	0,480	0,744
Item 14	0,637	0,700
Item 15	0,503	0,739

A análise relativa à dimensão “Eficácia Perante a Adversidade” registou um alpha de Cronbach de 0,838, o que indica uma boa consistência interna. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que os itens apresentam uma correlação moderada a forte com a subescala a que pertencem (Quadro 29).

Quadro 29 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Eficácia Perante a Adversidade” da escala AEG

Eficácia Perante a Adversidade	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 2	0,514	0,837
Item 4	0,583	0,822
Item 8	0,674	0,796
Item 9	0,762	0,769
Item 12	0,675	0,796

Em relação à dimensão “Eficácia Social”, o factor apresenta uma consistência interna fraca, uma vez que apresenta um alpha de Cronbach de 0,452, o que talvez possa estar relacionado com o facto da subescala conter apenas 4 itens (Quadro 30). No entanto, decidiu-se mantê-la pela sua relevância teórica para o estudo em curso. Este

aspecto é enaltecido após a análise global das correlações item-total que indica que os itens apresentam uma correlação fraca com a subescala a que pertencem (Quadro 30).

Quadro 30 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado do factor “Eficácia Social” da escala AEG

Eficácia Social	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 3	0,286	0,348
Item 10	0,381	0,244
Item 11	0,180	0,461
Item 13	0,183	0,442

A Escala de Auto-Eficácia Geral apresenta uma boa consistência interna, visto que regista um alpha de Cronbach de 0,863. A análise global das correlações item-total indica, ainda, que a maioria dos itens apresenta uma correlação moderada com a escala total, apesar de os itens 11 e 13 apresentarem correlações fracas (Quadro 31). Verifica-se que todos os itens, de todos os factores, deverão permanecer, caso contrário a sua consistência interna diminuiria (Quadro 31). Com relação aos itens 11 e 13, optou-se por mantê-los porque a estrutura teórica originalmente proposta nos parece coerente.

Quadro 31 – Correlação item-total corrigida para sobreposição e coeficiente alpha de Cronbach quando um item é eliminado da escala AEG

Auto-Eficácia Geral	Correlações Item-Total	Coeficiente Alpha quando o item é eliminado
Item 1	0,396	0,852
Item 2	0,514	0,847
Item 3	0,380	0,854
Item 4	0,551	0,844
Item 5	0,588	0,843
Item 6	0,591	0,842
Item 7	0,496	0,847
Item 8	0,619	0,841
Item 9	0,699	0,836
Item 10	0,565	0,843
Item 11	0,114	0,872
Item 12	0,708	0,837
Item 13	0,241	0,860
Item 14	0,577	0,842
Item 15	0,515	0,846

Com relação à sensibilidade dos instrumentos, o teste Kolmogorov-Smirnov revelou que as variáveis respeitantes ao Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual e à Escala de Auto-Eficácia Geral, não apresentam distribuição normal, isto é,  $p < 0,05$  (Quadro 32). Relativamente à Escala de Comportamento Interpessoal, o teste revelou que a dimensão “Desconforto/Tensão” e subescalas subjacentes apresentavam uma distribuição normal e que a dimensão “Frequência do Comportamento Assertivo” e subescalas subjacentes não apresentavam uma distribuição normal (Quadro 32).

Quadro 32 – Resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup> por escalas

	Escalas/ Subescalas	Estatística	<i>gl</i>	<i>p</i> *
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	0,120	178	0,0001
	Relacionamento Sexual	0,128	186	0,0001
	Confiança	0,123	182	0,0001
	Auto-Estima	0,156	182	0,0001
	Relacionamento Geral	0,291	192	0,0001
Tensão/Desconforto	Escala Total	0,046	171	0,20
	Demonstração Sentimentos Negativos	0,048	186	0,20
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	0,082	184	0,004
	Assertividade Iniciativa	0,058	187	0,20
	Assertividade Positiva	0,060	188	0,095
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	0,084	160	0,008
	Demonstração Sentimentos Negativos	0,093	177	0,001
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	0,088	182	0,001
	Assertividade Iniciativa	0,082	188	0,004
	Assertividade Positiva	0,103	187	0,0001
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	0,093	182	0,001
	Iniciação e Persistência	0,099	189	0,0001
	Eficácia Perante Adversidade	0,147	186	0,0001
	Eficácia Social	0,089	191	0,001

Nota: <sup>a</sup>correção Lilliefors; \* $p > 0,05$

De forma a verificarmos em que direcção a distribuição ocorre analisamos a assimetria e a curtose (Quadro 33).

Quadro 33 – Medidas de Tendência Central de Dispersão e de Distribuição do QSRS, da ECI e da EAEG

		<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Satisfação Rel. Sexual	Escala Total	60,86	62	63	7,235	27	70	-1,340	2,806
	Relacionamento Sexual	30,59	31	35	3,874	3	13	-1,263	2,268
	Confiança	30,30	31	30	3,793	14	35	-1,051	1,595
	Auto-Estima	21,34	22	22	2,923	11	25	-0,906	0,692
	Relacionamento Geral	9,02	9,50	10	1,211	3	10	-1,454	3,160
Tensão/ Desconforto	Escala Total	123,78	122	125	30,84	57	225	0,107	0,474
	Demonstração Sentimentos Negativos	39,97	40	39	10,17	16	70	0,244	0,401
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	32,42	30	25	9,437	14	60	0,459	-0,189
	Assertividade Iniciativa	22,53	22	22	6,360	9	42	0,299	0,006
	Assertividade Positiva	20,19	21	21	6,182	8	40	0,289	0,407
	Escala Total	156,78	152,50	147	25,353	63	223	0,116	1,027
Frequência Comp. Assertivo	Demonstração Sentimentos Negativos	43,82	43	41	8,932	22	69	0,514	0,171
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	46,45	45	41	8,057	15	66	0,056	0,646
	Assertividade Iniciativa	27,96	27	26	4,970	9	42	0,027	0,687
	Assertividade Positiva	25,89	26	26	4,747	12	38	0,116	1,027
	Escala Total	80,42	83	90	12,664	34	102	-0,624	0,024
	Iniciação e Persistência	31,79	33	37	6,026	13	42	-0,622	-0,047
Auto-Eficácia Geral	Eficácia Perante Adversidade	28,27	30	34	5,196	13	35	-0,842	0,157
	Eficácia Social	20,25	20	19	3,960	8	28	-0,538	0,428

A análise da sensibilidade dos três instrumentos utilizados foi realizada para cada dimensão teórica separadamente. No que respeita ao Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual, verificou-se que os resultados não apresentam uma distribuição normal, pois apesar de se verificar que os valores das médias, modas e medianas se encontram relativamente próximos e de existir um bom afastamento dos valores mínimos e máximos, observa-se um desvio-padrão muito elevado e os coeficientes de assimetria e de curtose são superiores à unidade (Quadro 33).

Quanto à Escala de Comportamento Interpessoal, verifica-se que os resultados apresentam uma distribuição muito próxima da normal, sobretudo no que respeita à escala “Tensão/Desconforto”, sendo que esta apresenta valores da média, moda e mediana muito próximos entre si e um bom afastamento entre os valores mínimos e máximos, além de coeficientes de assimetria e curtose inferiores à unidade, muito próximos de zero (Quadro 33). A escala “Frequência do Comportamento Assertivo”, por sua vez, não apresenta uma distribuição normal, pois apresenta valores de tendência central muito afastados entre si e coeficientes de assimetria e de curtose superiores à unidade, sobretudo no que respeita à escala total e à dimensão “Assertividade Positiva” (Quadro 33).

Relativamente à Escala de Auto-Eficácia, os resultados não apresentam uma distribuição normal, pois verifica-se que os valores de tendência central aproximam--se do valor máximo da distribuição e os de valores do desvio-padrão são muito elevados, apesar de apresentarem coeficientes de assimetria e de curtose superiores à unidade, indicando uma assimetria negativa e uma distribuição menos achatada do que a normal (Quadro 33).

### **3.3.Procedimento**

Para a realização da presente investigação foi solicitada autorização por escrito à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo esta autorização sido concedida (Anexo I).

A administração do protocolo de investigação (Anexo 2) foi individual, realizada em espaço privado, de auto-preenchimento e na presença da investigadora, que se disponibilizava para o esclarecimento de qualquer dúvida, tendo a duração de aproximadamente 15 minutos. No que respeita à ordem de administração do protocolo de investigação foi obtido, primeiramente, o consentimento informado, de seguida foi administrado o Questionário Sócio-Demográfico e o Inquérito de Comportamento Sexual, posteriormente o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual, seguido da Escala do Comportamento Interpessoal e, por fim, a Escala de Auto-Eficácia Geral. Foi previamente dada a instrução, a cada participante, de que deveria responder de acordo com aquilo que sentia e pensava, e de que não existiam respostas certas ou

erradas, sendo que todas as respostas que desse estariam correctas, desde que respeitasse o pedido feito. A recolha de dados ocorreu entre os meses de Novembro de 2010 e Maio de 2011.

Todos os participantes foram convidados a participar no estudo e informados acerca dos objectivos e do procedimento da investigação, da garantia do anonimato, da confidencialidade e do acesso aos resultados. Foi salientado que a participação nesta investigação era livre, existindo a possibilidade de não participarem ou de desistirem a qualquer momento, sem qualquer tipo de represálias ou consequências para os próprios. A recolha dos dados apenas foi realizada após o seu consentimento livre e esclarecido, obtido por escrito, para a participação na investigação. No final do preenchimento era fornecido aos participantes um envelope, que poderia ser selado quando colocado o protocolo de avaliação no seu interior. Com vista a garantir a protecção da privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados, todas as respostas dos participantes foram convertidas em valores numéricos e informatizados, de forma a assegurar a não identificação dos participantes através da base de dados.

O processamento e a análise estatística dos dados obtidos foram efectuados com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

O teste de Mann-Whitney é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes. Este teste pode também ser utilizado como alternativa ao teste *t-Student* para amostras independentes, nomeadamente quando os pressupostos deste teste não são válidos e não é possível, ou desejável, evocar a robustez do teste face à violação dos seus pressupostos (Marôco, 2010).

O teste de Kruskal-Wallis pode ser considerado como a alternativa não-paramétrica à ANOVA one-way. Este teste pode ser então usado para testar se duas ou mais amostras provém de uma mesma população ou se de populações diferentes ou se, de igual modo, as amostras provém de populações com a mesma distribuição (Marôco, 2010).

O coeficiente da correlação de Pearson ( $r$ ) remete para a percentagem da variância de uma variável que pode ser prevista através do conhecimento dos resultados de uma segunda variável (Almeida & Freire, 2008). A intensidade e a grandeza do coeficiente de correlação entre duas variáveis pode oscilar entre -1 e +1, sendo que o

valor zero indica a inexistência de correlação, sendo esta mais perfeita conforme se aproxima da unidade. A correlação diz respeito à intensidade da relação entre as variáveis e à sua direcção. Quando os resultados oscilam no mesmo sentido a correlação é positiva e é negativa quando oscilam em sentidos inversos (Almeida & Freire, 2008). Por convenção, sugere-se que quando menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 elevada; e, por fim, entre 0,9 e 1 uma associação muito elevada (Pestana & Gageiro, 2000).

A significância usada neste estudo foi de  $p=0,01$  ou  $p=0,05$ , visto serem utilizados em estudos nas Ciências Sociais (Almeida & Freire, 2008).

### Capítulo III - Resultados

Os resultados expostos referem-se às análises estatísticas levadas a cabo com base nos dados recolhidos, dispostos de acordo com os objectivos que foram antecipadamente propostos. De salientar que algumas variáveis, recolhidas durante a administração do protocolo de avaliação, não serão analisadas por limitações de espaço, contudo pretende-se estudá-las em investigações posteriores.

Esta apresentação é de carácter descritivo e inferencial, uma vez que a discussão dos resultados será efectuada posteriormente.

O **objectivo geral** deste estudo pretende “Analisar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia em jovens adultos”. Foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação  $r$  de Pearson) para determinar a percentagem de variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de satisfação com o relacionamento sexual em função da assertividade e da auto-eficácia (Quadro 34). Apesar de somente a dimensão “Tensão/Desconforto” e as suas subescalas apresentarem uma distribuição normal, optou-se pela realização da análise correlacional  $r$  de Pearson em relação às outras variáveis, pois segundo Pestana e Gageiro (2005), a violação da normalidade afecta pouco o erro tipo I e a potência do teste, especialmente em grandes amostras.

Quadro 34: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da escala de satisfação com o relacionamento sexual

		Satisfação Relacionamento Sexual				
		Escala Total	Relacionamento Sexual	Confiança	Auto-Estima	Relacionamento Geral
		$r$				
Desconforto/ Tensão	Escala Total	- 0,314**	- 0,316**	- 0,258**	- 0,282**	- 0,120
	Demonstração Sentimentos Negativos	- 0,273**	- 0,283**	- 0,209**	-0,235**	- 0,071
	Expressão Gestão Limites Pessoais	- 0,292**	- 0,284**	- 0,255**	- 0,279**	- 0,122
	Assertividade Iniciativa	- 0,319**	- 0,320**	- 0,277**	- 0,297**	- 0,163*
	Assertividade Positiva	- 0,308**	- 0,286**	- 0,274**	- 0,289**	- 0,152*

Nota: \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

(continua)

Quadro 34: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da escala de satisfação com o relacionamento sexual (continuação)

		Satisfação Relacionamento Sexual				
		Escala Total	Relacionamento Sexual	Confiança	Auto-Estima	Relacionamento Geral
		<i>r</i>				
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	0,056	0,076	0,023	0,042	- 0,038
	Demonstração Sentimentos Negativos	0,006	0,024	- 0,020	- 0,009	- 0,049
	Expressão Gestão Limites Pessoais	0,012	0,019	- 0,007	0,001	- 0,029
	Assertividade Iniciativa	0,097	0,086	0,091	0,130	- 0,011
	Assertividade Positiva	0,054	0,035	0,068	0,073	0,057
	Auto-Eficácia Geral	Escala Total	0,402**	0,322**	0,427**	0,466**
	Iniciação e Persistência	0,424**	0,361**	0,443**	0,490**	0,207**
	Eficácia Perante Adversidade	0,300**	0,228**	0,330**	0,344**	0,199**
	Eficácia Social	0,228**	0,167*	0,249**	0,276**	0,096

Nota: \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$

Com relação à assertividade, a dimensão “Tensão/Desconforto” e as subescalas correspondentes apresentam correlações lineares fracas e negativas, estatisticamente significativas, com a satisfação com o relacionamento sexual – à medida que satisfação com o relacionamento sexual (relacionamento sexual, confiança, auto-estima, relacionamento geral) dos participantes aumenta, diminui a tensão/desconforto face à demonstração de sentimentos negativos, à expressão e gestão de limitações pessoais, a comportamentos assertivos de iniciativa e positivos, e vice-versa. De salientar que não se observam correlações estatisticamente significativas entre a subescala “Relacionamento Geral”, a escala total e as subescalas “Demonstração de Sentimentos Negativos” e “Expressão e Gestão de Limitações Pessoais”.

Constata-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com o relacionamento sexual e a dimensão “Frequência do Comportamento Assertivo” e subescalas subjacentes.

Com relação à auto-eficácia, constatam-se correlações lineares fracas a moderadas e positivas, estatisticamente significativas, com a satisfação com o relacionamento sexual – à medida que satisfação com o relacionamento sexual (relacionamento sexual, confiança, auto-estima, relacionamento geral) dos participantes aumenta, aumenta também a percepção de auto-eficácia geral, e vice-versa. De salientar que não se observam correlações estatisticamente significativas entre a subescala “Relacionamento Geral” e a subescala “Eficácia Social”.

O **primeiro objetivo** específico formulado é: “Descrever/ caracterizar o comportamento sexual dos participantes”. Foram utilizadas análises estatísticas descritivas para analisar o comportamento sexual dos participantes.

Os participantes declaram ter iniciado a sua actividade sexual, em média, aos 17 anos de idade, ainda que a idade mínima tivesse sido aos 12 anos (Quadro 35).

Quadro 35: Média de idade de início da actividade sexual ( $N = 189$ )

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Idade	17,00	1,720	12	23

Os estudantes inquiridos mantêm, na sua maioria, relações sexuais com um parceiro sexual fixo, constatando-se que a maioria dos participantes utiliza “sempre” métodos contraceptivos quando têm relações sexuais (Quadros 36 e 37).

Quadro 36: Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de parceiro sexual

Parceiro Sexual	<i>n</i>	%
Fixo	154	79,8
Ocasional	28	14,5
Outro	3	1,6
Não respondeu	8	4,1
Total ( <i>N</i> )	193	100

Quadro 37: Distribuição dos participantes de acordo com a frequência com que utilizam métodos contraceptivos quando têm relações sexuais

Métodos Contraceptivos	<i>n</i>	%
Nunca	7	3,6
Menos de metade das vezes	7	3,6
Metade das vezes	6	3,1
Mais de metade das vezes	14	7,3
Sempre	154	79,8
Total ( <i>N</i> )	188	97,4

Quanto à existência de DST's, a maioria dos estudantes nunca teve uma DST, sendo que daqueles que responderam já ter tido, declaram ter tido uma candidíase, herpes ou o vírus do papiloma humano (HPV) (Quadros 38 e 39).

Quadro 38: Distribuição dos participantes de acordo com a presença/ausência de DST's

DST's	<i>n</i>	%
Sim	6	3,1
Não	187	96,9
Total ( <i>N</i> )	193	100

Quadro 39: Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de DST's que manifestaram

DST's	<i>n</i>	%
Candidíase	3	50,0
Herpes	1	16,7
Vírus Papiloma Humano	1	16,7
Total ( <i>N</i> )	5	83,4

No que respeita ao consumo de substâncias, 62,7% dos jovens adultos afirmam consumir substâncias lícitas e 16,1% dos jovens adultos assumem consumir substâncias ilícitas (Quadro 40).

Quadro 40: Distribuição dos participantes de acordo com o padrão de consumo de substâncias lícitas e ilícitas

Consumo Substâncias	Lícitas		Ilícitas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	121	62,7	31	16,1
Não	70	36,3	139	72,0
Total ( <i>N</i> )	191	99	170	88,1

Dos inquiridos que responderam afirmativamente à questão anterior, ou seja, que consumiam substâncias lícitas ou ilícitas, 30,1% declara que mantém relações sexuais após o consumo de qualquer uma destas substâncias e 14,5% declara fazê-lo “ocasionalmente” (Quadro 41).

Quadro 41: Distribuição dos participantes de acordo com o padrão de consumo de substâncias anterior às relações sexuais

Relações Sexuais e Consumo Substâncias	<i>n</i>	%
Sim	86	44,6
Não	20	10,4
Total ( <i>N</i> )	106	54,9

O **segundo objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes dos dois sexos quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (sexo dos participantes) (Quadro 42).

Quadro 42: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do sexo

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Sexo	N	Mean Rank
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	3101,500	-0,319	0,750	F	128	88,73
					M	50	91,47
	Relacionamento Sexual	3243,000	-0,969	0,333	F	132	91,07
					M	54	99,44
	Confiança	3315,000	-0,322	0,747	F	129	92,30
					M	53	89,55
	Auto-Estima	3290,000	-0,401	0,688	F	129	90,50
					M	53	93,92
	Relacionamento Geral	3397,500	-1,500	0,134	F	134	100,15
				M	58	88,08	
Tensão/ Desconforto	Escala Total	2860,500	-0,890	0,373	F	118	88,26
					M	53	80,97
	Demonstração Sentimentos Negativos	3364,000	-0,924	0,356	F	129	95,92
					M	57	88,02
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3486,500	-0,398	0,690	F	127	91,45
					M	57	94,83
	Assertividade Iniciativa	2938,000	-2,349	0,019	F	129	100,22
				M	58	80,16	
	Assertividade Positiva	3516,500	-0,634	0,526	F	131	96,16
				M	57	90,69	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	2310,500	-1,514	0,130	F	111	76,82
					M	49	88,85
	Demonstração Sentimentos Negativos	2556,500	-2,338	0,019	F	124	83,12
					M	53	102,76
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3404,500	-0,270	0,787	F	127	90,81
					M	55	93,10
	Assertividade Iniciativa	2643,500	-3,187	0,001	F	131	86,18
					M	57	113,62
	Assertividade Positiva	3715,000	-0,076	0,939	F	129	94,20
				M	58	93,55	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	3386,500	-0,325	0,745	F	127	92,33
					M	55	89,57
	Iniciação e Persistência	3674,500	-0,254	0,800	F	132	94,34
					M	57	96,54
	Eficácia Perante a Adversidade	2986,000	-1,948	0,051	F	130	98,53
					M	56	81,82
	Eficácia Social	3526,000	-1,046	0,295	F	132	93,21
				M	59	102,24	

Legenda: F – Feminino; M – Masculino

Constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino nas subescalas correspondentes ao Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual.

De igual forma, e no que respeita à dimensão “Tensão/Desconforto” da Escala de Comportamento Interpessoal, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino quanto às subescalas “Demonstração de Sentimentos Negativos” e de “Assertividade Positiva” e de “Expressão e Gestão de Limitações Pessoais”. Por sua vez, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à subescala “Assertividade de Iniciativa”, sendo que as mulheres apresentam valores superiores aos dos homens.

De salientar que apesar da dimensão “Tensão/Desconforto” e das suas subescalas apresentarem uma distribuição normal, optou-se pela utilização do teste Mann-Whitney, pois segundo Pestana e Gageiro (2005), mesmo verificando-se os pressupostos do teste *t-Student* (distribuição normal) demonstra-se que a perda de eficiência do teste Mann-Whitney é pequena.

No que respeita ao nível de “Frequência do Comportamento Assertivo” do mesmo instrumento, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino quanto às subescalas “Expressão e Gestão de Limitações Pessoais” e “Assertividade Positiva”. Por outro lado, observam-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível de “Demonstração de Sentimentos Negativos” e de “Assertividade de Iniciativa”, sendo que, em ambos os casos, os homens apresentam valores mais elevados do que as mulheres.

Observa-se, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino quanto às subescalas correspondentes à Escala de Auto-Eficácia Geral.

O **terceiro objetivo** específico formulado é: “Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a idade dos participantes”. Foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação *r* de Pearson) (Quadro 43).

Quadro 43: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da idade

Escalas	Factores	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	-0,093	0,218	178
	Relacionamento Sexual	-0,045	0,543	186
	Confiança	-0,138	0,064	182
	Auto-Estima	-0,141	0,058	182
	Relacionamento Geral	-0,055	0,448	192
Tensão/Desconforto	Escala Total	-0,126	0,101	171
	Demonstração	-0,148	0,043	186
	Sentimentos Negativos	-0,060	0,421	184
	Expressão e Gestão	-0,132	0,072	187
	Limitações Pessoais	-0,106	0,148	188
	Assertividade Iniciativa	-0,106	0,148	188
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	-0,045	0,569	160
	Demonstração	-0,032	0,674	177
	Sentimentos Negativos	-0,094	0,207	182
	Expressão e Gestão	-0,073	0,322	188
	Limitações Pessoais	-0,009	0,908	187
	Assertividade Iniciativa	-0,009	0,908	187
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	-0,041	0,579	182
	Iniciação e Persistência	-0,028	0,704	189
	Eficácia Perante a Adversidade	-0,017	0,818	186
	Eficácia Social	-0,109	0,133	191

Nota:  $p < 0,05$

Constata-se que não existem correlações estatisticamente significativas entre a idade dos participantes e a satisfação com o relacionamento sexual e a auto-eficácia. O mesmo verifica-se para a dimensão “Frequência do Comportamento Assertivo” e subescalas subjacentes a esta dimensão. Com relação à dimensão “Tensão/Desconforto”, apenas a subescala “Demonstração de Sentimentos Negativos” apresenta uma correlação linear muito baixa e negativa, estatisticamente significativa, com a idade dos participantes revelando que à medida que a idade dos participantes aumenta, diminui a tensão/desconforto face à demonstração de sentimentos negativos em situações sociais, e vice-versa. Não se observa uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e as restantes subescalas ou a escala total.

O **quarto objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi efectuado o teste de Kruskal-Wallis para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (estado civil dos participantes) (Quadro 44).

Quadro 44: Comparação dos valores obtidos para as escalas em função do estado civil

Escalas	Factores	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	Estado Civil	<i>N</i>	Mean Rank	
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	4,939	1	0,026	S	174	89,41	
					UF/C	2	9,00	
	Relacionamento Sexual	Confiança	5,247	1	0,022	S	181	92,84
						UF/C	2	15,75
		Auto-Estima	5,594	1	0,018	S	178	91,44
						UF/C	2	7,00
	Relacionamento Geral	0,916	1	0,339	S	178	91,47	
					UF/C	2	4,50	
	Tensão/ Desconforto	Escala Total	2,336	1	0,126	S	187	95,36
						UF/C	2	61,00
Demonstração Sentimentos Negativos		Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3,589	1	0,058	S	166	83,87
						UF/C	2	136,75
		Assertividade Iniciativa	0,035	1	0,852	S	181	91,51
						UF/C	2	136,50
Assertividade Positiva		0,545	1	0,460	S	179	90,22	
					UF/C	2	160,75	
Frequência Comportamento Assertivo		Escala Total	0,630	1	0,428	S	182	92,42
						UF/C	2	99,50
	Demonstração Sentimentos Negativos	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	1,906	1	0,167	S	183	92,70
						UF/C	2	120,75
		Assertividade Iniciativa	3,804	1	0,051	S	156	79,83
						UF/C	2	54,00
	Assertividade Positiva	0,000	1	0,984	S	173	87,90	
					UF/C	2	96,25	
	Auto-Eficácia Geral	Escala Total	5,544	1	0,019	S	177	90,97
						UF/C	2	4,25
Iniciação e Persistência		5,544	1	0,019	S	184	94,47	
					UF/C	2	4,50	
Eficácia Perante a Adversidade		2,018	1	0,155	S	181	92,58	
					UF/C	2	39,25	
Eficácia Social	4,401	1	0,036	S	186	95,36		
				UF/C	2	14,50		

Legenda: S – Solteiro; UF/C – União de Facto/ Casado

Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto ao nível de “Satisfação com o Relacionamento Sexual Total” e as subescalas “Relacionamento Sexual”, “Confiança” e “Auto-Estima”, sendo que os participantes solteiros apresentam valores mais elevados do que os participantes casados ou que vivem em união de facto. Nestes domínios, por sua vez, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à subescala “Relacionamento Geral”.

Em relação à assertividade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto às subescalas da dimensão “Tensão/Desconforto” e “Frequência do Comportamento Assertivo”.

Relativamente à Escala de Auto-Eficácia Geral, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à escala total e às subescalas “Iniciação e Persistência” e “Eficácia Social”, sendo que os participantes solteiros apresentam valores mais elevados do que os casados ou a viver em união de facto. Mas em relação à subescala “Eficácia Perante a Adversidade” esta diferença não demonstra ser estatisticamente significativa.

O **quinto objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm uma religião e participantes que não têm uma religião quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (existência/ausência de religião) (Quadro 45).

Quadro 45: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de religião

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Religião	N	Mean Rank
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	3109,000	-0,862	0,389	S	123	87,28
					N	55	94,47
	Relacionamento Sexual	3501,000	-0,723	0,470	S	127	91,57
					N	59	97,66
	Confiança	3301,500	-0,796	0,426	S	125	89,41
					N	57	96,08
	Auto-Estima	3234,500	-1,003	0,316	S	125	88,88
					N	57	97,25
	Relacionamento Geral	3744,000	-0,863	0,388	S	130	94,30
					N	62	101,11

Legenda: S – Sim; N – Não

Quadro 45: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de religião (continuação)

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Religião	N	Mean Rank
Tensão/ Desconforto	Escala Total	2390,500	-2,362	0,018	S	119	91,91
					N	52	72,47
	Demonstração Sentimentos Negativos	2931,000	-2,106	0,035	S	130	98,95
					N	56	80,84
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3301,500	-1,051	0,293	S	126	95,30
					N	58	86,42
	Assertividade Iniciativa	2713,500	-3,093	0,002	S	128	102,30
				N	59	75,99	
	Assertividade Positiva	3236,500	-1,826	0,068	S	127	99,52
				N	61	84,06	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	2188,000	-1,862	0,063	S	112	76,04
					N	48	90,92
	Demonstração Sentimentos Negativos	2808,000	-1,425	0,154	S	125	85,46
					N	52	97,50
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3447,500	-0,449	0,654	S	124	90,30
					N	58	94,06
	Assertividade Iniciativa	3071,000	-2,217	0,027	S	128	88,49
				N	60	107,32	
	Assertividade Positiva	3412,500	-1,331	0,183	S	125	90,30
				N	62	101,46	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	3589,000	-0,021	0,983	S	124	91,56
					N	58	91,38
	Iniciação e Persistência	3497,000	-1,067	0,286	S	129	92,11
					N	60	101,22
	Eficácia Perante a Adversidade	3697,000	-0,243	0,808	S	126	94,16
				N	60	92,12	
	Eficácia Social	3580,500	-1,083	0,279	S	130	98,96
				N	61	89,70	

Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm uma religião e participantes que não têm uma religião quanto ao nível da “Satisfação com o Relacionamento Sexual” - escala total - e das subescalas.

Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm uma religião e participantes que não têm uma religião quanto à escala total “Tensão/Desconforto” e as subescalas “Demonstração de Sentimentos Negativos” e “Assertividade de Iniciativa”, sendo que os participantes que afirmam ter uma religião apresentam valores mais elevados que os participantes que não manifestam ter uma religião. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto às restantes subescalas.

Constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm uma religião e participantes que não têm uma religião quanto à subescala “Assertividade de Iniciativa”, relativa à dimensão “Frequência do Comportamento Assertivo”, sendo que os participantes que não têm uma religião apresentam valores mais elevados que os participantes que têm uma religião. Contudo, não se observam diferenças estatisticamente significativas quanto à escala total e às restantes subescalas.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm uma religião e participantes que não têm uma religião quanto à escala de auto-eficácia geral.

O **sexto objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes orientações sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi efectuado o teste de Kruskal-Wallis para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (orientação sexual dos participantes) (Quadro 46).

Quadro 46: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da orientação sexual

Escalas	Factores	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	Orientação Sexual	<i>N</i>	Mean Rank
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	4,611	2	0,100	He	170	91,11
					Ho	4	72,50
					B	4	38,00
	Relacionamento Sexual	4,247	2	0,120	He	178	95,04
					Ho	4	76,25
					B	4	42,13
	Confiança	4,176	2	0,124	He	174	93,05
					Ho	4	73,13
					B	4	42,25
	Auto-Estima	4,141	2	0,126	He	174	92,95
					Ho	4	79,25
					B	4	40,63
Relacionamento Geral	1,719	2	0,423	He	184	97,44	
				Ho	4	66,13	
				B	4	83,75	

*Legenda:* He – Heterossexual; Ho – Homossexual; B - Bissexual

(continua)

Quadro 46: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da orientação sexual (continuação)

Escalas	Factores	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	Orientação Sexual	<i>N</i>	Mean Rank
Tensão/Desconforto	Escala Total	0,505	2	0,777	He	163	85,60
					Ho	4	84,88
					B	4	103,38
	Demonstração Sentimentos Negativos	0,081	2	0,960	He	178	93,42
					Ho	4	100,38
					B	4	90,13
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	0,049	2	0,976	He	176	92,68
					Ho	4	88,50
					B	4	88,38
	Assertividade Iniciativa	1,725	2	0,422	He	179	93,53
					Ho	4	82,00
					B	4	127,25
Assertividade Positiva	1,868	2	0,393	He	180	94,26	
				Ho	4	74,13	
				B	4	125,50	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	0,253	2	0,881	He	152	80,25
					Ho	4	78,50
					B	4	91,88
	Demonstração Sentimentos Negativos	1,844	2	0,398	He	169	88,04
					Ho	4	95,88
					B	4	122,50
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	0,745	2	0,689	He	174	91,51
					Ho	4	75,25
					B	4	107,38
	Assertividade Iniciativa	0,351	2	0,839	He	180	94,64
					Ho	4	102,13
					B	4	80,38
Assertividade Positiva	3,110	2	0,211	He	179	95,28	
				Ho	4	82,00	
				B	4	48,75	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	1,549	2	0,461	He	174	92,53
					Ho	4	65,88
					B	4	72,25
	Iniciação e Persistência	1,100	2	0,577	He	181	95,86
					Ho	4	71,63
					B	4	79,50
	Eficácia Perante a Adversidade	0,587	2	0,745	He	178	94,14
					Ho	4	78,25
					B	4	80,38
	Eficácia Social	1,623	2	0,444	He	183	97,06
					Ho	4	73,13
					B	4	70,38

*Legenda:* He – Heterossexual; Ho – Homossexual; B - Bissexual

Constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes orientações sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia.

O **sétimo objectivo** específico formulado é: “Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a idade com que os participantes iniciaram a sua actividade sexual”. Foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação  $r$  de Pearson) (Quadro 47).

Quadro 47: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da idade de início da actividade sexual

Escalas	Factores	$r$	$p$	$N$
Satisfação Relacionamento Sexual	Satisfação com o Relacionamento Sexual	0,117	0,121	176
	Relacionamento Sexual	0,117	0,113	184
	Confiança	0,104	0,164	180
	Auto-Estima	0,061	0,414	180
	Relacionamento Geral	0,176*	0,016	188
Tensão/Desconforto	Escala Total	-0,067	0,390	168
	Demonstração Sentimentos Negativos	-0,005	0,948	182
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	-0,080	0,287	180
	Assertividade Iniciativa	-0,029	0,697	183
	Assertividade Positiva	-0,059	0,424	185
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	0,023	0,776	157
	Demonstração Sentimentos Negativos	0,008	0,920	173
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	0,018	0,810	179
	Assertividade Iniciativa	0,024	0,750	184
	Assertividade Positiva	0,039	0,601	183
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	-0,007	0,921	178
	Iniciação e Persistência	0,001	0,993	185
	Eficácia Perante a Adversidade	0,025	0,734	182
	Eficácia Social	-0,053	0,470	187

\* $p < 0,05$

Relativamente à escala “Satisfação com o Relacionamento Sexual”, apenas a subescala “Relacionamento Geral” apresenta uma correlação linear muito baixa e positiva, estatisticamente significativa, com a idade de início da actividade sexual dos participantes sugerindo que à medida que a idade de início da actividade sexual dos participantes aumenta, aumenta também o nível de satisfação com o relacionamento em geral, e vice-versa. Não se observa uma correlação estatisticamente significativa entre a idade de início da actividade sexual e as restantes subescalas ou a escala total.

Constata-se ainda não existirem correlações estatisticamente significativas entre a idade de início da actividade sexual dos participantes e a assertividade e a auto-eficácia.

O **oitavo objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes tipos de parceiros sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (tipo de parceiro sexual) (Quadro 48).

Quadro 48: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do tipo de parceiro sexual

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Parceiro	N	Mean Rank
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	1031,000	-2,907	0,004	F	144	88,34
					O	23	56,83
	Relacionamento Sexual	1551,000	-1,856	0,063	F	148	91,02
					O	27	71,44
	Confiança	956,000	-3,394	0,001	F	148	91,04
					O	23	53,57
	Auto-Estima	1034,000	-3,048	0,002	F	148	90,51
					O	23	56,96
	Relacionamento Geral	1621,000	-1,978	0,048	F	154	93,97
					O	27	74,04

Legenda: F – Fixo; O – Ocasional

(continua)

Quadro 48: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do tipo de parceiro sexual (continuação)

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Parceiro	N	Mean Rank
Tensão/Desconforto	Escala Total	1571,000	-0,602	0,547	F	136	80,05
					O	25	86,16
	Demonstração Sentimentos Negativos	1665,000	-0,896	0,370	F	150	86,60
					O	25	96,40
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	1903,500	-0,283	0,778	F	146	86,54
					O	27	89,50
	Assertividade Iniciativa	1840,500	-0,754	0,451	F	150	90,23
					O	27	82,17
	Assertividade Positiva	2049,500	-0,202	0,840	F	150	89,16
				O	28	91,30	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	1132,000	-1,514	0,130	F	129	73,78
					O	22	89,05
	Demonstração Sentimentos Negativos	1743,000	-0,640	0,522	F	140	82,95
					O	27	89,44
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	1740,000	-0,372	0,710	F	146	86,58
					O	25	82,60
	Assertividade Iniciativa	1731,000	-1,203	0,229	F	150	87,04
					O	27	99,89
	Assertividade Positiva	1677,000	-1,377	0,168	F	149	86,26
				O	27	100,89	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	1497,500	-1,478	0,139	F	147	88,81
					O	25	72,90
	Iniciação e Persistência	1773,000	-0,837	0,402	F	152	90,84
					O	26	81,69
	Eficácia Perante a Adversidade	1533,000	-1,744	0,081	F	150	91,28
					O	26	72,46
	Eficácia Social	1944,000	-0,729	0,466	F	152	91,71
				O	28	83,93	

Legenda: F – Fixo; O – Ocasional

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à “Satisfação com o Relacionamento Sexual” – escala total – e às subescalas “Confiança”, “Auto-Estima” e “Relacionamento Geral”, sendo que os participantes que afirmam ter relações sexuais com um parceiro fixo apresentam valores superiores aos participantes que afirmam manter relações sexuais com um parceiro

ocasional. Por sua vez, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à subescala “Relacionamento Sexual”.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à assertividade e à auto-eficácia.

O **nono objetivo** específico formulado é: “Analisar se existe uma relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a frequência de utilização de métodos contraceptivos pelos participantes”. Foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação  $r$  de Pearson) (Quadro 49).

Quadro 49: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da frequência de utilização de métodos contraceptivos

Escalas	Factores	$r$	$p$	$N$
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	0,200**	0,008	175
	Relacionamento Sexual	0,190*	0,010	182
	Confiança	0,181*	0,015	178
	Auto-Estima	0,169*	0,024	178
	Relacionamento Geral	0,163*	0,026	187
Tensão/Desconforto	Escala Total	-0,094	0,228	166
	Demonstração Sentimentos Negativos	-0,046	0,542	181
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	-0,096	0,201	179
	Assertividade Iniciativa	-0,064	0,394	182
	Assertividade Positiva	-0,101	0,174	183
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	0,059	0,464	157
	Demonstração Sentimentos Negativos	0,064	0,406	172
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	0,027	0,720	177
	Assertividade Iniciativa	0,109	0,142	184
	Assertividade Positiva	0,130	0,079	183
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	0,134	0,073	179
	Iniciação e Persistência	0,091	0,216	185
	Eficácia Perante a Adversidade	0,076	0,308	183
	Eficácia Social	0,180*	0,014	186

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Observam-se correlações lineares, muito baixas a fracas, positivas, e estatisticamente significativas, entre a frequência de utilização de métodos contraceptivos quanto à escala total “Satisfação com o Relacionamento Sexual” e às subescalas “Relacionamento Sexual”, “Confiança”, “Auto-Estima” e “Relacionamento Geral” revelando que à medida que a frequência de utilização de métodos contraceptivos aumenta, aumenta também o nível de “Satisfação com o Relacionamento Sexual”, de “Relacionamento Sexual”, “Confiança”, “Auto-Estima” e de “Relacionamento Geral”, e vice-versa.

Constata-se ainda não existirem correlações estatisticamente significativas entre a assertividade e a frequência de utilização de métodos contraceptivos pelos participantes.

Relativamente à escala “Auto-Eficácia Geral”, apenas a subescala “Eficácia Social” apresenta uma correlação linear muito baixa e positiva, estatisticamente significativa, com a frequência de utilização de métodos contraceptivos sugerindo que à medida que a frequência de utilização de métodos contraceptivos aumenta, aumenta também o nível de “Eficácia Social”, e vice-versa. Não se observa uma correlação estatisticamente significativa entre a frequência de utilização de métodos contraceptivos e as restantes subescalas ou a escala total.

O **décimo objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST’s quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupamento (existência/ausência de DST’s) (Quadro 50).

Quadro 50: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de DST’s

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	DST	N	Mean Rank
Satisfação Relacionamento Sexual	Escala Total	312,000	-1,647	0,100	S	6	55,50
					N	172	90,69
	Relacionamento Sexual	399,000	-1,093	0,274	S	6	70,00
					N	180	94,28
	Confiança	265,000	-2,083	0,037	S	6	47,67
					N	176	92,99
	Auto-Estima	307,500	-1,751	0,080	S	6	54,75
					N	176	92,75
	Relacionamento Geral	227,000	-2,683	0,007	S	6	41,33
					N	186	98,28

Legenda: S - Sim; N - Não

Quadro 50: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de DST's (continuação)

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	DST	N	Mean Rank
Tensão/Desconforto	Escala Total	330,000	-0,779	0,436	S	5	69,00
					N	166	86,51
	Demonstração Sentimentos Negativos	415,000	-0,964	0,335	S	6	72,67
					N	180	94,19
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	429,000	-0,158	0,875	S	5	96,20
					N	179	92,40
	Assertividade Iniciativa	413,000	-0,998	0,318	S	6	72,33
				N	181	94,72	
	Assertividade Positiva	441,000	-0,802	0,423	S	6	77,00
				N	182	95,08	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	280,500	-1,050	0,294	S	5	59,10
					N	155	81,19
	Demonstração Sentimentos Negativos	367,500	-1,180	0,238	S	6	64,75
					N	171	89,85
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	274,000	-2,004	0,045	S	6	49,17
					N	176	92,94
	Assertividade Iniciativa	509,000	-0,283	0,777	S	6	88,33
				N	182	94,70	
	Assertividade Positiva	337,500	-0,987	0,324	S	5	70,50
				N	182	94,65	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	404,500	-0,974	0,330	S	6	70,92
					N	176	92,20
	Iniciação e Persistência	484,000	-0,494	0,621	S	6	84,17
					N	183	95,36
	Eficácia Perante a Adversidade	340,500	-1,543	0,123	S	6	60,25
				N	180	94,61	
	Eficácia Social	520,000	-0,264	0,792	S	6	90,17
				N	185	96,19	

Legenda: S – Sim; N – Não

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto às subescalas “Confiança” e “Relacionamento Geral”, sendo que os participantes que afirmam ter tido uma DST apresentam valores inferiores aos participantes que afirmam não ter tido qualquer DST. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto às restantes subescalas e à escala total.

No que respeita à assertividade, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto à dimensão “Tensão/Desconforto” e quanto às suas subescalas.

Por sua vez, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto à subescala “Expressão e Gestão de Limitações Pessoais”, correspondente à dimensão “Frequência do Comportamento Assertivo”, sendo que os participantes que afirmam ter tido uma DST apresentam valores inferiores aos participantes que afirmam não ter tido qualquer DST. Contudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto às restantes subescalas e à escala total.

No que respeita à escala da “Auto-Eficácia Geral” e às suas subescalas não se constata diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's.

O **décimo primeiro objectivo** específico formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas e de drogas ilícitas quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (existência/ausência de consumo de drogas lícitas e ilícitas) (Quadros 51 e 52).

Quadro 51: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do consumo de drogas lícitas

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Lícitas	N	Mean Rank
Satisfação com o Relacionamento Sexual	Escala Total	3551,500	- 1,869	0,980	S	113	88,57
					N	63	88,37
	Relacionamento Sexual	3710,000	- 0,025	0,593	S	118	94,06
					N	66	89,71
	Confiança	3682,500	- 0,534	0,813	S	114	89,80
					N	66	91,70
	Auto-Estima	3614,500	- 0,237	0,659	S	114	91,79
					N	66	88,27
	Relacionamento Geral	3570,500	- 0,441	0,062	S	120	90,25
					N	70	104,49

Legenda: S – Sim; N – Não

(continua)

Quadro 51: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do consumo de drogas lícitas (continuação)

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Lícitas	N	Mean Rank
Tensão/Desconforto	Escala Total	2724,000	-2,062	0,039	S	105	78,94
					N	64	94,94
	Demonstração Sentimentos Negativos	3059,500	-2,538	0,011	S	116	84,88
					N	68	105,51
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3324,000	-1,543	0,123	S	115	86,90
					N	67	99,39
	Assertividade Iniciativa	3093,500	-2,583	0,010	S	116	85,17
					N	69	106,17
	Assertividade Positiva	3468,000	-1,605	0,108	S	117	88,64
				N	69	101,74	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	2360,000	-1,948	0,051	S	100	84,90
					N	58	70,19
	Demonstração Sentimentos Negativos	3212,000	-0,983	0,326	S	112	90,82
					N	63	82,98
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	3285,000	-1,483	0,138	S	113	94,93
					N	67	83,03
	Assertividade Iniciativa	2941,500	-2,907	0,004	S	120	101,99
					N	66	78,07
	Assertividade Positiva	3630,500	-1,058	0,290	S	116	96,20
				N	69	87,62	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	3282,500	-1,356	0,175	S	115	94,46
					N	65	83,50
	Iniciação e Persistência	3434,000	-1,722	0,085	S	119	99,14
					N	68	85,00
	Eficácia Perante a Adversidade	3534,500	-1,111	0,267	S	117	95,79
					N	67	86,75
	Eficácia Social	3710,000	-1,192	0,233	S	120	98,58
				N	69	88,77	

Legenda: S – Sim; N – Não

Quadro 52: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função do consumo de drogas ilícitas

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Ilícitas	N	Mean Rank
Satisfação com o Relacionamento Sexual	Escala Total	1227,500	-2,412	0,016	S	27	59,46
					N	129	82,48
	Relacionamento Sexual	1677,000	-1,424	0,154	S	30	71,40
					N	134	84,99
	Confiança	1299,000	-2,478	0,013	S	28	60,89
					N	132	84,66
	Auto-Estima	1455,500	-1,776	0,076	S	28	66,48
					N	132	83,47
	Relacionamento Geral	1397,000	-3,063	0,002	S	30	62,07
				N	139	89,95	
Tensão/Desconforto	Escala Total	1616,500	-0,505	0,613	S	28	72,23
					N	123	76,86
	Demonstração Sentimentos Negativos	1714,000	-0,994	0,320	S	29	74,10
					N	134	83,71
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	1883,500	-0,134	0,892	S	29	79,95
					N	132	81,23
	Assertividade Iniciativa	1935,500	-0,439	0,661	S	30	80,02
					N	136	84,27
	Assertividade Positiva	2045,500	-0,258	0,797	S	31	81,98
				N	136	84,46	
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	1205,500	-1,860	0,063	S	27	85,35
					N	116	68,89
	Demonstração Sentimentos Negativos	1757,000	-0,661	0,508	S	30	83,93
					N	127	77,83
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	1502,500	-1,553	0,120	S	28	92,84
					N	132	77,88
	Assertividade Iniciativa	1727,000	-1,464	0,143	S	31	94,29
					N	134	80,39
	Assertividade Positiva	1743,500	-1,302	0,193	S	30	94,38
				N	137	83,73	
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	1937,000	-0,185	0,853	S	30	82,93
					N	132	81,17
	Iniciação e Persistência	2014,000	-0,109	0,913	S	30	84,37
					N	136	83,31
	Eficácia Perante a Adversidade	1914,000	-0,471	0,638	S	30	79,30
					N	135	83,82
	Eficácia Social	1935,500	-0,830	0,407	S	31	91,56
				N	138	83,53	

Legenda: S – Sim; N – Não

Constata-se que não se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que consomem e que não consomem drogas lícitas quanto à satisfação com o relacionamento sexual.

Por sua vez, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que consomem e que não consomem drogas ilícitas quanto à escala total “Satisfação com o Relacionamento Sexual” e às subescalas “Confiança” e “Relacionamento Geral”, sendo que os participantes que consomem drogas ilícitas apresentam valores inferiores aos participantes que afirmam não consumir drogas ilícitas. Contudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores de drogas ilícitas e os não consumidores de drogas ilícitas quanto às restantes subescalas.

Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores de drogas lícitas e os não consumidores de drogas lícitas quanto à escala total “Tensão/Desconforto” e às subescalas “Demonstração de Sentimentos Negativos” e “Assertividade de Iniciativa”, sendo que os participantes que consomem substâncias lícitas apresentam valores inferiores aos participantes que afirmam não consumir substâncias lícitas. Contudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores de drogas lícitas e os não consumidores de drogas lícitas quanto às restantes subescalas.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas ilícitas quanto à dimensão “Tensão/Desconforto” e às subescalas.

Verificam-se, também, diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas quanto à subescala “Assertividade de Iniciativa”, correspondente à dimensão “Frequência do Comportamento Assertivo”, sendo que os participantes que consomem substâncias lícitas apresentam valores superiores aos participantes que afirmam não consumir substâncias lícitas. Contudo, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas quanto às restantes subescalas e à escala total.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas ilícitas quanto à dimensão “Frequência do Comportamento” e às subescalas.

No que respeita à escala da “Auto-Eficácia Geral” e às suas subescalas não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas e ilícitas.

O **décimo segundo** objectivo específico, relativo apenas aos participantes que consomem drogas, formulado é: “Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm relações sexuais após o consumo de drogas e participantes que não têm relações sexuais após o consumo de drogas quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia”. Foi utilizado o teste Mann-Whitney para analisar as diferenças entre as variáveis de contraste (satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia) com a variável de agrupação (existência/ausência de relações sexuais após o consumo de drogas) (Quadro 53).

Quadro 53: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de relações sexuais após o consumo de drogas

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Relações Sexuais	N	Mean Rank
Satisfação com o Relacionamento Sexual	Escala Total	516,000	-0,520	0,603	S	56	37,71
					N	20	40,70
	Relacionamento Sexual	526,500	-0,617	0,537	S	58	38,58
					N	20	42,18
	Confiança	544,500	-0,184	0,854	S	56	38,22
					N	20	39,28
	Auto-Estima	536,500	-0,280	0,780	S	56	38,08
					N	20	39,67
	Relacionamento Geral	530,000	-0,493	0,622	S	57	39,70
					N	20	37,00
Tensão/Desconforto	Escala Total	365,500	-1,378	0,168	S	52	33,53
					N	18	41,19
	Demonstração Sentimentos Negativos	450,000	-1,395	0,163	S	57	36,89
					N	20	45,00
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	434,000	-0,981	0,326	S	57	36,61
					N	18	42,39
	Assertividade Iniciativa	493,000	-0,684	0,494	S	55	36,96
					N	20	40,85
	Assertividade Positiva	520,000	-0,473	0,636	S	56	37,79
					N	20	40,50

Legenda: S – Sim; N – Não

(continua)

Quadro 53: Comparação dos valores obtidos para as diferentes escalas em função da existência/ausência de relações sexuais após o consumo de drogas (continuação)

Escalas	Factores	Estatística	Z	p	Relações Sexuais	N	Mean Rank
Frequência Comportamento Assertivo	Escala Total	369,500	-0,689	0,491	S	49	34,46
					N	17	30,74
	Demonstração Sentimentos Negativos	444,000	-0,202	0,840	S	54	36,28
					N	17	35,12
	Expressão e Gestão Limitações Pessoais	503,500	-0,226	0,821	S	58	38,82
					N	18	37,47
	Assertividade Iniciativa	530,000	-0,466	0,641	S	57	39,70
					N	20	37,00
	Assertividade Positiva	548,000	-0,024	0,981	S	55	38,04
					N	20	37,90
Auto-Eficácia Geral	Escala Total	485,000	-0,352	0,725	S	54	37,52
					N	19	35,53
	Iniciação e Persistência	563,000	-0,081	0,935	S	57	38,88
					N	20	39,35
	Eficácia Perante a Adversidade	469,500	-0,658	0,510	S	55	38,46
					N	19	34,71
	Eficácia Social	545,000	-0,292	0,770	S	57	39,44
				N	20	37,75	

Legenda: S – Sim; N – Não

Observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes consumidores que têm relações sexuais após o consumo de drogas e os participantes que não têm relações sexuais após o consumo de drogas quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia.

## CAPÍTULO IV - Discussão

Nesta secção pretende-se efectuar uma síntese e análise crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo, tentando enfatizar o seu significado e implicações.

No que respeita ao objectivo geral deste estudo, pretendia-se analisar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia em jovens adultos.

De acordo com os resultados, constata-se a existência de correlações negativas, estatisticamente significativas, entre a satisfação com o relacionamento sexual e a dimensão “Tensão/Desconforto”, sendo que quanto maior o nível de satisfação com o relacionamento sexual, o relacionamento sexual, de confiança, de auto-estima e com o relacionamento geral, menor a tensão/desconforto face à demonstração de sentimentos negativos (pedido de mudança de comportamento aborrecido, defesa dos próprios direitos, iniciativa na resolução de problemas e na satisfação de necessidades, recusa de pedidos não razoáveis), de expressão e gestão de limitações pessoais (admissão de ignorância, falhas ou dificuldades, lidar com críticas e pedir ajuda ou atenção), a comportamentos assertivos de iniciativa (tomada de iniciativa em situações sociais e em expressar a própria opinião) e positivos (dar e receber elogios e expressar sentimentos positivos). De salientar que a subescala “Relacionamento Geral” apenas se correlaciona com as subescalas “Assertividade de Iniciativa” e “Assertividade Positiva”.

De facto, algumas pesquisas demonstraram que a aprendizagem de respostas assertivas poderá inibir ou enfraquecer a ansiedade previamente experimentada em relações interpessoais específicas, como nas relações sexuais. Quando a pessoa se torna mais capaz de se afirmar e agir por iniciativa própria, reduz significativamente a sua ansiedade ou tensão anteriores em situações críticas e aumenta a sua auto-estima (Alberti & Emmons, 1973).

Por sua vez, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o relacionamento sexual e a frequência de comportamentos assertivos.

Quanto à auto-eficácia, verificam-se correlações positivas, estatisticamente significativas, com a satisfação com o relacionamento sexual, sendo que quanto maior o nível de satisfação com o relacionamento sexual, de relacionamento sexual, confiança, auto-estima e relacionamento geral, maior a percepção de auto-eficácia geral, maior a

capacidade de iniciar uma acção e persistir no esforço para a terminar, de persistir numa actividade perante situações adversas e maior as expectativas de eficácia perante situações sociais. Com efeito, a auto-eficácia tem sido relacionada positivamente com um maior ajustamento sexual e com uma boa qualidade do relacionamento afectivo (Adebayo, 2008; Reissing et al., 2005).

No que se refere aos objectivos específicos desta investigação, com o primeiro objectivo pretendia-se descrever/ caracterizar o comportamento sexual dos participantes. Segundo os resultados obtidos, podemos concluir que os estudantes universitários iniciaram a sua vida sexual em média aos 17 anos de idade. Este resultado está de acordo com a literatura, que tem demonstrado que a idade de início da primeira relação sexual tem vindo a decrescer nos últimos anos (Alferes, 1997; Martinez-Alvarez, 2000).

Na sua maioria, os participantes mantêm relações sexuais com um parceiro fixo e utilizam sempre métodos contraceptivos, sendo que grande parte nunca teve uma DST, apesar de referirem consumir sobretudo drogas lícitas e afirmarem manter relações sexuais após o consumo de drogas. Estes resultados contrariam os encontrados na literatura, que apontam para uma provável associação entre o consumo de drogas, a prática de comportamentos sexuais de risco e consequente aparecimento de DST's, assim como, maior envolvimento com vários parceiros sexuais (Bontempo et al., 2011; Youth Risk Behavior, Surveillance, 2001; Zuckerman & Kuhlman, 2000).

O segundo objectivo específico pretendia saber se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia.

Segundo as análises efectuadas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes dos dois sexos quanto à satisfação com o relacionamento sexual.

A literatura refere-nos que até há bem pouco tempo, a análise da sexualidade feminina era feita a partir de extrapolações da sexualidade masculina, existindo digamos que um modelo unisexo para a sexualidade (Carvalheira & Leal, 2008). Contudo, tem-se conhecimento de que existem duas sexualidades, isto é, homens e mulheres vivem e expressam a sua sexualidade de formas diferentes pois foram social e culturalmente educados a assumir determinados papéis sexuais e, por conseguinte, também a nível da

satisfação sexual se encontram diferenças de género, o que aliás é bastante notório na prática clínica (Carvalheira & Leal, 2008), o que contraria os nossos resultados, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. De facto, um estudo realizado por Carvalheira e Leal (2008), com uma amostra de 1148 mulheres maiores de 18 anos e com um nível educacional elevado, revela que os principais factores determinantes da satisfação sexual das mulheres são factores interpessoais, que dizem directamente respeito ao parceiro, logo seguidos dos factores de funcionamento físico-sexual, que não são tão valorizados. As autoras deste estudo consideram que estes dados mostram claramente e revelam uma vez mais a importância do contexto relacional e dos factores interpessoais na resposta sexual feminina. Este facto é assinalável das incontornáveis diferenças de género na sexualidade humana, uma vez que frequentemente, a satisfação sexual do homem é determinada sobretudo por factores de funcionamento físico-sexual (Hatfield et al., 1989).

Relativamente à assertividade, os resultados demonstram que as mulheres apresentam maior grau de tensão/desconforto quando, face a situações sociais, necessitam de tomar a iniciativa ou de expressar a sua opinião, comparativamente aos homens. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Vagos (2010), que confirma que, de uma forma geral, são os alunos do sexo feminino a demonstrar maiores níveis de ansiedade social. Concordamos, tal como Vagos (2010) refere, que estas diferenças por sexo poderem ser explicadas por pressões culturais colocadas sobre os rapazes para reduzir a expressão de ansiedade social, enquanto tal é tolerado nas mulheres. Por sua vez, os homens apresentam maior frequência de comportamentos assertivos face a situações sociais, sobretudo no que respeita a pedido de mudança de comportamento aborrecido, à defesa dos próprios direitos, à iniciativa na resolução de problemas e na satisfação de necessidades, à recusa de pedidos não razoáveis e, ainda, à tomada de iniciativa ou de expressão da própria opinião. Baldiviesco (2006) contraria este resultado, pois afirma que as crianças do sexo feminino tendem a ter mais respostas pró-sociais, enquanto os rapazes tendem a ter mais comportamentos agressivos e de questionamento das normas. Contudo, esta diferença de género tem sido restringida a diferentes contextos sociais assertivos, sendo que estudantes do sexo feminino parecem ser mais assertivos na expressão e gestão de limitações pessoais (i.e. pedir ajuda, esclarecimento, desculpa) e os do sexo masculino surgem como mais assertivos na

expressão de sentimentos negativos (i.e. expressar desacordo, insatisfação, pedir mudança de comportamento, recusar pedidos) (Del Prette & Del Prette, 2001; Eskin, 2003).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes dos dois sexos quanto à auto-eficácia. A literatura revela que as mulheres apresentam percepções de auto-eficácia mais elevadas do que homens (Ferreira, Gaspar, Campos & Senra, 2011). Contudo, existem também estudos que concluíram que o sexo biológico parece não determinar os níveis de auto-eficácia pessoal (Souza & Souza, 2004) Ou, ainda, pesquisas que encontraram valores semelhantes de auto-eficácia no sexo feminino e masculino (Lavoura, Castellani & Machado, 2006). Torna-se, portanto, pertinente a realização de mais estudos que permitam compreender de que forma a variável sexo está associada a diferenças ao nível da auto-eficácia geral.

O terceiro objectivo específico pretendia analisar a relação entre a idade dos participantes e a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia.

Os resultados verificaram a existência de uma correlação fraca e positiva entre o nível de tensão/desconforto aquando a demonstração de sentimentos negativos e a idade dos participantes, indicando que quanto maior o grau de tensão/desconforto aquando a demonstração de sentimentos negativos, maior a idade dos participantes, e vice-versa. De facto, os resultados levam a crer que os participantes mais velhos desta amostra, apresentam mais desconforto quando, face a diversas situações sociais, necessitam de pedir uma mudança de comportamento aborrecido, defender os próprios direitos, tomar a iniciativa na resolução de problemas e na satisfação de necessidades, recusar pedidos não razoáveis, comparativamente com os participantes mais novos. Os alunos mais velhos, por estarem a aproximar-se da entrada no mundo profissional, que significa exigências e desafios acrescidos, a nível profissional, pessoal e social (Salvador, 2009), poderão estar mais conscientes de serem avaliados formalmente, e esta auto-consciência despoletar maiores níveis de desconforto social.

Relativamente à frequência do comportamento assertivo, não se verificaram correlações estatisticamente significativas com a idade dos participantes. Estes resultados parecem contrariar os apresentados na literatura.

Por exemplo, o estudo realizado por Barros (2006) revela que o nível de comportamentos assertivos diminui com a idade, sendo que os indivíduos com menos idade demonstram ser mais assertivos do que os indivíduos com mais idade. Por outro lado, Eskin (2003) concluiu que sujeitos mais velhos relatam maiores níveis de competência assertiva.

Também não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com o relacionamento sexual, a auto-eficácia e a idade dos participantes.

Quanto à satisfação com o relacionamento sexual, existem estudos que também não encontram relações entre a idade e o relacionamento sexual (Ramos & Patrão, 2005). Por outro lado, existem estudos que mencionam que a insatisfação sexual aumenta com a idade, sendo que quanto mais velho o indivíduo, maior a frequência de quadros disfuncionais e a referência a doenças do foro sexual (Abdo et al., 2002).

Contrariamente ao sugerido pelos resultados do presente estudo, Rogado e Leal (2000) verificaram que a idade parece ser importante no desenvolvimento da auto-eficácia. Por outro lado, segundo a investigação conduzida por Kahng e Dunkle (2005), os adultos mais jovens apresentam níveis de auto-eficácia maiores que os adultos mais velhos.

Com o quarto objectivo específico pretendia-se verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia. Os resultados apresentados indicam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à satisfação com o relacionamento sexual (escala total, “Relacionamento Sexual”, “Confiança”, “Auto-Estima”), sendo que os participantes solteiros apresentavam valores mais elevados do que os participantes casados ou em união de facto. De salientar que apenas na subescala “Relacionamento Geral” não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Teremos de ter em atenção que o número de participantes solteiros é maior do que o número de participantes casados ou em união de facto, o que nos sugere prudência na generalização destes resultados.

Laumann, Paik e Rosen (1999) chegaram à conclusão de que a prevalência de problemas sexuais varia significativamente em função do estado civil, sendo que o risco de experimentar problemas sexuais é mais elevado nos divorciados, viúvos ou

separados. Por outro lado, estes autores concluíram também que indivíduos solteiros apresentam taxas significativamente mais elevadas de problemas sexuais do que indivíduos casados, contrariando os resultados obtidos neste estudo (Laumann et al., 1999).

Não se encontraram também diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis quanto à assertividade. O estudo realizado por Barros (2006) também não observou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com diferentes estados civis quanto à assertividade, embora se tenham constatado pontuações médias superiores para os indivíduos solteiros.

Com relação à auto-eficácia, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes estados civis, sendo que os participantes solteiros apresentam valores mais elevados do que os participantes casados ou que vivem em união de facto, relativamente à escala total e às subescalas “Iniciação e Persistência” e “Eficácia Social”. De salientar que apenas na subescala “Eficácia Perante a Adversidade” não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

A investigação conduzida por Couto (2003) revelou expectativas de auto-eficácia mais elevadas para os casados do que para os solteiros, apesar destes valores não serem estatisticamente significativos. Por outro lado, Lima et al. (2009) encontraram uma forte associação entre o nível de auto-eficácia e o estado civil, concluindo que os indivíduos solteiros tendiam a apresentar um nível de auto-eficácia menor do que os casados, divorciados e viúvos. Estes resultados não vão de encontro aos obtidos no presente estudo talvez pelo facto de existir uma grande dispersão de participantes casados, solteiros e que vivem em união de facto.

O quinto objectivo específico pretendia analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia entre participantes com ou sem uma religião.

A análise dos resultados evidencia que existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm e que não têm uma religião quanto ao grau de tensão/desconforto aquando a demonstração de sentimentos negativos e de assertividade de iniciativa, sendo que os participantes que manifestam ter uma religião apresentam valores mais elevados do que os outros. Por outro lado, verificou-se a

existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm e que não têm uma religião quanto à frequência de comportamento assertivo de iniciativa, sendo que os participantes que manifestam não ter uma religião apresentam valores mais elevados do que os restantes.

Assim, os participantes que afirmam ter uma religião demonstram mais desconforto perante situações sociais, nomeadamente, no pedido de mudança de comportamento aborrecido, na defesa dos próprios direitos, na tomada de iniciativa na resolução de problemas e na satisfação de necessidades, na recusa de pedidos não razoáveis e na expressão das próprias opiniões, e menos frequência de comportamentos assertivos, comparativamente com os participantes que afirmam não ter uma religião. Parece-nos pertinente referir a possibilidade da religião ser um factor determinante no desenvolvimento da assertividade. A literatura menciona que, ao longo dos tempos, os ensinamentos básicos das organizações religiosas têm frequentemente inibido a expressão completa dos comportamentos assertivos em situações interpessoais (Alberti & Emmons, 1973). Os ensinamentos das igrejas contemporâneas parecem indicar que ser assertivo não é o comportamento “religioso” a ter em conta, sendo que, qualidades como humildade, auto-negação e auto-sacrifício são geralmente incentivadas até à exclusão da afirmação da própria personalidade (Alberti & Emmons, 1973). Há uma noção incorrecta de que os ideais religiosos de fraternidade devem, de algum modo, ser incompatíveis com os sentimentos positivos que se experimentem com o próprio eu e com o sentimento de tranquilidade e confiança nas relações com os outros (Alberti & Emmons, 1973).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm e que não têm uma religião quanto à satisfação com o relacionamento sexual e à auto-eficácia.

Contrariamente a estes resultados, a literatura, relativamente à satisfação com o relacionamento sexual, revela por exemplo, uma pesquisa realizada por Ray e Brown (2011), com 14.500 pessoas, onde se verificou que os ateus têm melhor vida sexual do que os religiosos. Uns e outros reconheceram as mesmas práticas, como masturbação, sexo oral e uso de pornografia como estímulo (Ray e Brown, 2011). Mas os religiosos não obtêm a mesma vivência prazerosa devido à culpa que sentem durante o sexo, sentimento que se estende pelos dias seguintes (Ray e Brown, 2011). A pesquisa

também apurou que quem deixou de lado a religião e se tornou ateu teve uma melhoria significativa na satisfação sexual (Ray e Brown, 2011). Os próprios autores referem surpresa com esse resultado, porque acreditavam que as pessoas nunca se livrariam completamente da repressão religiosa (Ray e Brown, 2011).

Villa (2002) destaca que a religião exerce uma forte influência sobre o relacionamento conjugal, inclusive limitando o repertório de competências interpessoais, produzindo regras inibitórias no contexto da relação sexual, algumas destas ligadas a esquemas de punições e reforço. Todavia, tal não parece ser confirmado pelos resultados do presente estudo.

Quanto à auto-eficácia, Pargament (1997) refere que os indivíduos com religião têm mais capacidades de compreender situações complicadas do dia-a-dia e maior capacidade de agir em conformidade com as mesmas. O mesmo autor (1996) revela que as pessoas tendem a procurar na religião a força positiva para não desistirem e resolverem as situações mais adversas, nomeadamente na área da saúde e da doença. No mesmo sentido, um estudo exploratório conduzido por Meneses, Miyazaki e Ribeiro (2010), com 216 estudantes do ensino superior português, menciona a importância da intervenção focada na espiritualidade, religião e crenças pessoais por esta poder ter um impacto na auto-eficácia. Parece-nos, assim, pertinente a realização de mais estudos que abordem estas temáticas no âmbito da sexualidade.

O sexto objectivo específico pretendia analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes orientações sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia. Os resultados indicam não existir diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes orientações sexuais em relação à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia. De salientar que os resultados aqui apresentados poderão ter sido influenciados por o facto de, na variável orientação sexual, existir uma grande discrepância entre os participantes, havendo categorias com um efectivo muito pequeno. Sugere-se, por isso, o estudo destas variáveis com outro tipo de características sócio-demográficas.

Com o sétimo objectivo específico pretendia-se estudar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a idade com que os participantes iniciaram a sua actividade sexual. A análise dos resultados indica que

apenas a subescala “Relacionamento Geral” apresenta uma correlação fraca e positiva com a idade em que os participantes iniciaram a sua actividade sexual, sendo que quanto maior o grau de satisfação com o relacionamento em geral, maior a idade de início da actividade sexual e vice-versa. Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as restantes subescalas e a idade de início da actividade sexual. O mesmo se verificou para a assertividade e a auto-eficácia. Todavia, os resultados do presente estudo contrariam os da literatura.

Por exemplo, Haavio-Manilla e Kontula (1997) concluíram que, nas mulheres, a satisfação sexual se correlacionava directamente com o início precoce da actividade sexual e indirectamente com a assertividade sexual. Os autores revelam que as mulheres demonstraram maior insatisfação sexual que os homens, argumentando que tal se devia ao começo tardio da vida sexual e à falta de assertividade sexual, aspectos que as tornam mais inibidas sexualmente que os homens (Haavio-Manilla e Kontula, 1997).

Apesar de não se verificar uma relação entre a auto-eficácia e a idade de início da actividade sexual no presente estudo, outros estudos revelam que o facto de se iniciar mais cedo a actividade sexual poderá influenciar negativamente a percepção de auto-eficácia relacionada com comportamentos preventivos, na área da sexualidade, nomeadamente no que respeita à crença de auto-eficácia relacionada com o uso do preservativo (Rogado & Leal, 2000).

O oitavo objectivo específico pretendia analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes tipos de parceiros sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia. As análises efectuadas permitiram observar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes tipos de parceiros sexuais quanto à satisfação com o relacionamento sexual, sendo que os participantes que mantêm relações sexuais com um parceiro fixo apresentam valores superiores aos participantes que mantêm relações sexuais com um parceiro ocasional. De salientar que apenas a subescala “Relacionamento Sexual” não apresenta diferenças estatisticamente significativas quando comparados os participantes com diferentes tipos de parceiros sexuais, o que nos remete para que o nível de satisfação com o relacionamento sexual, nesta amostra, se relacione sobretudo com a qualidade do relacionamento em geral, e com factores pessoais como a confiança e a auto-estima.

A qualidade com o relacionamento, com um parceiro fixo (namoro, casamento), segundo a literatura, está intimamente relacionada com a satisfação com o relacionamento em geral, com um maior nível de companheirismo, confiança, intimidade, paixão e amor (Wachelke et al., 2007). Deve ser destacada, ainda, a importância, para a satisfação nos relacionamentos afectivos, da capacidade de auto-revelação e da existência de uma auto-estima positiva (Hendrick, 1981) que se encontra na base da intimidade e, por consequência, ponto crucial para o desenvolvimento de relações saudáveis.

De igual forma, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes tipos de parceiros sexuais quanto à assertividade e à auto-eficácia.

A literatura contraria os resultados do presente estudo uma vez que refere que as relações com um parceiro fixo (namoro, casamento), quando satisfatórias, caracterizam-se por apresentar uma maior capacidade de resolução de conflitos; capacidade de dar e receber; comunicação aberta e honesta entre os parceiros e sensibilidade relativamente aos sentimentos do outro (Norgren et al., 2004). São relações mais flexíveis e igualitárias na distribuição de poder (Norgren et al., 2004). Além disso, os cônjuges apresentam sentimentos de pertença e envolvimento e parecem ser capazes de lidar com as crises e transições que a vida apresenta, estando mais orientados para o presente e o futuro (Norgren et al., 2004). Desta forma, ainda que a literatura sugira que as relações com parceiros fixos parecem estar associadas a maiores níveis de assertividade e auto-eficácia, o presente estudo não o confirma, pois os resultados não o permitiram, sendo necessária a realização de mais estudos neste sentido.

O nono objectivo específico pretendia analisar a relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia e a frequência de utilização de métodos contraceptivos pelos participantes. As análises efectuadas apresentam correlações fracas e positivas estatisticamente significativas entre o nível de satisfação com o relacionamento sexual e a frequência de utilização de métodos contraceptivos, indicando que quanto maior o nível de satisfação com o relacionamento sexual (relacionamento sexual, confiança, auto-estima, relacionamento geral), maior a frequência de utilização de métodos contraceptivos. Uma pesquisa conduzida por Higgins et al. (2008), demonstra que as mulheres que utilizam quer a pílula quer o

preservativo masculino apresentam maiores níveis de satisfação sexual, pois sentem que estão mais protegidas contra uma gravidez indesejada e contra as doenças sexualmente transmissíveis. Por sua vez, os homens com dificuldades de erecção, factor de insatisfação sexual, apresentam frequentemente comportamentos de risco, nomeadamente, um uso incompleto ou inconsistente do preservativo (Graham et al., 2006).

Não se verificou a existência de correlações estatisticamente significativas entre a assertividade e a frequência de utilização de métodos contraceptivos. Todavia, a literatura revela que uma maior assertividade tende a estar associada a níveis mais elevados de intenção do uso do preservativo e respectiva consistência, sugerindo que esta variável é muito importante nos processos de mudança, relativos ao comportamento sexual seguro, na intenção de usar preservativo (Costa, 2006).

Suvivuo, Tossavainen e Kontula (2011) realizaram um estudo com adolescentes finlandesas entre os 14 e os 15 anos de idade, cujo objectivo era, através de narrativas acerca das suas experiências sexuais envolvendo actos de negociação, conhecer os conteúdos de negociação, o tipo de estratégias de negociação utilizadas e a eficácia dessas estratégias. Os conteúdos de negociação, durante as situações de carácter sexual, definidos pelas adolescentes foram o manter o controlo e os seus desejos pessoais (Suvivuo, Tossavainen e Kontula, 2011). Os autores chegaram à conclusão de que estas adolescentes demonstram ser activas e relativamente eficazes na sua forma de negociação perante as suas experiências sexuais, pois conseguem, com sucesso, manter o controlo dessas situações e expressar as suas necessidades e desejos pessoais (Suvivuo, Tossavainen e Kontula, 2011). As estratégias de negociação directa (mensagens explícitas como pedidos directos sobre as suas preferências sexuais, informações sobre as suas intenções aos parceiros ou falar com firmeza acerca dos seus sentimentos) foram, segundo os autores, relativamente mais eficazes do que as indirectas (mensagens pouco assertivas como fazer pedidos de forma não confrontativa, colocando questões abertas ou dar dicas acerca das suas intenções ou ainda, através da linguagem corporal, guiando ou parando as mãos do parceiro ou transmitindo algo pelo olhar) (Suvivuo, Tossavainen e Kontula, 2011). Os autores concluem que para que estas estratégias de negociação sejam eficazes será necessário que qualquer adolescente expresse de forma clara e assertiva quais as suas limitações e quais os seus desejos,

necessidades ou interesses pois só assim serão capazes de requererem o uso de contracepção e de se sentirem sexualmente satisfeitas (Suvivuo, Tossavainen e Kontula, 2011).

Os resultados evidenciaram também uma correlação fraca e positiva entre a subescala “Eficácia Social” e a frequência de utilização de métodos contraceptivos, indicando que quanto maior o grau de expectativa de eficácia perante situações sociais, maior a frequência de utilização de métodos contraceptivos. Não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre as restantes subescalas e a frequência de utilização de métodos contraceptivos. Bandura (1997) apresenta dois factores importantes para a ocorrência de um comportamento preventivo: a crença da pessoa na sua auto-eficácia em poder realizá-lo e a expectativa em relação aos resultados esperados advindos desse comportamento (diminuição do risco). Neste estudo, poderemos considerar que os participantes ao questionarem a sua percepção da auto-eficácia, avaliando os recursos disponíveis (métodos contraceptivos) e o contexto (relação afectiva), deparam-se com a sua vulnerabilidade e com o medo de ter uma doença sexualmente transmissível, uma gravidez indesejada, etc. Contudo, a percepção de auto-eficácia, assim como a intenção de adopção de comportamento preventivo, não é em si preventiva, mas a sua influência num contexto é importante (Camargo & Bertoldo, 2006). Nesse sentido, pode-se relacionar a percepção de auto-eficácia ao uso de métodos contraceptivos, e nesse caso presume-se, a partir da hipótese de que os métodos contraceptivos promovem a protecção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas, etc., que esse tipo de percepção está directamente relacionado ao uso de métodos contraceptivos.

O décimo objectivo específico pretendia analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia.

De acordo com os dados analisados, verifica-se a existência de diferenças significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto às subescalas “Confiança” e “Relacionamento Geral”, sendo que os participantes que afirmam não ter tido uma DST apresentam valores mais elevados do que aqueles que já tiveram uma DST. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os

participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's em relação às restantes subescalas. Um estudo realizado por Freitas, Gir e Rodrigues (2000), concluiu que doenças sexualmente transmissíveis, como as infecções pelo HIV, constituem-se como importantes factores causadores de disfunções sexuais, levando à diminuição da auto-estima, dificultando o relacionamento do casal e trazendo como consequência a diminuição do desejo sexual.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto à dimensão tensão/desconforto e as suas subescalas.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto à frequência de comportamento assertivo, aquando a expressão e gestão de limitações pessoais, sendo que os participantes que afirmam não ter tido uma DST apresentam valores mais elevados do que aqueles que afirmam já ter tido uma DST. Com relação às restantes subescalas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Efectivamente, os programas de treino ou intervenção na assertividade têm sido importantes no aumento do uso do preservativo e, conseqüentemente, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Sterk, 2002; Weinhardt, Carey, Carey & Verdecias, 1998). Em relação a esta amostra, deveremos ter em atenção que a expressão e gestão de limitações pessoais é um factor a considerar no desenvolvimento de comportamentos assertivos, se quisermos intervir ao nível da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Com relação à auto-eficácia não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com antecedentes e sem antecedentes de DST's quanto a esta dimensão. A literatura revela que a auto-eficácia é o principal factor de sucesso no desempenho de comportamentos como o uso do preservativo para prevenção da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis (Leite et al., 2002). Contudo, crê-se que seria importante a realização de mais estudos que avaliassem estas relações, uma vez que os dados relativos a esta amostra não vão de encontro à literatura.

O décimo primeiro objectivo específico pretendia analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores

de drogas lícitas e de drogas ilícitas quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à assertividade e à auto-eficácia.

Com relação às substâncias lícitas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores quanto à satisfação com o relacionamento sexual. Contudo, diversos estudos realizados, com base no consumo de álcool, revelam a existência de uma relação entre o consumo abusivo/dependente desta substância e a insatisfação sexual, sendo que a intimidade sexual satisfatória surge no período de abstinência e a ausência de desejo e satisfação sexual surge nos períodos de consumo da substância (Reizinho, 2008).

Quanto às substâncias ilícitas, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores quanto à satisfação com o relacionamento sexual, à confiança e ao relacionamento em geral, sendo que os participantes que afirmam não consumir este tipo de substâncias apresentam valores mais elevados do que aqueles que afirmam consumir. Os resultados vão de encontro à literatura, que menciona uma associação negativa entre o consumo de substâncias ilícitas e a satisfação sexual (Lara et al., 2008).

Relativamente à assertividade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas quanto ao grau de tensão/desconforto, aquando a demonstração de sentimentos negativos e de assertividade de iniciativa, sendo que os participantes que afirmam não consumir substâncias lícitas apresentam valores mais elevados do que aqueles que afirmam consumir. Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas para as restantes subescalas. Estes resultados levam a crer que os participantes recorrem ao consumo de substâncias lícitas, de forma a sentirem-se menos desconfortáveis face a situações em que tenham de expressar a própria opinião ou de tomar a iniciativa. De facto a literatura aponta para o défice de competências sociais como um factor de risco relativo ao consumo de substâncias (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006).

Não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas ilícitas quanto à assertividade. Contudo, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas quanto à frequência de comportamento assertivo de iniciativa, sendo que os participantes que afirmam consumir substâncias lícitas

apresentam valores mais elevados do que aqueles que afirmam não consumir, talvez pelo facto de os consumidores serem estudantes universitários com uma vida social mais intensa, por saírem mais à noite e conviverem mais com os amigos, do que os não consumidores, tendo por isso acesso fácil ao consumo deste tipo de drogas. Poderemos ainda colocar a hipótese de que os participantes consumidores não utilizam as drogas lícitas como formas de integração social, uma vez que apresentam frequentemente comportamentos assertivos, mas apenas como formas naturais de convívio, consumindo-as de forma responsável. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as restantes subescalas.

As análises efectuadas permitiram verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os consumidores e os não consumidores de drogas lícitas e de drogas ilícitas quanto à auto-eficácia.

A literatura contraria os resultados do presente estudo. Por exemplo, de acordo com Maldonado et al. (2008), a auto-eficácia provou ser um factor protector do consumo de drogas. Assim, os jovens que não consomem tabaco e álcool apresentam níveis elevados de auto-eficácia e de auto-estima (Hurtado & Nascimento, 2010). Wagner e Oliveira (2007) referem a existência de défices de competências sociais em adolescentes, principalmente quanto à dificuldade em resistir às drogas e em dizer não, além de reconhecerem que no desenvolvimento de capacidades de resistência à oferta de drogas, a auto-eficácia e a tomada de decisões podem auxiliar na redução de comportamentos de consumo de substâncias psicoactivas.

O décimo segundo objectivo específico pretendia analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm e os que não têm relações sexuais após o consumo de substâncias e a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia. Os resultados não indicam a existência de quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm e os que não têm relações sexuais após o consumo de substâncias quanto à satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia. Poderemos colocar a hipótese, de que se o consumo de substâncias quer lícitas quer ilícitas, tiver um impacto considerável na satisfação sexual, assertividade e auto-eficácia, este impacto poderá também existir quando os participantes mantêm relações sexuais após o consumo de

substâncias. Como os resultados não chegaram a uma conclusão válida, consideramos pertinente a realização de mais estudos que relacionem esta variável.

Os resultados do presente estudo sugerem a existência de uma relação negativa entre a satisfação com o relacionamento sexual e a tensão/desconforto face a situações sociais e uma relação positiva entre a satisfação com o relacionamento sexual e a auto-eficácia.

De uma forma geral, os resultados apresentam a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação sexual dos participantes conforme as variáveis sócio-demográficas, particularmente o estado civil e as variáveis respeitantes ao comportamento sexual dos participantes, particularmente ao tipo de parceiro sexual, à presença/ ausência de DST's e ao consumo de drogas. Sugerem também uma relação positiva entre este construto e a idade de início da actividade sexual, assim como, a frequência de utilização de métodos contraceptivos.

Relativamente ao nível assertividade, os resultados apontam a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis sócio-demográficas, especificamente o sexo e a religião e quanto às variáveis do comportamento sexual dos participantes, especificamente à presença/ ausência de DST's e ao consumo de drogas. Apontam também para a existência de uma relação negativa entre a tensão/desconforto face a situações sociais e a idade dos participantes.

Quanto à auto-eficácia, os resultados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto à variável sócio-demográfica estado civil e quanto à variável respeitante ao comportamento sexual dos participantes, a frequência da utilização de métodos contraceptivos.

Consideramos ainda algumas limitações (para além das que já foram mencionadas na discussão), bem como, sugestões para futuras investigações.

O primeiro ponto a salientar é o facto da amostra (por conveniência) deste estudo se centrar em jovens adultos universitários, maioritariamente do sexo feminino. Seria interessante que este abrangesse jovens com semelhante número de participantes do sexo feminino e masculino, por forma a termos uma amostra mais homogénea. Por outro lado, nada se pode afirmar sobre a generalização dos resultados obtidos a jovens mais novos, de outras zonas geográficas e com características sócio-demográficas e culturais diferentes.

O próprio tema, da sexualidade, é por natureza de domínio privado, pelo que se adoptou questionário por auto-relato. Contudo este tipo de instrumento poderá constituir-se como um obstáculo à análise e interpretação dos resultados deste estudo, pelo facto de poder ser influenciado pela tendência dos respondentes em dar respostas socialmente desejáveis aos diferentes itens. Por sua vez, neste tipo de investigação, os questionários de auto-relato parecem mais adequados para aceder às percepções mais subjectivas de cada indivíduo.

De salientar que o questionário realizado aos participantes, com o objectivo de recolher informações sócio-demográficas e de comportamento sexual, necessitaria de uma nova análise cognitiva que permitisse avaliar a compreensibilidade das perguntas do questionário, da sua clareza, relevância cultural e facilidade de resposta. A sua administração sugere a necessidade de adoptar algumas estratégias para evitar dificuldades de compreensão. Por outro lado, talvez a “Escala do Comportamento Interpessoal” tivesse sido substituído por um outro, que avaliasse o mesmo construto, pelo facto de este ser bastante longo e causar algum cansaço aos participantes e da estrutura dificultar o seu preenchimento.

Em relação aos construtos considerados neste estudo, principalmente em relação à assertividade e à auto-eficácia, talvez tivesse sido mais adequado a utilização de instrumentos que permitissem avaliar a assertividade e a auto-eficácia relacionadas especificamente com a sexualidade. A maior parte da bibliografia consultada foca a importância da assertividade e da percepção da auto-eficácia relacionada com o uso do preservativo e outros métodos contraceptivos nos comportamentos sexuais de risco, o consumo de substâncias, com a satisfação com o relacionamento sexual, mas não na promoção da saúde sexual.

Ressalva-se também que é de esperar que na relação entre satisfação com o relacionamento sexual, assertividade e auto-eficácia surja a interferência de outras variáveis que não foram determinadas neste estudo, podendo originar um aumento ou diminuição nos níveis dos diferentes construtos.

As cautelas tidas no estudo psicométrico dos instrumentos, na formulação de critérios de inclusão dos indivíduos na amostra e na recolha de dados, são factores que se julga contribuir para a fidelidade dos resultados. Julgamos que os resultados obtidos podem ser credíveis e válidos, uma vez que os coeficientes da consistência

interna apresentam valores adequados de acordo com Pestana e Gageiro (2005), com excepção de uma das subescalas da Escala de Auto-Eficácia Geral, contudo, torna-se difícil a sua comparação por não existirem muitos estudos utilizando as diferentes escalas noutras investigações. Nesta perspectiva estudos futuros deverão recolher dados adicionais relativos à validade destes instrumentos bem como confirmar a sua estrutura factorial e estabilidade temporal noutras populações.

Apesar das limitações deste estudo, estamos cientes de que este estudo, no âmbito da satisfação com o relacionamento sexual, da assertividade e da auto-eficácia, poderá ter contribuído para lançar algumas pistas para o desenho de intervenções preventivas com vista ao desenvolvimento de factores protectores de saúde e bem-estar, neste caso, no âmbito da sexualidade.

No que respeita a futuras investigações, considera-se pertinente a realização de estudos longitudinais que permitam esclarecer melhor a forma como estas variáveis se relacionam. Estudos com adultos e senescentes, parecem-nos importantes para que possamos compreender de que forma estas variáveis contribuem para uma vida sexual mais saudável e prazerosa ao longo da vida, sendo que os estudos de carácter longitudinal possibilitam o atingir deste objectivo. Torna-se também pertinente a realização de investigações que estudem outras variáveis como a auto-estima, auto-confiança, empatia, auto-controle, motivação, resiliência, entre outras, que não apenas a assertividade e a auto-eficácia, para que possamos compreender de que forma estas competências pessoais e sociais contribuem para o incremento de uma vida sexual saudável e prazerosa, e talvez, para que possamos inclui-las, juntamente com as variáveis estudadas, em programas de intervenção para a educação sexual.

Com a realização deste estudo, surgem também outras questões como o interesse e a pertinência da implementação de programas de saúde sexual em todas as escolas, incluindo no Ensino Superior, considerando o facto dos estilos de vida saudáveis e do bem-estar subjectivo serem factores com elevada ponderação na saúde.

A implementação destes programas consistiria na realização de sessões de educação para a saúde sexual, englobando entidades como os centros de saúde, hospitais, associações ligadas à sexualidade e a esta faixa etária, uma vez que têm consultas de planeamento familiar, acompanhamento ginecológico, rastreio de DST's, fornecimento

de contracepção, de forma anónima e confidencial, pois um dos obstáculos é a vergonha dos pares e o medo do conhecimento por parte dos pais.

Uma vez que nos encontramos na era das novas tecnologias, seria talvez interessante aproveitarmos este meio e o interesse crescente dos jovens por ele, para elaborar e colocar em prática programas online ou, ainda, por via telefónica de educação sexual, que permitissem ao estudante informar-se e/ou esclarecer dúvidas, na área da sexualidade, obtendo respostas e orientações fidedignas, sem receio de serem reconhecidos socialmente ou discriminados por colegas, e que fossem devidamente geridos por profissionais.

Por outro lado, estes programas de intervenção deveriam também contemplar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como a assertividade e a auto-eficácia, entre outras, uma vez que possibilitam uma sexualidade livre de comportamentos sexuais inseguros (DST's e gravidezes indesejadas), violência interpessoal, contribuindo para uma maior satisfação com o relacionamento sexual.

Neste sentido, não poderemos deixar de mencionar o programa experimental elaborado por Jacinto Jardim (2007), que apesar de construído com o objectivo de promover o sucesso académico, parece-nos perfeitamente possível de ser aplicado no âmbito da sexualidade, com a vantagem de ser dirigido a jovens adultos universitários, uma vez que trabalha capacidades pessoais e sociais como a cooperação, a auto-realização, a auto-estima, o suporte social, a assertividade e a empatia, que manifestamente revelam ser muito importantes na aquisição de ganhos significativos ao nível da saúde física e mental, do stress e do bem-estar.

Existem diversas formas de educar para a vivência de uma sexualidade saudável e prazerosa, e urge, de facto, a necessidade da implementação destes programas de educação para a saúde, não apenas sexual, mas da saúde em geral e que envolvam toda a comunidade e que acompanhem o indivíduo ao longo de todo o ciclo vital.

## CONCLUSÃO

O presente estudo pretendeu abordar a temática da satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia em jovens adultos universitários.

A saúde sexual diz respeito não apenas à doença mas também à capacidade de compreender e medir os riscos, as responsabilidades, os resultados e os impactos das práticas sexuais, assim como inclui a capacidade de integrar a sexualidade na vida de cada um, de sentir prazer, e de reproduzir-se, se assim o entender (PAHO/WHO, 2000).

A promoção da saúde, inclusivamente sexual, visa essencialmente o desenvolvimento de aptidões quer individuais, quer colectivas, através de métodos diversos mas complementares, que incluem não apenas a informação, mas também a educação, entre outros, para que os indivíduos possam ter um papel activo no controlo da sua saúde (Ribeiro, 1994).

Neste sentido, a revisão da literatura efectuada, permitiu constatar que o desenvolvimento de competências ao nível afectivo-relacional é de extrema importância, nomeadamente competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, de comunicação, assertividade e negociação, por forma a incrementar quer a prática de comportamentos sexuais seguros, quer os níveis de prazer e de bem-estar dos indivíduos nos seus relacionamentos sexuais (Ménard & Offman, 2009).

A presente investigação visou aprofundar o estudo da relação entre a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia nos jovens adultos universitários.

Nesta investigação, verificou-se que a satisfação com o relacionamento sexual, a assertividade e a auto-eficácia são variáveis com relevo no contexto da saúde sexual. Estes resultados vão ao encontro da literatura, que referem que uma sexualidade satisfatória e uma boa saúde psicossocial e reprodutiva visam o evitar da exposição ao abuso físico e sexual, o combate à violência de género, a minimização das pressões emocionais relacionadas com a sexualidade, entre outros (Fernandes, 2005). E neste sentido, a assertividade e a auto-eficácia surgem muitas vezes como precursoras da satisfação com o relacionamento sexual, pois diversos estudos demonstram que a assertividade sexual constitui-se como um componente central da sexualidade humana,

pois relaciona-se com diversos aspectos da resposta sexual, como o desejo ou a satisfação sexual; com menores níveis e/ou frequência de vitimização e coerção sexual e com ausência de comportamentos sexuais de risco (Arturo, 2006). De igual forma, a auto-eficácia tem sido considerada um factor protector de comportamentos sexuais de risco (María & Lígia, 2006).

Apesar das limitações, o presente estudo reforça a importância da assertividade e da auto-eficácia na satisfação com o relacionamento sexual e na protecção da saúde sexual e enfatiza também a importância de intervenções junto de jovens adultos universitários.

Assim, consideramos, que o presente estudo empírico pode ser visto como um contributo para uma melhor compreensão da temática abordada, bem como, para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes direccionadas para os jovens adultos.

**REFERÊNCIAS**

- Abdo, C., Oliveira Jr., W., Moreira, E., & Fittipaldi, J. (2002). Perfil Sexual da População Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina*, 59 (4), 250-257.
- Adebayo, O. D. (2008). Marital Satisfaction: Connections of Self-Disclosure, Sexual Self-Efficacy and Spirituality Among Nigerian Women. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 5 (5), 464-469.
- Ahmadi, K., Azad-Marzabadi, E., & Ashrafi, S. M. N. (2008). The Influence of Religiosity on Marital Satisfaction. *Journal of Social Sciences*, 4 (2), 103-110.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. I. (1978). *Comportamento Assertivo: Um Guia de Auto-Expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Alferes, V. (1997). *Encenações e Comportamentos Sexuais: Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M., & Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, 11, 1, 83-88.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*, 5ª Edição. Braga: Psiquilíbrios.
- Arturo, H. (2006). Estudio de Correlación Entre Satisfacción Sexual y Asertividad Sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, XII (2), 199-216.
- Baldiviesco, C. (2006). *Efectos de un Programa de Enseñanza en Habilidades Sociales*, Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Granada, Granada.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*, (pp. 258-280). NY: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: An Exercise of Self-Control*. NY: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2006). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307-337). Scottsdale: Information Age Publishing.
- Bandura, A. (2007). Much Ado Over a Faulty Conception of Perceived Self-Efficacy Grounded in Faulty Experimentation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (6), 641-658.
- Bandura, A. (2009). Social Cognitive Theory of Mass Communication. In J. Bryant & M. B. Oliver (Eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research* (2<sup>a</sup> Ed., pp. 94-124). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development*, 74 (3), 769-782.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88 (1), 87-99.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-Efficacy Pathways to Childhood Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 258-269.
- Baptista, M., Alves, G., & Santos, T. (2008). Suporte Familiar, Auto-Eficácia e Locus de Controle: Evidências de Validade entre os Construtos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (2), 260-271.
- Barros, M. (2006). *Competências Estratégicas de Negociação em Gestão Comercial: Estudo sobre a Relevância da Eficácia Negocial e a Assertividade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Battagliola, F., Brown, E., & Jaspard, M. (1997). Itinéraires de Passage à L'Âge Adulte Différences de Sexe, Différences de Classe. *Sociétés Contemporaines*, (25), 85-103.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bentler, P. M., & Peeler, W. H. (1979). Models of female orgasm. *Archives of Sexual Behaviour*, 8, 405-423.
- Biello, K. B., Sipsma, H. L., Ickovics, J. R., & Kershaw, T. (2010). Economic Dependence and Unprotected Sex: The Role of Sexual Assertiveness Among Young Urban Mothers. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87 (3), 416-425.
- Boisvert, J., Beaudry, M., & Bittar, J. (1985). Assertiveness Training and Human Communication Processes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 15 (1), 58-73.
- Bontempo, K., Silva, L., Rodrigues, M., Martins, R., & Pereira, A. (2011). *Sexualidade: Uma Redescoberta com Adolescentes Usuárias de Substâncias Psicoativas*. Recuperado em 20 de Maio de 2011, de <http://www.cbtoeclato2011.com.br/cd/resumos/TC0075-2.pdf>.
- Bridges, S. K., Lease, S. H., & Ellison, C. R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling & Development*, 82 (2), 158-166.
- Byers, E. S. (1999). The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: Implications for Sex Therapy with Couples. *Canadian Journal of Counselling*, 33 (2), 95-111.
- Byers, E. S. (2005). Relationship Satisfaction and Sexual Satisfaction: A Longitudinal Study of Individuals in Long-Term Relationships. *Journal of Sex Research*. Recuperado em 26 de Novembro de 2010, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_2\\_42/ai\\_n13822487/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_2_42/ai_n13822487/).
- Byers, E. S., & Demmons, S. (1999). Sexual Satisfaction and Sexual Self-Disclosure Within Dating Relationships. *Journal of Sex Research*. Recuperado em 23 de

- Outubro de 2010, de  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_2\\_36/ai\\_54882520/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_2_36/ai_54882520/).
- Camargo, B., & Bertoldo, R. (2006). Comparação da Vulnerabilidade de Estudantes da Escola Pública e Particular em Relação ao HIV. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 369-379.
- Caprara, G., Fida, R., Vecchione, M., Del Bove, G., Vecchio, G., Barbaranelli, C., & Bandura, A. (2008). Longitudinal Analysis of the Role of Perceived Self-Efficacy for Self-Regulated Learning in Academic Continuance and Achievement. *Journal of Educational Psychology*, 100 (3), 525-534.
- Carvalho, A., & Leal, I. (2008). Os Determinantes da Satisfação Sexual Feminina: Um Estudo Português. *Revista Internacional Andrología*, 6 (1), 3-7.
- Cerchiari, E., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudantes Universitários. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 413-420.
- Coimbra, S., & Fontaine, A. (1999). Adaptação da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida (Schwarzer & Jerusalem, 1993). In: A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos VI*, (pp. 1061-1069). Braga: Apport.
- Constitution of the World Health Organization* (1946). Proceedings of the International Health Conference, New York, USA.
- Costa, E. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Minho.
- Costa, M. C. O., Lopes, C. P. A., Souza, R. P., & Patel, B. N. (2001). Sexualidade na Adolescência: Desenvolvimento, Vivência e Propostas de Intervenção. *Jornal de Pediatria*, 77 (2), S217-S224.
- Coulter, A. (2007). *Sexual Sensation Seeking and Self-Efficacy's Relationship to Sexual Risk Taking Behavior*, Dissertação de Mestrado não publicada, Humboldt State University, California.

- Couto, L. (2003). *A Actividade Física no Idoso: Estudo da Influência de Factores Demográficos e Psicossociais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Darling, C. A., Davidson, I. J. K., & Jennings, D. A. (1991). The Female Sexual Response Revisited: Understanding the Multiorgasmic Experience in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 20 (6), 527-540.
- Davies, S., Katz, J., & Jackson, J. L. (1999). Sexual Desire Discrepancies: Effects on Sexual and Relationship Satisfaction in Heterosexual Dating Couples. *Archives of Sexual Behavior*, 28 (6), 553-567.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o Trabalho em Grupo*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Di Noia, J., & Schinke, S. P. (2007). Gender- Specific HIV Prevention with Urban Earlyadolescent Girls: Outcomes of the Keepin' it Safe Program. *AIDS Education and Prevention*, 19 (6), 479-488.
- Dunn, M., Lloyd, E., & Phelps, G. (1979). Sexual Assertiveness in Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 2 (4), 293-300.
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33 (3), 189-195.
- Eskin, M. (2003). Self-Reported Assertiveness in Swedish and Turkish Adolescents: A Cross-Cultural Comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 7-12.
- Fagundes, M. (2009). Sexualidade Humana e Orgasmo Sexual. *Psicologia em Foco*, 2 (1), 102-109.
- Falcone, E. (1999). A Avaliação de um Programa de Treinamento da Empatia com Universitários. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, ABPMC*, 1, 23-32.
- Fernandes, A. (2005). *O Porquê dos Temas da Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens?: Uma Questão de Direitos Humanos e Desenvolvimento Sustentável*. Artigo apresentado na Conferência Internacional de Jovens Decisores/as, Lisboa.

- Ferreira, J., Gaspar, P., Campos, M., & Senra, C. (2011). Auto-Eficácia, Competência Física e Auto-Estima em Praticantes de Basquetebol Com e Sem Deficiência Física. *Motricidade*, 7 (1), 55-68.
- Finotelli Jr., I. (2010). Evidências de Validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em Pacientes com Queixas Sexuais. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Francisco, Brasil.
- Fortenberry, J. D., Brizendine, E. J., Katz, B. P., & Orr, P. D. (2002). The Role of Self-efficacy and Relationship Quality in Partner Notification by Adolescents with Sexually Transmitted Infections. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 1133-1137.
- Freitas, M., Gir, E., & Rodrigues, A. (2000). Dificuldade Sexual Vivenciada por Mulheres em Crise de HIV-1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (3), 76-83.
- Giami, A. (2008). A Experiência da Sexualidade em Jovens Adultos na França: Entre Errância e Vida Conjugal. *Paidéia*, 18 (40), 289-304.
- Graham, C., Crosby, R., Yarber, W., Sanders, S., McBride, K., Milhausen, R., & Arno, J. (2006). Erection Loss in Association with Condom Use Among Young Men Attending a Public STI Clinic: Potential Correlates and Implications for Risk Behavior. *Sexual Health*, 3, 255-260.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of Increased Sexual Satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26 (4), 399-419.
- Hatfield, E., Sprecher, S., Pillemer, J., Greenberger, D., & Wexler, P. (1989). Gender Differences in What is Desired in the Sexual Relationship. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 1 (2), 39-52.
- Hendrick, S. (1981). Self-Disclosure and Marital Satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40 (6), 1150-1159.
- Hernandez, J., & Oliveira, I. (2003). Os Componentes do Amor e a Satisfação. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (3), 58-69.

- Higgins, J., Hoffman, S., Graham, C., & Sanders, S. (2008). Relationships Between Condoms, Hormonal Methods, and Sexual Pleasure and Satisfaction: An Exploratory Analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study. *Sexual Health, 5*, 321-330.
- Hisasue, S., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R., Kobayashi, K., Hashimoto, K., Yamashita, N., & Itoh, N. (2005). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Symptoms and its Relationship to Quality of Life: A Japanese Female Cohort Study. *Urology, 65*, 143-148.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2008). Alexithymia and Satisfaction in Intimate Relationships. *Personality and Individual Differences, 46*, 43-47.
- Hurtado, D., & Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*, 655-662.
- Jacinto Jardim, M. (2007). *Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Acadêmico*. Dissertação de Doutorado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ji, J., & Norling, A. M. (2004). Sexual Satisfaction of Married Urban Chinese. *Journal of Developing Societies, 20* (1-2), 20-38.
- Kahng, S., & Dunkle, R. (2005). Factors Predicting Self-Efficacy Among Psychiatric Service Consumers: Testing Age Differences Using Multi-Group Structural Equation Modeling. Recuperado em 20 de Maio de 2011, de <http://sswr.confex.com/sswr/2005/techprogram/P1310.HTM>.
- Katz, B. P., Fortenberry, J. D., Zimet, G. D., Blythe, M. J., & Orr, P. D. (2000). Partner-Specific Relationship Characteristics and Condom Use Among Young People With Sexually Transmitted Diseases. *The Journal of Sex Research*. Recuperado em 26 de Novembro de 2010, de <http://www.thefreelibrary.com/Partner-Specific+Relationship+Characteristics+and+Condom+Use+Among...-a061636086>.

- Kawakami, D., Saad Filho, E., Kenji, F., Perasoli, J. E., Claro Yu, L., Siqueira, M., Kumagai, R., Ferreira, T. L., & Nakata, F. T. (2009). Satisfação Sexual em Jovens Universitários. *Revista Digital - Buenos Aires*, 14 (131). Recuperado em 24 de Outubro de 2010, de <http://www.efdeportes.com/>.
- Lara, L., Silva, A., Romão, A., & Junqueira, F. (2008). Abordagem das Disfunções Sexuais Femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30 (6), 312-321.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*, 281 (6), 537-544.
- Lavoura, T., Castellani, R., & Machado, A. (2006). *O Olhar da Psicologia do Esporte sobre a Autoconfiança e a Auto-Eficácia em Atletas de Canoagem: Relação com o Rendimento Esportivo*. Recuperado em 24 de Outubro de 2010, de [http://cbca.org.br/biblioteca/arquivos/biblioteca\\_olhardapiscologiadoesportesobre\\_2006\\_tiago.pdf](http://cbca.org.br/biblioteca/arquivos/biblioteca_olhardapiscologiadoesportesobre_2006_tiago.pdf).
- Leite, J., Drachler, M., Centeno, M., Pinheiro, C., & Silveira, V. (2002). Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 121-133.
- Lima, C., Silva, É., Barros, M., & Oliveira, J. (2009). Auto-Eficácia e Atributos Sócio-Demográficos: Estudo Empírico com Participantes de um Congresso de Gestão de Pessoas. *Interciências, Teresina*, 1 (2), 1-14.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF.
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2009). Role of Sexual Self-Disclosure in the Sexual Satisfaction of Long-Term Heterosexual Couples. *Journal of Sex Research*. Recuperado em 24 de Novembro de 2010, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_1\\_46/ai\\_n31500369/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_1_46/ai_n31500369/).
- Maldonado, R., Pedrão, L., Castillo, M., García, K., & Rodríguez, N. (2008). Autoestima, Autoeficácia Percibida, Consumo de Tabaco y Alcohol en Estudiantes de Educación Secundaria de Área Urbana y Rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16.

- María, C., & Lúcia, V. (2006). Autoeficácia ante Conductas de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Jóvenes de Sinanché, una Comunidad Rural de Yucatán, México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, *XII* (1), 35-51.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a Fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões Antigas e Soluções Modernas?. *Laboratório de Psicologia*, *4* (1), 65-90.
- Martinez-Alvarez, J. (2000). Experiencias Heterosexuales en la Adolescencia: Implicaciones para la Educación Sexual. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, *53* (1), 191-209.
- Medeiros, P., Loureiro, S., Linhares, M., & Marturano, E. (2000). A Auto-Eficácia e os Aspectos Comportamentais de Crianças com Dificuldade de Aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *13* (3), 327-336.
- Ménard, A., & Offman, A. (2009). The Interrelationships Between Sexual Self-Esteem, Sexual Assertiveness and Sexual Satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *18* (1-2), 35-45.
- Meneses, R. F., Miyazaki, C., & Ribeiro, J. L. P. (2010). *Relação entre Auto-Eficácia e Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais em Estudantes Universitários Portugueses*. I Congresso Nacional da RESAPES-AP (Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior – Associação Profissional) “Apoio psicológico no ensino superior: Modelos e práticas”, Aveiro, Portugal.
- Meneses, R. F., & Silva, I. (2009). Auto-Eficácia de Estudantes do 1º ano de Cursos Superiores de Saúde Pós-Bolonha. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, *6*, 474-484.
- Morokoff, P. J., Redding, C. A., Harlow, L. L., Cho, S., Rossi, J. S., Meier, K. S., Mayer, K. H., Koblin, B., & Brown-Peterside, P. (2009). Associations of Sexual Victimization, Depression and Sexual Assertiveness with Unprotected Sex: A

- Test of the Multifaceted Model of HIV Risk Across Gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14 (1), 30-54.
- Neves, S. P., & Faria, L. (2004). Auto-Eficácia Acadêmica: Definição Conceptual e Recomendações Metodológicas para a Construção de Instrumentos de Avaliação. In: C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (pp. 391-399). Braga: Apport.
- Nina, R. (2006). Cuando Existe Un Nosotros: Estudios sobre la Sexualidad en Parejas Heterosexuales Puertorriqueñas. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, XII (2), 165-184.
- Nina, R. (2008). Comunicación Sexual Desde el Contexto de la Relación de Pareja. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, XIV (1), 43-56.
- Noar, S. M., Morokoff, P. J., & Harlow, L. L. (2002). Condom Negotiation in Heterosexually Active Men and Women: Development and Validation of a Condom Influence Strategy Questionnaire. *Psychology and Health*, 17 (6), 711-735.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação Conjugal em Casamentos de Longa Duração: Uma Construção Possível. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 575-584.
- Nunes, M., & Noronha, A. (2009). Auto-Eficácia para Atividades Ocupacionais e Interesses Profissionais em Estudantes do Ensino Médio. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (1), 102-115.
- Onuoha, F. N., & Munakata, T. (1999). Perceived AIDS – Related Assertiveness of Some Japanese College Students: A Cross – Cultural View. *AIDS and Behavior*, 3 (3), 213-217.
- Pargament, K. (1996). Religious Methods of Coping: Resources for the Conservation and Transformation of Significance. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (pp. 215-234). Washington, DC: APA.
- Pargament, K. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York: Guilford Publications.

- Pastorelli, C., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., & Bandura, A. (2001). The Structure of Children's Perceived Self-Efficacy: A Cross-National Study. *European Journal of Psychological Assessment, 17* (2), 87-97.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação Sexual Feminina: Relação com Funcionamento Sexual e Comportamentos Sexuais. *Análise Psicológica, 1* (XXVII), 99-108.
- Pestana, H. M., & Gageiro, N. J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M. G., & Almeida, P. (2004). Auto-Eficácia na Diabetes: Conceito e Validação da Escala. *Análise Psicológica, 3* (XXII), 585-595.
- Peterson, S. H. (2006). The Importance of Fathers: Contextualizing Sexual Risk Taking in "Low-Risk" African American Adolescent Girls. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 13* (3), 67-83.
- Precioso, J., & Taveira, M. C. (2007). Psicologia e Educação para a Saúde em Contexto Escolar. In J. A. Carvalho Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e Áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Primo, A. (2000). Interação Mútua e Reativa: Uma Proposta de Estudo. *Revista da Famecos, 12*, 81-92.
- Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*. (2000). Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization, World Health Organization in collaboration with the World Association for Sexology, Antigua, Guatemala.
- Quina, K., Harlow, L. L., Morokoff, P. J., Burkholder, G., & Deiter, P. J. (2000). Sexual Communication in Relationships: When Words Speak Louder Than Actions. *Sex Roles, 42* (7-8), 523-549.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem Corporal da Mulher com Cancro de Mama: Impacto na Qualidade do Relacionamento Conjugal e na Satisfação Sexual. *Análise Psicológica, 3* (XXIII), 295-304.

- Ray, D., & Brown, A. (2011). *Sex and Secularism: What Happens When You Leave Religion - A Survey of Over 14,500 American Secularists - A Ground-Breaking Study of Sexuality Among the Non-Religious*. Recuperado em 25 de Maio de 2011, de <http://www.ipcpress.com/index.php?id=42>.
- Reissing, E. D., Laliberte, G. M., & Davis, H. J. (2005). Young Women's Sexual Adjustment: The Role of Self-Schema, Sexual Self-Efficacy, Sexual Aversion and Body Attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality, 14*, 77-85.
- Reizinho, R. (2008). *Satisfação Sexual na Mulher com Dependência Alcoólica*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Renaud, C., Byers, E. S., & Pan, S. (1997). Sexual and Relationship Satisfaction in Mainland China. *Journal of Sex Research*. Recuperado em 23 de Outubro de 2010, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_n4\\_v34/ai\\_20536047/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_n4_v34/ai_20536047/).
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. In: T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. S. Almeida, & I. S. Ribeiro (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P., & Raimundo, A. (2005). Estudo de Adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em Mulheres com Incontinência Urinária, *Psicologia Saúde e Doenças, 6* (2), 191-202.
- Robinson, B., Bocking, W., Rosser, B., Miner, M., & Coleman, E. (2002). The Sexual Health Model: Application of a Sexological Approach to HIV Prevention. *Health Education Research: Theory and Practice, 17* (1), 43-57.
- Rodrigues Jr, O. M., Catão, E.C., Finotelli Jr, I., Silva, F.R.C.S., & Viviani, D.H. (2008). Escala de Autoeficácia Sexual-Función Eréctil (Versión E): Estudio de Validación Clínica en Brasil. *Revista Peruana de Psicometría, 1* (1), 12-17.

- Rogado, T., & Leal, I. (2000). Auto-Eficácia e Crenças em Mulheres Jovens -- O Caso Específico do Preservativo/Kamisinha (Um Estudo Comparativo). In J. Ribeiro, I. Leal, e M. Dias (Orgs.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.581-593). Lisboa: ISPA.
- Salvador, M. (2009). “*Ser Eu Próprio Entre Os Outros*”: *Um Novo Protocolo de Intervenção para Adolescentes com Fobia Social Generalizada*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salvetti, M. G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira Junior, J. O., & Rocha, R. O. (2007). Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos em Doentes com Dor Crônica. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (3), 111-117.
- Sardinha, A., Falcone, E., & Ferreira, M. (2009). As Relações entre a Satisfação Conjugal e as Habilidades Sociais Percebidas no Cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 395-402.
- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct?. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251.
- Souza, I., & Souza, M. A. (2004). Validação da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida. *Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas, Seropédica, R.J.: EDUR*, 26 (1-2), 12-17.
- Sprecher, S. (2002). Sexual Satisfaction in Premarital Relationships: Associations with Satisfaction, Love, Commitment, and Stability. *Journal of Sex Research*. Recuperado em 25 de Novembro de 2010, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_3\\_39/ai\\_94130315/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_3_39/ai_94130315/).
- Sterk, C. (2002). The Health Intervention Project: HIV Risk Reduction Among African American Women Drug Users. *Public Health Reports*, 117 (1), 588-595.
- Stoner, S. A., Norris, J., George, W. H., Morrison, D. M., Zawacki, T., Davis, K. C., & Hessler, D. M. (2008). Women’s Condom Use Assertiveness and Sexual Risk-Taking: Effects of Alcohol Intoxication and Adult Victimization. *Addict Behavior*, 33 (9), 1167-1176.

- Suvivuo, P., Tossavainen, K., & Kontula, O. (2011). Negotiation in Teenage Girls' Sexually Motivated Situations: Achievement of Intentions Using Different Negotiation Strategies. *Electronic Journal of Human Sexuality, 14*. Recuperado em 30 de Setembro de 2011 de <http://www.ejhs.org/volume14/Negotiation.htm>.
- Tapajos, R. (2007). A Comunicação de Notícias Ruins e a Pragmática da Comunicação Humana: O Uso do Cinema em Atividades de Ensino/Aprendizagem na Educação Médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 11* (21), 165-72.
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação, 2ª Edição*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vagos, P. (2010). *Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2007). *A Versão Portuguesa da Escala de Comportamento Interpessoal: Estudo Preliminar*. Recuperado a 13 Setembro de 2009 de [http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/escala\\_comportamento\\_interp.pdf](http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/escala_comportamento_interp.pdf).
- Vagos, P., Pereira, A., & Vieira, A.L. (2008). Escala de Comportamento Interpessoal: Adaptação de uma Escala de Medida de Assertividade para a Língua Portuguesa. In Noronha, A.P., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V., *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Vancouver, J. B., Thompson, C. M., Tischner, E. C., & Putka, D. J. (2002). Two Studies Examining the Negative Effect of Self-Efficacy on Performance. *Journal of Applied Psychology, 87* (3), 506-516.
- Villa, M. (2002). *Habilidades Sociais Conjugais em Casais de Diferentes Filiações Religiosas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Wachelke, J. F. R., Andrade, A. L., Cruz, R. M., Faggiani, R. B., & Natividade, J. C. (2004). Medida da Satisfação em Relacionamento de Casal. *Psico-USF, 9* (1), 11-18.
- Wagner, M., & Oliveira, M. (2007). Habilidades Sociais e Abuso de Drogas em Adolescentes. *Psicologia Clínica, 19* (2), 101-116.

- Waterman, C. K., & Chiauzzi, E. J. (1982). The Role of Orgasm in Male and Female Sexual Enjoyment. *The Journal of Sex Research*, 18 (2), 146-159.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix.
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Carey, K. B., & Verdecias, R. N. (1998). Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 680-684.
- Widman, L., Welsh, D. P., McNulty, J. K., & Little, K. C. (2006). Sexual Communication and Contraceptive Use in Adolescent Dating Couples. *Journal of Adolescent Health*, 39, 893-899.
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual Satisfaction Among Married Women. *American Journal of Health Studies*. Recuperado em 23 de Novembro de 2010, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0CTG/is\\_2\\_16/ai\\_72731720/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_2_16/ai_72731720/).
- Young, M., Luquis, R., Denny, G., & Young, T. (1998). Correlates of Sexual Satisfaction in Marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality*. Recuperado em 23 de Novembro de 2010, de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_go1966/is\\_n2\\_v7/ai\\_n28710627/](http://findarticles.com/p/articles/mi_go1966/is_n2_v7/ai_n28710627/).
- Youth Risk Behavior Surveillance (2001). *Sexual Behaviors that Contribute to Unintended Pregnancy and STD's, including HIV Infection*. Recuperado a 20 de Maio de 2011, de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>.
- Zhou, M. (1993). A Survey of Sexual States of Married, Healthy, Reproductive Age Women. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 6 (2), 15-28.
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and Risk-Taking: Common Biosocial Factors. *Journal of Personality*, 68 (6), 999-1029.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Pedido de Autorização à Comissão de Ética



Exmo. Sr (a).

Presidente da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Eu, Tatiana Raquel Pereira Santos, portadora do Bilhete de Identidade nº 13210247, emitido em 09/07/2007, pelo Arquivo de Identificação do Porto, aluna do 2º ano de Mestrado da Universidade Fernando Pessoa, venho por este meio solicitar a autorização para a realização de um estudo no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia (Especialização da Clínica e da Saúde) subordinada ao tema: Promoção de uma sexualidade saudável – relação entre o comportamento assertivo e a auto-eficácia na satisfação com o relacionamento sexual de jovens adultos, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Silva.

Tendo em conta estes aspectos, o presente estudo visa primordialmente os seguintes objectivos:

- ❖ Verificar a relação existente entre o comportamento assertivo e a satisfação com o relacionamento sexual.
- ❖ Verificar a relação existente entre a auto-eficácia e a satisfação com o relacionamento sexual.
- ❖ Verificar a relação existente entre o comportamento assertivo e a auto-eficácia.

Relativamente ao número de inquiridos, estima-se que cerca de 400 estudantes participem neste estudo. Os critérios considerados na selecção da amostra são: serem estudantes universitários da Universidade Fernando Pessoa, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que aceitem participar no estudo, assinando para isso o consentimento informado.

O presente estudo reveste-se de um carácter descritivo e exploratório, na medida em que se pretende recolher e tratar os dados de modo sistemático e estatístico, dando resposta aos problemas de investigação atrás formulados.

Por conseguinte, o seguinte procedimento será utilizado:

- 1º - Pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.
- 2º - Contacto informal e selecção dos participantes - amostra conveniente.
- 4º - Obtenção do consentimento informado – informar os participantes, de forma compreensível para os mesmos, todos os procedimentos que serão adoptados e obter destes o consentimento explícito (assinalam com uma cruz por forma a manter o anonimato).
- 5º - Administração presencial do protocolo de avaliação – cada protocolo, quando preenchido, será selado num envelope e codificado com um número. Esta administração terá

lugar num dos gabinetes disponíveis na Clínica Pedagógica de Psicologia (CPP), por forma a garantir todas as normas éticas exigidas, tais como: anonimato, confidencialidade e respeito pela integridade pessoal de todos os participantes. Considerando a natureza de dados pessoais sensíveis e das informações a recolher e a tratar, os estudantes poderão isolar-se neste gabinete, estando assim salvaguardado o carácter sigiloso das suas respostas.

**Cronograma:**

Data início: 02 de Novembro de 2010

Data prevista para a conclusão: 31 de Janeiro de 2011

**Novembro a Agosto:** Pesquisa, recolha e revisão bibliográfica e exploração teórica do tema.

**Setembro a Outubro:** Delimitação do plano metodológico de investigação e recolha dos dados.

**Outubro a Novembro:** Tratamento e análise dos dados.

**Dezembro a Janeiro:** Apresentação, interpretação e discussão dos resultados e sua divulgação.

Aproveito a ocasião para enviar, em anexo, um exemplar do protocolo de avaliação, constituído pelos instrumentos que serão utilizados na recolha de dados. O inquérito tido em consideração sofreu alterações para que não exista a possibilidade de os inquiridos serem identificados.

Com os melhores cumprimentos,

Subscrevo-me com elevada consideração,

---

(Tatiana Santos)

Porto, 29 de Julho de 2010

## ANEXO 2 – Protocolo de Investigação

### **Estudo sobre a Promoção de uma Sexualidade Saudável: Relação entre o Comportamento Assertivo e a Auto-Eficácia na Satisfação com o Relacionamento Sexual de Jovens Adultos**

No âmbito de uma investigação denominada Promoção de uma sexualidade saudável: relação entre o comportamento assertivo e a auto-eficácia na satisfação com o relacionamento sexual de jovens adultos, desenvolvida no contexto do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Porto), vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe serão fornecidos.

Inicialmente, deverá preencher um Inquérito que permitirá fazer uma caracterização pessoal (idade, sexo, ...) e conhecer alguns aspectos do seu comportamento sexual. Seguidamente, deverá ainda preencher o "Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual", a "Escala de Comportamento Interpessoal", e por fim, a Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral, denominada "Como eu sou".

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

  
(Tatiana Santos)

---

#### DECLARAÇÃO

Declaro, ao **colocar uma cruz no quadrado** que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Tatiana Santos, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Silva, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.



Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Inquérito

### Instruções:

Assinale com uma **CRUZ (X)** o quadrado que melhor corresponde à sua situação e/ou opinião e preencha os espaços em branco quando a situação assim o justificar. Toda a informação que fornecer será anónima e confidencial.

### I PARTE – Dados Sócio-Demográficos

1. Sexo: a) Feminino .....   
b) Masculino .....
2. Idade: \_\_\_\_ anos
3. Meio de Residência: a) Rural .....   
b) Urbano .....
4. Zona de Residência: a) Norte .....   
b) Centro .....   
c) Sul .....   
d) Madeira/ Açores .....
5. Estado Civil: a) Solteiro(a) .....   
b) União de facto / Casado(a) .....   
c) Separado(a) / Divorciado(a) .....   
d) Viúvo(a) .....   
e) Outro: Qual? \_\_\_\_\_
6. 1. Tem alguma religião? a) Sim .....   
b) Não .....
2. Se **sim**, qual? \_\_\_\_\_
7. Orientação Sexual: a) Heterossexual (atraído(a) pelo sexo oposto).....   
b) Homossexual (atraído(a) pelo mesmo sexo) .....   
c) Bissexual (atraído(a) por ambos os sexos) .....   
d) Outra: Qual? \_\_\_\_\_

### II PARTE – Comportamento Sexual

8. 1. Já iniciou a sua vida sexual? a) Sim .....   
b) Não .....

2. Se respondeu **Sim**, com que idade iniciou a sua vida sexual? \_\_\_\_\_ anos

9. Actualmente mantém relações sexuais com um(a) parceiro(a): (**poderá colocar mais de uma opção**)

- a) Fixo(a) (apenas um parceiro sexual) .....
- b) Ocasional (mais de um parceiro sexual) .....
- c) Outro: Qual(ais)? \_\_\_\_\_

10. 1. Com que frequência utiliza métodos contraceptivos quando tem relações sexuais?

Nunca	Menos de Metade das Vezes	Metade das Vezes	Mais de Metade das Vezes	Sempre
1	2	3	4	5

10.2. Se utiliza métodos contraceptivos, qual(ais) utiliza?

---

---

10.3. Porque razão utiliza **ou** não utiliza métodos contraceptivos?

---

---

10. 4. Que métodos contraceptivos conhece? (**descreva todos aqueles que conhece**)

---

---

11. Alguma vez teve uma Doença Sexualmente Transmissível (DST)?

- a) Sim .....
- b) Não .....

11.1. Se respondeu **Sim**, qual(ais)?

---

---

11.2. Como é que se sabe que alguém tem uma DST? (*podrá colocar mais de uma opção*)

- a) Feridas nos órgãos genitais .....
- b) Dores abdominais .....
- c) Dificuldades em urinar .....
- d) Comichão nos órgãos genitais .....
- e) Corrimento .....
- f) Não sei .....
- g) Outro: Qual(ais)? \_\_\_\_\_

12. 1. Consome alguma(s) das seguintes substâncias?

- a) Substâncias Lícitas (ex: álcool, tabaco) ..... Sim  Não
- b) Substâncias Ilícitas ..... Sim  Não

(ex: ectasy, cannabis, anfetaminas, tranquilizantes, LSD, ácidos, cogumelos, heroína, morfina, ópio, colas, entre outras)

12.2. Se respondeu **Sim**, já teve relações sexuais depois de consumir alguma das substâncias que mencionou anteriormente?

- a) Sim .....
- b) Não .....
- c) Ocasionalmente .....

13. Quando tem dúvidas sobre temas relacionados com a sexualidade procura informações...

- a) Não procuro informações .....
- b) Na Internet .....
- b) Em Livros .....
- c) Em Revistas .....
- d) Em Folhetos .....
- e) Pais .....
- f) Irmãos .....
- g) Amigos .....
- h) Professores .....
- i) Profissionais de Saúde .....
- j) Outro(s): Qual(ais)? \_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela sua Colaboração

## Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual<sup>®</sup>

Apresentamos seguidamente um conjunto de afirmações que se destinam a avaliar o grau de satisfação sexual que sente no relacionamento com o(a) seu(a) companheiro(a).

Sendo este questionário anónimo e confidencial, pedimos que tente ser o mais sincero possível nas suas respostas. Não há respostas correctas ou limites de tempo, pretendendo obter apenas a sua opinião. Responda com **um círculo (O)** a opção que mais se adequa à sua opinião.

Durante as <u>últimas quatro semanas</u> :	Quase nunca /Nunca	Poucas vezes (muito menos do que metade das vezes)	Algumas vezes (cerca de metade das vezes)	Muitas vezes (muito mais do que metade das vezes)	Quase sempre /Sempre
1 - Senti-me à vontade ao iniciar relações sexuais com o meu companheiro/a	1	2	3	4	5
2 - Senti-me confiante de estar suficientemente excitado/a durante a relação sexual	1	2	3	4	5
3 - Fiquei satisfeito/a com o meu desempenho sexual	1	2	3	4	5
4 - Senti que o sexo pode ser espontâneo	1	2	3	4	5
5 - Senti-me apto/a a iniciar relações sexuais	1	2	3	4	5
6 - Senti-me confiante no desempenho sexual	1	2	3	4	5
7 - Senti-me satisfeito/a com a nossa vida Sexual	1	2	3	4	5
8 - O meu companheiro /a sentiu - se insatisfeito/a com a qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5
9 - Tenho tido boa auto-estima	1	2	3	4	5
10 - Senti-me um/a homem/mulher completo/a	1	2	3	4	5
11 - Senti-me muitas vezes falhado/a	1	2	3	4	5
12 - Senti-me confiante	1	2	3	4	5
13 - O meu companheiro /a mostrou - se satisfeito/a com a nossa relação em geral	1	2	3	4	5
14 - Estou satisfeito/a com a nossa relação em geral	1	2	3	4	5

Agradecemos a sua colaboração

Copyright © de S. Altmaier, S. Bell, J. Cappelleri, S. Duttagupta, A. Shpilsky e R. Jaeger, versão inglesa 2002

Tradução e adaptação para Portugal por J. Patr. Ribeiro e A. Raimundo, U.P., 2003



nada	um pouco	até certo ponto	muito	extremamente		nunca	raramente	algumas vezes	normalmente	sempre
					14. Convidar alguém conhecido para ir contigo a um evento social (por exemplo, uma noite social – cinema, discoteca – ou uma festa).					
					15. Dizer a alguém que achas que ele/a te tratou injustamente.					
					16. Dizer a alguém que o/a estimas.					
					17. Recusar uma bebida, especialmente se te é oferecida repetidamente.					
					18. Dizer a alguém que te criticou justamente que ele/a tem razão.					
					19. Reconhecer um elogio sobre alguma coisa que fizeste.					
					20. Aceitar o convite de alguém para ir com ele/a a um evento social.					
					21. Iniciar uma conversa com um homem/mulher que achas atraente.					
					22. Recusar um pedido feito por alguém que estimas.					
					23. Discutir a crítica de alguém em relação a uma coisa que fizeste.					
					24. Dizer que aprecias a experiência de te dizerem que gostam de ti.					
					25. Pedir a uma conhecido que te ajude numa tarefa.					
					26. Apresentar a tua opinião durante uma conversa com estranhos.					
					27. Participar da conversa de um grupo de pessoas.					
					28. Pedir às pessoas que te devolvam as coisas que lhes emprestaste.					
					29. Convidar um conhecido para uma bebida.					
					30. Aceitar uma oferta de ajuda.					
					31. Recusar dar dinheiro em peditórios.					
					32. Manter a tua própria opinião face a uma pessoa com uma opinião marcada.					
					33. Pedir a uma pessoa que pare de fazer algo que te aborrece (por exemplo, num comboio, num restaurante ou no cinema).					
					34. Protestar quando alguém passa à frente na fila.					
					35. Dar a tua opinião a alguém que sabe mais sobre o assunto do que tu.					
					36. Perguntar a alguém se tu o/a magoaste.					
					37. Dizer que gostas que as pessoas te digam que te estimam.					
					38. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade.					
					39. Recusar produtos ou serviços cuja qualidade não te satisfaz (por exemplo numa loja ou restaurante).					
					40. Dizer a alguém que fez alguma coisa por ti o quanto estás satisfeito com isso.					
					41. Conversar com alguém sobre a tua impressão de que ele/a te está a tentar evitar.					
					42. Pedir desculpa quando cometeste um erro.					
					43. Dizer a alguém que te sentes muito satisfeito com uma coisa que fizeste.					
					44. Explicar a tua "filosofia de vida".					
					45. Aproximares-te de alguém para te apresentares.					
					46. Pedir a alguém que te indique o caminho.					
					47. Pedir a alguém que critique alguma coisa que fizeste.					
					48. Recusar emprestar alguma coisa a um conhecido próximo.					
					49. Admitir que sabes pouco sobre determinado assunto.					
					50. Insistir para que alguém faça a sua parte num trabalho de grupo					

Contacto para correspondência:  
 Paula Emanuel Rocha Martins Vagos  
[paulaemmanuel@gmail.com](mailto:paulaemmanuel@gmail.com)  
 Telefone: +351 965114841

Universidade de Aveiro  
 Campus de Santiago  
 3810-193 Aveiro  
 Portugal

## COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si: se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar.

	Discordo totalmente ↓	Discordo bastante ↓	discordo um pouco ↓	não concordo nem discordo	concordo um pouco ↓	concordo bastante ↓	concordo totalmente ↓
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

Copyright © de Sherer, Merdus, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers, Versão inglesa, 1982

Tradução e adaptação para Portugal por J. Pais Ribeiro, U.P., 1995