



Propriedades psicométricas da versão reduzida da Escala de Atitude Face ao Preservativo Feminino numa amostra de jovens adultos portugueses

Alexandra Gomes^{1,2}, Joana Vieira dos Santos^{1,2}, & Cláudia Pernas¹

Copyright © 2016.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 3.0 (CC BY-NC-ND).

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



¹ Departamento de Psicologia e Ciências das Educação, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve. Campus de Gambelas, Edf.1, 8005-216 Gambelas, Faro, Portugal. E-mail: asgomes@ualg.pt

² CIEO – Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics.

Como citar/How to cite this paper: Gomes, A., Santos, J.V., & Pernas, C. (2016). Propriedades psicométricas da versão reduzida da Escala de Atitude Face ao Preservativo Feminino numa amostra de jovens adultos portugueses. *Revista E-Psi*, 6(1), 14-30.

Resumo

O presente estudo pretende apresentar as evidências psicométricas da adaptação portuguesa da Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino (EAPF), a partir da tradução da versão reduzida de Neilands e Choi (2002). O preservativo feminino é uma alternativa contraceptiva ao preservativo masculino, cuja avaliação tende a ser mais positiva por parte de homens e mulheres. No nosso conhecimento não existe nenhuma escala que meça a atitude face a este preservativo e em virtude da tentativa observada de aumentar a sua utilização em Portugal, a adaptação de uma medida de atitude específica parece pertinente no âmbito da Psicologia da Saúde. O estudo incidiu em 597 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, por serem a faixa etária com maior probabilidade de utilizar métodos de barreira. Os resultados do estudo mostram uma medida com uma estrutura tri-fatorial, composta por 11 dos 15 itens originais, apurados através de uma análise fatorial composta por uma análise de componentes principais e de uma análise confirmatória. A escala apresenta correlações positivas de baixa linearidade com uma medida específica para o preservativo masculino e para uma medida sobre contraceptivos, em geral. A versão adaptada parece ter capacidade para medir a atitude face ao preservativo feminino, fundamentalmente relacionado com as crenças relativas à profilaxia melhorada, inibição e inconveniência no uso, contudo parece ser necessário aplicá-la a uma população que já tenha tido contacto com o objeto, em vez de ter apenas conhecimento sobre o mesmo.

Palavras-chave

Preservativo feminino, métodos contraceptivos, psicometria.

Introdução

A legislação em vigor, através do Decreto-Lei nº81/2009 de 21 de agosto, institui um sistema de vigilância em saúde pública que identifica situações de risco, recolhe, atualiza e divulga os dados relativos a infeções sexualmente transmissíveis e outros riscos em saúde pública. Contudo, a sua não aplicação coloca Portugal na cauda da Europa, no que respeita a conhecer claramente o número de infetados com vírus e bactérias de transmissão sexual, o que coloca em risco a saúde do indivíduo, mas constitui também uma preocupação de saúde pública.

Atualmente, apenas o Vírus da Imunodeficiência Humana [VIH] tem um programa nacional de notificação que nos permite conhecer o número de infeções. Em 2014 foram detetadas 920 novas infeções, maioritariamente originárias por sexo heterossexual desprotegido, sendo esta a forma de transmissão, quase na totalidade, para as mulheres infetadas. A mediana de idades, para a notificação de novos casos, situa-se nos 41 anos, mas o relatório aponta para uma deteção tardia do estado serológico na maior parte das situações documentadas (Instituto Nacional de Saúde [INSA], 2015).

O Centro Europeu de Controlo de Doenças considera que o número de infeções por VIH é um bom indicador da existência de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis [IST]. Em Portugal, os relatórios do Instituto Nacional de Saúde (INSA, 2014; 2015) continuam a registar o aumento de novos casos anualmente e, apesar de uma desaceleração no número de casos detetados (justificado por uma diminuição no consumo de drogas injetáveis), as novas infeções por contacto sexual desprotegido continuam a crescer colocando Portugal como um dos países da Europa com uma maior prevalência do VIH/SIDA. Este facto levanta então, preocupações relacionadas com outras infeções sexualmente transmissíveis. Por exemplo, os atuais relatórios epidemiológicos apontam para um aumento dos casos de Clamídia e da Sífilis na população feminina, enquanto a Gonorreia parece ser mais comum na população masculina (ECDC – Centro Europeu de Controlo de Doenças, 2015), aumento que se tem verificado transversalmente na Europa. Será, portanto, expectável que Portugal siga a mesma tendência.

Os jovens com as idades entre os 15 e os 24 anos representam quase metade dos novos casos de infeções sexualmente transmissíveis, sendo que as mulheres dessa faixa etária apresentam uma probabilidade superior à do homem de contrair uma IST, como é o caso da clamídia (CDC, 2011; 2013). Estas infeções sexualmente transmissíveis curáveis têm fortes implicações para a saúde do indivíduo, em especial para a da mulher. A relação entre a *Chlamydia trachomatis* e obstrução das trompas, como causa de infertilidade, tem sido bem documentada (e.g., Fernandes, Arruda, Approbato, & García-Zapata, 2014). De forma semelhante, o HPV (Papilomavirus Humano), sendo transmitido sexualmente, é a etiologia primordial nos casos de cancro cervical e outros agentes patogénicos podem ser responsáveis pela transformação de lesões cervicais benignas para malignas, como é o caso da *Chlamydia trachomatis* (Alba, Cararach, & Rodrigues-Cerdeira, 2009; Tamim, Finan,

Sharida, Rashid, & Almawi, 2002). Estas infeções ainda potenciam a infeção por VIH (*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS, 2012*) colocando os indivíduos em duplo risco. Ainda que as mulheres sejam mais afetadas por estas infeções, o homem é o portador e, por vezes, assintomático das mesmas.

Como tal, a estratégia de prevenção é primordial, sendo necessário criar o hábito de utilização do preservativo, dado ser o único método de barreira capaz de proteger de uma IST e de uma gravidez indesejada, em simultâneo.

Dos dois tipos de preservativos existentes, o mais documentado e estudado tem sido o preservativo masculino. Contudo, a utilização do preservativo masculino decai claramente com o avanço da idade, com a estabilização das relações íntimas e com a toma da pílula (Gomes & Nunes, 2011, Reis & Matos, 2008). Os jovens adultos parecem dar uma primazia à contraceção, sem realizarem uma proteção efetiva contra as IST. Os motivos associados a este decréscimo são variados. Normalmente, discute-se a falta de prazer associada ao preservativo masculino e a redução da masculinidade dos homens que o utilizam (e.g., Adebisi & Asuzu, 2009; Galvão, Ramos-Cerqueira, Ferreira, & Souza, 2002; Plummer et al., 2006), a relação entre a capacidade para negociar o uso do preservativo e a sua utilização efetiva (e.g., Alvarez, Bauermeister, & Villaruel, 2014; Hendriksen, Pettifor, Lee, Coates, & Rees, 2007; Stulhofer, Graham, Bozicevic, Kufirin, & Ajdukovic, 2009), o relegar para a mulher o papel da proteção sexual, ou mesmo o facto de o preservativo não fazer parte da representação social do sexo nos jovens portugueses (Gomes & Nunes, 2015).

Como forma de contornar alguns destes aspetos, em 2011 foi lançada pela Coordenação para a Infeção VIH/SIDA uma campanha publicitária em Portugal que promovia o preservativo feminino enquanto estratégia de proteção contra IST. Apesar desse breve e pontual esforço, o preservativo feminino deixou de ser comercializado, sendo apenas disponibilizado gratuitamente em Centros de Saúde e outros organismos dedicados ao planeamento familiar. Não obstante, vários estudos internacionais apontam o preservativo feminino como o único método contraceptivo dual, capaz de dotar a mulher de controlo sobre a sua proteção sexual (CHANGE – *Center for Health and Gender Equity, 2011*; Kiley & Sobrero, 2008), facto de extrema relevância dado que as mulheres parecem ser mais vulneráveis às infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA (Cecil, Perry, Seal, & Pinkerton, 1998; Higgins, Hoffman, & Dowrkin, 2010; Turmen, 2003). Desta forma, compreende-se que seja pertinente que mais estudos explorem a aceitação do mesmo como forma contraceptiva válida.

O preservativo feminino é feito de plástico de poliuretano ou de borracha nitrílica. Tem uma forma cilíndrica, com um anel flexível em cada extremidade que ajudam a manter o preservativo na posição correta dentro da vagina e cobre parte da genitália externa, o que constitui uma vantagem em relação ao preservativo masculino. Vem pré-lubrificado como o seu homólogo, podendo ser colocado horas antes da relação sexual.

Para além destes aspetos, o preservativo feminino é descrito como proporcionando

uma menor perda de sensibilidade e concomitantemente como sendo mais confortável para os homens. Tolera lubrificantes à prova de água ou de óleo sem risco de rompimentos. Por outro lado, ao não depender da ereção masculina, não implica que seja retirado imediatamente a seguir à ejaculação e dá mais poder e autonomia à mulher (já que poderá coloca-lo antes da relação sexual) aumentando o seu poder negocial (e.g., Cecil et al., 2008; CHANGE, 2011; Mack, Grey, Amsterdam, Williamson, & Matta, 2010; Mantell, Stein, & Susser, 2008; Limbani, 2011).

Apesar da vantagem do preservativo feminino, como método contraceptivo e de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, as pesquisas mostram uma inexistência de estudos portugueses que se tenham debruçado sobre o mesmo. Por norma, a referência ao preservativo feminino surge em estudos sobre práticas contraceptivas ou em estudos sobre o HIV/SIDA, sem que haja um objetivo centrado no mesmo (e.g., Reis & Matos, 2008). Contudo, parece existir necessidade de explorar quer o conhecimento, quer a atitude que os jovens têm em relação a este método, que suportem os dados já encontrados noutros países. Por exemplo, Campbell et al. (2011) mostraram que a atitude positiva face ao preservativo feminino apresentava um efeito mediador na redução do sexo desprotegido em mulheres jovens adultas e que a sua utilização de forma consistente estava também associada ao conhecimento, competências na sua utilização e atitude positiva face ao mesmo. Mais recentemente, o estudo de Weeks, Coman, Hilario, Li e Abbott (2013) evidenciou que o preservativo feminino, apesar de um método de barreira eficaz continua a ter um papel diminuto nos Estados Unidos. O estudo que se preocupou em compreender o que poderia promover o uso do preservativo feminino, verificou que tanto o conhecimento como a atitude face ao preservativo feminino são essenciais para despoletar a sua utilização; o conhecimento e exposição social ao preservativo feminino (a par da utilização prévia do preservativo masculino) foram as variáveis necessários para a manutenção do uso.

Como tal, foi objetivo deste estudo medir a atitude dos jovens adultos face ao preservativo feminino. A não existência de escalas de medida para as atitudes face ao preservativo feminino, conduziram à necessidade de se apresentar, também, a validação da escala de atitude (*Female Condom Attitude Scale – Short Version*) construída originalmente por Neilands e Choi (2002).

Método

Participantes

Para o presente estudo foi considerada a população de jovens adultos e adultos em idade reprodutiva, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. Para constituição da amostra foram considerados como critérios de elegibilidade a idade e não ser trabalhador profissional do sexo. Foi considerado fator de exclusão a resposta negativa à questão

“Conhece o preservativo feminino?”, dado que se considerou ser necessário já ter contactado, de alguma forma, com o produto para poder responder aos instrumentos.

O método de amostragem foi não probabilístico, tendo sido realizado através da técnica de bola de neve, por contacto através das redes sociais, *emails* institucionais (escolas e universidades) e ainda pessoalmente, através da seleção de indivíduos que pudessem fazer parte do estudo.

Foram recolhidos 711 questionários mas apenas 597 participantes cumpriam os critérios de inclusão no estudo. A amostra final é constituída por 428 mulheres e 169 homens, com uma média geral de idades de 24.54 anos ($DP = 6.392$). Relativamente à escolaridade 67.5% de indivíduos referiu ter habilitações ao nível do Ensino Superior. Do total de participantes, 87.1% são solteiros, contudo 74.9% referem estar numa relação estável e monogâmica.

Todos os participantes já tinham iniciado a sua vida sexual. A idade média para início da atividade sexual situava-se nos 17.57 anos ($DP = 2.377$), com distribuição idêntica para ambos os sexos apurada através do teste de Mann-Whitney ($p > .050$). O número de parceiros sexuais situava-se nos 4.27 ($DP = 8.347$), sendo de 3.14 ($DP = 4.206$) para as mulheres e 7.18 ($DP = 13.880$) para os homens, o que constitui uma diferença estatisticamente significativa ($U = 32932.00, p < .001$).

Instrumentos

Foi construído um questionário composto de várias secções: a) questões sociodemográficas para caracterização da amostra e para garantir os critérios de inclusão dos participantes; b) questionário sobre a história sexual e contracetiva, onde estava incluída a questão de exclusão da amostra (“Conhece o preservativo feminino?”); c) escala de conhecimento sobre o preservativo feminino composto por dez questões dicotómicas (verdadeiro/falso) que pretendem avaliar o grau de conhecimento dos participantes sobre o PF (ver anexo A); d) Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino (EAPF) (versão reduzida) de Neilands e Choi (2002), composta por quinze afirmações sobre as quais os participantes se deviam pronunciar utilizando uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 – discordo totalmente a 4 – concordo totalmente, e 5 – não sei).

A Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino (EAPF) não se encontrava aferida para a população portuguesa, pelo que foi necessário fazer a sua tradução e validação para este estudo. Esta escala tem como objetivo medir a atitude face ao preservativo feminino, em cinco dimensões: aumento do prazer sexual; inconveniência; profilaxia melhorada; inibição sexual do prazer; e ainda relutância na inserção. O estudo original de Neilands e Choi (2002) permitiu apurar que a consistência interna dos fatores varia entre .72 e .87, o que evidencia uma boa fiabilidade da escala. A validade convergente e divergente foi avaliada com recurso a medidas relativas à autoeficácia do preservativo, atitudes face ao preservativo e medidas contracetivas, permitiu verificar que a Escala de Atitude face ao

Preservativo Feminino se apresenta como uma medida distinta que avalia, efetivamente, a atitude face ao preservativo feminino distinguindo-a de outras medidas contraceptivas, como o preservativo masculino.

No presente estudo, como validade divergente foi aplicada a Escala Multidimensional de Atitudes em Relação à Utilização do Preservativo (EMARUP), desenvolvida por Helweg-Larsen e Colina (1994) e adaptada e validada para a população portuguesa por Neto (2004). Esta escala tem como objetivo medir a atitude face ao preservativo masculino e métodos de barreira em geral. Como validade convergente foi aplicada a Escala de Atitudes face aos Contraceptivos ou Contraceptive Attitude Scale (CAS) desenvolvida por Kyes (1987), traduzida por Caldeira, Galhardas, Nobre e Ramiro, (2005) e adaptada por Reis (2006) à população portuguesa.

Procedimentos

Procedimento de tradução. A escala original foi traduzida do Inglês para o Português por dois especialistas de tradução. As duas formas foram comparadas por um especialista na área tendo-se chegado à formulação final do questionário. O mesmo foi então entregue a um nativo de língua Inglesa que retraduziu a escala, tendo-se chegado à escala original, sem alterações significativas ao conteúdo.

Procedimento de aplicação de questionário. O questionário foi construído com recurso a uma plataforma *online*, utilizando para o efeito os formulários gratuitos disponibilizados pela Google. Os dados foram recolhidos através de um endereço eletrónico disponibilizado para o efeito.

Procedimento de análise de dados. Os dados foram descarregados em formato Excel e importados para o IBM SPSS versão 21. Todos os dados foram considerados estatisticamente significativos para um intervalo de confiança de 95%. Foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra e os resultados obtidos nas escalas utilizadas neste estudo. Com o objetivo de testar a estrutura fatorial do instrumento traduzido foram utilizadas a análise fatorial exploratória e confirmatória. Esta última, com recurso ao AMOS v.20. Para testar a validade concorrente do constructo foram conduzidas análises de correlações entre o instrumento em teste e outros instrumentos análogos.

Resultados

Evidências psicométricas da versão original da Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino (EAPF). Dada a inexistência de escalas que avaliem a atitude face ao preservativo feminino, foi utilizada uma tradução da forma reduzida da escala de atitudes de Neilands e Choi (2002), depois de a sua utilização ter sido autorizada pelos autores. A escala é composta por 15 itens; utiliza uma escala de medida tipo *Likert* de 5 pontos e apresenta uma

estrutura multifatorial de cinco dimensões, nomeadamente: *aumento do prazer sexual; inconveniência; profilaxia melhorada; inibição do prazer sexual; e relutância na inserção*. A consistência interna dos fatores, apurada através do *alfa* de Cronbach, varia entre .72 e .87, denotando uma boa fiabilidade do instrumento. Os resultados do estudo original desta versão reduzida sugerem a não-normalidade da distribuição dos itens da EAPF.

A análise fatorial confirmatória (AFC) e os testes de bom ajustamento indicaram um bom ajustamento da estrutura de 5 fatores (apurada inicialmente com uma análise fatorial exploratória), em que os valores encontrados excederam os critérios de Hu e Bentler (1999) para um bom ajustamento. Os valores originais foram os seguintes: o TLI foi de .96, o SRMR foi de .05 e o RMSEA foi de .05. O rácio do qui-quadrado pelos graus de liberdade foi de 1.507. O estudo da validade do constructo permitiu verificar que os fatores derivados da análise fatorial confirmatória estão associados com a utilização do preservativo feminino. Como anteriormente descrito, a EAPF diverge de medidas análogas, permitindo estabelecer que a escala mede, efetivamente, a atitude face ao preservativo feminino.

Evidências psicométricas da versão portuguesa da Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino (EAPF). A análise de fiabilidade nesta amostra apura uma consistência interna de .708 para a totalidade dos itens. Este indicador da consistência interna melhora com a eliminação dos itens E e O, obtendo um coeficiente final de .726.

Relativamente à estrutura, como referido anteriormente, o estudo original sugere uma estrutura multidimensional. Para testar a estrutura fatorial foi conduzida uma análise fatorial exploratória (AFE), por extração de componentes principais, com rotação *varimax*, devido à correlação dos fatores na formulação original. O resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin sugere que os dados suportam uma análise fatorial (KMO = .755) com um teste de esfericidade de *Bartlett* significativo ($p < .001$).

Os itens apresentam comunalidades que variam entre .507 e .907. Na AFE foram extraídos 5 fatores que explicam 59.45% da variância total dos resultados. O primeiro fator apresenta um valor próprio de 3.249, que corresponde a uma variância de 21.66%. A Tabela 1 representa a distribuição dos itens pelos fatores extraídos na análise fatorial exploratória.

Os dois primeiros fatores, que explicam 35.17% da variância da escala, são os que apresentam uma fiabilidade considerada adequada. A consistência interna do segundo fator melhor com a eliminação do item M (0.639) que tem igualmente uma saturação superior a .300 no fator 3. Ao contabilizar o item M nesse fator, a consistência interna aumenta para .613, considerado aceitável para as ciências sociais, com as devidas reservas na interpretação dos dados e tendo em consideração o contexto de computação do índice (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 1. Análise fatorial exploratória.

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
C	.806				
K	.798				
N	.681				
A	.671				
H		.863			
I		.841			
M		.483	.370		
F		.410	.369		
B			.770		
J			.707		
G			.569	.415	
E				.677	
D				.676	
L				.668	
O					.948
Valor próprio	3.249	2.026	1.408	1.215	1.019
% de variância	21.66	13.50	9.36	8.10	6.79
Consistência interna	.744	.636	.567	.512	_____

Recorreu-se à análise fatorial confirmatória (AFC) para testar o ajustamento dos dados a uma solução de quatro fatores (ver Tabela 2). A opção de testar apenas quatro fatores foi sustentada em dois critérios: o quinto fator extraído na AFE era composto apenas por um item; esse mesmo item, quando eliminado, aumentava a fiabilidade geral dos itens que compõem a EAPF.

Para testar o ajustamento da estrutura fatorial da EAPF foram utilizados vários índices estatísticos. De acordo com Barrett (2007) o ajustamento geral pode ser encontrado através da estatística do qui-quadrado. Hoelter (1983) refere que esta medida deve ser calculada pela discrepância entre o qui-quadrado e os graus de liberdade, devendo considerar-se como valores aceitáveis, os modelos que obtêm uma discrepância entre 2 e 5. Foram ainda considerados o índice comparativo de ajustamento (sigla CFI) e o índice de bom ajustamento (ou GFI) que devem apresentar acima de .95 para indiciar um bom ajustamento do modelo (Hu & Bentler, 1999; Marôco, 2010). No que concerne às medidas de erro, foram considerados o SRMR (raiz quadrada residual estandardizada) e o RMSEA (raiz quadrada do erro de aproximação). De acordo com as linhas orientadoras de Hu e Bentler (1999) os valores do RMSEA deverão ser de .06 ou inferiores e os do SRMR de .08 ou inferior, com conjunto com as medidas anteriores.

Tabela 2. Análise fatorial confirmatória

	χ^2/df	GFI	CFI	RMSEA	SRMR
4 fatores	3.988	.935	.868	.071	.066
3 fatores	3.632	.956	.914	.066	.059

Os resultados apontam para um ajustamento deficitário na solução de quatro fatores (item M no fator 3).

Ao observar-se o valor da consistência interna do quarto fator, é evidente que o mesmo não cumpre o critério mínimo para se considerar adequado trabalhar com uma medida compósita. Além disso, ao ter em consideração o conteúdo teórico dos itens que compõem o quarto fator, é evidente que não existe relação clara entre estes.

Foi então, nossa opção, verificar se os dados ajustam de forma adequada a uma estrutura fatorial de 3 fatores (ver Tabela 2), o que conduziu à eliminação de mais dois itens. O modelo tri-fatorial apresenta uma melhoria no ajustamento, com um incremento nas medidas de bom ajustamento e com uma diminuição dos valores nas medidas de erro do ajustamento. Em virtude da insuficiente consistência interna, optou-se por trabalhar com uma versão reduzida da escala original, mas que parece obter melhores resultados na análise confirmatória, do que a versão de quatro fatores.

Desta forma, a estrutura final a considerar engloba 11 itens dos 15 originais, organizados em três dimensões: 1) itens C, K, N, e A que se referem à profilaxia melhorada do preservativo feminino (exemplo de item “Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos”); 2) itens H, I e F que se referem à inibição do prazer sexual (exemplo de item “Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher”); e 3) referente aos itens B, J, G, e M que se referem à inconveniência do preservativo feminino (exemplo de item “Os preservativos femininos são inconvenientes”).

Para avaliar a capacidade da EAFP medir de forma diferenciada a atitude face ao preservativo feminino, foram utilizadas duas escalas concorrentes que medem atitudes relativas a contraceptivos: 1) escala multidimensional de atitudes em relação à utilização do preservativo, que se apresenta totalmente vocacionada para o preservativo masculino (EMARUP); 2) uma escala genérica sobre a atitude face aos contraceptivos (CAS). A EMARUP subdivide-se em 5 fatores: fiabilidade e eficácia do preservativo masculino, prazer, estigma e identidade, embaraço na negociação da utilização, e embaraço na compra do preservativo. A CAS é unifatorial, apurando-se apenas uma pontuação total que representa a atitude geral relativa aos contraceptivos. Os resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Correlações entre a EAPF e as escalas utilizadas para avaliar a validade de critério concorrente.

	Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino (EAPF)		
	Profilaxia	Inibição	Inconveniência
CAS – Atitude gerais face aos contraceptivos	.124**	.126**	.156**
Fiabilidade e eficácia	-.195**	.095**	.128**
Prazer	-----	.189**	.248**
Estigma de identidade	-.190**	.128**	.167**
Embraço na negociação e utilização	-.183**	.151**	.233**
Embaraço na compra	-----	-----	.163**

Nota: ** $p < .010$

No âmbito do estudo da validade de critério concorrente, seria de esperar que a EAPF apresentasse correlações positivas moderadas com a CAS e correlações negativas entre os aspetos considerados mais positivos no preservativo feminino em comparação com masculino (como é o caso da profilaxia e da inconveniência).

Ao contrário do que seria esperado, as correlações entre as escalas são de fraca intensidade, apesar de significativas. Os resultados parecem apontar para uma tendência da atitude face ao preservativo feminino ser mais favorável quanto menos favorável for a atitude face ao preservativo masculino.

Seria de esperar correlações de maior intensidade com a escala de atitudes gerais face aos contraceptivos (CAS), o que não se verifica. Na verdade, quanto mais favorável a atitude face aos contraceptivos, menor a crença na profilaxia, e maior a crença na inibição do sexo e na inconveniência do preservativo feminino.

Caracterização da Atitude face ao preservativo feminino. A atitude face ao preservativo feminino parece ser ligeiramente desfavorável. A média de respostas aos itens da profilaxia foi de 2.55 ($DP = 0.663$), tendo sido o valor mais baixo das três dimensões. A média de resposta aos itens de inibição foi de 2.87 ($DP = 0.463$) e a média de inconveniência foi de 2.74 ($DP = 0.737$). Claramente a posição média dos participantes revela desconhecimento sobre o método ou até uma atitude desfavorável face ao mesmo. Não se verificaram diferenças entre sexos, nem entre níveis de habilitações, nem efeito da idade da primeira relação sexual ou do número de parceiros. Contudo os indivíduos mais velhos tendem a ter uma perspetiva mais favorável da profilaxia do preservativo feminino [$F_{(35, 596)} = 1.492, p = .037$].

As dimensões estão correlacionadas entre si. Uma maior crença na profilaxia está negativamente relacionada com a crença na inibição ($r = -.173, p = .000$) e com uma menor

inconveniência ($r = -.135, p = .001$), apesar destas correções serem de fraca linearidade. As dimensões inibição e inconveniência estão positivamente correlacionadas entre si de forma moderada ($r = .395, p = .000$), evidenciando que quanto maior a inibição percebida, maior a inconveniência.

Caracterização do Conhecimento sobre o Preservativo Feminino. O conhecimento relativo ao preservativo feminino foi medido com 10 questões de resposta dicotômica, referentes à composição, utilização e profilaxia do método. As respostas certas foram contabilizadas, variando entre 0 (nenhum acerto) e 10 (acerto total).

As respostas obtidas variaram entre 1 e 10, sendo a média de acertos de 4.56 ($DP = 1.676$). Metade dos participantes acertaram em 5 ou menos questões, sendo a distribuição simétrica. Apenas um indivíduo acertou as 10 questões. Poderá dizer-se que o conhecimento dos indivíduos é mediano, sendo que apenas 25% da amostra acertou mais de 6 questões.

As questões mais acertadas (respondidas acertadamente por mais de metade da amostra) foram: *b) O preservativo feminino é composto por uma bolsa com um anel flexível em cada extremidade* [sim] por 73.4%; *e) O preservativo feminino faz barulho durante a relação sexual* [sim] por 81.1%; *j) O preservativo feminino retira o prazer sexual* [não] por 85.5%.

As questões que menos de 25% da amostra respondeu acertadamente foram: *d) O preservativo feminino é mais seguro na proteção das infeções sexualmente transmissíveis do que o preservativo masculino* [sim] por 24.3%; *e) O preservativo feminino pode causar alergia* [não] por 23.8%.

Não se verificou nenhum efeito do sexo, idade, habilitações, idade da primeira relação sexual ou número de parceiros na variável conhecimento sobre o preservativo feminino. O conhecimento sobre o preservativo feminino apenas está positivamente correlacionado, com fraca intensidade, com a crença na profilaxia ($r = .112, p = .006$).

Discussão

A Na extensão do nosso conhecimento, até ao momento não há estudos publicados em Portugal que abordem o preservativo feminino. A divulgação deste meio contraceptivo através dos *media* promoveu o seu conhecimento junto do público em geral, mas o nível de utilização do mesmo parece ser baixo entre os jovens adultos.

Estudos internacionais (e.g., Cecil, et al., 2008; Mack et al., 2010) mostram que o preservativo feminino acarreta vantagens, em detrimento do preservativo masculino, especialmente no que toca ao controlo que a mulher adquire, aumentando o seu poder negocial. Neste contexto, parece pertinente medir o conhecimento e atitude dos jovens adultos face ao preservativo feminino. Dada a inexistência de uma medida aferida para a população portuguesa que meça a atitude face ao preservativo feminino, foi traduzida e validada a versão reduzida de Neilands e Choi (2002).

Os resultados obtidos neste estudo não apresentam semelhanças com os do estudo original. Contrariamente ao esperado, a AFE apresenta uma extração diferente dos itens pelas dimensões; a fiabilidade interna das dimensões e para o total dos itens apresenta valores inferiores aos originais. Em duas das cinco dimensões extraídas através da AFE, a fiabilidade interna ficou aquém dos critérios que permitem trabalhar os resultados numa forma compósita. Com base nestes indicadores, foi testada uma estrutura consideravelmente diferente da original. As evidências encontradas apontam para uma escala tridimensional que integra apenas 11 dos 15 itens originais. A primeira dimensão, com mais peso na explicação da variância dos dados, corresponde à profilaxia do preservativo feminino; a segunda dimensão à inibição de utilização do preservativo feminino; e a terceira dimensão à sua inconveniência. As restantes dimensões originais não foram apuradas nem se verificaram na análise de componentes principais.

A estrutura parece ajustar satisfatoriamente, permitindo apurar valores compósitos para cada dimensão, que darão com relativa segurança as crenças relacionadas com estes três aspetos do preservativo feminino.

Esta poderá, talvez, ser uma das principais críticas a ser feita à escala, que mede essencialmente fatores de opinião e crença relativamente ao preservativo feminino, sem ter em conta fatores mais afetivos ou comportamentais. Por outro lado, há que ter em consideração que a esmagadora maioria da amostra não teve contacto direto com o preservativo feminino, o que redundará em resultados de tendência central na sua avaliação.

Não obstante estas fragilidades, o constructo que a escala se propõe a medir parece diferenciar-se das medidas utilizadas como validade de critério concorrente. O aspeto mais valorizado pelos sujeitos do estudo parece ser efetivamente a profilaxia melhorada, apesar de o conhecimento sobre o mesmo ser relativamente baixo.

Parece continuar a existir uma associação muito próxima entre as avaliações do preservativo masculino e feminino, como sendo algo inibidor da relação sexual e inconveniente de colocar, utilizar e negociar com os parceiros. Como descrito no enquadramento, há uma multiplicidade de motivos associados à não utilização do preservativo masculino em jovens adultos portugueses (e.g., Gomes & Nunes, 2015; Reis & Matos, 2008) que nos parecem estar a ser considerados igualmente no preservativo feminino, ainda que os indivíduos falem apenas com base em conhecimento teórico e não empírico.

No entanto, as correlações de fraca intensidade impossibilitam uma análise concreta às correlações encontradas entre as escalas de atitudes face ao preservativo masculino e aos contraceptivos em geral. Em virtude dos resultados encontrados, apenas se pode considerar que a EAPF mede um constructo diferente dos anteriores, sendo necessário mais dados para melhorar a compreensão sobre a validade do constructo.

Até ao momento, desconhecemos a existência de estudos em Portugal que abordem especificamente este método contraceptivo, nem conhecemos a prevalência da sua utilização

ou a atitude efetiva dos seus utilizadores. Como referido anteriormente, a literatura aponta para a atitude face ao preservativo feminino e o conhecimento sobre o mesmo como sendo variáveis a ter em conta para explicar a procura por este meio contraceptivo (Campbell et al., 2011; Weeks et al., 2013). O preservativo feminino é descrito como trazendo vantagens às mulheres, em relação ao outro método de barreira, especialmente por dotá-las de maior controlo sobre a utilização deste método contraceptivo dual (Cecil et al., 2008; CHANGE, 2011; Mack et al., 2010; Mantell et al., 2011) Esta escala poderá ser um ponto de partida para esta análise, tendo em consideração que de futuro a mesma deverá ser aplicada em amostras que utilizem mais frequentemente o preservativo feminino e até aos profissionais que lidem com a área do planeamento familiar, de forma a compreender se poderá ser uma alternativa viável e aceite, com particular à vontade pelos utilizadores de métodos de barreira.

Referências

- Adebiyi, A.O., & Asuzu, M.C. (2009). Condom use amongst out of school youths in a local government area in Nigeria. *African Health Sciences*, 9(2), 92-97.
- Alba, A., Cararach, M., & Rodrigues-Cerdeira, C. (2009). The Human Papillomavirus (HPV) in Human Pathology: Description, Pathogenesis, Oncogenic Role, Epidemiology and Detection Techniques. *The Open Dermatology Journal*, 3, 90-102.
- Alvarez, C., Bauermeister, J.A., & Villarruel, A.M. (2014). Sexual Communication and Sexual Behavior Among Young Adult Heterosexual Latinos. *JANAC - Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(6), 577-588. doi: 10.1016/j.jana.2014.06.005
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 815-824. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.018
- Cecil, H., Pinkerton, S.D., & Bogart, L.M. (1999). Perceived benefits and barriers associated with the female condom among African-American adults. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 165-175. doi: 10.1177/135910539900400211.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2011). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*. Atlanta, United States, Retrieved from: <http://www.cdc.gov/std/stats10/surv2010.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2013). *STDs in Adolescents and Young Adults*. Atlanta, United States, Retrieved from: <http://www.cdc.gov/std/stats13/adol.htm>
- Center for Health and Gender Equity [CHANGE] (2011). *Female Condoms and U.S. Foreign Assistance: An Unfinished Imperative for Women's Health*. Washington, DC: CHANGE.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2015). Annual epidemiological report – sexual transmitted infections, including hiv and blood-borne viruses. Estocolmo: ECDC.
- Fernandes, L.B., Arruda, J.T., Approbato, M.S., & García-Zapata, M.T. (2014). Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae: fatores associados à infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana. *Revista Brasileira de Ginecologia-Obstetrícia*, 36(8), 353-358. doi: 10.1590/SO100-720320140005009
- Gomes, A., & Nunes, C. (2011). Caracterização do uso do preservativo em jovens adultos portugueses. *Análise Psicológica*, 29(4), 489-503.
- Gomes, A., & Nunes, C. (2015). A representação social do sexo nos jovens adultos portugueses. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 177-185. DOI: 10.1590/1678-7153.201528119
- Hendriksen, E.S., Pettifor, A., Lee, S.J., Coates, T.J., & Rees, H.V. (2007). Predictors of condom use among young adults in South Africa: The Reproductive Health and HIV Research Unit National Youth Survey. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1241-1248. doi: 10.2105/ajph.2006.086009
- Higgins, J., Hoffman, S., & Dworkin, S. (2010). Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 100(3), 435-445. doi: 10.2105/AJPH.2009.159723
- Hoelter, J.W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices. *Sociological Methods and Research*, 11, 325-344.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- INSA (2014). Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Consultado em 24 de março de 2015 no <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/2448>

- INSA (2015). Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Consultado em 28 de julho de 2015 no <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3205>
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS] (2012). *World AIDS day report 2012*. Geneva: UNAIDS. Retrieved from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaids_day_results_en.pdf.
- Kiley, J., & Sobrero, A. (2008). Use and effectiveness of barrier and spermicidal contraceptive methods. *The Global Library of Women's Medicine*. doi: 10.3843/GLOWM.10385. Retirado em 14/08/2014 de http://www.glowm.com/section_view/item/384/recordset/18975/value/384.
- Limbani, F. (2011). *Acceptability of Female Condoms in HIV and STI Prevention in Malawi* [Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements of the Master of Public Health Degree]. Malawi: University Of Malawi.
- Mack, N., Grey, T.G., Amsterdam, A., Williamson, N., & Matta, C.I. (2010). Introducing Female Condoms to Sex Workers in Central America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(3), 149-155. doi: 10.1363/3614910.
- Mantell, J.E, Stein, Z.A, & Susser, I. (2008). Women in the time of AIDS: Barriers, bargains, and benefits. *AIDS Education and Prevention*, 20(2), 91-106. doi: 10.1080/09540120701867016.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReporNumber.
- 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. doi: 10.14417/lp.763
- Neilands, T.B., & Choi, K.H. (2002). A validation and reduced form of the Female Condom Attitudes Scale. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 158-171. doi: 10.1521/aeap.14.2.158.23903.
- Plummer, M.L., Wight, D., Wamoyi, J., Mshana, G., Hayes, R.J., & Ross, D.A. (2006). Farming with your hoe in a sack: Condom attitudes, access, and use in rural Tanzania. *Studies in Family Planning*, 37(1), 29-40. doi:10.1111/j.1728-4465.2006.00081.x
- Reis, M., & Matos, M.G. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*, 26(1), 71-79.
- Stulhofer, A., Graham, C., Bozicevic, I., Kufrin, K., & Ajdukovic, D. (2009). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 209-225. doi: 10.1007/s10508-007-9234-8
- Tamin, H., Finan, R.R., Sharida, H.E., Rashid, M., & Almawi, M.Y. (2002). Cervicovaginal coinfections with human papillomavirus and Chlamydia trachomatis. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 43(4), 277-281.
- Türmen, T. (2003). Gender and HIV/AIDS. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 411-418. doi: 10.1016/S0020-7292(03)00202-9
- Weeks, M., Coman, E., Hilario, H., Li, J., & Abbott, M. (2013). Initial and sustained female condom use among low-income urban U.S. women. *Journal of Women's Health*, 22(1), 26-36. doi: 10.1089/jwh.2011.3430

Anexo A

Proposta final da Escala de Atitude face ao Preservativo Feminino

- A. Os preservativos femininos são melhores do que os preservativos masculinos.
- B. Os preservativos femininos são estranhos.*
- C. Os preservativos femininos oferecem mais proteção face a uma gravidez indesejada do que os preservativos masculinos;
- D. ELIMINADO
- E. ELIMINADO
- F. O sexo não é tão bom quando se usa um preservativo feminino.*
- G. É embaraçoso colocar um preservativo feminino à frente de um homem.*
- H. Os preservativos femininos dificultam o orgasmo da mulher.*
- I. Os preservativos femininos dificultam o orgasmo do homem.*
- J. Os preservativos femininos são inconvenientes.*
- K. Os preservativos femininos oferecem uma proteção melhor contra as doenças sexualmente transmissíveis do que os preservativos masculinos;
- L. ELIMINADO
- M. Os preservativos femininos retiram a diversão ao sexo.*
- N. Os preservativos femininos são mais resistentes do que os preservativos masculinos;
- O. ELIMINADO

* Itens cotados de forma inversa.

Psychometric properties of the Female Condom Attitude Scale – short version – in a young adult's Portuguese sample

Abstract

The present study intends to offer the psychometric evidences of the Neilands and Choi's (2002) short version of the female condom attitude scale for the Portuguese population. The female condom is an alternative to the male condom. The evaluation is more positive for both men and women comparing to the male condom and efforts have been made to make it available to the Portuguese population. To the extent of our knowledge, there is no Portuguese version to measure the attitude towards female condom, which makes the adaptation of these scale pertinent in the scope of Health Psychology. The study focused on 597 young adults, aged between 18 and 35 years old, subjects considered more likely to use barrier contraceptive methods. The results show a measure with a tri-factorial structure, including 11 of the 15 original items, thru a data reduction analysis using a principle component analysis and a confirmatory factorial analysis. The scale presents positive significant yet weak correlations with a specific measure for male condoms and a measure towards contraceptive methods in general. The Portuguese version seems to have the ability to measure attitudes towards female condoms, fundamentally related to beliefs concerning the improved prophylaxis, inhibition and inconvenience in use. However, it seems necessary to apply it to a population that actually had use the female condom instead of just knowing it.

Keywords

Female condom, contraceptive methods, psychometry satisfaction.

Received: 04.02.2016

Revision received: 09.08.2016

Accepted: 12.08.2016