

## REVISÃO

# Adaptação portuguesa e validação da versão reduzida da *Condom Use Self-efficacy Scale*



Maria José Santos<sup>a,b,\*</sup>, Elisabete Ferreira<sup>c</sup>, João Duarte<sup>d</sup> e Manuela Ferreira<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

<sup>b</sup> Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>c</sup> Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>d</sup> Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS), Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

Recebido a 7 de junho de 2015; aceite a 20 de junho de 2016

Disponível na Internet a 30 de setembro de 2016

## PALAVRAS-CHAVE

Autoeficácia;  
Preservativo;  
Estudantes do ensino superior;  
Saúde sexual e reprodutiva

## Resumo

**Introdução:** O preservativo é o método mais eficaz na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. É reconhecido o papel da autoeficácia na predição de comportamentos de saúde e a autoeficácia para usar preservativo tem-se mostrado um constructo-chave relacionado com o uso efetivo do preservativo.

**Objetivos:** Proceder à adaptação e validação da versão reduzida da *Condom Use Self-efficacy Scale* (CUSES) para estudantes do ensino superior português.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional numa amostra de conveniência de 1.946 estudantes do ensino superior, 64% raparigas e 36% rapazes, com idade média de 21 anos ( $20,74 \pm 2,32$ ).

**Resultados:** A análise das características psicométricas da escala foi avaliada com recurso à análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC), realizada em 2 subgrupos aleatorizados da amostra inicial. Os resultados da AFE revelaram uma estrutura com 4 fatores, semelhante à escala original, que explicam 70,6% da variância e uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,86$ ). A AFC revelou a necessidade de ajustamento do modelo aos dados, apresentando o modelo modificado índices aceitáveis de ajustamento. A versão modificada revelou valores adequados de fiabilidade, validade fatorial e validade concorrente e discriminante.

**Conclusões:** As propriedades psicométricas avaliadas permitem considerar a utilização deste instrumento no desenvolvimento de programas de saúde sexual e reprodutiva para estudantes do ensino superior português, pois permite determinar os domínios relevantes da perceção da autoeficácia para usar o preservativo.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [mjsantos@utad.pt](mailto:mjsantos@utad.pt) (M.J. Santos).

**KEYWORDS**

Self-efficacy;  
Condoms;  
College students;  
Sexual and  
reproductive health

## Portuguese adaptation and validation of the brief version of Condom Use Self-efficacy Scale

**Abstract**

**Introduction:** Condoms are the most effective method to prevent sexually transmitted infections. The role of self-efficacy in predicting health behaviors and self-efficacy to use condoms has been shown to be a key related construct to the effective use of condoms.

**Objectives:** Adaptation and validation of the reduced version of Condom Use Self-efficacy Scale (CUSES) for Portuguese college students.

**Material and methods:** We conducted a quantitative, descriptive and correlational in a convenience sample of 1946 university students study, 64% girls and 36% boys, mean age 21 years ( $20.74 \pm 2.32$ ).

**Results:** The analysis of the psychometric characteristics of the scale was carried using exploratory (EFA) and confirmatory factor analysis (EFC), held in 2 randomized subgroups of the original sample. The results of EFA revealed a structure with four factors, which explains 70.6% of variance and have a good values of internal consistency ( $\alpha = 0.86$ ). The AFC revealed the need to adjust the model to the data, presenting acceptable levels of adjustment. The modified version had good reliability, factorial validity and concurrent and discriminant validity.

**Conclusions:** The psychometric properties assessed allow considering the use of this instrument in the development of sexual and reproductive health programs for students of Portuguese higher education as it allows determining the relevant fields of self-efficacy perception to use condom.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introdução

O início da idade adulta, com acesso ao ensino superior, é uma fase de particular vulnerabilidade face aos riscos envolvidos nos comportamentos sexuais, resultado não só do desenvolvimento psicossocial<sup>1</sup>, mas também do contexto académico onde os comportamentos sexuais podem envolver risco para a saúde, nomeadamente relações sexuais sem preservativo, com parceiros ocasionais e associadas ao consumo de álcool e drogas<sup>2-6</sup>. A vulnerabilidade desta fase de experimentação reflete-se nas taxas prevalência das principais infeções de transmissão sexual (IST) e gravidez indesejada nesta faixa etária. Em Portugal, as taxas mais elevadas de vírus da imunodeficiência humana (VIH)/síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) situam-se nos jovens adultos (11,2% – 20-24 anos e 18,8% – 25-29 anos)<sup>7</sup> e a prevalência da infeção por HPV é de 19,4%, com o valor máximo de 28,8% nas jovens entre os 18-24 anos<sup>9</sup>. Relativamente às restantes IST, os dados nacionais não se encontram sistematizados, mas provavelmente Portugal segue a tendência dos países da União Europeia, onde a infeção por clamídia é das mais frequentes, com cerca de 350 mil casos, dos quais cerca de 75% são diagnosticados em jovens com menos de 25 anos. Considerando que estas infeções têm custos significativos, a nível individual e para os serviços de saúde, o incentivo ao uso consistente do preservativo deve ser considerado uma estratégia fundamental dos programas de saúde sexual e reprodutiva (SSR)<sup>10</sup>. O uso do preservativo de forma correta e consistente é altamente eficaz não só na prevenção da gravidez indesejada, mas também da transmissão sexual do VIH/SIDA<sup>11</sup>

e outras IST<sup>12,13</sup>. Contudo, vários estudos observaram uma baixa utilização do preservativo por jovens<sup>3,6,13</sup>, quer norte-americanos<sup>3</sup> quer europeus<sup>8</sup>, cuja taxa de utilização não ultrapassava os 60%. O último estudo de âmbito nacional com estudantes universitários<sup>6</sup> revelou que a situação em Portugal é mais grave, dado que apenas 32,8% utilizaram o preservativo de forma consistente nos últimos 12 meses. A preocupação com as elevadas taxas de prevalência das IST e em particular a infeção pelo VIH/SIDA têm permitido o aparecimento de modelos teóricos que procuram abordar os determinantes da mudança de comportamentos de risco sexual. Conforme documentado numa revisão sistemática<sup>2</sup>, a medida de autoeficácia mais comumente utilizada para avaliar alterações comportamentais na prevenção das IST em jovens foi a autoeficácia para usar o preservativo. O conceito de autoeficácia de Bandura<sup>14</sup> é definido como a crença ou expectativa de que é possível, através do esforço individual, realizar com sucesso tarefas específicas que possam exigir esforço e perseverança face a situações adversas<sup>15</sup>. Este conceito tem sido identificado em diversos estudos, como um importante preditor da utilização do preservativo e capacidade de negociação de sexo seguro<sup>16-19</sup>. A *Condom Used Self-efficacy Scale* (CUSES)<sup>20</sup> foi desenvolvida para avaliar a confiança de estudantes universitários norte-americanos para usar preservativo. A escala é composta por 28 itens que pretendem avaliar a autoeficácia dos estudantes para comprar, aplicar, remover e negociar o uso do preservativo com o parceiro sexual. Os autores observaram que os indivíduos com maior experiência sexual, que usavam preservativo e sem história clínica de IST apresentavam pontuações mais elevadas. A análise das características

psicométricas da CUSES revelou bons valores de fiabilidade (alfa de Cronbach = 0,91; fiabilidade teste-reteste = 0,81, após 2 semanas)<sup>20</sup>. Uma análise posterior realizada por Brien et al.<sup>21</sup>, numa amostra de 339 estudantes universitários, permitiu obter uma versão reduzida com 15 itens, organizados em 4 dimensões (mecanismos, desaprovação do parceiro, assertividade e intoxicantes), que revelaram uma boa consistência interna para as 4 dimensões observadas (valores de alfa de Cronbach = 0,78, 0,81, 0,80 e 0,82, respetivamente), assim como para escala global ( $\alpha = 0,85$ ). Existe ampla evidência da utilização da CUSES em diversos contextos culturais em populações universitárias. Brien et al.<sup>21</sup> avaliaram a capacidade discriminante da CUSES para diferentes utilizadores do preservativo em estudantes norte-americanos, e Barkley e Burns<sup>22</sup> discutem a validação da CUSES numa amostra multicultural de estudantes. Foram ainda realizados estudos da sua validade para estudantes universitários do Gana<sup>17</sup> e da Etiópia<sup>23</sup>, entre outros.

Sabendo-se que um bom preditor do uso do preservativo só poderá ser usado no planeamento de intervenções em saúde se for fiável, válido e adaptado à realidade cultural do país. Com o presente estudo pretende-se realizar a adaptação e validação da versão reduzida da CUSES<sup>21</sup> para estudantes do ensino superior, dado que desconhecemos a existência no contexto português de um instrumento que permita avaliar este constructo.

## Material e métodos

### Participantes

Foi realizado um estudo do tipo descritivo-correlacional, transversal, utilizando uma amostra de conveniência de 1.946 estudantes (64% raparigas e 36% rapazes), com idade média de 21 anos ( $20,74 \pm 2,32$ ), de uma universidade do norte de Portugal. A amostragem foi feita por grupos *cluster sampling*, onde a unidade de amostra foi a turma. Da amostra inicial foram considerados os 1.936 questionários que se encontravam preenchidos corretamente. A maioria dos participantes eram solteiros (97,6%), provenientes da cidade (40%), de famílias com baixo rendimento (57%,  $\leq 2$  salários mínimos) e com baixo nível de escolaridade (54,5% das mães e 61,6% dos pais têm apenas o ensino básico). Cerca de 2 terços dos estudantes (77,2%) referem ter tido relações sexuais no último ano e utilizar contraceção de forma regular ( $\varphi = 97,1\%$ ;  $\sigma = 94,4\%$ ), mas apenas 39,6% dos estudantes menciona que usou o preservativo de forma consistente nas relações sexuais nos últimos 12 meses.

### Instrumentos

Na recolha de dados foi utilizado um questionário de auto-preenchimento para registar aspetos sociodemográficos e comportamentos sexuais e reprodutivos (previamente definidos na caracterização da amostra) e a versão reduzida da CUSES<sup>21</sup> (CUSES-R). A CUSES-R é composta por 15 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* com 5 opções (0 – «discordo totalmente» a 4 – «concordo totalmente»), com uma pontuação total que pode variar entre 0-60 pontos; sendo que às pontuações mais elevadas (após inversão dos itens redigidos na negativa: itens – 5, 6, 8, 9 e 10), corresponde

uma maior autoeficácia para usar o preservativo. A CUSES-R tem demonstrado boas características psicométricas de validade e fiabilidade nos diversos estudos.

### Procedimentos

Para aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi solicitada autorização à direção das escolas universitárias onde foi realizado o estudo e enviado o protocolo de investigação. O questionário foi aplicado em sala de aula, no final da componente letiva, a todos os estudantes que voluntariamente anuíram a participar, depois de informados sobre os objetivos e asseguradas as questões de anonimato e confidencialidade. O estudo foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização n.º 7409/2012) e pela Comissão de Ética da universidade (Parecer n.º 2/2012).

Antes de se iniciar o processo de tradução e validação do instrumento, foi solicitada autorização aos autores. No processo de tradução e adaptação do instrumento de inglês para português foram adotadas as orientações de autores de referência<sup>24,25</sup>, nomeadamente a tradução preliminar, revisão por painel de especialistas, retroversão e pré-teste do instrumento na população-alvo. O pré-teste foi realizado numa amostra de 173 estudantes, tendo sido introduzidas pequenas alterações de sintaxe. A versão portuguesa final da CUSES-R passou a ser denominada de CUSES-RP.

A análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS *Statistics* (v. 21) e IBM AMOS (v. 22). No tratamento estatístico consideramos os procedimentos e critérios apontados por diversos autores<sup>26-29</sup>, nomeadamente a análise da validade pela análise fatorial exploratória (AFE), com rotação ortogonal dos fatores pelo método *Varimax*, o estudo da fiabilidade pela homogeneidade dos itens e alfa de Cronbach ( $\alpha \geq 0,70$ ) e correlações de *Pearson*. Na análise fatorial confirmatória (AFC), o ajustamento do modelo foi estimado pelo do método da máxima verosimilhança e testado pela razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade ( $\chi^2/\text{gl}$ ), considerando os seguintes índices de ajustamento e critérios de corte: *Comparative Fit Index* (CFI > 0,90), *Goodness-of-fit Index* (GFI > 0,90), *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMSR < 0,08) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA < 0,06). Foi avaliada a validade convergente pela variância extraída média (VEM), e a discriminante comparando a VEM com a correlação de *Pearson* ao quadrado e a fiabilidade do constructo avaliada pela fiabilidade composta (FC). Consideramos como valores de referência<sup>34</sup>: VEM > 0,5, FC  $\geq 0,7$  e existência de validade discriminante, quando a correlação ao quadrado entre os fatores é menor do que a VEM para cada fator. Na análise estatística, a amostra total (n = 1.936) foi dividida aleatoriamente em 2 metades, tendo sido realizada a AFE com a 1.ª metade (n = 952) e a AFC com a 2.ª metade (n = 984).

### Resultados

Os resultados da avaliação da estrutura fatorial da escala com recurso à AFE encontram-se sumariados na [tabela 1](#). Os valores de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO = 0,867) e do teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2 = 7381,2$  p < 0,001) calculados indicam a adequação da amostra para análise fatorial<sup>27</sup>.

**Tabela 1** Estrutura fatorial da versão portuguesa da versão reduzida da *Condom Use Self-efficacy Scale* (CUSES-RP)

| N.º Item | Itens                                                                                                                                                                              | Carga fatorial                |         |         |         | H <sup>2</sup> |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|---------|---------|----------------|
|          |                                                                                                                                                                                    | Fator 1                       | Fator 2 | Fator 3 | Fator 4 |                |
| 9        | Não me sinto confiante para sugerir o uso de preservativo a um novo parceiro(a), pois temo que ele/ela pense que tenho uma infeção sexualmente transmissível                       | 0,861                         |         |         |         | 0,794          |
| 10       | Não me sinto confiante para sugerir o uso de preservativo a um novo parceiro, pois temo que ele/ela pense que eu possa achar que ele/ela tem uma infeção sexualmente transmissível | 0,851                         |         |         |         | 0,756          |
| 8        | Não me sinto confiante para sugerir o uso de preservativo a um novo parceiro (a), pois temo que ele/ela pense que tive uma experiência homossexual                                 | 0,845                         |         |         |         | 0,762          |
| 6        | Caso não tivesse certeza da opinião do meu parceiro (a) em relação ao uso do preservativo não seria capaz de sugerir o seu uso                                                     | 0,738                         |         |         |         | 0,574          |
| 5        | Se tivesse de sugerir o uso de um preservativo a um parceiro teria medo que ele/ela me rejeitasse                                                                                  | 0,687                         |         |         |         | 0,500          |
| 11       | Estou confiante na minha capacidade de colocar um preservativo em mim ou no meu parceiro rapidamente                                                                               |                               | 0,846   |         |         | 0,745          |
| 1        | Estou confiante na minha capacidade de colocar um preservativo em mim ou no meu parceiro                                                                                           |                               | 0,785   |         |         | 0,737          |
| 7        | Estou confiante que seria capaz de retirar corretamente o preservativo depois de termos relações sexuais                                                                           |                               | 0,752   |         |         | 0,579          |
| 14       | Estou confiante na minha capacidade para usar um preservativo corretamente                                                                                                         |                               | 0,668   |         |         | 0,645          |
| 15       | Estou confiante que seria capaz de colocar um preservativo em mim ou no meu parceiro mesmo no "calor da paixão"                                                                    |                               | 0,638   |         |         | 0,581          |
| 4        | Estou confiante que seria capaz de sugerir o uso de um preservativo sem que o meu parceiro se sentisse doente                                                                      |                               |         | 0,791   |         | 0,715          |
| 2        | Estou confiante na minha capacidade de discutir o uso do preservativo com qualquer parceiro que possa ter                                                                          |                               |         | 0,781   |         | 0,752          |
| 3        | Estou confiante que seria capaz de sugerir o uso do preservativo a um novo parceiro                                                                                                |                               |         | 0,777   |         | 0,782          |
| 13       | Estou confiante que seria capaz de me lembrar de usar um preservativo mesmo depois de ter consumido drogas                                                                         |                               |         |         | 0,900   | 0,837          |
| 12       | Estou confiante que seria capaz de me lembrar de usar um preservativo mesmo depois de ter bebido álcool                                                                            |                               |         |         | 0,863   | 0,830          |
|          | <i>Medida de adequação da amostra Kaiser-Meyer-Olkin</i>                                                                                                                           | 0,867                         |         |         |         |                |
|          | <i>Teste de esfericidade de Bartlett</i>                                                                                                                                           | $\chi^2 = 7381,2$ $p < 0,001$ |         |         |         |                |
|          | <i>Valores próprios iniciais</i>                                                                                                                                                   | 5,469                         | 2,747   | 1,311   | 1,070   |                |
|          | <i>% variância explicada</i>                                                                                                                                                       | 23,1                          | 20,5    | 14,9    | 12,0    |                |
|          | <i>Coefficiente alfa Cronbach total</i>                                                                                                                                            | 0,861                         |         |         |         |                |

H<sup>2</sup>: comunalidades.

**Tabela 2** Análise da fiabilidade (valores de alfa de Cronbach, médias das correlações inter-itens e amplitude das correlações item-total corrigidas) para a versão reduzida portuguesa da *Condom Use Self-efficacy Scale* (CUSES-RP)

| Fatores                  | Alfa de Cronbach | Média das correlações inter-item | Amplitude das correlações item-total corrigidas |
|--------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|
| Desaprovação do parceiro | 0,87             | 0,567                            | 0,578-0,793                                     |
| Mecanismos               | 0,85             | 0,522                            | 0,581-0,704                                     |
| Assertividade            | 0,82             | 0,606                            | 0,630-0,742                                     |
| Intoxicantes             | 0,82             | 0,694                            | 0,696-0,700                                     |
| CUSES-BP total           | 0,86             | 0,292                            | 0,338-0,665                                     |

O critério de *Eigenvalue* apontou para uma solução com 4 fatores, os mesmos que a escala original, que no seu conjunto explicam 70,6% da variância total. O fator 1 – «desaprovação do parceiro» (itens 5, 6, 8, 9, 10) – avalia o medo do que um novo parceiro possa pensar sobre a utilização do preservativo; o fator 2 – «mecanismos» (itens 1, 7, 11, 14, 15) – avalia a confiança para utilizar o preservativo num encontro sexual; o fator 3 – «assertividade» (itens 2, 3, 4) – avalia a confiança para discutir a utilização do preservativo com um novo parceiro sexual e o fator 4 – «intoxicantes» (itens 12, 13) – avalia a confiança para utilizar o preservativo sob o efeito de álcool ou drogas. Os valores das comunalidades são na sua maioria elevados<sup>27</sup>, variando entre 0,501 para o item 5 e 0,837 para o item 13, indicando que uma boa parte da variância dos resultados de cada item é explicada pela solução fatorial. Os PF dos itens são também significativos, situando-se entre um mínimo de 0,638 para o item 15 e um máximo de 0,900 para o item 13. Não foram excluídos itens dado que todos obtiveram PF adequados, todavia observou-se uma alteração na alocação do item 15 «*Estou confiante que seria capaz de colocar um preservativo em mim ou no meu parceiro mesmo no 'calor da paixão'*», que abandona a dimensão teórica «intoxicantes» e passa a integrar a dimensão teórica «mecanismos», onde apresenta PF claramente superior (0,638).

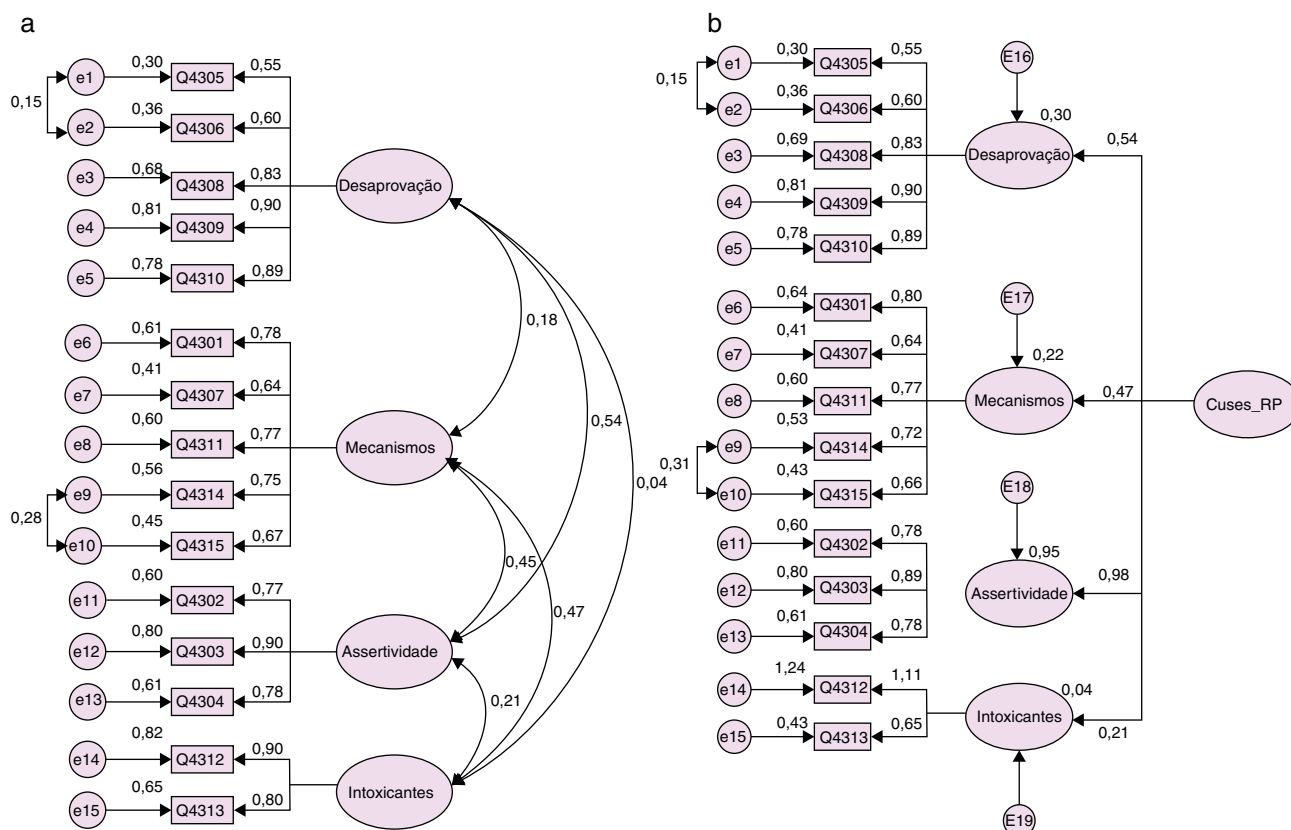
A CUSES-RP apresenta uma elevada fiabilidade (tabela 2), quer para o total da escala ( $\alpha = 0,86$ ) quer para as subescalas (F1 – «desaprovação do parceiro»,  $\alpha = 0,87$ ; F2 – «mecanismos»,  $\alpha = 0,85$ ; F3 – «assertividade»,  $\alpha = 0,82$  e F4 – «intoxicantes»,  $\alpha = 0,82$ ). Verificou-se ainda que nenhum dos

itens aumentava a consistência interna do respetivo fator se este fosse eliminado. Os valores da média de correlação interitens para as subescalas são moderados a elevados, situam-se entre 0,522 do F2 – «mecanismos» e 0,694 do F3 – «assertividade», evidenciando a homogeneidade dos itens que constituem a escala. A análise da amplitude das correlações item-total corrigidas revelou valores a variar entre 0,578 (item 5) e 0,793 (item 9), ambos referentes à dimensão «desaprovação do parceiro». Da análise das correlações *Pearson* entre os diversos fatores e a nota global da escala (tabela 3), observaram-se valores de correlação fracos a moderados entre os 4 fatores (variando entre 0,096-0,507) e correlações fortes dos 4 fatores com o total da escala (F1 – «desaprovação do parceiro» com  $r = 0,691$ , F2 – «mecanismos» com  $r = 0,792$ , F2 – «assertividade» com  $r = 0,748$ ), excetuando o F4 – «intoxicantes» que apresenta uma correlação moderada ( $r = 0,557$ ), com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). A AFC da estrutura de 4 fatores da CUSES- RP, na amostra global, revelou que os valores de ajustamento do índice  $\chi^2/\text{gl} = 6,029$ , pode ser considerado sofrível, embora possa existir algum enviesamento relacionado com a elevada sensibilidade destes índices ao tamanho amostral<sup>29</sup>, mas os restantes índices podem ser considerados bons, de acordo com os critérios adotados (CFI = 0,945; GFI = 0,935; RMSEA = 0,072; SRMR = 0,050). O resultado do modelo com os índices de mordicação propostos (fig. 1a) revela associação dos erros de medida 1 vs. 2 e 9 vs. 10, o que pode ser sugestivo de problemas de colinearidade entre os itens que lhes corresponde. Contudo, com a associação dos mesmos observou-se uma melhor adequação nos índices de ajustamento global ( $\chi^2/\text{gl} = 5,379$ ; GFI = 0,943; CFI = 0,953; RMSEA = 0,067; SRMR = 0,051; IC 90%). O cálculo da VEM para cada um dos fatores revela que a validade convergente é adequada para todos os fatores ( $\text{VEM}_{F1} = 0,589$ ,  $\text{VEM}_{F2} = 0,524$ ,  $\text{VEM}_{F3} = 0,669$ ,  $\text{VEM}_{F4} = 0,731$ ). O modelo de 2ª ordem (fig. 1b) apresenta pior qualidade dos índices de ajustamento, mas mesmo assim com valores aceitáveis, com exceção para os índices  $\chi^2/\text{gl}$  e SRMR ( $\chi^2/\text{gl} = 6,765$ ; GFI = 0,929; CFI = 0,937; RMSEA = 0,077; SRMR = 0,086; IC 90%), mostrando a invariância configuracional do modelo de 2ª ordem. A comparação dos valores de VEM com o quadrado da correlação de *Pearson* entre fatores indica que todos os fatores apresentam validade discriminante (tabela 4). A fiabilidade do constructo avaliada pela FC indica também uma fiabilidade adequada para todos os fatores (FCF1 = 0,873, FCF2 = 0,845, FCF3 = 0,858, FCF4 = 0,844). A autoeficácia para usar o preservativo manifestou-se com maior intensidade na «assertividade» ( $\beta = 0,98$ ) e menor intensidade nos «intoxicantes» ( $\beta = 0,21$ ).

**Tabela 3** Correlação de *Pearson* entre os diferentes fatores que compõem a versão reduzida portuguesa da *Condom Use Self-efficacy Scale* (CUSES-RP)

| Fatores                  | Desaprovação do parceiro | Mecanismos | Assertividade | Intoxicantes | CUSES-RP total |
|--------------------------|--------------------------|------------|---------------|--------------|----------------|
| Desaprovação do parceiro | 1                        | 0,227**    | 0,467**       | 0,096**      | 0,691**        |
| Mecanismos               |                          | 1          | 0,507**       | 0,418**      | 0,792**        |
| Assertividade            |                          |            | 1             | 0,250**      | 0,748**        |
| Intoxicantes             |                          |            |               | 1            | 0,557**        |

\*\*  $p < 0,01$ .



**Figura 1** Pesos fatoriais, fiabilidade individual e correlações entre fatores da CUSES-RP do modelo com índices de modificação (a) e modelo de 2ª ordem da CUSES-RP (b).

## Discussão

Na presente investigação, a análise da fiabilidade da CUSES-RP para estudantes do ensino superior portugueses revelou valores de alfa de Cronbach considerados bons quer para a escala total ( $\alpha = 0,86$ ) quer para as diferentes subescalas, o que evidencia a sua fiabilidade. A análise da estrutura fatorial da CUSES-RP aponta para uma estrutura de 4 fatores, concordante com a estrutura da CUSES-R<sup>21</sup>, onde todos os itens apresentam PF > 0,50. Na presente validação o item 15, que integrava na escala original a dimensão «intoxicantes», passou a integrar dimensão «mecanismos», indicando que os estudantes não colocam ao mesmo nível o efeito de substâncias psicoativas e o efeito da excitação sexual. Essa mudança configura-se como coerente, pois não é expectável que a excitação sexual tenha um efeito sobre a cognição e percepção dos riscos tão extenso como o álcool

ou as drogas. Decorrente dessa mudança do item 15, o F4 – «intoxicantes» ficou com apenas 2 itens, contudo os seus PF são elevados (item 12 = 0,900 e item 13 = 0,863), indicativo de uma estrutura bem definida<sup>26</sup>, pelo que optamos por manter esta dimensão da escala. Em termos conceituais, esta opção é apoiada pelo facto do consumo de substâncias psicoativas estar relacionado com o uso inconsistente do preservativo em estudantes universitários<sup>5,6</sup>, reforçando mais uma vez a importância desta dimensão no construto geral da autoeficácia para usar o preservativo. Adicionalmente, as correlações positivas existentes entre o total da escala e os respetivos fatores foram estatisticamente significativas, o que suporta a conclusão de que os fatores avaliam o mesmo constructo. A AFC revela a necessidade de ajustamento do modelo aos dados, apresentando o modelo modificado índices mais aceitáveis de ajustamento, considerando os valores de corte adotados. Foi encontrada

**Tabela 4** Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante da versão reduzida portuguesa da *Condom Use Self-efficacy Scale* (CUSES-RP)

| Fatores            | FC    | VEM   | Validade discriminante |       |       |
|--------------------|-------|-------|------------------------|-------|-------|
|                    |       |       | F2                     | F3    | F4    |
| F1 - desaprovação  | 0,873 | 0,589 | 0,032                  | 0,291 | 0,001 |
| F2 - mecanismos    | 0,845 | 0,524 | -                      | 0,202 | 0,220 |
| F3 - assertividade | 0,858 | 0,669 |                        | -     | 0,044 |
| F4 - intoxicantes  | 0,844 | 0,731 |                        |       | -     |

validade convergente e discriminante para todos os fatores e confirmada a validade de constructo pelos valores adequados da FC. A análise do modelo de 2ª ordem indica que a assertividade é o aspeto mais importante na confiança para usar o preservativo, e o uso de drogas ou álcool o menos importante. Consideramos manter a denominação original dos 4 fatores, uma vez que os 15 itens da escala se agrupam em fatores teoricamente significativos e representativos do constructo em análise.

As diferenças encontradas na estrutura da escala após o processo de validação poderão ser resultado de diferenças culturais existentes entre os jovens norte-americanos e portugueses, mais do que resultado de eventuais distorções no processo de tradução. O estudo das características psicométricas da escala revelou tratar-se de um instrumento com bons níveis de fidelidade e validade, que permitem considerar a sua utilização na investigação com estudantes do ensino superior portugueses. As limitações do estudo estão relacionadas com o facto do processo de amostragem não ter sido aleatório, limitando a generalização dos resultados e as medidas de intenção comportamental serem autorreferidas, podendo não ser uma medida precisa do comportamento real. A validade externa também pode ter sido comprometida por utilizarmos apenas estudantes de uma universidade, não representando a população de estudantes do ensino superior a nível nacional. Contudo, esta limitação pode ter sido minimizada pelo facto dos estudantes serem provenientes de diversas regiões do país. É importante continuar o processo de avaliação das qualidades psicométricas da escala, nomeadamente a avaliação da estabilidade temporal e testar a versão modificada numa amostra independente e mais representativa do grupo em estudo.

## Conclusões

O estudo inicial das características psicométricas da versão CUSES-RP revelou valores de validade e fiabilidade promissores. A realização da AFC permitiu sustentar as dimensões fatoriais do instrumento e obter dados relativamente à validade de constructo. A estrutura fatorial final adequa-se razoavelmente aos dados e assemelha-se à da escala original. A adaptação cultural e validação da CUSES-RP para estudantes do ensino superior portugueses pode ser um contributo para disponibilizar um instrumento preciso e de fácil aplicação, que pode ser útil no planeamento de intervenções de saúde, onde seja importante avaliar a confiança dos jovens adultos para utilizar o preservativo.

## Responsabilidades éticas

**Proteção de pessoas e animais.** Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

**Confidencialidade dos dados.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

**Direito à privacidade e consentimento escrito.** Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

## Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Referências

1. Cavanhaug J. Adult development and aging. California: Cole Publishing Company; 2005.
2. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2010;14:1-206.
3. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2013. *MMWR Suppl.* 2014;63:1-168.
4. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health. New York: Guttmacher Institute and UNFPA; 2014.
5. Logan DE, Koo KH, Kilmer JR, Blayney JA, Lewis MA. Use of drinking protective behavioral strategies and sexual perceptions and behaviors in U.S. college students. *J Sex Res.* 2015;52:558-69.
6. Reis M, Ramiro L, Matos MG, Diniz JA. A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior- dados nacionais 2010. In: Problemas emergentes e modelo compreensivo. Aventura Social. Lisboa: Edições FMH; 2011.
7. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, e outros Infecção VIH/SIDA: situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013. Departamento de Doenças Infecciosas do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2014; 145: 70 p.
8. European Centre for Disease Prevention and Control (2013). Annual Epidemiological Report 2013. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2013.
9. Pista A, Oliveira CF, Cunha MJ, Paixão MT, Real O. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal study. *Int J Gynecol Cancer.* 2011;21:1150-8.
10. Walsh J, Fielder R, Carey M. Changes in women's condom use over the first year of college. *J Sex Res.* 2013;50:128-38.
11. Lopez LM, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo MF. Behavioral interventions for improving condom use for dual protection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct;10.
12. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ.* 2004;82:454-61.
13. Centers for Disease Control and Prevention (SD). Condoms and STDs: Fact Sheet for Public Health Personnel, no date [accedido 30 Abr 2015]. Disponível em: [http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/condoms\\_and\\_std.pdf](http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/condoms_and_std.pdf)
14. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman; 1977.
15. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan T, editors. Self-efficacy beliefs of adolescents. Charlotte: Information Age Publishing, Inc; 2006. p. 307-37.
16. Casey M, Timmermann L, Allen M, Krahn S, Turkiewicz K. Response and self-efficacy of condom use: A meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *Southern Commu J.* 2009;74:57-78.
17. Asante KO, Doku P. Cultural adaptation of the Condom Use Self Efficacy Scale (CUSES) in Ghana. *BMC Public Health.* 2010;10:1-7.

18. Artístico D, Oliver LS, Dowd S, Rothenberg A, Khalil M. The predictive role of self-efficacy, outcome expectancies, past behavior and attitudes on condom use in a sample of female college students. *J Eur Psychol Stud.* 2014;5: 100–7.
19. French S, Holland K. Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *J Sex Res.* 2013;50:48–59.
20. Brafford LJ, Beck KH. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *J Am Coll Health.* 1991;39:219–25.
21. Brien TM, Thombs DL, Mahoney CA, Wallnau L. Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *J Am Coll Health.* 1994;42:167–74.
22. Barkley T, Burns J. Factor analysis of the condom use self-efficacy scale among multicultural college students. *Health Educ Res.* 2000;15:485–9.
23. Shaweno D, Tekletsadik E. Validation of the condom use self-efficacy scale in Ethiopia. *BMC Int Health Hum Rights.* 2013;13:1–8.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25:3186–91.
25. World Health Organization (WHO). Process of translation and adaptation of instruments, 2011.
26. Worthington R, Whittaker T. Scale Development Research. A content analysis and recommendations for best practices. *Couns Psychol.* 2006;34:806–38.
27. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics.* 5ª ed. Lisboa: Edições Report Number; 2011.
28. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling.* 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2004.
29. Marôco J. *Análise de equações estruturais.* Lisboa, Portugal: ReportNumber; 2010.