



**Universidade de
Aveiro
2007**

Departamento de Ciências da Educação

**Isabel Margarida
Fernandes de Matos**

**Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos
Adolescentes**



**Universidade de
Aveiro
2007**

Departamento de Ciências da Educação

**Isabel Margarida
Fernandes de Matos**

**Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos
Adolescentes**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Anabela Pereira, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais e ao Manuel pelo incansável apoio.

O júri

presidente

Professor Doutor Evaristo Vicente Fernandes
Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias
Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu

Agradecimentos

Gostaria de realçar que este trabalho só foi possível graças às pessoas que contribuíram para que ele se tornasse possível.

Ao longo deste percurso existem pessoas que comigo têm caminhado e a quem quero deixar uma palavra que nunca dirá totalmente o que sinto, Bem-haja.

A todos os adolescentes que acederam a participar neste estudo, expondo a sua intimidade e tornando-o possível.

Aos Presidentes dos Conselhos Executivos, pela simpática colaboração e disponibilidade.

Aos professores e psicólogos, pela colaboração activa.

À Professora Doutora Anabela, pelo incentivo constante e a força impulsionadora, pela mestria com que orientou este trabalho.

A toda a minha família pela aceitação das minhas ausências...

Aos meus pais, cujo afecto e constância me permitiram aventurar nos domínios do conhecimento. Ao pai por me ter ensinado a lutar e não desistir....

A mãe pelo apoio constante e incondicional ao longo do meu percurso de vida, mesmo nos momentos mais difíceis...

Ao Manuel pela ajuda constante, a paciência e o carinho, assim como pelo futuro que nos espera.

palavras-chave

Sexualidade, família, adolescentes, comportamentos sexuais de risco

resumo

A sexualidade na adolescência é vivida de diferentes formas, encontrando-se, em grande parte, dependente da complexidade do contexto psicológico, social e familiar em que cada adolescente se insere.

O presente estudo tem como objectivo principal conhecer e caracterizar o funcionamento das famílias que se encontram numa determinada etapa do seu ciclo vital (famílias com filhos adolescentes) a nível das dimensões coesão e adaptabilidade familiar e verificar se associado a diferentes tipos de funcionamentos existem diferenças na manifestação de comportamentos sexuais de risco no adolescente. Bem como averiguar se existem diferenças de género (feminino/masculino), ligadas com o percurso escolar e idade do adolescente, recorrendo-se para tal à análise das variáveis que podem influenciar essa relação.

Enquadra-se numa investigação do tipo correlacional, em que os dados foram recolhidos através de um questionário, composto pela Caracterização sócio-demográfica e escolar do adolescente, o Inventário de comportamento sexual para adolescentes e a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão familiar - FACES II, aplicados a 213 adolescentes, alunos do 9º, 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 14 aos 20 anos das escolas da zona da Bairrada.

Os resultados obtidos apontam para que os adolescentes que pertencem a famílias do tipo “equilibradas”, ou seja, muito ligadas e muito flexíveis, revelam comportamentos sexuais mais saudáveis, evidenciando um menor nível de comportamentos sexuais de risco. Por outro lado, os dados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino no que se refere aos comportamentos sexuais de risco, apontando para um maior índice no sexo masculino.

Destaca-se ainda que os adolescentes que tiveram uma retenção ao longo do seu percurso escolar, apresentam maiores índices de comportamentos sexuais de risco, o mesmo acontece com os adolescentes com menos de 16 anos.

São ainda referidas algumas implicações práticas quer a nível da família, quer da escola no sentido de serem reduzidos os comportamentos sexuais de risco nos adolescentes.

keywords

Sexuality, family, adolescents, risky sexual behaviour

abstract

There are different ways how adolescents face the sexuality and those ways are associated with their psychological, social and familial context. Therefore, the aim of this work is to understand and to characterize the adolescents' families in terms of both cohesion and adaptability as well as to realize if the sexual risks faced by those young adults are dependent of the type of family they make part of. Another goal is to find out whether there are differences derived from the gender (female/male), from one's school performance and the adolescent's age so we have analysed the variables that can influence that relation.

It goes with an investigation of the correlational type in which the data has been collected through one questionnaire: Questionnaire for the social-demographic characterization of the adolescent, Inventory of the sexual behaviour for the adolescent and the Scale for the evaluation of the adaptability and family cohesion – FACES II, which have been applied to 213 adolescents – pupils attending the 9th – 12th grades at Bairrada's schools, aged 14 – 20.

The results we obtained give evidence to the fact that the adolescents brought up in families of the "balanced" type, which means very cohesive and flexible, turn out to have a healthier sexual behaviour clearly showing a lower level of risky sexual behaviour. On the other hand, the results indicate some differences statistically meaningful between females and males concerning their risky sexual behaviour, indicating a greater manifestation in males. Besides we also give evidence to the fact that the adolescents who failed once during their school process reveal greater symptoms of a risky sexual behaviour.

The same thing happens to the adolescents aged below 16.

We also refer to some practical implications both in the family and at school, aiming the reduction of teenage risky sexual behaviour.



ÍNDICE

	PÁGINA
0 – INTRODUÇÃO.....	13
I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1 – A ADOLESCÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	20
1.1 – ALGUNS MODELOS EXPLICATIVOS DA ADOLESCÊNCIA.....	20
1.2 – DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE.....	22
1.3 – A PUBERDADE: ALTERAÇÕES NO RAPAZ E NA RAPARIGA.....	24
1.4 – A SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	29
2 – DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE NO ADOLESCENTE.....	33
2.1 – SEXUALIDADE.....	33
2.2 – DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE.....	35
2.3 – O SIGNIFICADO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	38
2.4 – SEXUALIDADE NOS ALUNOS DOS 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO E SECUNDÁRIO.....	42
3 – INTERACÇÃO FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE.....	47
3.1 – FAMÍLIA E SEU FUNCIONAMENTO.....	47
3.2 – O ADOLESCENTE E A FAMÍLIA.....	51
3.3 – A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NAS APRENDIZAGENS DOS JOVENS SOBRE SEXUALIDADE.....	56
4 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO.....	61
4.1 – DEFINIÇÃO DE RISCO.....	61
4.2 – O CONCEITO DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA.....	62
4.3 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO.....	63
4.4 – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	68
4.5 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	70

**II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

5 – METODOLOGIA	75
5.1 – OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	75
5.1.1 – Objectivos	75
5.1.2 – Questões de Investigação	76
5.1.3 – Hipóteses de Investigação	77
5.2 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	78
5.3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	80
5.3.1 – Caracterização sócio-demográfica e escolar	80
5.3.2 – Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACE II)	81
5.3.3 – Inventário de comportamento sexual para adolescentes	85
5.3.4 – Validação do instrumento de recolha de dados	88
5.4 – PROCEDIMENTOS DA RECOLHA DE DADOS.....	93
5.4.1 – Procedimentos Éticos	94
5.4.2 – Tratamento Estatístico	95
5.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	95
5.5.1 – Caracterização Sócio-demográfica e escolar	97
5.5.2 – Caracterização profissional dos pais	99
6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	101
6.1 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	101
6.2 – CARACTERIZAÇÃO DA SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES.....	102
6.3 – ADAPTABILIDADE FAMILIAR E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE.....	104
6.4 – COESÃO FAMILIAR E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE.....	106
6.5 – INCIDÊNCIA DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE SEGUNDO O GÉNERO.....	108
6.6 – RETENÇÃO ESCOLAR E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE.....	110
6.7 – IDADE DO ADOLESCENTE E COMPORTAMENTO SEXUAIS DE RISCO.....	112



7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	115
8 – CONCLUSÕES.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	129

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

ANEXO 2 – CARTA DE PEDIDO AOS PRESIDENTES DO CONSELHO EXECUTIVO DAS
ESCOLA

ANEXO 3 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO



INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos relacionados com a coesão e respectivos itens da escala.....	82
Quadro 2 – Conceitos relacionados com a adaptabilidade e respectivos itens da escala	82
Quadro 3 – Valores Teste-reteste e Alpha Cronbach nas dimensões do Inventário de Comportamento Sexual.....	86
Quadro 4 – Conceitos relacionados com os comportamentos sexuais e respectivos itens na escala.....	87
Quadro 5 – Variação do coeficiente de correlação de Pearson nas diferentes dimensões da escala da sexualidade.....	89
Quadro 6 – Resultados do Teste de Alpha Cronbach para as partes do instrumento de recolha de dados.....	90
Quadro 7 – Teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov.....	91
Quadro 8 – Taxa de respostas ao questionário.....	94
Quadro 9 – Distribuição dos adolescentes segundo as suas características sócio- demográficas e escolares.....	97
Quadro 10 – Distribuição das categorias profissionais dos pais dos adolescentes (n) e (%), segundo a Classificação Nacional de Profissões do INE (versão 1994).....	99
Quadro 11 – Distribuição dos adolescentes por idade relativamente ao facto de ter tido ou não uma relação sexual (n) e (%).....	102
Quadro 12 – Distribuição dos adolescentes por género relativamente ao facto de ter tido ou não uma relação sexual (n) e (%)	102
Quadro 13 – Distribuição dos adolescentes que já tiveram uma relação sexual face ao uso de métodos contraceptivos durante a relação sexual (n) e (%).....	103
Quadro 14 – Distribuição dos adolescentes que já tiveram uma relação sexual face ao uso do preservativo durante a relação sexual (n) e (%).....	103
Quadro 15 – Correlação das dimensões dos comportamentos sexuais de risco com o factor adaptabilidade familiar.....	105
Quadro 16 – Correlação das dimensões dos comportamentos sexuais de risco com as	



dimensões do factor coesão familiar.....	107
Quadro 17 – Teste U de Mann- Whitney comparando os comportamentos sexuais de risco em relação ao género.....	109
Quadro 18 – Teste U de Mann- Whitney comparando os comportamentos sexuais de risco relativamente à existência ou não de retenção escolar.....	111
Quadro 19 – Teste U de Mann- Whitney comparando os comportamentos sexuais de risco em relativamente à idade.....	113



INDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Interpretação Linear da FACE II.....	84
Gráfico 1 – Histograma das dimensões da variável dependente, com a curva de normalidade.....	92



0 – INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado por rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio-culturais e cognitivas associadas a esforços para confrontar e superar os desafios e estabelecer uma identidade e autonomia (DiClemente, Hansen e Ponton, 1996).

Segundo Evaristo (1991) a adolescência é um período, que na nossa cultura, se situa habitualmente entre os 11 e os 18 anos.

Este parece ser o momento inicial de exploração e experimentação das vivências ligadas à intimidade e da sexualidade. Por estas razões poderemos, também, caracterizá-la por um período de aquisição de novas competências, mas também por uma época de maiores riscos ligados a factores de maior vulnerabilidade.

Actualmente, a esmagadora taxa de morbilidade e mortalidade dos adolescentes é o resultado dos estilos de vida praticados. A maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de factores de risco sociais, familiares e comportamentais.

Estes factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos relacionados com o uso de substâncias, violência, suicídio, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

Quando se fala de adolescência, existe uma tendência para se generalizar e falar deste período da vida como se fosse mais ou menos igual para todos e muitas vezes ligada a uma fase de grande risco. Associa-se frequentemente a adolescência ao risco, como se o conceito de risco fosse indissociável a esta fase da vida. Porém, muitas vezes, são os adultos, as famílias, que ao transmitir aos jovens o que são comportamentos de risco, representam, eles mesmos, a adopção de estilos de vida de risco acrescido e atitudes parentais pouco saudáveis.

Muitas vezes, é nos seus pais que o jovem descobre o que são comportamentos de risco ligados a atitudes parentais tais como: o tabagismo, o alcoolismo, a condução “enlouquecida” e até mesmo a instabilidade familiar e conjugal.



A família é uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos, que determinam em grande parte todo o nosso ser e a nossa personalidade.

Pensamos por isso que conceitos tão importantes como o de personalidade e de comportamentos de risco, poderão ser alvo de um estudo relacionado com a família.

A descrição de uma família poderá dar grandes indicadores para transmitir a riqueza e a complexidade relacional da manifestação de comportamentos de risco no adolescente.

Especificamente, no que se refere aos comportamentos sexuais de risco, consideramos que estes podem estar ligados a ambientes familiares totalmente inadequados, nas dimensões coesão/adaptabilidade.

Na sociedade actual, onde o adolescente tem acesso a todo o tipo de informação, se move autonomamente mais cedo, e onde são permitidas liberdades sexuais que antigamente nem sequer os seus pais sonhavam possíveis, este passa a confrontar-se simultaneamente com os riscos que lhes estão associados, tais como a SIDA, outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e gravidez na adolescência.

Falar e pensar sobre comportamentos sexuais de risco no adolescente ainda mexe numa rede complexa de medos, crenças e preconceitos. Contudo, pensamos que tais comportamentos se encontram directamente relacionados, não só com as atitudes e comportamentos dos jovens, mas também, das suas famílias, que ao permitir-lhes que se tornem mais conscientes dos riscos, que se apercebam da sua vulnerabilidade, que lhes permitem tomar decisões acertadas e que lhes proporcionem abertura e tempo de diálogo, criem um ambiente activador e impulsionador de um desenvolvimento saudável a nível biopsicosocial, diminuindo os factores ligados ao comportamento sexual de risco.

Segundo Relvas (1996), é na presença de linhas e normas firmes que os adolescentes constroem a sua autonomia e identidade com segurança. Através da definição de limites impostos pela família estes elaboram a primeira avaliação da conveniência e correcção das suas próprias convicções, para depois partir com elas para o exterior.

No decorrer de uma prática profissional com adolescentes, encontramos muitos adolescentes ávidos de informação sobre sexualidade e expressando o desejo de um maior diálogo e comunicação sobre sexualidade, com técnicos, mas essencialmente em casa com



a sua família. Por outro lado, em reuniões com pais é notório que a sexualidade dos seus filhos adolescentes os preocupa e gostariam de poder ajudá-los nesta etapa do desenvolvimento, mas muitas vezes não sabem qual a melhor forma de o fazer.

Sampaio (2000), refere que a relação pais-filhos é fundamental para superar as dificuldades deste período (adolescência), a família deve adaptar-se à nova etapa do ciclo de vida através de regras claras mas flexíveis, o espaço e o tempo familiar devem ser ajustados de forma a que a família se mantenha coesa, sem que tal implique perda, para o adolescente, do seu espaço físico e psicológico, sendo uma condição necessária à experimentação e introversão características desta fase do desenvolvimento.

Gameiro (1994), refere que as nossas histórias de vida e as influências dos nossos pais e mães, determinam o nosso quadro de valores, atitudes e comportamento sexual.

“Indubitavelmente, temos a marca da nossa família de origem no nosso pensar, sentir e agir sexual em pontos tais como: O apego, a capacidade de querer e de gostar de outra pessoa; A identidade e género, ou seja, a forma como nos sentimos e comportamos enquanto homens e mulheres; A maneira como reagimos face às questões eróticas, à nossa erotofilia (amizade e conforto pelos outros) ou à nossa erotofobia (inimizade e desconforto face a outros); Os estilos de relação de casal, em que o casal pai/mãe pode funcionar como modelo em muitas situações, incluindo na nossa vida adulta; As competências sociais, a auto-estima, a auto-imagem, a timidez, etc...” (Gameiro, 1994, p. 163).

Os estudos feitos acerca da adolescência sexualidade e família, centram-se em grande medida na avaliação da comunicação entres pais e filhos.

Muitos deles, Fox e Inazu, 1978; Ganon e Roberts, 1979; Faccioli, 1985 e Allen, 1987; referidos por Gameiro (1994), com amostras de adolescentes e pais, procuraram identificar os temas mais abordados, destacando-se a concepção, gravidez e nascimento, menstruação, descorando questões relacionadas com as relações sexuais, a masturbação e a homossexualidade.

Outros autores Fox, 1980; Lewis, 1973; Shah e Zelnick, 1981; Spanier, 1977; também referidos por Gameiro (1994), procuraram medir a possível influência da maior ou menor intensidade de comunicação nas atitudes e condutas dos adolescentes, tendo verificado que os adolescentes que mais comunicavam com os pais, revelavam maior probabilidade de utilizarem contraceptivos e terem menos parceiros sexuais. Outros



estudos concluíram que uma maior comunicação em geral, era um factor importante a considerar da influência da família na sexualidade dos adolescentes.

Gameiro (1994) acrescenta que alguns autores tais como: Newcomer e Udry, 1984, 1985; More et al., 1986; Furstenberg et al., 1984 não obtiveram dados concludentes de que a maior ou menor comunicação tivesse efeitos significativos sobre as condutas sexuais e, em particular, sobre a resiliência de condutas sexuais de risco.

Estes resultados contraditórios, associados à necessidade de aprofundar as várias dimensões da família que possam influenciar o comportamento sexual do adolescente, levantaram questões orientadoras, para o desenvolvimento deste estudo.

A temática da sexualidade na adolescência, constitui uma área insuficientemente abrangida por um conhecimento científico sistemático, apesar de possuir uma dimensão muito significativa no contexto familiar. Conscientes da complexidade do fenómeno e das múltiplas varáveis em jogo, levantamos o desafio de procurar definir o perfil da família do adolescente com comportamentos sexuais de risco.

Assim, o principal objectivo do nosso estudo consiste em conhecer e caracterizar o funcionamento das famílias que se encontram numa determinada etapa do seu ciclo vital (famílias com filhos adolescentes), a nível das dimensões coesão e adaptabilidade, assim como verificar se associado a diferentes tipos de funcionamentos existem diferenças na manifestação de comportamentos sexuais de risco no adolescente.

Ao abordar as respostas da família à sexualidade adolescente. Combrick-Graham (1988) refere que há muito pouca informação sobre esta matéria. Apesar das vantagens oferecidas por uma leitura sistémica da sexualidade na adolescência, poucos estudos têm sido construídos sob esta perspectiva.

Além disso, poucos são os estudos que consideram as mudanças mais latas que estão a ocorrer na natureza e função da família contemporânea e como estas poderão influenciar no somportamento sexual do adolescente.

Neste sentido, pretendemos, através deste estudo, verificar se existe alguma correlação entre o tipo de família/funcionamento familiar e os comportamentos sexuais do adolescente.



Este trabalho, encontra-se organizado em duas grandes parte. A primeira, corresponde ao enquadramento teórico, assente na revisão da literatura sobre a temática a estudar, em que se procura explicitar os conceitos e influências teóricas que serviram de base para as questões que nos propomos estudar. A segunda parte encontra-se dedicada à investigação empírica.

Neste sentido, numa primeira parte, começamos por definir a adolescência no desenvolvimento humano, passando posteriormente a abordar o desenvolvimento da sexualidade no adolescente. De seguida, faremos uma abordagem da interação familiar e do desenvolvimento do adolescente, terminado esta primeira parte, com a temática ligada aos comportamentos sexuais de risco no adolescente.

A segunda parte, contém a metodologia utilizada ao longo do estudo, a apresentação dos resultados obtidos, a sua discussão de acordo com as questões de investigação, terminando com uma conclusão, onde sintetizamos os dados mais conclusivos do nosso estudo.



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA





1 – A ADOLESCÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO HUMANO

1.1 – ALGUNS MODELOS EXPLICATIVOS DA ADOLESCÊNCIA

Etimologicamente, adolescência provém do Latim, do termo “adolescere” que significa crescer e tornar-se maturo. É um período da vida humana em que ocorrem inúmeras transformações, físicas, sociais e psíquicas, que se situa entre o fim da infância e o princípio da vida adulta. Em termos cronológicos esse período situa-se entre os 12-14 anos e os 18-20 anos.

Como o próprio termo designa, adolescer é crescer. Crescimento físico, visível pela estatura e aparecimento dos caracteres sexuais secundários e crescimento psicológico. Na maior parte dos casos, assistimos a uma discrepância entre o crescimento físico, rápido, e o crescimento psicológico, de evolução mais lenta. Alteram-se as proporções das diversas partes do corpo e a primeira ideia com que se fica é de desarmonia, volubilidade, inconstância.

O estudo da adolescência é recente, até ao princípio do século passado existiam apenas duas idades: a infância e a idade adulta. Nas três últimas décadas, os trabalhos de índole psicológica sobre a adolescência esforçam-se por compreender os processos psíquicos inerentes aos próprios adolescentes, as dimensões relacionais e comportamentais.

Segundo Piaget (1990), é o nível de desenvolvimento cognitivo que organiza a experiência adolescente. Durante a adolescência desenvolve-se a capacidade de raciocinar formalmente, a qual é concomitante à necessidade de um nível superior de abstracção que permita a racionalização dos conflitos entre as expectativas interpessoais ou sociais e as idiossincráticas ou intrapessoais. As novas competências incluem o pensamento hipotético e a consideração de diversas possibilidades em relação a si próprio e ao futuro, o que permite ao adolescente repensar criticamente os seus valores, crenças e imagens do mundo. Todas estas alterações comportam vivências subjectivas que terão influências nas atitudes e comportamentos sexuais.



Erikson (1976) refere que, o rápido crescimento do corpo após a puberdade é comparável ao da primeira fase da infância, o que faz com que o indivíduo passe a preocupar-se com o que aparenta aos olhos dos outros, reflectindo sobre o que sente que é. Esta reflexão só é possível devido às alterações a nível cognitivo, as quais permitem uma melhor compreensão de si próprio e dos outros. Deste modo, o adolescente procura um novo sentido de continuidade e coerência.

O autor salienta, assim, a temática da identidade como central nesta fase da vida. A formação da identidade reuniria em si as dimensões afectivas e cognitivas das experiências passadas e presentes, conferindo ao indivíduo o sentido de unicidade e unidade ao longo do tempo.

Um conceito importante deixado por este autor refere-se ao de moratória psicossocial na adolescência. Esta moratória é “um compasso de espera nos compromissos adultos” (Erikson, 1976). É um período de transição e de experimentação dos papéis que irá permitir um trabalho de elaboração interior. As moratórias são caracterizadas pelas necessidades e exigências socio-culturais e institucionais. Esta moratória psicossocial é por isso um período de espera, de livre experimentação de papéis, que é concedido ao adolescente enquanto não se encontra pronto para satisfazer os compromissos adultos.

Na perspectiva de Erikson, o desenvolvimento da identidade emerge a capacidade de estabelecer relações interpessoais baseadas na partilha e na cooperação. Daqui surge a problemática: intimidade versus isolamento, que caracteriza a etapa de desenvolvimento seguinte. Por intimidade entende mais do que a capacidade de realização sexual. Esta pode, aliás, estar ao serviço da resolução do conflito de identidade.

S.Freud (1962), publica os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, onde se refere às transformações da puberdade, a saber: a substituição da sexualidade infantil pelo primado das zonas genitais, a remodelação libidinal com o predomínio as libido objectal sobre a libido narcísica, com a conseqüente procura do objecto sexual adequado e a diminuição da intensidade dos laços familiares que existiam durante a infância.

A sexualidade é vista em função do desenvolvimento de capacidades resultantes da resolução de cada dilema, nomeadamente das de confiança, intimidade e autonomia. O adolescente precisaria adquirir suficiente autonomia face às figuras parentais para aprender a intimidade entre os iguais e preparar-se para a subsequente escolha de parceiro sexual.



Assim, a experiência sexual seria uma importante vivência da adolescência, mas pouco da história pessoal intrinsecamente sexual especificaria esta experiência (Erikson, 1976; Miller & Simon, 1985).

Sampaio (2000) considera a adolescência como um período de transição entre a infância e a idade adulta. Segundo o autor, nos países desenvolvidos, tem-se vindo a assistir a um alargamento deste período que se traduz por um lado numa maior precocidade da idade pubertária e por outro, como resultado do prolongamento da escolaridade, e no retardamento da entrada no mundo do trabalho, traduzindo-se por um aumento da dependência dos pais. Assim, para Sampaio (2000) a adolescência tem limites cronológicos flutuantes, variando a sua vivência e duração de cultura para cultura.

1.2 – DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE

A adolescência é um período marcado por grandes transformações físicas, psicológicas e sociais. Na esfera psicológica, desenvolve-se a capacidade de elaborar o pensamento abstracto, de projectar o futuro, de melhorar progressivamente o auto-controlo e de acentuar a orientação para os outros.

Segundo Sampaio (2000), nesta fase, procede-se à redefinição da imagem corporal, torna-se mais clara a orientação do desejo sexual, estabelece-se um quadro de valores próprio e um código ético pessoal. Do ponto de vista social, a relação de dependência estreita da família passa a ser misturada por outras referências, cada vez mais significativas, centradas no grupo de pares e em outros adultos fora da família. À medida que se depara com novos desafios experimentam-se novos comportamentos, mais ou menos gratificantes, e assumem-se novas responsabilidades (Sampaio, 2000).

É de facto nesta fase que se verificam várias transformações, na forma como o adolescente se relaciona com os outros e consigo próprio, na sua forma de pensar, de sentir, nos seus interesses e desejos, começando a questionar-se a si, aos outros e a tudo o que o rodeia.



Nesta altura, as profundas alterações no corpo modificam a imagem que o adolescente tinha de si, desencadeando modificações na sua vida psíquica, social e familiar.

Numa época da vida em que se buscam outros universos para além dos familiares e em que as figuras parentais são tanto mais importantes quanto têm que ser reelaboradas as relações pais-filhos e com as quais há muitas vezes conflitos, existe a necessidade de outros adultos significativos. A escola, para além de um mundo de jovens, é também um mundo de adultos: os professores, os empregados, as personagens dos livros, os outros pais.

Neste sentido, Fleming (1993) refere que nesta fase o adolescente confronta-se com uma grande tarefa, a de se diferenciar dos pais. De facto, nesta altura inicia-se um processo de separação, marcado muitas vezes por um sentimento de decepção que o adolescente desenvolve e exprime para com eles, contrariamente à criança que os idealizava. No entanto, esta necessidade de independência coloca-o, muitas vezes, em conflito, uma vez que ainda é muito dependente dos pais, traduzindo-se numa certa incoerência e imprevisibilidade do seu comportamento.

Segundo Silva (2004), é nesta altura que surgem, normalmente os ídolos, tais como vedetas da música, do desporto, do cinema, da televisão, ou mesmo outros adultos que lhes são próximos. O mesmo autor, acrescenta, ainda, que nesta busca de modelos de referência, é o grupo de pares que assume particular importância. Sendo de facto o grupo de pares que o adolescente procura apoio e partilha as suas experiências, já que os conflitos, angústias e dificuldades desta fase são comuns, podendo ser partilhadas com empatia e compreensão mútua.

Globalmente, adolescência segundo Gomes-Pedro (1999) é mudança (muitas coisas mudam), é inquietação (o adolescente por vezes não sabe o que fazer perante tanta novidade e tanta agitação), é desafio (porque é o confronto com o desconhecido). A adolescência vai pôr tudo em causa. No entanto, ela constitui a última oportunidade para uma entrada saudável na vida adulta.

Nesta linha de pensamento também Sampaio (2000), refere ser na adolescência que o indivíduo deixa para trás algumas identificações de infância, integrando outras que ganham nesta fase um novo sentido para si. Nesta caminhada de adolescente as diferentes



experiências constituem momentos únicos de aprendizagem. Este caminhar de adolescente não é um trajecto sincrónico, contínuo e uniforme, ou seja, cada adolescente vive este período de uma maneira própria, única, pessoal e particular.

“Crescer é um movimento de descobertas, alegrias, fantasias, de trocas afectivas intensas, mas também de dor, sofrimento, desilusões, perdas, por isso marcado frequentemente por períodos de tristeza, inferioridade, vergonha, isolamento, atitude de afirmação ou de agressividade... que são naturais...são a expressão de várias perdas em relação à infância que se deixa, a estranheza e descoberta de novas relações inerentes a esta fase que se está a viver, mais próxima do mundo dos adultos...”

Daniel Sampaio (2000, p.116)

Como vimos, durante a adolescência as mudanças verificadas a nível corporal coincidem com alterações nas exigências sociais. Desta forma, o adolescente terá que reconstruir a imagem corporal e a concepção de si próprio. Por isso, estas modificações na imagem irão manifestar-se nas atitudes face ao próprio e face aos outros.

A adolescência é uma fase importante no processo de consolidação da identidade pessoal, da identidade psicossocial e da identidade sexual.

1.3 – A PUBERDADE: ALTERAÇÕES NO RAPAZ E NA RAPARIGA

Como atrás referimos, a adolescência inicia-se pelos acontecimentos biológicos (universais), que caracterizam a puberdade e termina com a formação de valores e a identidade, que caracterizam a idade adulta (Direcção Geral da Saúde, 1998).



A puberdade determina uma sucessão mais ou menos previsível, culminando com o alcance da capacidade reprodutora.

O desenvolvimento pubertário cobre um período relativamente curto, cerca de quatro anos, caracterizando-se por modificações importantes na morfologia geral, pelo desenvolvimento do sistema reprodutor e pelo aparecimento das características sexuais principais (Claes, 1990).

Evaristo (1991), refere que a puberdade é um processo de desenvolvimento hormonal, de crescimento físico e de maturação biológica, promovido pelas hormonas segregadas pelas glândulas supra-renais, que cria uma ponte entre a infância e a idade adulta.

O mesmo autor, acrescenta que se trata de um período de crescimento físico em que se realiza um movimento centrífugo, que sob acção das glândulas dos órgãos sexuais, se produzem modificações corporais no rapaz e na rapariga.

Segundo Nodin (2002, p.237), a puberdade é um “período de desenvolvimento biofisiológico durante o qual o corpo adquire as características sexuais secundárias associadas ao sexo biológico, dando-se igualmente a maturação do aparelho reprodutivo, que inicia a sua actividade”.

Para Almeida (1987) as datas do início e do fim da puberdade apresentam importantes variações individuais, constituindo-se a idade cronológica um indicador medíocre da idade biológica. A idade do aparecimento e o ritmo das sequências da puberdade diferenciam-se consideravelmente. Na origem desta variabilidade estão factores genéticos, étnicos, climáticos e as condições nutricionais.

Por sua vez, Braconnier e Marcelli (2000), referem que a puberdade inicia-se habitualmente, por volta dos 11 anos na rapariga e por volta dos 13 anos no rapaz, existindo variações individuais no início do aparecimento da puberdade. Segundo os mesmos autores, certas circunstâncias podem provocar, algum atraso, tais como a existência de problemas de saúde (diabetes infantil, insuficiência renal da criança, etc.) ou más condições higienodietéticas.



“Um dos factores que marca o início da puberdade é a actividade hormonal nas glândulas supra-renais e na hipófise, que vão produzir as hormonas responsáveis por todos os acontecimentos deste período” Nodin (2002, p.238).

Segundo Moura (1992), o eixo hipotálamo-hipofisário perde sensibilidade, deixa de estar frenado, e aumenta a secreção de gonadotrofinas que vão estimular as gónadas (ovário e testículos), que por sua vez vão segregar as hormonas sexuais, androgénias (masculinas) e estrogénias (femininas), responsáveis pelo desenvolvimento dos órgãos genitais e pelo aparecimento das caracteres sexuais secundários.

A maturação do hipotálamo, sede do comportamento emocional, é que determina o ciclo pubertário, representando assim um exemplo das relações entre a biologia e o sistema sociocultural.

O aspecto morfológico geral modifica-se profundamente durante o desenvolvimento pubertário.

A aceleração do crescimento inaugura a puberdade, e simultaneamente um aumento de força, de vigor, de actividade física.

O crescimento dá-se primeiro nos membros inferiores, depois nos membros superiores e depois no tronco.

Depois do aumento da estatura, o crescimento ponderal também se efectua, com aumento da massa muscular nos rapazes e do tecido adiposo nas raparigas, constituindo elementos de diferenciação sexual.

Alterações pubertárias no rapaz

A puberdade determina uma série de transformações nos aspectos morfológicos e do funcionamento do corpo masculino. Há um crescimento muito rápido e às vezes de maneira muito pouco harmoniosa. Braconnier (2002) refere que é por volta dos 11 anos que a taxa de testosterona, principal hormona masculina, aumenta no sangue do rapaz. Inicialmente de uma forma mais lenta e aumentando progressivamente, chegando a um nível de concentração no plasma sanguíneo igual a do adulto 2 a 3 anos depois. O primeiro sinal que marca a puberdade no rapaz é o aumento do volume dos testículos, sucedendo-se uma série de modificações que passamos a enunciar:



- Crescimento assentado dos braços, das pernas e dos pés relativamente às outras partes do corpo;
- Aumento do volume dos testículos, dando início à produção de espermatozóides;
- Alargamento dos ombros e do peito;
- Desenvolvimento dos músculos;
- Surgimento dos pêlos púbicos e em volta do pénis;
- Crescimento dos pêlos nas axilas;
- Aparecimento dos primeiros pêlos no rosto;
- É frequente o aparecimento de acne;
- Crescimento e engrossamos dos pêlos no peito, dos braços, das pernas e, por vezes, nas costas;
- Aumento do volume, comprimento e diâmetro do pénis, tomando uma coloração mais escura;
- Surgimento de alterações na voz, tornando-se mais grave;
- A chamada maçã-de-Adão pode tornar-se mais saliente;
- Libertação dos primeiros espermatozóides;
- Surge a primeira ejaculação;

As glândulas sudoríparas são activadas, conduzindo a um aumento da transpiração em todo o corpo. A pele e o cabelo, por vezes, ficam mais oleosos.

Quando os testículos são activados por influência das hormonas produzidas na hipófise, começam a produzir testosterona, a hormona sexual masculina.

Por acção destas hormonas ocorre a produção de espermatozóides, que são as células sexuais masculinas. O número de espermatozóides que o testículo produz por dia é de cerca de cem milhões a trezentos milhões.

Alterações pubertárias nas raparigas

No início da puberdade, as mamas e os mamilos da jovem rapariga começam a desenvolver-se, embora raramente cresçam ao mesmo tempo dos dois lados, sendo frequente que uma mama seja maior do que a outra até que se atinja a maturidade sexual.



As glândulas sudoríparas são activadas, aumentando a transpiração em todo o corpo e o seu cheiro torna-se intenso. A pele e o cabelo ficam, por vezes, mais oleosos.

A primeira menstruação – menarca - representa a passagem da infância para a adultícia, sendo um marco importante para a rapariga, que adquire um novo estatuto - a entrada no mundo dos adultos.

Segundo Braconnier (2002) na jovem rapariga, é a menarca que marca a puberdade, pois ela representa o seu sinal mais visível, mostrando que a maturação uterina está em curso.

Ao longo da História e de acordo com as diferentes culturas, a menarca tem sido e ainda hoje é celebrada das mais diversas maneiras.

Ao nível da linguagem do corpo, a primeira menstruação é o resultado de um compasso ternário entre a hipófise, os dois ovários e o útero. A hipófise é uma glândula que se situa no cérebro e dá as ordens a um dos ovários para expulsar um óvulo.

Tal como vimos nos rapazes, a puberdade origina, ainda, uma série de mudanças no corpo feminino, as passamos a assinalar:

- Crescimento rápido do corpo;
- Alargamento das ancas;
- Aumento de volume das nádegas e coxas;
- Desenvolvimento de tecido adiposo, criando formas arredondadas;
- Crescimento dos pêlos púbicos e da vulva que têm uma função protectora;
- Aparecimento dos pêlos nas pernas;
- Espessamento e escurecimento da pele dos órgãos genitais;
- Aumento dos grandes e pequenos lábios (exteriores e interiores) da vulva;
- Crescimento dos pêlos nas axilas;
- Aumento do volume dos ovários;
- Libertação dos primeiros óvulos;
- Início da ovulação e das modificações do endométrio e do colo do útero;
- Ocorre a primeira menstruação, a que se chama menarca;
- Desenvolvimento dos órgãos genitais, passando a serem capazes de procriar.



Segundo Nodin (2002), na adolescência as alterações da puberdade são o motor para a tomada de consciência da maturação do corpo e dos órgãos sexuais, dando o despertar para a sexualidade e para o relacionamento com os outros. Nesta fase, aumenta o prazer que se pode obter através de experiências sexuais. Surgem dúvidas e receios relacionados com o corpo, relativamente à sua capacidade de ser atraente, às suas formas, ao seu crescimento.

Nodin (2002), refere ainda que as alterações hormonais vão conduzir ao aparecimento de novas emoções, induzindo alterações bruscas no estado emocional do jovem. Podendo surgir comportamentos de risco, capazes de por em causa a sua saúde. Destacam-se os comportamentos sexuais de risco, dos quais podem decorrer a contracção de doenças sexualmente transmissíveis, assim como uma gravidez indesejada.

1.4 – A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em períodos históricos mais recuados, os rapazes e as raparigas familiarizavam-se, desde as idades infantis, com as vivências e as práticas dos mais velhos (nos ofícios, papéis e rituais). Perdiam o estatuto de criança para ganharem, quase de imediato, o de adulto. A adolescência, tal como a entendemos hoje, não tinha expressão real. Após a industrialização, nas Sociedades Ocidentais e, em particular, no decurso das últimas décadas, o fenómeno da adolescência passou a ser mais valorizado e os adolescentes têm vindo a adquirir um estatuto próprio. Fenómenos recentes, como o poder de intervenção dos média na comunidade, as novas tecnologias, a urbanização progressiva, os movimentos migratórios, o turismo, a modificação do estatuto feminino, a alteração da estrutura e dos papéis familiares, a democratização do ensino, o aumento do tempo de escolaridade, os novos caminhos profissionais, etc., têm contribuído para sociedades mais abertas e plásticas.

Os adolescentes constituem um dos grupos etários mais sensíveis a esta dinâmica social. Os fenómenos que traduzem a mudança são diversos. Assim:



- Enquanto a idade média da puberdade diminui ou se encontra estabilizada – fruto da melhoria das condições de vida e de alimentação – o acesso ao estatuto de adulto e a integração plena no sector produtivo dão-se em idades cada vez mais avançadas;
- Nas sociedades industrializadas o progresso tecnológico determina índices crescentes de especialização; a escolaridade prolonga-se, a competitividade aumenta, em particular, na procura do primeiro emprego;
- Nas últimas décadas a constituição das famílias é mais tardia, tem uma dimensão mais restrita e os papéis dos seus elementos modificaram-se; os filhos aparecem mais tarde e são em número mais reduzido, assim como aumenta o número de famílias monoparentais e reconstruídas;
- A organização social e económica actual estimula e facilita o acesso a práticas e a consumos que eram pertença exclusiva dos adultos;
- A população envelhece e, em simultâneo, o investimento da sociedade em cada adolescente é cada vez mais elevado (Direcção Geral da Saúde, 1998).

A plasticidade da evolução social permite que exista uma grande diversidade de formas de viver a adolescência. Os próprios jovens criam subculturas próprias, diversificam as personalidades de culto e fazem proliferar estilos de vida diferentes. Assim, os adolescentes, enquanto grupo, ganharam protagonismo social e, individualmente, adquiriram estatuto de cidadania na sociedade contemporânea. É neste contexto de mudança da condição juvenil que, hoje, as políticas ligadas a este grupo etário ganham destaque nas políticas globais dos estados. No sector da Saúde, os programas e os projectos em saúde dos adolescentes têm adquirido também um relevo maior. A saúde e bem-estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos chave do desenvolvimento humano (Direcção Geral da Saúde, 1998).

A partir da década de 60, a Organização Mundial de Saúde começou a encarar este grupo etário de uma forma mais atenta. Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes, começaram a ser abordadas no final dos anos 70. Em meados da década de 80, iniciaram-se múltiplas experiências em promoção da saúde, em atendimento, em investigação, em formação, em planeamento e organização de cuidados destinados a este grupo etário. Em 1984 e 1985, criou-se o enquadramento legal para estas experiências



através da publicação da lei 3/84 sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar e da portaria 52/85 que a regulamentava.

A Lei de Bases da Saúde, em Agosto de 1990, veio dar relevo aos adolescentes, no âmbito da política de saúde, ao considerá-los como um dos “grupos sujeitos a maiores riscos” para os quais “são tomadas medidas especiais” (alínea a) do nº1 da Base II). Em 1997, o documento sobre “Saúde em Portugal – Uma Estratégia para o Virar do Século (orientações para 1997) ”, do Ministério da Saúde, indica explicitamente o grupo dos adolescentes como um dos merecedores de actuação prioritária no campo da protecção e da promoção da saúde. Finalmente, em 1998, o documento “Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século 1998 – 2002 (Orientações para 1998) ” vem apontar metas e objectivos específicos sobre ganhos em saúde no que se refere a este grupo etário, nomeadamente, como metas para 2002, “o número de nascimentos de mães com idade inferior a 17 anos deverá ser, pelo menos, inferior ao valor tendencial esperado para esse ano” e “o nível de saúde dos adolescentes, medido através de indicadores específicos, deverá ter registado melhorias relativamente ao verificado em 1997” (Direcção Geral da Saúde, 1998).

Os adolescentes e os jovens constituem um painel com grande diversidade de elementos, facto que se torna incontornável no planeamento a desenvolver nesta área de saúde. As necessidades de saúde dos adolescentes revestem-se de características particulares, que são reflexo do processo de crescimento e de desenvolvimento que atravessam. A aquisição de saberes, a (re)construção da identidade pessoal e o estabelecimento de projectos de futuro representam necessidades cognitivas que merecem relevo especial, para além das motivações de carácter estético, criativo, afectivo e sexual (Gomes-Pedro,1999).

Ao longo deste capítulo referente à temática da adolescência destacou-se essencialmente, o facto deste período se constituir como uma fase de transição da infância à idade adulta. O início da adolescência é marcado pela puberdade e pela mudança física que lhe estão subjacentes, prolongando-se de uma forma cada vez mais indeterminada e extensa na sociedades desenvolvidas, já que o acesso à autonomia financeira (essencialmente) e o acesso ao mundo laboral têm vindo a atrasar-se cada vez mais.



A adolescência constitui-se como uma fase muito complexa e fascinante do desenvolvimento humano, em que o indivíduo é sujeito a grandes transformações, não apenas fisiológicas, mas também psicológicas, afectivas e sociais.

As transformações sociais têm determinado a importância crescente dos problemas de saúde ligados aos estilos de vida. Neste contexto, quer pelas características dos indivíduos nesta fase do desenvolvimento, quer pela presença dos problemas suscitados, as questões do foro psicossocial e comportamental adquirem particular relevo durante o período da adolescência, nomeadamente no que se refere aos comportamentos sexuais.



2 – DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade na adolescência encontra-se integrada no conjunto de transformações que constituem a própria adolescência, transformações essas que são provocadas pelo desenvolvimento sexual e tornam possível a prática da sexualidade.

Enquanto a puberdade pode ser considerada como a fase de entrada em funcionamento pleno dos órgãos sexuais, a adolescência poderá ser considerada como um processo psicossocial de adaptação à puberdade.

“O que caracteriza a sexualidade na adolescência é a possibilidade de uma resposta sexual completa – no sonho, na masturbação ou na relação sexual – numa fase da vida em que o desenvolvimento físico ainda não é total, a independência sócio-económica não existe e em que o equilíbrio psico-afectivo está por encontrar. Por estes motivos, também a vida sexual dos adolescentes é mais influenciada por factores sócio-culturais e condicionada pelo desenvolvimento psico-afectivo, muito variável de adolescente para adolescente” Miguel (1987, p. 78).

2.1 – SEXUALIDADE

A sexualidade humana é uma das vertentes da necessidade de comunicação e contacto, própria da "condição humana" e necessária para a realização, bem-estar, equilíbrio e segurança de cada pessoa.

Lançar um olhar histórico sobre a sexualidade é lançar também um olhar histórico sobre a família e as relações familiares.

O que inicialmente distinguiu o homem dos outros primatas foi a separação do acto sexual/reprodução, do acto sexual/prazer sexual.



A forma de encarar a sexualidade evoluiu ao longo da história da humanidade, existindo épocas em que ela é encarada de uma forma natural, sendo a expressão da natureza humana (Grécia e Roma antiga, Renascimento) e pelo contrário, outras épocas (Idade Média, período vitoriano) em que predominava a sua repressão, sendo vista como algo mau e prejudicial (Nodin, 2002).

Na nossa sociedade a sexualidade foi mantida um tabu até meados do século passado. À família ficava consagrada a função reprodutora da sexualidade. As raparigas eram educadas para que reprimissem os seus desejos, a virgindade era a sua virtude e condição fundamental para arranjam um marido.

Pais (1987) refere que entre os séculos XVIII e XIX, o corpo da mulher era escondido e o erotismo directo era substituído por formas indirectas, culturalizadas, sublimadas, de prazer. O erotismo, ainda que fantasiado, apenas era publicamente aceite e permitido ao sexo masculino.

Nessa época, o vestuário acumulava-se em sucessivas camadas sobre a epiderme, como uma camuflagem e protecção dos órgãos genitais, repelindo hipotéticos ataques à castidade em geral e muito especialmente à virgindade.

Nos meados do século XIX passou-se a valorizar mais o corpo e os cuidados a nível da higiene. Contudo, ainda permanecia um movimento de repressão da sexualidade, baseado numa moral vitoriana.

O século XX trouxe alterações profundas na cultura e na sociedade, que se reflectiram também na sexualidade.

Segundo Roque (2001), as normas rígidas no que se refere ao casamento, à sexualidade e ao amor, que vigoraram desde a idade média, foram postas em causa e completamente ultrapassadas. Verificou-se nas décadas de 70 e 80 um marcado aumento da incidência de relações sexuais entre os jovens (Alan Guttmacher Institute, 1994, cit. por Roque 2001) e hoje em dia a primeira relação sexual ocorre mais cedo do que nas gerações anteriores. As alterações históricas que ocorreram nessa época, tiveram acentuadas implicações no comportamento dos jovens. Sendo de destacar, a aprovação por parte de ambos os sexos das relações sexuais antes do casamento, sempre que ocorram no contexto de uma relação afectiva e o aumento do número de mulheres a iniciar a sua actividade sexual a meio da adolescência.



Alferes (1997) refere duas grandes perspectivas explicativas dos comportamentos sexuais, as psicobiológica, centradas na sexualidade natural e nos mecanismos filogenéticos que lhe dão forma: o sexo, tal como a fome ou a sede, constitui uma necessidade biológica, uma função corporal geneticamente condicionada, produto de um processo evolutivo determinável e determinante. As perspectivas antropológicas e/ou sociológicas, que se baseiam nas regularidades normativas, associadas às infra-estruturas familiares e sociais.

A sexualidade, segundo Nodin (2002), está ligada aos aspectos biológicos do funcionamento humano, no que respeita ao aparelho reprodutor e está intimamente ligada a vida emocional e afectiva de cada indivíduo, nomeadamente na forma como ele interage com os outros.

A Organização Mundial de Saúde, define a sexualidade como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental”.

2.2 – DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

Na psicanálise, a partir da análise ou interpretação da fantasmática consciente ou inconsciente dos adultos, Freud vai descrever e explicar o desenvolvimento da sexualidade. Para o efeito, parte do “pressuposto de que uma tal evolução se repercute no desenvolvimento psíquico em geral e afectivo em particular” (Silva, 1982, p. 74).

Como refere Braconnier (2000), Freud integra na sexualidade infantil actividades e excitações que levam a um prazer que não se reduz à satisfação das necessidades básicas (fome, excreção, etc.), mas que se apoia nessas necessidades. Essas excitações são também encontradas nas componentes da forma normalizada do amor sexual.

Para Freud, o desenvolvimento humano e a constituição do aparelho psíquico são explicados pela evolução da psicosexualidade. A sexualidade está integrada no nosso



desenvolvimento desde o nascimento, evoluindo através de estádios, com predomínio de uma zona erógena.

Cada estágio de desenvolvimento, descreve um conjunto de transformações que afectam ou influenciam certas condutas infantis, certas pulsões, até acontecer a sua integração na sexualidade genital.

Freud define e caracteriza cinco estádios de desenvolvimento psicosexual:

- Estádio oral (0 – 12/18 meses): A zona erógena nos primeiros meses é constituída pelos lábios e pela cavidade bucal. A alimentação (através da mama) é uma grande fonte de satisfação e prazer;
- Estádio anal (12/18 meses – 2/3 anos): A maturação e o desenvolvimento psicomotor vão permitir à criança reter ou expulsar as fezes e a urina. Neste estágio a zona erógena é a região anal e a mucosa intestinal, que estimula ou contrai como fonte de prazer;
- Estádio fálico (2/3 anos – 5/6 anos): Freud deu particular importância a este estágio por ser durante este período que as crianças vão vivenciar o conhecido complexo de Édipo;
- Estádio de latência (5/6 anos - puberdade): Este estágio caracteriza-se por uma diminuição da actividade sexual e um aumento de disponibilidade interior para aprendizagens escolares, sociais e culturais;
- Estádio genital (depois da puberdade): A adolescência reactiva uma sexualidade que esteve adormecida durante a latência.

Vaz (1996, p. 82) refere que a “sexualidade na infância diferencia-se pela inespecificidade do desejo e prazer, que surge muito associado às sensações do corpo e à comunicação afectiva. Prazer e afectos são indissociáveis, especialmente neste período.”

“Desde que nasce até aos dois anos, a criança manifesta a sua sexualidade através da exploração de diferentes partes do corpo, incluindo os genitais, e demonstra experimentar prazer genital: nos meninos observam-se erecções e nas meninas lubrificação vaginal” Pereira e Freitas (2001, p. 39).



Segundo as mesmas autoras, aos três e quatro anos, a criança toma consciência das diferenças corporais e de gênero, revelando curiosidade em relação a elas, imitação da conduta sexual dos adultos, fazem as primeiras perguntas relativas ao sexo e procuram ver o que há debaixo da roupa dos colegas ou das bonecas.

Vaz (1996) acrescenta que a criança a partir dos 3 anos, tende a assumir e expressar as expectativas face à diferenciação de papéis, rapaz e rapariga.

Dos cinco aos oito anos revelam curiosidade no que se refere à gravidez e ao nascimento, manifestam interesse pelos papéis de gênero, frequentemente estereotipados.

Segundo Vaz (1996) a sexualidade na latência parece adormecida, existindo um maior investimento na aprendizagem escolar. Nesta fase, o desenvolvimento intelectual é de maior predominância.

Refere ainda, que “a moral sexual é interiorizada e aceite pela criança nesta fase de forma conformista. Perante os adultos, modelos de transmissão de valores e atitudes privilegiados, assiste-se à inibição de expressões sexuais e a um crescente pudor com o corpo, que atinge o seu auge na pré-puberdade” Vaz (1996, p. 84).

Finalmente, entre os nove e doze anos inicia-se a puberdade, o jovem tornam-se mais reservado, necessita de uma maior privacidade e sente maior pudor em algumas circunstâncias e surgem a primeiras paixões.

É a partir da puberdade que um conjunto de comportamentos sexuais se tornam progressivamente um pólo de maior interesse e descobertas.

Segundo Pagès-Poly e Pagès (1999), os jovens progridem ao longo do seu desenvolvimento da sexualidade em três estádios. O primeiro refere-se à paixão, o estar apaixonado, a primeira história de amor, passando posteriormente para o auto-erotismo, com as percepções narcísicas ligadas ao seu próprio corpo, a masturbação e finalmente o universo do outro, a busca do parceiro sexual com os encontros, as saídas às discotecas, os primeiros beijos e carícias e depois as primeiras experiências sexuais.

“Podem, então, masturbar-se até atingir o orgasmo, ter fantasias sexuais ou românticas e, geralmente no final desta fase, pode ocorrer a sua primeira experiência sexual” Pereira e Freitas (2001, p. 40).



Simultaneamente às várias transformações físicas que acontecem no rapaz e na rapariga, por acção das hormonas sexuais e às novas experiências vivenciadas, surgem sensações relativamente ao próprio corpo, mais ou menos, agradáveis e excitantes.

A descoberta de si próprio e do outro enquanto objecto de desejo sexual, processo que se desenrolou ao longo da adolescência, entra agora numa nova fase. A presença de um corpo maduro e o estatuto social ganho, ou não, com a maioridade vai permitir uma exploração da sexualidade em formas que até aí não eram possíveis. No entanto, as exigências também passam a ser maiores relativamente às expectativas que os outros, família, amigos e sociedade em geral, passam a ter face ao seu comportamento.

2.3 – O SIGNIFICADO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Vaz (1996) refere que a sexualidade na adolescência deve ser compreendida no âmbito do conjunto de mudanças biopsicossociais que ocorrem nesta fase. Associado ao desenvolvimento global, surgem as alterações hormonais conduzindo à maturação dos órgãos genitais, o que vem possibilitar ao adolescente a vivência de novas sensações, de carácter eróticas, assim como indica a capacidade reprodutiva.

O comportamento sexual dos adolescentes é um comportamento que procura significados. A experiência sexual constrói-se progressivamente no decurso da adolescência e constrói-se sob a influência das normas sociais mutáveis.

A adolescência pressupõe um enriquecimento da sensibilidade, manifesta através de formas distintas de amar, exteriorizadas através de estados emocionais mais fortes e dirigidos, com frequência a objectos heterossexuais e com implicações para a sexualidade, Evaristo (1991).

“O desenvolvimento sexual é um processo contínuo e dinâmico; a capacidade de exprimir significados eróticos no seio de um comportamento social aprende-se, principalmente durante a adolescência e no começo da idade adulta” Claes, (1990, p. 93).



Segundo Claes (1990) antes de 1915, três quartos das raparigas casavam virgens, mas estes números mudaram bruscamente no decurso dos anos 20 para se situar em torno dos 50% em 1925. Tudo leva a crer, que nesta década os valores sexuais da sociedade ocidental sofreram uma importante evolução.

Posteriormente, foi a partir da década de 70 que se observaram modificações substanciais nos comportamentos sexuais dos adolescentes.

O comportamento sexual das raparigas conheceu uma progressão gradual e significativa durante os últimos 20 anos. Segundo dados de Claes, se aos 19 anos, os dados de 1940 indicavam uma proporção de 3 rapazes para 1 rapariga tendo experimentado relações sexuais completas, durante os anos 70, as raparigas alcançaram os rapazes.

Segundo Claes (1990, p. 90) “as relações sexuais pré-maritais são aceites pelos dois sexos e consideradas como necessárias e naturais”.

De acordo com os dados relativos à realidade portuguesa (INE, 1998), a idade média para a primeira relação sexual nas mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos à data do inquérito, situa-se nos 19,8 anos e tem vindo a decrescer progressivamente. Nos rapazes do mesmo grupo etário a idade em que se verifica o início da actividade sexual é aos 17,4 anos. Um estudo levado a cabo pela Câmara Municipal de Loures (Pais, 1996) revela que a maioria dos jovens daquele concelho teve a sua iniciação sexual em média um pouco mais cedo que a restante população nesta faixa etária, nomeadamente entre os 16 e os 17 anos. Verificou-se ainda um aumento considerável na percentagem de jovens que têm experiência sexual entre os 18 e os 20 anos (65%), quando comparados com os pertencentes à faixa etária dos 21 aos 24 anos (80%).

De entre os que ainda não iniciaram a sua vida sexual, as razões apresentadas pelos mais novos (18-20 anos) são, primeiro, o ainda não ter encontrado a pessoa certa (29,3%), seguido da consideração de que se é ainda muito novo (25,7%). No grupo dos 21 aos 24 anos, o padrão é igual, apesar de apresentar valores diferentes. Assim, a primeira categoria é referida por 31% dos inquiridos, enquanto que a segunda surge com 19% das escolhas. Percebe-se, assim, que os factores maturacionais têm uma influência considerável na decisão de iniciar a actividade sexual. É de resto também notória a influência que os ideais de amor romântico têm nesta faixa etária, uma vez que se considera a presença da "pessoa certa" como factor essencial para o início da vida sexual.



Estes ideais relativos às relações afectivas não são, aliás, exclusivos das gerações mais novas e encontram-se também em adultos (Pais, 1999). Cada vez mais as relações afectivas são consideradas como um meio de atingir a felicidade pessoal e a partilha com o parceiro, sendo mantidas unicamente de acordo com este pressuposto. Paralelamente, é possível também encontrar, entre os jovens adultos, uma valorização dos aspectos eróticos e hedonistas da sexualidade, que reforçam a ideia de uma vivência do sexo associada ao prazer (Pais, 1999). No entanto, existem diferenças significativas associadas ao género nestes resultados, o que poderá estar relacionado com as diferenças relativas à tomada de decisão em iniciar a vida sexual em rapazes e raparigas.

Alferes (1997) verificou, na sua amostra composta por estudantes universitários, que apesar de existir, aos 18 anos, uma diferença significativa entre a percentagem de raparigas e rapazes que nunca tiveram relações sexuais, esta diferença diminui progressivamente até aos 25 anos, de forma que, a esta idade, a diferença é de apenas 2 pontos percentuais. Este autor descobriu que a maioria dos jovens declara ter estado apaixonado pelo primeiro parceiro sexual. No entanto, são as raparigas que maioritariamente (88,5%) declaram que se encontravam nesta situação à data da primeira experiência sexual, por oposição a um número consideravelmente inferior de rapazes (62,7%).

Assim, mais uma vez se confirma que o afecto é um factor essencial para que exista um envolvimento sexual, enquanto que o casamento é considerado como condição necessária para apenas 6% dos jovens (Pais, 1999). Comparando estes resultados com dados de há 10 anos atrás (Figueiredo, 1988) é possível verificar já uma, evolução nas concepções juvenis sobre o comportamento sexual anterior ao casamento. Apesar disso, não deixa de ser interessante verificar que as diferenças relativas ao género se mantêm, apesar de atenuadas em tempos mais recentes.

No que respeita ao número de parceiros sexuais, o mesmo duplo padrão atenuado também é aplicável. Alferes (1997) verificou que, enquanto que as raparigas do seu estudo tiveram um único parceiro sexual, os rapazes tiveram em média 2,2 parceiros durante toda a vida e 1,3 no último ano. Simultaneamente, nos rapazes a presença de relações sexuais com parceiros concomitantes é 2,4 vezes superior à das raparigas, e por cada contacto sexual ocasional (one night stand) feminino; existem 3,3 masculinos.



Vasconcelos (1998) confirma estes resultados, chamando, no entanto, a atenção para a possibilidade da existência de viés nos resultados por as respostas dos inquiridos irem ao encontro das expectativas sociais a esse nível, de forma que possa ter ocorrido uma sub-indicação de parceiros no caso das raparigas e sobre-indicação no caso dos rapazes.

Para além das questões relacionadas com o género, este autor aponta também para diferenças substanciais nas diversas variáveis abordadas quando se estratificam as amostras em termos de religião, escolaridade e nível social.

Os adolescentes entre os 15 e 20 anos revelam ser um grupo etário algo deficitário em matéria de educação sexual e de programas de intervenção visando a promoção da saúde. É uma faixa etária que, dadas as suas características e estilos de vida, padrões de actividade sexual e situações de mudança e adaptação associados, tem um interesse indiscutível relativamente às questões da saúde sexual e reprodutiva (Cruz & Vilaça, 1996).

Estas expectativas vão ser distintas para cada um dos sexos, apesar das transformações que o papel de género tem vindo a sofrer na nossa sociedade (Cooper, 1996). Elas irão também reflectir-se naquilo que se convencionou chamar de duplo padrão de moralidade, ou seja, uma "maior permissividade em relação à sexualidade dos rapazes, em contraste com uma maior repressividade em relação às raparigas" (Pais, 1996, p.196). Apesar de esta tendência ser menos pronunciada do que há algumas décadas atrás, ela evidencia-se ainda numa maior tolerância no que respeita ao comportamento sexual dos homens, por oposição ao das mulheres, o que leva a uma atitude em que "perdoa-se aos homens aquilo que muito provavelmente não se acha que deva ser perdoado às mulheres" (Vasconcelos, 1998, p.238). Este duplo padrão verifica-se sistematicamente nos diversos estudos relativos às práticas sexuais que se encontram disponíveis sobre este grupo etário.

A masturbação significa a procura de prazer por um indivíduo, através da excitação dos seus próprios órgãos sexuais, e constitui a forma mais natural de libertar a tensão e a energia acumuladas ao nível dos órgãos genitais, como expressão das suas pulsões sexuais.

A masturbação pode ser praticada em todas as idades, desde bebés a idosos, mas com o início da puberdade ela atinge geralmente uma maior expressão.



Importa aqui realçar que esta prática é absolutamente normal, ao contrário do que durante largo tempo foi transmitido, e constitui a melhor maneira de conhecer o próprio corpo e as sensações que ele pode obter.

Entre os mitos e falsas crenças que o rodearam, o conduzir à impotência masculina era um dos fantasmas mais ameaçadores. Através de estudos realizados na área da sexualidade, nomeadamente pelo sexólogo Alfred Kinsey, sabe-se que, pelo contrário, entre os impotentes se encontra uma grande parte dos homens que nunca se masturbaram.

2.4 – SEXUALIDADE NOS ALUNOS DO 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO E SECUNDÁRIO

O 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário abrangem períodos distintos de evolução da sexualidade dos jovens e do seu desenvolvimento global, caracterizados por mudanças rápidas e em ritmos muito diferenciados de jovem para jovem.

Embora de delimitação pouco definida, é possível considerar três períodos ou estádios no desenvolvimento sexual durante a segunda década da vida. Um primeiro, que acontece, com maior frequência, até cerca dos doze anos, em que uma parte significativa dos jovens não iniciou, ainda, as transformações pubertárias mais evidentes (aceleração brusca do crescimento, acentuação dos caracteres sexuais secundários, menarca, primeiras ejaculações); uma segunda fase, mais frequente por volta dos treze/catorze anos, em que os fenómenos pubertários cursam de forma mais exuberante e rápida, numa parte significativa dos jovens; um terceiro período, a partir dos catorze/quinze anos, em que a transformação corporal pubertária desacelera - e em que se acentuam quer os sentimentos e a procura da autonomia face aos adultos, quer a experimentação de relações amorosas e, para uma parte dos jovens, de relações sexuais coitais.

Como vimos anteriormente, é importante realçar que a cronologia apontada não é semelhante entre os sexos; de forma genérica, considera-se que os fenómenos pubertários na rapariga ocorrem, em média, cerca de um ano e meio mais cedo do que os equivalentes no sexo masculino.



Em termos escolares, a primeira situação acima descrita é mais frequente no 2º Ciclo e as duas outras tendem a ocorrer a partir do 3º Ciclo.

Na primeira fase, caracterizada por uma relativa estabilidade emocional e pelos primeiros sinais pubertários, ocorre, a nível intelectual, um processo de evolução rápida das capacidades de construir raciocínios abstractos, de poder de reflexão. Na esfera individual, no domínio da intimidade, assiste-se frequentemente ao desenvolvimento de sentimentos mais ou menos novos de pudor e vergonha face ao corpo.

Nestas idades, a actividade masturbatória constitui, também, uma prática frequente. A nível relacional, os adolescentes formam, muitas vezes, grupos monossexuais nos quais se processa um jogo ambivalente de provocação e sedução entre rapazes e raparigas, de paixões escondidas por um aparente afastamento, desdém e troca (Frade, 1992).

Basicamente, em termos de necessidades de informação, os jovens interessam-se por uma multiplicidade de temas, incluindo a área da sexualidade. Existe uma vontade intensa de “saber tudo”, não tanto porque estas dúvidas estejam ligadas à sua vivência pessoal, mas, muito provavelmente, porque são mais capazes de questionar e de ter curiosidade sobre o mundo, em particular sobre o dos adultos. É, ainda, esta curiosidade que predomina e que se expressa através de perguntas sobre a reprodução e a vida amorosa e sexual, nomeadamente a partir da eleição de ídolos ou de outras pessoas mais velhas que funcionam como modelos para os jovens, como referimos anteriormente.

Todos estes sentimentos se acentuam na etapa seguinte da adolescência, mas misturados, agora, com as transformações biológicas e emocionais da puberdade, como o aparecimento da menstruação ou das primeiras ejaculações, o crescimento físico e um acentuado aumento do desejo sexual e das sensações eróticas.

Nesta fase é, portanto, natural que os jovens tenham mais dúvidas sobre as mudanças que lhes estão a acontecer e não somente sobre as coisas que percebem à sua volta, nos contextos familiar, escolar e social. Estas dúvidas podem assumir a forma de sentimentos de perplexidade e preocupação face ao corpo em mudança (elegância, beleza, acne, etc.), de comparação com os outros jovens e de timidez e insegurança.

A nível relacional, esta fase é acompanhada de mudanças na relação com os adultos significativos e com os outros jovens. Quanto aos adultos significativos, a maior capacidade de fazer juízos morais e um maior desejo e uma necessidade de autonomia



manifestam-se frequentemente num aumento da conflitualidade em torno das questões de disciplina, da liberdade para sair, das férias e, em alguns casos, dos problemas relacionados com a escola. Frequentemente, também os pais podem experimentar novas dificuldades em gerir esta etapa de desenvolvimento dos filhos.

Começa, agora, a ser quebrada a monossexualidade tendencial dos grupos de pares, as paixões, antes escondidas, começam a ser declaradas e, algumas, a concretizar-se nas primeiras relações amorosas. Muitos jovens começam a experimentar os sucessos, insucessos e dificuldades na esfera amorosa, assim como podem consolidar positiva ou negativamente a auto-estima e a autoconfiança.

Muitas vezes, a acentuação do desejo sexual e das sensações eróticas não tem o mesmo objecto das relações amorosas. Centra-se mais na exploração do corpo, nas fantasias, no culto e atracção pelos ídolos e menos numa actividade sexual com eventuais parceiros amorosos reais. Assim, nesta fase, o comportamento sexual mais frequente é a masturbação e, eventualmente, as carícias mútuas sem penetração. Mas, nalguns casos, podem ocorrer relações sexuais quer no contexto de relações amorosas, quer em contextos ocasionais.

O último tipo de situação, mais frequente no final do 3º Ciclo, é, fundamentalmente, caracterizado por um aumento da ocorrência do relacionamento amoroso e sexual. “A ambivalência característica da fase anterior tende a desaparecer, para dar lugar a uma explicitação mais clara das preferências sexuais, quer em termos da orientação do desejo (hetero, homo ou bissexual), quer em termos da escolha de parceiros ou parceiras” (Frade, 1992).

Nesta fase, numa parcela significativa dos jovens os objectos de desejo amoroso e sexual tendem a coincidir, assim como a ocorrência de relações sexuais (Vasconcelos, 1998). Esta vivência da sexualidade é, muitas vezes, pautada pelas sensações de experimentação e de risco, o que dificulta, em muitos casos, a adopção de práticas preventivas, nomeadamente no plano das gravidezes não desejadas e das DST.

As necessidades de informação tendem a centrar-se na própria vivência afectiva e sexual, nas preocupações e dúvidas sobre si próprios, sobre as relações com os outros, numa busca de identidade pessoal e de consolidação de atitudes e valores.



Após uma primeira fase caracterizada pelas mudanças mais bruscas e acentuadas da puberdade e que, em termos do percurso escolar, podemos situar essencialmente durante o 3º Ciclo do Ensino Básico, os adolescentes entram numa nova fase, em que as transformações se processam de uma forma menos exuberante. Dir-se-ia que existe, agora, um corpo adulto em desenvolvimento.

Recorde-se, no entanto, que estes processos apresentam grande variabilidade individual e, por isso, podem coexistir jovens na mesma fase etária em diferentes graus de desenvolvimento.

Neste novo estágio, a nível psicossocial, o processo de autonomia e construção de uma identidade adulta acentua-se e consolida-se, dando origem a sistemas de atitudes, valores e sentimentos mais estáveis. Neste contexto, a construção da intimidade - no que diz respeito, em particular, às relações amorosas e à sexualidade como um todo - representa um elemento fundamental. As novas possibilidades e necessidades sexuais emergentes, nem sempre fáceis de assimilar e de assumir, podem desencadear conflitos ou dificuldades que os adolescentes têm de enfrentar e tentar superar. Mas o curso adequado de todo este processo permite ganhar a noção de ser-se pessoa sexuada, diferenciada do semelhante, que pode pautar as suas condutas por um sistema de valores próprio e congruente, ao longo do tempo.

Nesta etapa, os relacionamentos amorosos têm características mais duradouras. Existe uma progressiva aprendizagem erótica que, à semelhança das fases anteriores, pode tomar um sentido positivo ou, ao invés, ir ficando marcado por experiências e sentimentos negativos não ultrapassados.

Nas relações afectivas, na amizade e no amor existem, agora, grupos que integram rapazes e raparigas, que vão, cada vez mais, albergar as relações diádicas que os seus membros vão construindo. Existirá, também, uma parte significativa dos jovens que não se envolve em relações amorosas, preferindo as relações de amizade ou, noutros casos, serem elementos mais solitários, sem estabelecimento de laços estáveis, mesmo no plano da amizade.

Neste contexto, consolida-se o conjunto de atitudes e valores face à sexualidade, ao amor, aos papéis masculino e feminino, às normas de relacionamento entre os sexos. Nesta fase, as primeiras experiências amorosas duradouras, como momentos de interacção



íntima, constituem, também, um espaço de (re)formulação daquelas normas, valores e atitudes.

Em termos de comportamentos sexuais, para além da actividade masturbatória, que é frequente, por parte dos rapazes e das raparigas, estes envolvem-se em experiências diversas, desde carícias íntimas a relações sexuais coitais.

Está consolidada, também, a orientação do desejo, tornando-se cada vez mais nítida, em cada jovem, a consciência sobre a orientação do seu desejo sexual, seja hetero, homo ou bissexual. A este propósito, há que realçar o facto de aos jovens com orientação homo ou bissexual se depararem maiores dificuldades pessoais e sociais, dado que os seus desejos e comportamentos estão em contradição com as normas sociais dominantes.

Globalmente, falar de sexualidade nesta fase pressupõe ter em atenção as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do adolescente.

A diferenciação sexual, o crescimento, as constantes alterações físicas, a maturação do aparelho psíquico e a forma como desenvolvem os relacionamentos interpessoais são marcantes em todo este processo.

Realça-se que nesta fase, o ponteiro do relógio biológico anda rapidamente e a par da velocidade a que os corpos dos adolescentes ganham novas formas, as alterações emocionais, físicas e sexuais surgem e trazem consigo novas vivências. É nesta altura que a sexualidade adquire um significado especial e mais intenso.

A sexualidade entre os adolescentes é vivida muitas vezes em contexto de namoro, procura de ascensão ao mundo dos adultos, descoberta, desejo e prazer, assim como de proximidade do modelo comportamental dos restantes pares. Contudo, tal acontece mas com bases pouco consistentes tanto ao nível da informação como da capacidade de activar comportamento protectores face a uma sexualidade que possa implicar o risco de contágio por doenças sexualmente transmissíveis (DST) e/ou de uma eventual gravidez.

Como vimos ao longo deste capítulo, quanto mais consolidadas estiverem todas as dimensões supracitadas, maior será a probabilidade do adolescente iniciar a sua vida sexual de forma segura.



3 – INTERACÇÃO FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

A família é o elo de ligação entre a criança e o mundo que a rodeia. Nela, a criança e o adolescente crescem, tendo como modelos os dos seus educadores.

É um espaço que por eleição supõe afecto, a comunicação, a partilha, a cooperação e o respeito pela diferença. É igualmente um importantíssimo agente de socialização na infância e na adolescência, sobretudo no que se refere à transmissão de valores. Daí que ocupe igualmente um lugar essencial na compreensão dos comportamentos de risco na adolescência.

3.1 – FAMÍLIA E SEU FUNCIONAMENTO

É habitual pensarmos na família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais do que uma família. Esta é um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda o espaço de vivências de relações afectivas profundas, numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos.

Minuchin (1979) define a família como um sistema aberto em relação dinâmica com o exterior. As alterações no contexto social levam a modificações na família e nos indivíduos que a constituem de modo a manter a continuidade da existência da família que dá a cada um dos seus membros um quadro de referência.

A Família pode ser considerada “(...) como um sistema interactivo, isto é, não como a soma de uma série de comportamentos individuais desligados mas, como qualquer coisa que, ao incluir todos esses comportamentos, de qualquer modo os sugere e os articula num conjunto funcional” Andolfi (1981, p. 30).



Nas palavras de Gameiro (1994) a família é uma rede complexa de relações e emoções onde ocorrem sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados.

Neste sentido, a família é um todo formado pelo conjunto de pessoas que a compõem, mais a teia relacional que a unifica, facto que confere a esse todo características de unicidade e especificidade, que tornam uma família sempre diferente de qualquer outra família e até mesmo dela própria.

As relações familiares devem ser encaradas sob o ângulo da permanência e da mudança, de forma a preservar a estabilidade e o equilíbrio do sistema.

Segundo Pallazzoli (1978), para o equilíbrio dinâmico de qualquer sistema são indispensáveis quer a tendência homeostática (retroacção negativa), quer a capacidade de transformação (retroacção positiva).

Com base neste conjunto de retroacções e nos modos de interacção que eles determinam, as famílias evoluem para um determinado estado, pelas vias mais diversificadas.

Quando as famílias revelam incapacidade de adaptação às mudanças, emergem as denominadas crises de desenvolvimento, que são o reflexo de uma situação de instabilidade, de *stress*. As crises não são forçosamente permanentes e negativas, podem revelar-se positivas quando a família as ultrapassa e adquire novos níveis de funcionamento que a tornam mais apta.

Segundo Relvas (1996) a família é um sistema aberto e em permanente equilíbrio ou desequilíbrio dinâmico entre duas forças supostamente divergentes: a coesão/união e a adaptação/transformação dos seus membros. Ela sofre diversas transformações ao longo do tempo, as quais devem implicar a reestruturação de todo o sistema familiar. As mudanças são geradoras de desequilíbrios, os quais são, a maior parte das vezes, transitórios.

Designa-se por ciclo vital da família a sequência previsível de transformações na organização dessa instituição social, em função da realização de tarefas bem definidas, que marcam as etapas desse percurso.



Assim, poderemos referir os ciclos de vida familiar:

- Formação do casal;
- Família com filhos pequenos;
- Família com filhos na escola;
- Família com filhos adolescentes;
- Família com filhos adultos.

A família passa, ao longo do seu ciclo vital, por diversas crises, podendo ser caracterizadas por:

- Crises naturais, que resultam do crescimento, do envelhecimento e da morte;
- Crises acidentais, são os imprevistos que surgem no percurso evolutivo da vida familiar, tais como o desemprego, o divórcio, a morte súbita e precoce de um dos seus membros e as mudanças de país.

A capacidade de adaptação às mudanças de toda e qualquer família estão constantemente a ser solicitadas e testadas, devido à passagem dos estádios do ciclo vital da família e às interações com outros sistemas extra-familiares.

Para lidar adequadamente com as solicitações, é essencial que as regras do seu funcionamento sejam claras e bem definidas, tendo em conta os papéis de cada um, o modo como estes devem ser assumidos e os respectivos contextos.

Usando a terminologia de Minuchin, as fronteiras funcionam como membranas, semelhantes às que existem nas células de qualquer organismo vivo, sendo semipermeáveis e permitindo a passagem selectiva da informação, quer entre o sistema e o meio quer entre sub-sistemas.

“A função das fronteiras é proteger a diferenciação do sistema. Cada sub-sistema familiar tem funções determinadas e faz exigências específicas aos seus membros; e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, conseguidas nestes sub-sistemas, está baseado na liberdade do sub-sistema de não sofrer interferências de outros sub-sistemas”
Minuchin (1990, p.59).



Como já referimos, a família é um sistema em constante actividade e transformação, sofrendo alterações sucessivas ao longo do seu ciclo de vida, tal processo permite à família assumir a sua identidade pela mudança.

Cabe à família, como matriz de identidade, assumir duas tarefas primordiais: por um lado proporcionar aos seus membros um sentimento de pertença/indiferenciação e, por outro, promover a sua separação/individuação.

No interior de uma família, a saúde reside no equilíbrio entre a ligação e a separação ou distância/proximidade das gerações e, para tal, as fronteiras dos sub-sistemas devem ser claras e suficientemente bem definidas, por forma a permitir aos seus membros quer o cumprimento das suas funções, quer o contacto destes com o exterior, sem receios e constrangimentos.

Quando as fronteiras entre gerações e sub-sistemas estão definidas e demarcadas com clareza, verifica-se um reforço na flexibilidade de papéis, contudo o inverso, “a ausência de limites interpessoais claros (...) é traduzida na impossibilidade de cada um, iniciar livremente uma relação íntima ou libertar-se” Andolfi *et al.* (1989, p.20)

Olson (1989), numa tentativa de sistematizar estes conceitos explicativos da dinâmica familiar, recorre à dimensão coesão, com a qual pretende descrever e avaliar as ligações emocionais entre os elementos de uma família.

O Modelo Circumplexo (MC) de Olson, avalia o funcionamento das famílias, a nível de três dimensões da vida familiar: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação e visa diagnosticar e medir os laços/ligações emocionais, os limites intergeracionais, as coligações, o tempo, o espaço, os amigos, a tomada de decisões, os interesses e o lazer.

A coesão familiar pode assumir quatro graus desde emaranhada (alta coesão) até desligada (baixa coesão), passando por níveis centrais (separada/ligada) mais viáveis para o bem funcionamento da família, indicadores de indivíduos capazes de experiências equilibradas ligadas à família (Olson, 1989).

Os extremos (desligada/emaranhada) são geralmente vistos como sintoma de problemas familiares, sendo que, um grau elevado de coesão (emaranhamento) impede a individuação dos membros da família, enquanto que baixo grau de coesão (desligamento), conduz a níveis elevados de autonomia dos seus membros.



Para Minuchin as crises e o *stress* familiar podem estar associados a mudanças ligadas ao desenvolvimento dos membros da família. Por exemplo, pode considerar-se como factor precipitante de uma crise, a entrada na adolescência de um filho, que exige uma adaptação por parte do sistema familiar. Se este não é capaz de se re-estruturar e reage ao *stress* de desenvolvimento, mantendo inapropriadamente os esquemas estruturais anteriores, verifica-se uma disfunção nos padrões transaccionais.

Os conceitos de permanência e mudança são muito importantes, tendo implicações no funcionamento ou disfuncionamento de uma família e consecutivamente dos membros que a compõem.

Olson (1989), define a capacidade de mudança como “adaptabilidade” e sendo uma característica benéfica para a manutenção e saúde da família.

3.2 – O ADOLESCENTE E A FAMÍLIA

Segundo Lourenço (1998) na adolescência o grupo familiar mantém a sua função de segurança, protecção e afecto, sendo contudo norma a autonomização do jovem, associada a alguma ambivalência e medo. A família também atravessa esta etapa com a sua quota-parte de sofrimento, com o conseqüente trabalho de luto e capacidade de tolerar as separações.

Alarcão (2000) refere-se a esta etapa do ciclo vital da família como “a etapa mais longa e mais difícil do ciclo vital, na medida em que exige um permanente equilíbrio entre as exigências do sistema familiar e as aspirações de cada membro da família”.

Segundo Sampaio (2000), o adolescente tem de abandonar a posição infantil de dependência em relação aos seus pais, desprendendo-se da noção de mãe e de pai que tudo resolvem e a quem se pode recorrer sempre, em momentos de instabilidade ou confusão. A autonomia do adolescente diz respeito à progressiva separação dos pais e também à segurança em si próprio, nos comportamentos e nos valores do adolescente. No entanto a família também ela tem de mudar no sentido de abandonar a relação infantil, ser capaz de



deixar o filho partir, encontrar razões para continuar junta com o adolescente. É preciso encontrar um novo equilíbrio no sistema familiar.

A transição de um estágio para o outro pode ser um período de *stress* para as famílias dado que requer mudanças nos anteriores padrões comportamentais, bem como a aquisição de novas competências e comportamentos. Tal situação verifica-se, naturalmente, na passagem para o estágio em que na família passam a existir filhos adolescentes.

A família vivência os acontecimentos relacionados com a puberdade e adolescência como o início da saída dos filhos de casa. Assim, a sua resposta a estas alterações pode constituir-se em reacções centrípetas (tentativas de evitar esta saída dos filhos) ou centrífugas (reacções que impelem precocemente os filhos para fora do sistema) mais ou menos significativas e mais ou menos problemáticas. O movimento de afastamento não é provocado apenas pelo adolescente, uma vez que a adolescência ocorre numa fase em que a família já está a passar por um período mais centrífugo (Combrick-Graham, 1988). Nesta altura, cada uma das gerações está envolvida em reavaliações – a geração mais velha prepara-se para a reforma; a geração dos pais entra nas transições da meia-idade; e a mais nova está envolvida nas questões da identidade pessoal. Durante este período é natural que ocorram mudanças no estilo de vida familiar, tais como reformas, divórcio, recasamento, mudanças profissionais, saídas de casa. Estas alterações reforçam a orientação do adolescente para as referências extra-familiares, tais como os seus pares (Combrick-Graham, 1988).

McGoldrick (*cit. in* Relvas, 1996), referem que as mudanças exigidas à família, durante este período, se situam em diferentes níveis:

- Flexibilidade das fronteiras, de modo a facilitar as entradas e as saídas, num jogo de independência e dependência (esta flexibilidade passa pela alteração das relações pais-filhos, nomeadamente no que se refere à autoridade e ao intercâmbio de ideias e valores);
- Centração dos pais em áreas referentes à vivência da meia-idade;
- Conjugal e carreira profissional;
- Início da função de suporte à geração mais velha.

Assim, não é apenas o adolescente que busca uma identidade e autonomia. É toda a sua família que tem que se reorganizar para prosseguir o seu percurso de vida, garantindo a



sua identidade e a sua própria sobrevivência. Com efeito, se a ameaça de aniquilação é visível em movimentações demasiado centrífugas, o reforço de movimentos centrípetos não deixa de ameaçar a sobrevivência da família ao fixá-la num determinado estágio de desenvolvimento e ao comprometer o cumprimento das suas tarefas fundamentais - a formação de indivíduos autónomos e a adaptação a uma cultura. Segundo Bénoit (1988), do ponto de vista do sistema familiar, esta fase de partida dos filhos é a mais longa e mais difícil do ciclo vital, já que deverá manter-se o equilíbrio entre as exigências do sistema e as aspirações individuais.

Como nos diz Gameiro (1994) ao apresentar o conceito de "figuras de vinculação de reserva", no período de vida em que os filhos são adolescentes, os ajustamentos na relação pais-filhos devem ser mútuos. Aos pais são exigidas consideráveis mudanças na percepção do adolescente, bem como a renúncia em algumas das gratificações até aí obtidas através do papel parental de prestação de cuidados. Estas mudanças são concomitantes aos desafios que o seu próprio ciclo de vida lhes coloca.

É do conhecimento comum que muitos problemas da adolescência têm origem em dificuldades já experimentadas na infância. Fleming (1993), nos seus estudos refere-se à questão da autonomia do adolescente, relacionando-a com as atitudes parentais. Assim o modo de lidar dos pais com os filhos pode variar, definindo vários estilos: o estilo democrático, no qual as determinações parentais são explicadas e negociadas, mas onde existem regras de funcionamento familiar bem definidas, se bem que flexíveis; o estilo autocrático, onde o poder dos pais pretende ser absoluto, as negociações são raras ou muito limitadas, as regras são imutáveis e as decisões são impostas pelos pais; e finalmente o estilo permissivo, em que a liderança dos pais é fraca ou irregular, com fracasso do controlo parental e onde as negociações são infundáveis, com regras mutáveis, introduzindo na família um "deixa andar" e um "salve-se quem puder".

Mas para além deste eixo, autonomia – controlo, que no fundo está relacionado não só com o crescimento psicológico individual, mas também com a adaptabilidade da família, temos que considerar o eixo amor – hostilidade, que define o tipo de relacionamento afectivo entre o adolescente e os seus pais. Assim, de acordo com estudos já realizados por Sprinthall e Collins, citados por Sampaio (2000), tem-se vindo a concluir que "os sujeitos cujos pais foram exigentes e simultaneamente rejeitantes, frios e



repressivos, eram, na adolescência e na idade de jovens adultos, indivíduos não autónomos e ansiosos, procurando permanentemente a aprovação dos outros”. Também Fleming (1993), concluiu que o sentimento no adolescente de ter alcançado a sua autonomia está relacionado com sentimentos de proximidade afectiva com os pais, que são vivenciados como importantes para o crescimento psicológico juvenil: “os adolescentes que atingem a autonomia pretendida com menos sobressaltos têm pais democráticos mas firmes, calorosos e aceitantes face às sugestões das gerações mais novas, e famílias caracterizadas por comunicações claras e congruentes, com capacidade de negociação e resolução dos problemas”. A capacidade do adolescente se autonomizar está na dependência não só da sua percepção de ter pais que encorajam a sua autonomia, mas também da qualidade emocional do vínculo que os liga: se a emoção básica for o amor, o adolescente progride na sua capacidade de se autonomizar.

Por sua vez, Steinberg (1991) classificou os estilos parentais em quatro tipos:

- Estilo autoritário – quando os pais estabelecem limites com firmeza, mas são desligados e distantes;
- Estilo com autoridade – quando os pais são predominantemente afectivos e conectados, mas simultaneamente firmes e consistentes no estabelecimento de regras e limites;
- Estilo permissivo – quando os pais são afectivos, mas os limites são pouco claros e inconsistentes
- Estilo desligado – quando predomina a falta de laços afectivos, distanciamento e ausência de limites por parte dos pais.

Segundo o mesmo autor, vários estudos longitudinais, referem que um o estilo com autoridade é o que se associa a melhores resultados psicossociais, tornando mais fácil o processo de autonomização, permitindo melhores resultados escolares e uma melhor auto-estima e saúde. Em contrapartida os pais cujo modelo educacional predominante é desligado, estão mais sujeitos a desenvolverem comportamentos de risco.

De facto, a família, no seu todo, necessita de realizar certas tarefas na adolescência: mudança na relação pais/filhos de forma a permitir a autonomia do adolescente; maior tempo afectivo para o casal, possibilitando uma crescente autonomia dos filhos; criação de novas áreas de interesse. Só através de um clima afectivo é possível estabelecer laços que



permitam a discordância, mas não impeçam o crescimento psicológico individual de cada elemento da família, particularmente do adolescente (Gomes-Pedro, 1999).

Segundo Pereira (2000, p15) “esta luta pela independência não significa uma ruptura com os pais, mas sim uma mudança de papéis que os adolescentes passam a ter no sistema de interacção familiar, pois as famílias ainda tendem a ser, em grande medida, a fonte de apoio emocional do adolescente”

A forma como os pais educam os seus filhos exerce uma poderosa influência sobre aquilo em que eles virão a tornar-se mais tarde.

Porém, a sociedade actual levou à perda da unidade do grupo familiar devido à “ausência” dos pais, absorvidos pelas profissões, pelo afastamento da casa em relação ao local de trabalho, etc. Tudo isto levou à diminuição da comunicação no seio da família, dificultando a interacção nas relações. Assim, o estabelecimento de vínculos é, por vezes, ameaçado por uma falta de disponibilidade e de responsabilidade adequadas.

Não é difícil antever as consequências que a falta destes aspectos vão ter na vida da família e dos seus membros, sobretudo no desenvolvimento de crianças e adolescentes, a quem falta afectividade e o ambiente necessário a um processo de maturação psicológico saudável e harmonioso.

A maior parte dos adolescentes que apresentam comportamentos de risco e outros problemas de ordem psicológica, revelam uma história familiar marcada por conflitos antigos.

A família é fundamental no processo de formação, educação e desenvolvimento dos jovens, Nela estão os alicerces do presente e do futuro, é aí que se molda o carácter, e que nascem os que hão-de ser, ao longo do tempo, os comportamentos de toda uma vida.



3.3 – A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NAS APRENDIZAGENS DOS JOVENS SOBRE SEXUALIDADE

É inquestionável a importância da família na Educação Sexual das crianças e dos jovens; a vivência da sexualidade é um dos elementos do processo de desenvolvimento global da pessoa, no qual a família, como se sabe, é o primeiro e um dos principais agentes.

Para além das iniciativas conscientes e deliberadas com que as famílias procuram aumentar e consolidar os conhecimentos dos seus filhos na esfera sexual, o quadro familiar é, por si só, um contexto básico e primordial de aprendizagem e de vivência da sexualidade.

Com efeito, é nele que se realizam as primeiras relações afectivas, vinculativas e de sociabilidade que em muito influenciarão os ciclos de vida subsequentes, nomeadamente nas suas dimensões afectiva, amorosa e sexual. A qualidade dessas primeiras relações - com as figuras parentais e outras afectivamente significativas - interfere no desenvolvimento global dos jovens e evidenciar-se-á, a vários níveis, na continuidade da sua vida (Brazelton e Kramer, 1993). São um bom exemplo, porque foram objecto de estudos científicos bastante conclusivos, os graus de confiança em si e nos outros, bem como atitudes de aceitação ou de recusa em relação ao corpo e à expressão dos afectos e da sexualidade (Hazan e Shaver, 1987).

Paralelamente, como mecanismo de influência da família nos jovens, a aprendizagem pela observação de comportamentos e pela integração de modelos que incorporam tanto o fazer, como o pensar e o julgar vem reforçar a inviabilidade da participação da família na educação sexual dos jovens.

Sob esse prisma, a comunicação verbal sobre sexualidade, no contexto da família, é, apenas, uma das fontes possíveis da aprendizagem sexual, mas não é certamente, a mais importante. De facto, a linguagem afectivo-sexual tem múltiplas expressões. Tomem-se alguns exemplos: o modo como cada elemento da família exerce o seu papel sócio-sexual e como é sistematicamente organizado o conjunto familiar; a proximidade ou a distância



física; as reacções verbais ou não verbais acerca de acontecimentos que se relacionem com esta temática; os comentários sobre os comportamentos de outras pessoas; os silêncios, voluntários ou involuntários. em torno da temática afectivo-sexual.

Tal como noutros domínios, a inserção dos jovens na sociedade vem complementar, reforçar, e por vezes questionar estas aprendizagens básicas e fundamentais do foro afectivo-sexual, realizadas no contexto familiar. Uma vez que, ao longo da vida, as crianças e os jovens se integram em contextos diferenciados - o que é normal e desejável - é, então, previsível que a cada um desses contextos contribuam com vivências diverfíadas, mensagens de intencionalidade e conteúdos diversos.

Por isso, são múltiplos os agentes que participam na aprendizagem dos temas da sexualidade: a família, os amigos e colegas de escola ou de vizinhança, os professores, os profissionais de saúde, a televisão, a Internet, o cinema e as leituras diversas (livros, revistas, jornais, desdobráveis, cartazes...).

Em geral, nenhum dos agentes que interferem no saber que o jovem vão acumulando substitui as funções e as potencialidades da família. Contudo, mesmo com funções mais difusas, não é possível nem aconselhável menosprezar o papel dos agentes exteriores à família na aprendizagem de conteúdos sexualmente conotados, sobretudo porque a sua influência é crescente ao longo da vida, como é o caso do grupo de amigos (Vaz, 1996).

No que diz respeito à área da sexualidade, acredita-se que as influências exercidas pelos pais sejam fortes, apesar de não existirem muitas investigações sobre o assunto (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989).

Grande parte dos estudos centra-se nos comportamentos sexuais, procurando observar a sua variação em função dos estilos de interacção ao nível da comunicação pais-filhos ou do controle exercido pelos pais. Os dados obtidos indicam que o estilo de interacção democrático é associado a uma maior autonomia do adolescente, o que favorece a tomada de decisões a partir de uma maior informação e, conseqüentemente, um adiamento no início das relações sexuais (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989). Além disso, este estilo promove sentimentos de auto-eficácia, o que pode influenciar o comportamento sexual (Bandura, *cit. In* Sprinthall, 1994).

Por sua vez, a comunicação de assuntos de natureza sexual parece continuar a ser um tabu, visto que, mesmo quando os adolescentes relatam existir uma relação de confiança e



uma comunicação aberta com os pais, não se dialoga abertamente sobre sexualidade (Gameiro, 1994).

Neubauer & Melzer (1980) constataram, num dos seus estudos, que apenas 13% dos adolescentes relatam serem os seus pais os principais interlocutores quando conversavam sobre sexualidade, notando que 12% dos rapazes e 4% das raparigas afirmam não conversar com ninguém sobre este assunto. Apesar disso, o início mais tardio das relações sexuais é também associado à percepção, por parte dos adolescentes, de uma maior comunicação com os seus pais, bem como a um maior controlo por parte destes (Vilar *cit. In* Gameiro 1994). Gostaríamos de salientar, no entanto, a afirmação de Neubauer & Melzer (1980) de que os comportamentos de controlo parental estiveram associados a um menor índice de actividade sexual por parte dos seus filhos até à década de 70. Actualmente, a supervisão e as tentativas de controlo já não seriam eficazes na prevenção do comportamento sexual adolescente.

No sentido de ultrapassar os limites da visão unilateral anteriormente enunciada, as teorias sistémicas, surgidas a partir da década de 40, apresentam-nos um outro ponto de vista ao analisar circularmente as interacções entre pais e filhos. A consideração da família como um sistema, onde estariam presentes as propriedades da retroacção, da totalidade e da equifinalidade, reveste-se de particular importância para o estudo das relações entre pais e filhos e para a compreensão das suas ligações com a vivência da adolescência, em geral, e com a da sexualidade, em particular. Estas relações deixam de ser vistas sob um prisma linear e unidireccional, sendo que pais e filhos passam a ser considerados numa rede de interacções circulares que pretendem manter as propriedades do sistema familiar. No entanto, há ainda poucos estudos que explorem esta circularidade de interacções e de influências entre pais e filhos, especificamente na área da sexualidade. Mesmo os estudos bidireccionais são extremamente diminutos.

A comunicação, em geral, e a relativa a assuntos sexuais, em particular, ressentir-se-á deste aspecto. A sexualidade encontra-se particularmente sujeita ao controlo parental, devido não só à vigilância social, que desde há muito sobre ela se exerce, como também à resistência dos pais em aceitar a intimidade e autonomia psicológica dos filhos.

Contudo, segundo Mendes (1998), a existência de um suporte familiar, onde predomine diálogo aberto, interactivo e não somente directivo por parte dos pais, constitui-



se ajuda para os adolescentes, fazendo com que possam expressar e compreender melhor o brotar da sexualidade como forma de se relacionar com os outros e de se desenvolver enquanto ser humano.

Por sua vez, Offer, Ostrov & Howerd (*cit, in* Silva 1986), ao estudarem a congruência entre as avaliações perceptíveis de pais e filhos, numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, encontraram dados que apontaram para uma concordância genérica entre as percepções parentais e auto-avaliação dos filhos, exceptuando-se as relativas à atractividade sexual dos filhos e à escolha heterossexual.

Sherif & col. (*cit, in* Vala 1996), efectuaram um estudo cujos resultados indicam que as atitudes atribuídas aos pais constituem-se num melhor índice de previsão das próprias atitudes dos filhos do que as atitudes reais dos pais. Concluem, que os filhos são fortemente influenciados pelas atitudes dos pais, mas apenas se estas forem percebidas ou atribuídas. Além disso, podem perceber ou não um fosso geracional, querendo manter, em menor ou maior grau, tais percepções. As diferentes percepções de pais e filhos estarão a serviço das diferentes necessidades de influência e de diferenciação de uns e outros. Desta forma, o autor reafirma a insuficiência das teorizações baseadas nos processos de aprendizagem por imitação directa para explicar as continuidades familiares.

Analisando as relações entre casamento, novas organizações familiares e sexualidade podemos considerar diversos aspectos, entre eles o da existência de relações sexuais fora do casamento. No que diz respeito às relações sexuais pré-matrimoniais, constatámos que algumas investigações tentam relacionar a sua incidência com a organização familiar de que provém o jovem. Assim, os dados indicam que a existência de relações sexuais nos jovens inseridos em organizações familiares nucleares é menor do que nos pertencentes a famílias monoparentais, sobretudo no caso das raparigas. Além disso, os primeiros têm a sua primeira relação sexual mais tarde. Os jovens pertencentes a famílias reconstituídas apresentam índices intermédios (Dorius, Heaton & Steffen 1993). Várias são as explicações apresentadas para este facto: a falta de supervisão dos pais; a existência de atitudes mais permissivas face à sexualidade nas famílias monoparentais e reconstituídas e a composição religiosa e económica destas famílias (Miller & Bilnham, *cít. in* Dorius. Heaton & Steffen, 1993). Alguns autores especificam que, mais do que a disfunção



familiar, é a idade dos jovens e a atenção a eles dispensada durante o processo de divórcio ou separação que afectam a idade em que ele inicia as suas relações sexuais.

Como vimos ao longo deste capítulo os pais são o primeiro modelo dos filhos, educando-os através do comportamento, atitudes, normas e valores que lhes transmitem e sobretudo na forma como se relacionam com eles.

Os afectos e espaços de partilha são essenciais para que o jovem desenvolva uma sexualidade saudável.

Assim, o caminho deve passar por uma atitude equilibrada, em que o adolescente sinta que tem espaço para falar, questionar, demonstrar as suas angústias e preocupações e viver seguramente a sua sexualidade.

O comportamento sexual do adolescente está dependente da sua capacidade em tomar decisões responsáveis a respeito da sua vida sexual, decidir qual o caminho que quer percorrer, aprender a dizer não sem que se sinta menos valorizado por isso. Neste sentido a família é um pilar fundamental, apesar de não o acompanhar lado a lado, sustenta o adolescente nesta fase da sua vida.



4 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Tendo em conta todo o processo de desenvolvimento nesta fase da vida e mais especificamente a atracção dos adolescentes pelo risco, abordamos a temática dos comportamentos sexuais de risco, na medida em que a atracção dos adolescentes pelo risco é um factor comumente referido. Nesta perspectiva, a adolescência, é por isso uma idade de risco (Freud, considerou a adolescência como um período de vida difícil e turbulento), onde as inúmeras remodelações do sistema psíquico e a precariedade do sistema adaptativo constituem importantes factores de risco.

4.1 – DEFINIÇÃO DE RISCO

O risco, é considerado por Benito (1996), como sendo o produto da probabilidade da aparição de um acontecimento considerado como não desejável e a gravidade das suas consequências. Kates e Kasperes (*cit in* Lima, 1996) consideram o risco, não como o resultado de um cálculo de probabilidades (visão objectiva), mas numa perspectiva construtivista, enquanto avaliação subjectiva da probabilidade da ocorrência de um acontecimento nefasto para as pessoas ou para o que elas valorizam.

Segundo Surry, citado por Benito (1996) a percepção de risco constitui uma das possíveis fases do processo de risco/perigo, que poderá ou não aparecer aquando de um risco.

Perante um risco, há que desenvolver mecanismos concretos e homologados da avaliação dos riscos (que passa, entre outras fases, pela percepção que a pessoa tem do risco), para poder estabelecer, posteriormente, a substituição do perigoso pelo não perigoso, ou seja, a adopção de medidas que diminuam ou façam desaparecer o risco. A percepção de risco constitui uma nova área de estudo das ciências sociais que pretendem



explicar a forma como as pessoas pensam, classificam e avaliam relativamente às situações de ameaça a que estão expostas.

Segundo Frasquilho (1997) o conceito de risco implica que hajam factores e situações que acentuam a probabilidade para que exista esse risco.

4.2 – O CONCEITO DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

Jessor (1984) define o “Comportamento problema” do adolescente, como um comportamento socialmente inadequado, segundo as normas sociais convencionais, sendo indesejável e desaprovado pelas instituições da autoridade.

Jessor e cols. Desenvolveram uma rede conceptual que permite aceder à compreensão dos comportamentos de risco no adolescente.

A teoria baseia-se na dinâmica entre três sistemas: a personalidade, o ambiente e o comportamento-problema ou a probabilidade que ele ocorra.

O sistema personalidade é composto por estruturas motivacionais, de crenças pessoais e de auto-controlo. O sistema ambiente, é responsável pela forma como os comportamentos são percebidos pelo sujeito e pelos outros. O sistema comportamento diferencia os que são socialmente aceitáveis dos problemáticos.

Como base destes três sistemas estão as características demográficas e o processo de socialização que desempenham um papel fundamental, tanto na forma como os três sistemas evoluem individualmente quer no processo de integração entre eles.

Jessor (cit. por Frasquilho 1997) indica factores de maior envolvimento em comportamentos de risco:

- Uma forma para atingir objectivos aparentemente inacessíveis doutra forma. O envolvimento em actividades sexuais precoces e ter filhos durante a adolescência poderá revelar-se uma forma de fuga ao controlo parental;
- Um meio de exprimir oposição face aos adultos e às regras e valores convencionais;



- Um mecanismo de coping para lidar com a ansiedade, frustração, baixa auto-estima e auto-eficácia;
- Uma porta de entrada num grupo, demonstrando a identificação com uma sub-cultura juvenil;
- A referência face a características importantes da identidade pessoal;
- A expressão de transição, de passagem duma fase de imaturidade, dependência, para outra de maior autonomia.

Segundo Matos (2005) “ contacto directo do jovem com o risco faz parte do próprio processo de crescimento. Enquanto a adolescência durar, dura o risco.”

4.3 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

O advento da SIDA ligou a sexualidade ao perigo, de um modo diferente. Hoje, todos os tipos de ligação afectiva envolvendo determinadas formas de contacto físico, em princípio, constituem um risco de vida (Santos-Lucas 1993).

O aparecimento do VIH e a constatação dos dados epidemiológicos sobre a SIDA, conseguiram reunir, num curto período de tempo, duas esferas de vida totalmente distintas: *o amor, a sexualidade e a morte*. O sexo como comportamento de risco tomou a dimensão da doença crónica e da morte (Ogden, 2000). O medo da sexualidade é o novo registo da SIDA e é sob o domínio desse medo que todos nós agora vivemos (Sontag, 1988).

Segundo Ogden (2000) a sexualidade já foi concebida sob o ponto de vista de um impulso biológico, ligado exclusivamente à reprodução; posteriormente, foi tendo como objectivo principal o prazer; e nas últimas décadas, é vista como uma actividade perigosa, como um risco potencial para a saúde, ou seja, através dela os indivíduos podem por em risco sua integridade física.

O que temos vindo a comprovar ao longo destes anos é que uma sexualidade livre tem como resultado uma sexualidade perigosa. A solução está numa sexualidade verdadeiramente responsável, que esteja de acordo com a realidade íntima do homem e da mulher.



A sexualidade vista como um passatempo que não comportava riscos, característica da cultura capitalista com um aval importante da medicina, veio servir de paradoxo às mudanças radicais impostas pela SIDA. “A SIDA obriga cada indivíduo a redefinir o seu comportamento sexual” (Sontag, 1988).

Sabemos que a infecção pelo VIH está directamente relacionada com *atitudes* de *risco* que os indivíduos têm para consigo próprios e com a adopção de comportamentos de risco, particularmente no que respeita à relação sexual.

Também as informações objectivas, ou distorcidas, que os indivíduos têm sobre a sexualidade podem, de alguma forma, moldar os seus comportamentos, originando eventuais expectativas positivas ou negativas em relação às consequências das suas acções, como por exemplo em relação ao uso de contraceptivos, ou em relação aos próprios riscos que as relações sexuais comportam (Alferes, 1997).

Como refere Aggleton (2001), para muitos jovens, as motivações sexuais são complexas e podem mesmo não ser claras, nem formuladas em sua grande maioria. A iniciação sexual pode, além disso estar contida por temores e expectativas confusas.

Neste sentido, os adolescentes mais novos e com baixo conhecimento acerca do corpo humano e seu funcionamento, têm menores possibilidades de compreender as possíveis consequências da sua actividade sexual.

O desenvolvimento económico e social, conduziu à criação de condições que afectam o desenvolvimento sexual, crenças e percepções do corpo, assim como aquilo que se pode entender por desejo e prazer.

Segundo Gonçalo (2002) tudo pode ser desculpa para o não uso de um contraceptivo e conta-se com a sorte. O mesmo autor refere que “ a falta de preocupação e o esquecimento exprimem a ausência de reflexão em relação às consequências dos seus actos” (Gonçalo, 2002, p.13).

“A modernização traz consigo novos conceitos para justificar como a vida pode ser vivida de um modo diferente dos tradicionais, mas essas mudanças também oferecem a infra-estrutura (cidades grandes, bares e clubes, etc.) para maiores oportunidades sexuais entre os jovens, facilitando as descobertas sexuais e a quebra das regras sexuais tradicionais” Aggleton (2001, p.144)



Num estudo feito por Aggleton a jovens da República dos Camarões, revelou que actualmente os jovens apresentavam um aumento significativo na variedade e número de parceiros sexuais.

Segundo este autor, a densidade habitacional das grandes cidades, conduziu a uma perda de privacidade e ao aumento de locais de entretenimento, oferecendo maiores oportunidades sexuais. Tais contextos revelaram-se promotores de um aumento da actividade sexual e do número de parceiros, assim com amplificadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

Nos diversos estudos realizados, verificou-se que os jovens iniciam as suas primeiras experiências sexuais, sem os conhecimentos básicos sobre sexualidade e reprodução.

Atendendo ao facto dos jovens sobrevalorizarem a capacidade do corpo para o prazer/excitamento, existe um maior risco de que informações sobre a sexualidade, reprodução e métodos contraceptivos sejam esquecidas ou se tornem irrelevante quando ocorrem as experiências sexuais. “Os perigos de transmissão de HIV/DST e de gravidez indesejada são óbvios. Deixar-se levar é simplesmente uma maneira de resumir as respostas físicas durante o sexo (...)” Aggleton (2001, p.144).

A impulsividade, o pensamento mágico de que “isto não me vai acontecer a mim”, a necessidade de agradar ao outro, a dificuldade de pensar a longo prazo e de ponderar as consequências de determinados comportamentos a nível sexual, característicos da adolescência, podem levar os jovens, até os mais informados, a terem relações sexuais sem segurança (Canavarro e Pereira, 2001).

As mesmas autoras referem que a não adesão à contraceção por parte dos adolescentes, poderá ainda estar relacionada com o papel das crenças dos jovens sobre as consequências da utilização dos métodos contraceptivos, nomeadamente, medos relacionados com o seu uso, receio da relação não ser tão intensa e o medo dos pais descobrirem.

Segundo Nodin (2002), ao contrário de outros comportamentos de risco que apresentam efeitos indesejáveis para a saúde mas que ao mesmo tempo requerem efeitos cumulativos (como fumar, má alimentação), na área da sexualidade, basta a exposição a um só comportamento de risco para que o indivíduo se confronte, quase que de imediato, com consequências sérias (infecção por DST/SIDA ou uma gravidez não planeada).



A primeira questão é que qualquer comportamento resulta sempre de determinado funcionamento mental, isto é, depende das coisas que consciente ou inconscientemente se sentem ou pensam. No caso, os comportamentos sexuais, quer sejam de risco ou não, têm obviamente a ver com a organização emocional da sexualidade, que, como é sabido, se inicia muito antes da adolescência. Já é preciso recuar muito no tempo para não se aceitar que existe uma organização da sexualidade desde a infância, embora de forma diferente da vivência genital adolescente e adulta. E para essa organização ocorrer de forma saudável é pelo menos necessário que exista um investimento afectivo de ambos os pais na criança, ou seja, que a criança seja seu objecto de amor incondicional, que os pais funcionem como modelo de relação de casal, e que se ofereçam como modelos de identificação feminina e masculina para os seus filhos. Parece extraordinariamente simples, mas são comuns os casos em que pelo menos uma destas premissas não se cumpre de forma eficaz; se a isso juntarmos uma série de condicionantes sócio-culturais que, cada vez mais, dão aos mais novos informação e experiências de conteúdo sexual distorcido, então podemos compreender como aumentaram os riscos para determinados comportamentos sexuais disfuncionais.

A própria fase que atravessam, a transição da adolescência para a idade adulta, e as mudanças anatómico-fisiológicas que acompanham esta fase, bem como a experimentação de uma sexualidade recém descoberta - pois é justamente com a chegada da adolescência que muitos jovens começam a envolver-se em actividades sexuais com frequência aumentada (Santos Lucas, 1993), aliada a outros comportamentos como o abuso de drogas, são alguns dos factores que os colocam em maior risco, principalmente no que se refere à infecção pelo VIH e/ou gravidez não planeada (Nodin, 2002).

Os papéis sociais têm sido referidos no sentido de facilitar o entendimento sobre a prática de "sexo seguro", entre adolescentes. Maticka-Tyndale (1991, cit. por Kelly & Kalichman, 1995) testou modelos relacionados à prática de "sexo seguro" baseados em processos cognitivos e observou que, nas relações heterossexuais, os preservativos são mais usados no sentido da contracepção, do que como um meio de prevenção contra as DST's. Por essa razão, o uso de preservativos é largamente influenciado pelo uso de contraceptivos orais, representando um grave problema quando a sua promoção é direccionada a casais que não reconhecem estar em risco face ao VIH/SIDA (Kutchinsky, 1988, cit. por Kelly & Kalichman, 1995).



Amaro e cols. (1995), num estudo sobre comportamento sexual na cidade de Lisboa, constataram que o número de parceiros sexuais é um importante indicador em termos de risco em relação às doenças sexualmente transmissíveis e ressaltam, igualmente, como particularmente relevantes, o tipo de práticas sexuais.

Santos Lucas (1993), no seu estudo sobre a sexualidade dos portugueses, sublinha o facto de que a incidência de DST's pode, de alguma forma, ser considerada como um indicador indirecto da incidência do VIH.

Em dois estudos, realizados por Mendez e cols. (2002) com estudantes, com idades compreendidas entre os 8 e os 25 anos, os autores encontraram correlações consistentes entre género, auto-consciência e comportamentos sexuais de alto risco.

Os rapazes, com níveis mais altos de auto-consciência explícita reportaram um número maior de parceiras sexuais, mas um número menor de experiências sexuais gratificantes. Entre as mulheres, que apresentavam níveis mais altos de auto-consciência de carácter íntimo, usar o sexo para suavizar sentimentos de solidão estava associado a um grande número de parceiros.

A sexualidade continua ainda a significar perigo: isto porque ela está sempre, em última análise, associada a uma multiplicidade de factores. Refere-se a uma diversidade individual de necessidades e desejos, bem como à diversidade das relações sociais, ao pluralismo cultural, e às várias formas de ser dos indivíduos (Weeks, 1985).

Como o conhecimento e o medo a respeito do VIH têm crescido, proporcionalmente deve também haver um aumento do conhecimento sobre a necessidade de fazer escolhas sexuais cuidadosas e de protecção durante as relações sexuais (Kelly, 1995).

Dentro do cenário da SIDA toma-se imperioso destacar a importância da percepção de risco. A dimensão de risco, segundo Nodin (2002), está ligada à ideia do indivíduo considerar-se susceptível diante da perda de algo valioso. No caso da SIDA o risco percebido prende-se ao facto do indivíduo perceber a possibilidade de pôr em causa a própria saúde, mediante a infecção pelo VIH.

Se analisarmos mais pormenorizadamente o modo de adaptação de um indivíduo ao risco das DST's, no contexto de uma relação sexual, veremos que, em última instância, o risco aparece como uma dimensão do modo de adaptação do indivíduo à problemática da



sua própria existência. A questão que envolve as relações afectivas e a necessidade do reconhecimento pelo outro (o facto de nos sentirmos amados), situa-se no centro das exigências existenciais do ser humano.

A forma de lidar com o risco da infecção pelo VIH/SIDA pode, também, estar sujeita a mudanças mediante outras mudanças significativas em factores importantes, como por exemplo, a posição do indivíduo no ciclo de vida, o estágio em que se encontra o relacionamento afectivo, o relacionamento do indivíduo com o seu próprio corpo ou as expectativas que ele tem a respeito do relacionamento (Bastard e cols., 1997).

As reacções face ao risco da SIDA dentro da população heterossexual são muito diversificadas: uns contentam-se em seleccionar os seus parceiros baseando-se em critérios mais ou menos fiáveis: outros utilizam, por vezes, o preservativo com seus parceiros sexuais; uns impõem o uso do preservativo em certos casos mas não em outros; alguns dedicam-se a práticas sexuais mais diversificadas que não impliquem penetração.

Tal inconstância face ao uso do preservativo e a adopção de comportamentos seguros na vivência da sexualidade, possa ser determinante pelo aumento do número de jovens infectados pelo vírus da SIDA.

Segundo o relatório do fundo das Nações Unidas para a População (2005), existe uma maior geração de jovens dos 15 aos 24 anos, constatando-se um recente aumento na incidência de HIV nesse grupo. O relatório refere, ainda, que existe a diminuição da utilização de contracepção e uma percentagem crescente de gravidez na adolescência, da prática de relações sexuais com parceiros múltiplos e uso inconsistente do preservativo, enfatizando o facto dos jovens serem considerados como um grupo de risco (Ramiro, L. e Reis, M., 2006).

4.4 – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

Ao longo da história da humanidade existiram sempre doenças relacionadas com a sexualidade que, em determinadas alturas, atingiram proporções extremamente preocupantes.



As doenças de transmissão sexual, transmitem-se essencialmente através das relações sexuais, podendo atingir os órgãos genitais e/ou o restante organismo. Têm vindo a aumentar, devido, essencialmente, às mudanças dos comportamentos sexuais – precocidade do início da vida sexual, existência de vários parceiros(as) e a não utilização de métodos contraceptivos.

As doenças sexualmente transmissíveis, mais importantes são, resumidamente (adaptado de Suplicy, 1995):

- SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), é uma doença provocada por um vírus, o vírus da imunodeficiência humana, que penetra nas células de defesa do organismo, diminuindo a sua capacidade imunológica e tornando a pessoa mais vulnerável a infecções e tumores malignos. A transmissão do vírus é feita através do sangue, das secreções sexuais e da mãe infectada para o filho (gravidez e aleitamento);
- Hepatite B e C, são doenças contagiosas, provocadas por um vírus que ataca o fígado, podendo conduzir a um carcinoma hepato-celular. A transmissão pode ser feita através de contacto sexual de uma pessoa infectada;
- Sífilis, é transmitida por uma bactéria que provoca uma úlcera avermelhada e indolor na região genital. A primeira ferida desaparece, mas a infecção persiste e pode atingir vários órgãos. Esta doença é curável com doses correctas de penicilina;
- Gonoreia, também é uma doença provocada por uma bactéria, cujos sintomas são: ardor ao urinar e um corrimento amarelado e purulento, a urina pode vir acompanhada de pus e pode existir inflamação de gânglios na virilha. A gonoreia, quando não tratada atempadamente pode conduzir a esterilidade na mulher.
- Tricomóníase, é uma doença transmitida por um parasita, provocando uma infecção localizada, assim como um corrimento vaginal com mau cheiro, irritação dolorosa ao urinar, prurido intenso, ardor e vermelhidão nos órgãos genitais.
- Herpes, é uma doença crónica transmitida por o vírus Herpes II, que provoca feridas em volta dos genitais;



- Condilomas (verrugas venéreas), é uma doença vírica altamente contagiosa, em que as verrugas aparecem isoladas ou em grupo em volta dos órgãos genitais, cérvix ou ânus. O tratamento passa por uma cirurgia, congelamento ou aplicação de loções. Mesmo depois de removidas as verrugas, o vírus permanece no organismo estando associado ao tumor do colo do útero.

4.5 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Um dos vários riscos que comporta a vivência da sexualidade na adolescência, é a gravidez.

A gravidez caracteriza-se por profundas adaptações e mudanças que determinam de forma determinante a vivência da mulher, tanto no plano biológico, como psicológico e social.

A maioria das pesquisas relacionadas com a gravidez na adolescência, apontam como principais causas: a maior desagregação familiar, a maior liberdade dos jovens, o abuso sexual, a falta de informação sobre sexualidade e o início precoce da actividade sexual (Lourenço 1998, Pereira 2000).

Da mesma forma, Lourenço (1999) refere que os factores mais associados à gravidez na adolescência são: a baixa oportunidade ou aspirações académicas e profissionais, um padrão familiar de experiência sexual precoce e famílias com pouca disponibilidade e amor parental.

A gravidez na adolescência coloca inúmeras questões, em termos físicos e psicológicos.

Segundo Roque (2001) a gravidez na adolescência implica muitas vezes riscos para a saúde física tanto do bebé como da mãe. Entre os fenómenos relacionados com a baixa idade materna destacam-se o atraso de crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer, hipertensão induzida pela gravidez, encerramento do crescimento da mulher.



Por outro lado, a adolescente que ainda não atingiu a sua maturidade, nem uma autonomia completa relativamente à sua família, passa a ter que desempenhar os papéis que lhe são exigidos como mãe.

A gravidez nesta fase da vida é, segundo Mendes (1998, p.25) “desviante de toda uma conduta que se deseja para os adolescentes, quer no contexto familiar quer no contexto da sociedade em geral”.

A adolescente pode passar a sofrer perdas significativas tais como o abandono escolar, ou interrupção de uma carreira académica ou profissional, que lhes permitiria viver um futuro com melhores condições de vida.

Roque (2001) refere, ainda, que a prevenção deve situar-se essencialmente na educação e não no recurso ao aborto provocado.

Ainda segundo a mesma autora, o uso de um método contraceptivo requer, os seguintes pressupostos: conhecer os métodos contraceptivos, prever a possibilidade de ter uma relação sexual, adquirir o método contraceptivo, falar com o(a) parceiro(a) acerca do assunto, utilizá-lo de forma efectiva.

Segundo Canavarro e Pereira (2001), a mãe tem um papel fundamental, sobretudo com as raparigas, onde a qualidade da comunicação entre mãe e filha é um importante preditor do comportamento sexual de risco da adolescente. Neste sentido, a comunicação aberta e receptiva está associada a um menor índice de comportamentos de risco.

Como temos vindo a ver ao longo do trabalho, parece não existir uma idade certa para estar preparado para iniciar a vida sexual. Depende do grau de maturidade do adolescente, da informação que possui e da sua capacidade em usá-la, assim como da sua noção de responsabilidade e consistência.

Contudo, os últimos dados das Nações Unidas para a População (2005), revelaram-se preocupantes, apontando para um aumento da incidência de HIV nos adolescentes, para o aumento da gravidez na adolescência, da prática de relações sexuais com parceiros múltiplos e do uso inconsistente do preservativo.

A imaturidade, impulsividade e dificuldades em ponderar as consequências dos seus actos são considerados, na maior parte das vezes como causas de tais comportamentos de risco.



Além disso, o facto destes não possuírem um conhecimento acerca do funcionamento do corpo, nomeadamente do sistema reprodutivo, não terem um acesso facilitado a métodos contraceptivos e informação acerca de formas correctas de os utilizar, assim como o facto da sexualidade se constituir, ainda, para os pais dos adolescentes como um tabu, ou acharem que ainda não é altura de pensar nisso, ou pelo contrário acharem que eles já sabem tudo e estão suficientemente esclarecidos, parece se constituir como um constrangimento à vivência de uma sexualidade segura e à activação de comportamentos saudáveis.



INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA





5- METODOLOGIA

Ao longo deste capítulo, iremos apresentar a metodologia de investigação usada para atingir os objectivos a que nos propomos no início do nosso estudo.

Nesse sentido, segundo Bell (1997), a metodologia envolve um conjunto de procedimento através dos quais uma determinada problemática foi investigada e a razão pela qual determinados métodos e técnicas foram utilizadas.

5.1 – OBJECTIVOS, QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

5.1.1 – Objectivos

A presente dissertação orienta-se no sentido de conhecer e caracterizar o funcionamento das famílias que se encontram numa determinada etapa do seu ciclo vital (famílias com filhos adolescentes), a nível das dimensões coesão e adaptabilidade, assim como verificar se existem relações estatisticamente significativas entre esses tipos de funcionamentos e a manifestação de comportamentos sexuais de risco pelo adolescente.

Para tal, incluímos um conjunto de variáveis relativas ao meio familiar (composição do agregado familiar, residência, profissão dos pais), que possam estar associadas ao tipo de funcionamento familiar e assim interferir no envolvimento parental.

Nesse sentido, procurando compreender melhor o estudo a desenvolver, começar-se-à por apresentar as questões de investigação e as hipóteses que se pretendem testar. Apresentar-se-á também a metodologia adoptada, especificando os critérios de selecção da amostra, as suas características principais, as variáveis em estudo, a validação e apresentação do instrumento de recolha de dados utilizado e os procedimentos para a recolha dos mesmos.



Trata-se de um estudo quantitativo, que podemos enquadrar numa investigação do tipo correlacional, em que mediante os dados recolhidos através dum questionário composto por três partes principais, preenchido por 213 adolescentes dos 14 aos 20 anos que frequentam as escolas secundárias de Anadia, Oliveira do Bairro e Instituto de Promoção Social da Bairrada (IPSB), sito em Bustos, e a revisão da literatura efectuada se pretende esclarecer em que medida o “perfil” da família influencia a protecção ou desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco na adolescência.

O método de investigação quantitativo é um processo de recolha de dados observáveis e quantificáveis, caracterizado pela objectividade, controlo e generalização, tendo como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (Polit e Hungler, 1995).

5.1.2 – Questões de Investigação

O ponto de partida para a investigação resulta dum mal-estar, uma preocupação do investigador relativamente a um assunto/fenómeno que lhe suscita uma melhor explicação e/ou compreensão. Nesse sentido torna-se necessário delimitar o assunto e direccioná-lo para aquilo que se pretende estudar (objectivos), daí importância em formular a questão de investigação, a qual parece congrega toda a fase conceptual. Ainda que provisória, ela dará a orientação primordial necessária para a revisão da literatura, permitindo situar o investigador no domínio do conhecimento actual. Assim, segundo Fortin (1999), as questões de investigação são premissas sobre as quais assentam os resultados de uma investigação. Caracterizam-se como interrogações sobre algo que se pretende investigar, com a finalidade de recolher novas informações.

Atendendo à problemática levantada pelo estudo, o processo de investigação orientar-se-á fundamentalmente no sentido de encontrar resposta para três questões de investigação e testar cinco hipóteses principais.



Considerando que poderão existir relações entre a adaptabilidade e coesão familiar e a manifestação de comportamentos sexuais de risco no adolescente, definimos as seguintes questões de investigação:

Questão 1: Qual a relação existente entre o tipo de família e a manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente?

Questão 2: Os adolescentes que manifestam menor incidência a nível dos comportamentos sexuais de risco têm famílias muito ligadas e muito flexíveis (Tipo de família Equilibrada)?

Questão 3: Os adolescentes do género masculino apresentam uma maior incidência a nível de comportamentos sexuais de risco do que as adolescentes do género feminino?

De acordo com a problemática em estudo, os objectivos delineados e as questões de investigação enunciadas surgem as hipóteses, que teoricamente deverão predizer as relações entre as variáveis. Assim, apoiados na literatura consultada, na nossa experiência profissional com este tipo de populações, formulamos cinco hipóteses, de modo a responder às questões de investigação supramencionadas.

5.1.3 – Hipóteses de Investigação

Hipótese 1: Existem correlações estatisticamente significativas entre a incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente e o factor adaptabilidade familiar.

Hipótese 2: Existem correlações estatisticamente significativas entre os comportamentos sexuais de risco do adolescente e o factor coesão familiar.

Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente.



Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre a retenção escolar e a incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente.

Hipótese 5: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com idade inferior ou igual a 16 anos e os adolescentes com idade superior a 16 anos, relativamente à incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco.

5.2 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação, hipóteses e análises exploratórias formuladas.

Variáveis Dependentes

Segundo Fortin (1999, p.37), “a variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente”

Assim, a variável central do estudo e que constitui o núcleo das questões de investigação assenta nos comportamentos sexuais de risco.

Nesse sentido, uma vez que os comportamentos sexuais de risco do adolescente se podem verificar a vários níveis, a sua operacionalização foi feita de acordo com duas dimensões principais, conforme a seguir se apresenta.

Capacidade para desenvolver determinado comportamento:

- Capacidade de decisão (construções sociais);
- Capacidade de decisão (construções sexuais);
- Capacidade de comunicação;
- Assertividade;
- Assertividade face aos métodos contraceptivos;
- Capacidade em dizer “não”.



Conforto /desconforto experienciado:

- Conforto nas actividades sociais;
- Conforto ao falar sobre sexualidade;
- Conforto ao falar de métodos contraceptivos;
- Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade;
- Conforto ao expressar preocupação com o outro.

Variáveis Independentes

Atendendo à natureza da investigação e às hipóteses formuladas, teremos as seguintes variáveis independentes, operacionalizadas em várias dimensões:

Dimensão Coesão Familiar:

- Laços emocionais;
- Limites familiares;
 - Coligações;
 - Tempo;
 - Espaço;
 - Amigos;
 - Decisões;
 - Interesses e Lazers;

Dimensão Adaptabilidade Familiar:

- Imposição;
- Liderança;
- Disciplina;
- Negociação;
- Funções;
- Norma.



Variáveis Sócio-demográficas e escolares

Serão estudadas as variáveis sócio-demográficas e escolares consideradas mais relevantes no sentido de caracterizar a amostra e de permitir a análise exploratória das relações destas com o “perfil” familiar e comportamentos sexuais de risco dos adolescentes:

- Sexo;
- Idade;
- Residência;
- Ano de escolaridade;
- Retenções;
- Agregado familiar;
- Profissão da mãe e profissão do pai.

5.3 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A operacionalização prática das variáveis foi feita com base num questionário que segundo a ordem de apresentação aos adolescentes é constituído por três partes principais: a primeira é reservada à caracterização sócio-demográfica do adolescente, a segunda à caracterização das relações e ambiente familiar (FACES II) e a terceira ao inventário de comportamento sexual para adolescentes (que por sua vez é sub dividida em quatro partes).

5.3.1 – Caracterização sócio-demográfica e escolar

A caracterização sócio-demográfica e escolar do adolescente corresponde à primeira parte do instrumento de recolha de dados e é composta por 10 questões de resposta curta ou alternativa, donde constam o género, idade, área de residência, ano de escolaridade,



retenções ao longo da escolaridade e ano da retenção, agregado familiar e profissão dos pais.

5.3.2 – Escala de Avaliação da Adaptabilidade e da Coesão familiar (FACES II)

É a segunda versão da *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* de David H. Olson, Joyce Portner e Richard Bell. Trata-se de uma escala individual, de auto-avaliação do funcionamento familiar, permitindo a classificação das famílias, desenvolvido pelos mesmos autores no final da década de 70. Após o nascimento da primeira versão da FACES desejou-se ir mais além e construir uma escala mais curta e mais simples, que pudesse ser utilizada com indivíduos a partir dos 12 anos de idade e adultos. Estes objectivos foram alcançados e simultaneamente, a fidelidade, validade e confiança da escala têm sido reforçadas, assim como tem aumentado a independência entre Coesão e a Adaptabilidade (*Touliatos e Colaboradores.*, 1990).

Contudo, foi longo o caminho percorrido durante o desenvolvimento da FACES II. Num primeiro momento 469 adultos, com idade média de 30,5 anos, responderam a 90 itens. Depois da análise factorial e da análise de confiança (Cronbach alfa), a escala é reduzida a 50 itens (*Olson e Colaboradores.*, 1985).

Esta versão foi administrada a 2412 sujeitos, num estudo realizado nos EUA. Efectuou-se novamente as análises factorial e de confiança, resultando na eliminação de 20 itens e dando origem à última formulação da FACES II, constituída por 30 itens, pertencendo 16 à dimensão coesão e os restantes 14 à dimensão adaptabilidade.

A consistência interna dos itens (Alpha de Cronbach) no total da amostra apresenta um valor de 0,87 para a coesão e 0,78 para a adaptabilidade, enquanto que o total da escala, tendo em conta as duas dimensões, apresenta uma consistência de 0,90.

Uma vez que a escala pretende medir o funcionamento da família nas dimensões de coesão familiar e adaptabilidade familiar, os itens focam características deste sistema ou seja, o modo como os membros da família percebem as suas vivências dentro da sua própria família.



A distribuição da totalidade dos itens pelos conceitos relacionados com a coesão e os conceitos relacionados com a adaptabilidade pode ser observada nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 – Conceitos relacionados com a Coesão e respectivos itens da Escala

COESÃO FAMILIAR																
Itens	Laços Emocionais		Limites familiares		Coligações		Tempo		Espaço		Amigos		Decisões		Interesses e Lazer	
		(+1)	(-17)	(-3)	(+19)	(-9)	(-29)	(+7)	(+23)	(+5)	(-25)	(+11)	(+27)	(+13)	(+21)	(-15)

Quadro 2 – Conceitos relacionados com a Adaptabilidade e respectivos itens da Escala

ADAPTABILIDADE FAMILIAR														
Itens	Imposição			Liderança		Disciplina		Negociação			Funções		Normas	
		(+2)	(+14)	(-28)	(+4)	(+16)	(+6)	(+18)	(+8)	(+20)	(+26)	(+10)	(+22)	(+12)

No nosso estudo utilizámos a versão portuguesa da FACES II, realizada por Fernandes (1995). Não optámos pela escala mais recente (FACES III) já que os próprios autores (Olson e cols, 1992), recomendam que para trabalhos de investigação se use a segunda versão enquanto a FACES IV não estiver disponível.

Na base de tal recomendação, estão as vantagens oferecidas pela FACES II, tais como a maior facilidade de ministrar e de avaliar. Pede-se aos sujeitos que para cada uma das 30 afirmações decidirem com que frequência esse comportamento ocorre na sua família. É uma escala de tipo Likert numerada de 1 a 5, em que 1 corresponde a “quase nunca” e 5 a “quase sempre”.

Com a escolha da Faces II categorizámos as famílias em quatro tipos gerais: famílias extremas, famílias meio-termo, famílias moderadamente equilibradas e famílias equilibradas.

As quatro categorias da coesão são: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. É o mesmo número de categorias que encontramos para a dimensão adaptabilidade: rígida, estruturada, flexível e muito flexível.



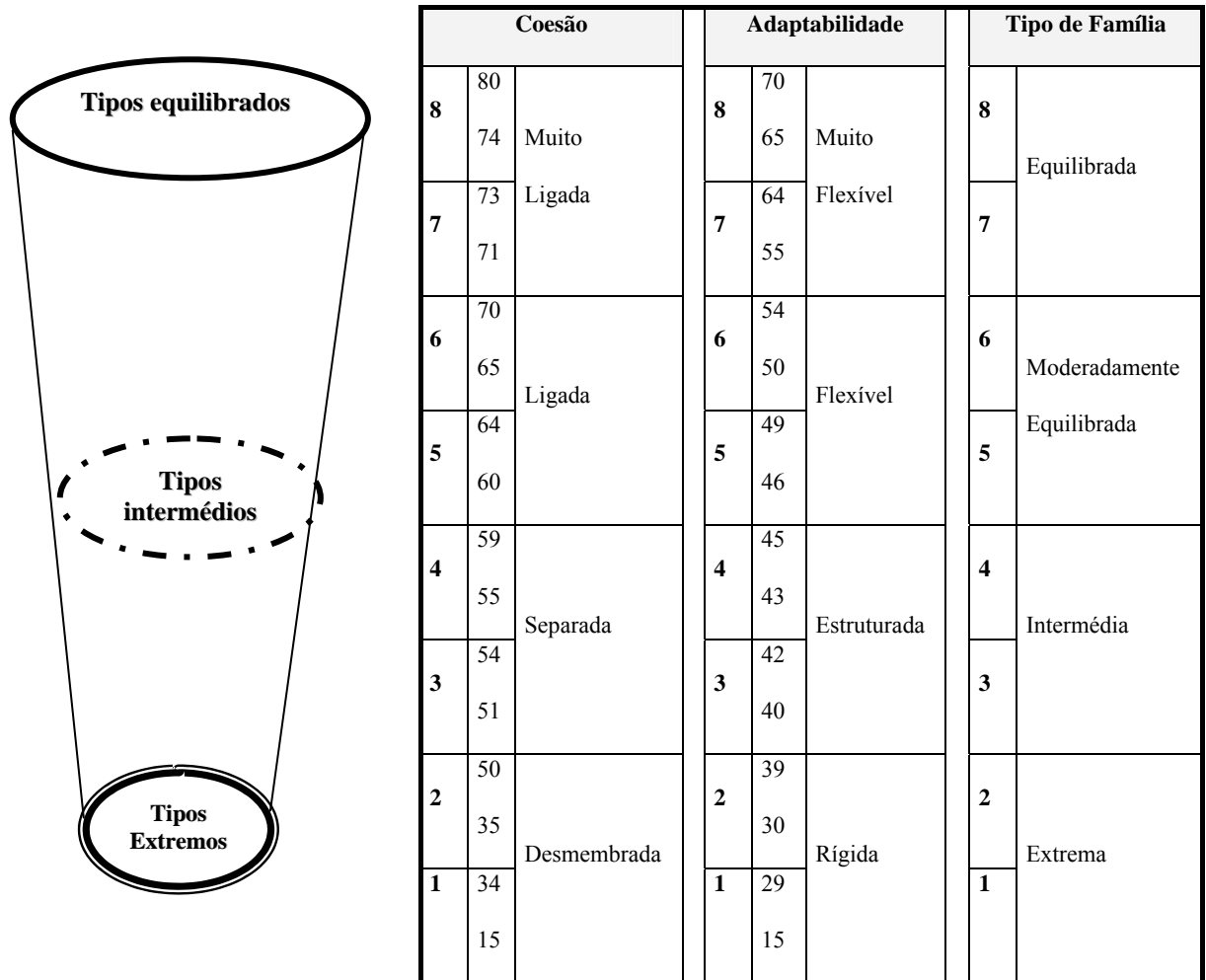
A nível da dimensão coesão, as pontuações obtidas permitem-nos distribuir as famílias pelas seguintes categorias: Desmembrada (15-50 pontos); Separada (51-59 pontos); Ligada (60-70 pontos) e Muito ligada (71-80 pontos). A nível da dimensão adaptabilidade definem-se as categorias Rígida (15-39 pontos), Estruturada (40-45 pontos), Flexível (46-54 pontos) e Muito Flexível (55-70 pontos).

Por último, ao adicionarmos as pontuações da coesão e da adaptabilidade e dividirmos por dois $(C+A)/2$, sendo que (-) se referem a itens invertidos, obtemos um tipo de família: Equilibrada, Moderadamente Equilibrada, Intermédia e Extrema.

Com base nos resultados da FACE II, podemos fazer uma interpretação linear conforme se ilustra na Figura 1.



Figura 1 – Interpretação linear da FACE II (Adaptado de Olson e col., 1992, p. 13)



Olson (1991) apresenta um formato tridimensional para esta interpretação da qual resultam três tipos de família: Equilibrada, Média e Extrema, verificando-se uma integração dos dois tipos centrais (Moderadamente Equilibrada e Equilibrada).



5.3.3 – Inventário de Comportamento Sexual para Adolescentes (Kirby, D., 1984)

Trata-se de um inventário sobre sexualidade para adolescentes elaborado por Kirby e colaboradores (1984) no âmbito do programa Mathtech e tem essencialmente dois objectivos:

O primeiro, consiste em medir as áreas de conhecimento mais importantes, atitudes, valores, capacidades e comportamentos que influenciam no desenvolvimento de uma sexualidade harmoniosa e/ou reduz o risco de gravidez indesejada nos adolescentes.

O segundo, visa medir os resultados de programas de educação de sexualidade para adolescentes.

Com ajuda de aproximadamente 100 profissionais no campo de sexualidade e gravidez na adolescência, identificaram factores fundamentais na redução da gravidez indesejada e na vivência de uma sexualidade saudável. Decorrente das investigações realizadas, o programa Mathtech desenvolveu um questionário, com o objectivo de medir os conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade.

Segundo Kirby e colaboradores (1984), a avaliação do comportamento pode basear-se em três factores fundamentais sendo eles: a capacidade para desenvolver determinado comportamento, o conforto/desconforto experienciado face a um comportamento e a frequência de um determinado comportamento.

O Inventário de Comportamento mede os três aspectos acima referidos, sendo que:

- As perguntas que medem a capacidade para desenvolver determinado comportamento são avaliadas através de uma escala de Likert (5 pontos), em que a medição é feita pelo posicionamento do sujeito face a um determinado comportamento numa escala que varia entre 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre);
- A avaliação do conforto/desconforto é também feita através de uma escala de Likert (4 pontos) que varia entre 1 (sinto-me à vontade) e 4 (sinto-me muito incomodado), face a determinada situação;



- A avaliação da frequência relativamente à actividade sexual, uso de contraceptivos e frequência de comunicação, é medida através de uma escala de Likert (4 pontos) que varia de 1 (Quase nunca) e 4 (Muitas vezes), é ainda medida a possibilidade de já ter ocorrido ao não uma relação sexual, e medir se ocorreu no decorrer do mês de avaliação. É também utilizada uma escala numérica para avaliação da quantidade de vezes que ocorreu o comportamento avaliado no decorrer do mês.

As escalas capacidade, conforto e comportamento, foram obtidas através de uma análise de pré-teste, elaborada pelos mesmos autores, com grupos pequenos de adolescentes, tendo-se concluído a validade da escala actual, como nos indica o quadro 3.

Quadro 3 – Valores Teste-reteste e Alpha nas Dimensões do Inventário de Comportamento Sexual (adaptado segundo Kirby, D. (1984)).

DIMENSÕES DO INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO	Teste-reteste	Alpha
Capacidade de decisão (construções sociais)	0.84	0.58
Capacidade de decisão (construções sexuais)	0.65	0.61
Capacidade de comunicação	0.57	0.75
Assertividade	0.68	0.62
Assertividade face aos métodos contraceptivos	0.88	0.58
Conforto nas actividades sociais	0.69	0.81
Conforto ao falar sobre sexualidade	0.66	0.66
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	0.40	0.63
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade	0.62	0.73
Conforto ao expressar preocupação com o outro	0.44	NA ^(*)
Capacidade em dizer “não”	0.68	0.68
Conforto na vivência da sexualidade	0.70	NA ^(*)
Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos	0.38	0.86

(*) Refere-se a situações que apenas existe um item na dimensão, não podendo obter uma medida de Alpha.

O inventário de comportamento foi revisto por psicólogos colaboradores do programa Mathtech, que avaliaram a unidimensionalidade e compreensão de cada escala.



O questionário foi passado a 100 adolescentes e as suas respostas indicaram que a maioria dos dados eram fidedignos.

Segundo Kirby e colaboradores (1984), a maioria das perguntas relativas às capacidades e conforto podem ser agrupadas em factores. A pontuação do questionário obtém-se para cada factor pela soma das respostas, a orientação da pergunta e da sua cotação dividindo pelo número de perguntas, sendo que as pontuações mais elevadas correspondem a comportamentos mais favoráveis e as pontuações mais baixas a comportamentos sexuais de risco.

Quadro 4 – Conceitos relacionados com os comportamentos sexuais e respectivos itens da Escala.

DIMENSÕES DO INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO	Itens							
Capacidade de decisão (construções sociais)	(+1)	(-2)	(+3)	(+4)	(+5)	(+6)		
Capacidade de decisão (construções sexuais)	(+7)	(+8)	(+9)	(+10)	(-11)			
Capacidade de comunicação	(+12)	(+13)	(+14)	(+15)	(+16)	(+17)	(+18)	(+19)
Assertividade	(+20)	(+21)	(+22)					
Assertividade face aos métodos contraceptivos	(+23)	(+24)						
Conforto nas actividades sociais	(-25)	(-26)	(-27)	(-28)				
Conforto ao falar sobre sexualidade	(-29)	(-30)	(-31)					
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	(-32)	(-33)	(-34)					
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade	(-31)	(-34)						
Conforto ao expressar preocupação com o outro	(-35)							
Capacidade em dizer “não”	(-36)	(-37)						
Conforto na vivência da sexualidade	(-38)							
Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos	(+39)	(+40)	(+41)	(+42)				



5.3.4 – VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Foi nossa preocupação essencial que a validade e fiabilidade do instrumento de colheita de dados não colocasse em causa o valor da investigação, tendo recorrido a vários métodos que garantissem que esses princípios fundamentais estivessem salvaguardados.

Nesse sentido, para o inventário da sexualidade por nós adaptado, foi realizado o pré-teste numa população com as mesmas características da população da amostra, mas numa instituição diferente (alunos do 9º ano da Escola Básica 3º Ciclo de Vilarinho do Bairro) daquelas em que o estudo foi desenvolvido. Dos 27 questionários entregues (todos eles com envelope, que deveria ser fechado depois de preenchido), todos foram devolvidos, estimando-se um retorno de 100%.

A fidelidade do instrumento de colheita de dados foi feita recorrendo à prova do teste-reteste. Nesse sentido, aos 27 sujeitos que haviam respondido ao pré-teste e sem conhecimento prévio dos mesmos, repetimos a sua aplicação 15 dias depois, já que Fortin (1999, p.226) sugere “um período de duas a quatro semanas entre as medições”. Optamos por respeitar o limite mínimo, já que o nosso tempo era escasso.

Para a comparação dos resultados obtidos entre o teste e o reteste recorremos ao Coeficiente de Correlação de Pearson, teste estatístico que parece adequado para determinar a correlação existente entre os dois conjuntos de asserções. Para Pestana (2000, p.146) “o Coeficiente de Correlação de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e pode variar entre -1 e +1”, sendo que +1 corresponde a uma correlação r positiva perfeita. Como nos refere Polit e Hungler (1995, p.357), “quanto maior for o coeficiente mais estável é a medição”.

Nesse sentido, apresentamos no quadro 5, a variação do Coeficiente de Correlação de Pearson nas diferentes dimensões da escala da sexualidade, consoante os resultados obtidos com a aplicação teste-reteste.



Quadro 5 – Variação do Coeficiente de Correlação de Pearson nas diferentes dimensões da escala da sexualidade.

DIMENSÕES DA ESCALA DA SEXUALIDADE	Varição do Coeficiente de Correlação de Pearson
Construções Sociais (seis asserções)	0.742 – 0.956
Construções Sexuais (cinco asserções)	0.751 – 0.876
Capacidade de Comunicação (oito asserções)	0.825 – 0.893
Assertividade (três asserções)	0.821 – 0.990
Assertividade face métodos contraceptivos (duas asserções)	0.721 – 0.826
Conforto nas actividades Sociais (quatro asserções)	0.781 – 0.891
Conforto ao falar sobre sexualidade (três asserções)	0.713 – 0.797
Conforto ao falar sobre métodos contraceptivos (três asserções)	0.771 – 0.863
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e Sexualidade (duas asserções)	0.709 – 0.798
Conforto ao expressar preocupação com o outro (uma asserção)	0.885 – 0.964
Capacidade em dizer “não” (duas asserções)	0.733 – 0.936
Conforto na vivência da sexualidade (uma asserção)	0.757 – 0.875
Conforto ao adquirir e usar métodos contraceptivos (quatro asserções)	0.798 – 0.869

De acordo com Fortin (1999, p.226) “a variação aceitável para os coeficientes de fidelidade situa-se entre 0.7 e 1.0”. Assim de acordo com os dados apresentados no quadro anterior, referentes às diferentes dimensões (e respectivas asserções), podemos afirmar que a correlação existente entre os resultados obtidos no teste e reteste, demonstram uma óptima fidelidade do questionário, já que os valores de correlação **r** se encontram dentro desses valores.

Foram ainda avaliadas durante a aplicação do teste reteste a compreensão, clareza e objectividade do questionário, assim como o tempo médio de resposta, que foi de 25 minutos.



Procurando estimar a consistência interna do questionário aplicado foi avaliado o Alpha de Cronbach (Hill 2002) que para a “FACES II” apresentou um valor bastante consistente $\alpha=0.833$, para o total de itens da escala, ainda assim Fortin (1999, p.226) alertamos para que “este deverá ser determinado sempre que a escala seja novamente aplicada.”. No mesmo sentido também o “Inventário sobre o Comportamento Sexual do Adolescente”, apresentou resultados bastante consistentes como se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 6 – Resultados do Alpha de Cronbach para as partes do instrumento de recolha de dados.

QUESTIONÁRIO		Alpha de Cronbach
Faces II		0.833
Inventário da Sexualidade	1º Parte (24 itens)	0.852
	2º Parte(14 itens)	0.838
	2º Parte(4 itens)	0.863
	3º Parte (2 itens)	0.713

Teste da normalidade

Para testar a normalidade do nosso estudo, utilizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov (quadro 9), através do qual verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente, não se encontram enquadradas na normalidade em nenhuma das suas dimensões ($p<0,05$), nem para o total de itens da escala.

**Quadro 7** – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

DIMENSÕES	Kolmogorov-Smirnov	
	Estatísticas	p
Capacidade de decisão (construções sociais)	0.075	0.006**
Capacidade de decisão (construções sexuais)	0.153	0.000***
Capacidade de comunicação	0.098	0.000***
Assertividade	0.145	0.000***
Assertividade face aos métodos contraceptivos	0.180	0.000***
Conforto nas actividades sociais	0.106	0.000***
Conforto ao falar sobre sexualidade	0.153	0.000***
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	0.204	0.000***
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade	0.137	0.000***
Conforto ao expressar preocupação com o outro	0.378	0.000***
Capacidade em dizer “não”	0.272	0.000***
Conforto na vivência da sexualidade	0.386	0.007**
Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos	0.318	0.000***
Comportamentos sexuais de risco total	0.091	0.000***

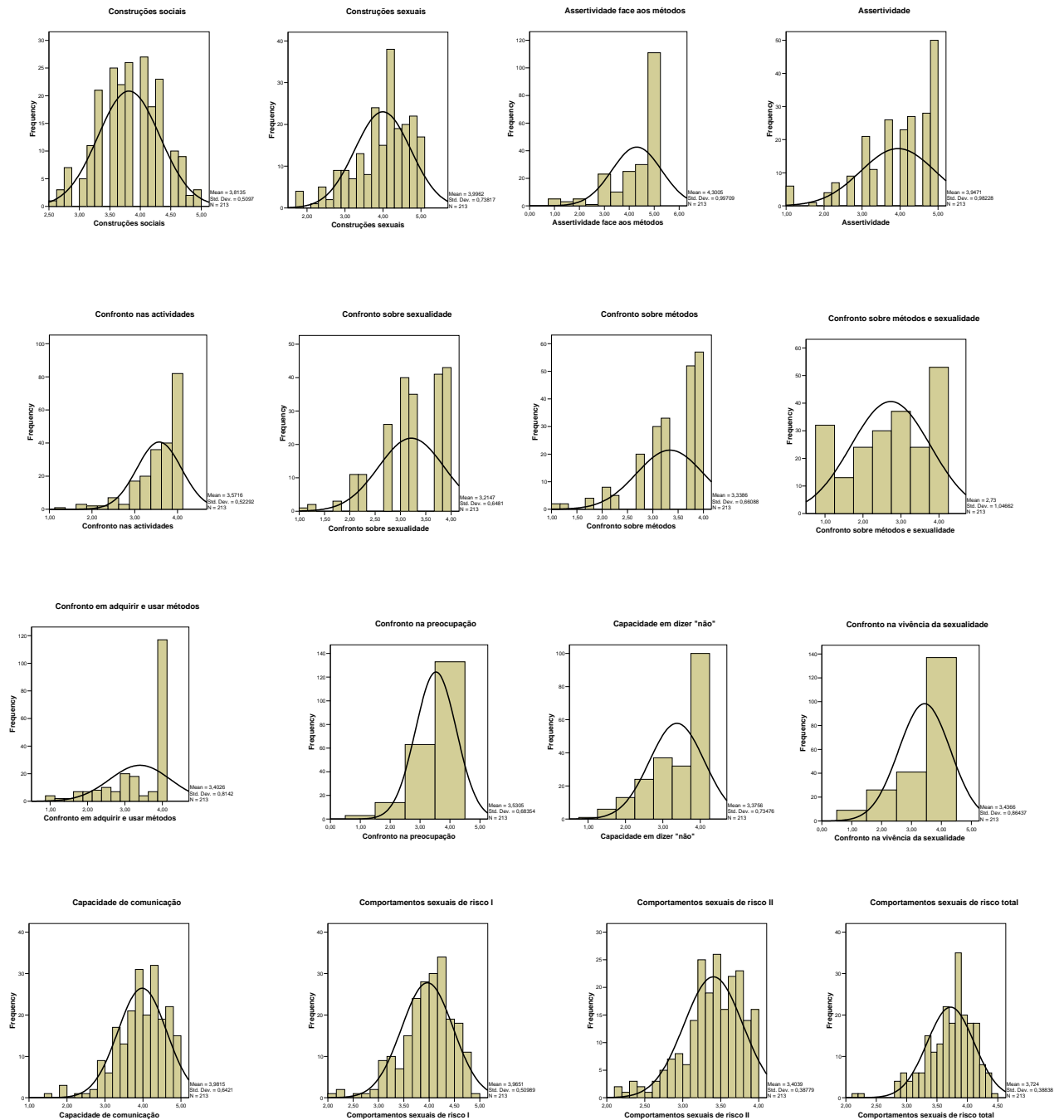
**p<0,01

***p<0,001

Da mesma forma, também pela análise dos gráficos que se seguem, constatamos que algumas curvas, se revelam platicúrticas; outras leptocúrticas (curtose) e a maioria com enviesamento à direita (assimetria). Assim, de acordo com essa análise assumimos a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões da variável dependente, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas, ainda que se verifiquem alguns pressupostos para a utilização. Nesse sentido, optaremos por aplicação da estatística não paramétrica.



Gráfico 1 – Histogramas das dimensões da variável dependente, com curva de normalidade.





5.4 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

Após selecionadas as escolas, foram contactadas informalmente os respectivos membros do conselho executivo, de modo a conhecermos melhor as características globais dos adolescentes seus alunos, de apresentarmos o projecto e de obtermos o apoio e autorização necessária à aplicação do instrumento de recolha de dados.

Demonstrada a receptividade ao estudo por parte das entidades visadas, foi pedida autorização formal mediante requerimento dirigido ao presidente do conselho executivo, onde constavam os propósitos do estudo e um exemplar do instrumento para a colheita dos dados.

Foi ainda pedida autorização escrita aos encarregados de educação dos alunos menores de idade e referida a total disponibilidade para qualquer esclarecimento acerca dos propósitos da investigação.

A aplicação dos questionários foi feita em sala de aulas, com a colaboração dos professores das respectivas escolas, os quais foram também informados sobre a natureza do estudo, as suas finalidades e elucidados no sentido de esclarecer algumas questões colocadas pelos respondentes.

De acordo com os critérios de selecção da amostra, (foram entregues para preenchimento 248 questionários, representando cerca de 40% da população de cada grupo de instituições).

Conforme podemos verificar pela análise do quadro 8, foram-nos devolvidos como preenchidos 248 questionários, correspondendo a um retorno de 100%. Destes, foram considerados inválidos 35 (por apresentarem respostas dúbias e/ou com nítidas incongruências), correspondendo a 14,1%.

Os questionários considerados válidos provêm das respostas de 213 adolescentes, constituindo assim a amostra do nosso estudo, correspondendo a cerca de 86% dos questionários entregues.

**Quadro 8** – Taxa de Respostas do questionário.

QUESTIONÁRIOS INSTITUIÇÃO	Entregues e Respondidos		Inválidos		Válidos	
	n	%	n	%	n	%
Escola Secundária Anadia	113	45.56	15	6.05	98	39.52
Escola S. Oliveira Bairro	78	31.45	13	5.24	65	26.21
IPSB Bustos	57	22.98	7	2.82	50	20.17
TOTAL	248	100.00	35	14.11	213	85.89

Os dados foram recolhidos através de 213 questionários que foram processados e tratados através de suporte informático, conforme veremos no sub-capítulo 5.4.2.

Houve também a preocupação de informar que todos terão a oportunidade de consultar os resultados do estudo, pelo que será disponibilizado gratuitamente um exemplar às instituições participantes.

5.4.1 – Princípios éticos

A investigação em ciências sociais e humanas levanta questões ético-legais que parecem revestir-se duma importância adicional, já que implicam uma participação activa das pessoas recolhendo as suas percepções, as suas crenças, os seus valores e as suas atitudes, ainda mais quando se trata de adolescentes sendo alguns menores de idade.

Nesse sentido, para além de descrito no preâmbulo de cada questionário, foi solicitado aos professores que informassem os adolescentes e seus pais sobre os objectivos e



natureza do estudo de investigação, do modo de participação e de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária, pelo que lhes era garantido anonimato e confidencialidade absolutos. Para assegurar estes princípios básicos, todos os questionários foram colocados em envelope, que deveria ser fechado após resposta ao questionário. Foram também informados da importância da participação de cada um no referido estudo, da voluntariedade dessa participação e do interesse dos dados apenas na globalidade.

5.4.2 – Tratamento Estatístico

Após a colheita, os dados foram lançados numa base de dados informatizada para serem processados e tratados. Esse tratamento utilizou como suporte o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para sistemas operativos Windows (Versão 12.0, de 2004), que possui capacidade para efectuar análises estatísticas descritivas e analíticas. Utilizamos ainda, para contagem de células vazias e efectuar alguns cálculos, o Microsoft Excel (Microsoft Office 2003).

5.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Exercendo a nossa actividade profissional na região da Bairrada (constituída pelos concelhos de Águeda, Anadia, Mealhada e Oliveira do Bairro), o presente estudo reveste-se dum interesse pessoal e profissional importante, constituindo-se como ferramenta relevante para o trabalho quotidiano que desenvolvemos.

Definido população alvo, Fortin (1999, p.202) refere que “são os sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, assim no nosso estudo a população alvo é constituída pelos adolescentes da região da Bairrada, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de idade, a frequentar o 9º, 10º, 11º ou 12º ano de escolaridade e as suas famílias.

Nesse sentido, atendendo à facilidade de acesso a todas as escolas da referida região, a nossa amostra foi seleccionada por amostragem aleatória simples (Fortin, 1999) de entre



todas as escolas da Bairrada, considerando-se desta forma a obtenção duma amostra representativa da população de referencia e livre de enviesamentos, por conseguinte válida para efeitos de estatística inferencial.

Das quatro escolas secundárias seleccionadas, apenas três aceitaram participar no nosso estudo, nomeadamente a Escola Secundária de Anadia, a Escola Secundária de Oliveira do Bairro e o Instituto de Promoção Social da Bairrada (IPSB). E porque o número de alunos destas escolas era suficientemente grande para garantir a amostra não foi necessário seleccionar a quarta escola, como inicialmente havíamos previsto no sentido de acautelar a selecção de escolas com menor número de alunos que reunissem os requisitos de inclusão na amostra.

Outra das preocupações era que as escolas incluíssem adolescentes que habitassem no meio rural e urbano, o que ficou logo à partida salvaguardado pelas características das escolas seleccionadas, já que abrangem um grande número de freguesias que são caracterizadas como rurais e urbanas. Deste modo, a população escolar reflecte em grande medida as características da população em termos sócio-económicos e culturais da referida região.

A escolha de famílias com filhos nestes anos de escolaridade, deve-se ao facto de ter existido um processo de construção pessoal por parte do adolescente levado a cabo, até esta fase, essencialmente na família.

A partir deste novo estágio, o processo de autonomia e construção de uma identidade adulta acentua-se e consolida-se, dando origem a novos sistemas de atitudes, comportamentos, valores e sentimentos. Neste contexto, a construção da intimidade – no que diz respeito às relações amorosas e à sexualidade como um todo – representa um elemento fundamental. As novas possibilidades e necessidades sexuais emergentes, nem sempre fáceis de assimilar e assumir, podem desencadear conflitos ou dificuldades, e nalguns casos desencadear comportamentos sexuais de risco.

Desta forma, poderemos dizer que a população alvo do nosso estudo é constituída por 1099 adolescentes, pertencentes às escolas e anos de escolaridade supracitadas.

De acordo com os critérios descritos a amostra é constituída por 213 adolescentes da região da Bairrada, sendo 92 adolescentes do género masculino e 121 do género feminino, residentes nos concelhos de Anadia, Oliveira do Bairro e Mealhada.



5.5.1 – Caracterização Sócio-demográfica e Escolar

Começamos por efectuar uma caracterização da amostra com base na estatística descritiva, onde através da análise do quadro 9 de distribuição de frequências absolutas e relativas, se elaborará um retracto sócio-demográfico e escolar dos adolescentes. Para tal serão utilizadas medidas de tendência central, médias, medianas, modas, assim como medidas de dispersão ou variabilidade, desvio-padrão e coeficientes de variação (variância).

Quadro 9 – Distribuição dos adolescentes segundo as suas características sócio-demográficas e escolares (N=213).

VARIÁVEIS	n	%				
Género						
Masculino	92	43.2				
Feminino	121	56.8				
Idade						
14 anos	12	5.6				
15 anos	62	29.1				
16 anos	38	17.8				
17 anos	65	30.5				
18 anos	26	12.2				
19 anos	6	2.8				
20 anos	4	1.9				
Local de residência						
Urbano	78	36.6				
Rural	135	63.4				
Escolaridade						
9º	54	25.4				
10º	55	25.8				
11º	25	11.7				
12º	79	37.1				
Retido (*)						
Sim	55	25.8				
Não	158	74.2				
	Mn	Mx	\bar{x}	M_o	Md	sd
Escolaridade (anos escolares)	9º	12º		12º	10.00	
Retido (*)	1	2	1.74	2	2.00	0.439
Ano de retenção	2º	12º		10	8.00	
Nº de Irmãos	0	5		1	1.00	
Pessoas que vivem contigo	1	7		3	3.00	

(*) O número de retenções e o respectivo ano é referente à resposta afirmativa ao facto de ter sido ou não retido ao longo da sua escolaridade.



Da análise do quadro anterior, podemos verificar que dos adolescentes que participaram no nosso estudo, há uma predominância de sujeitos do género feminino 121 (56,8%), relativamente aos sujeitos do género masculino 92 (43,2%).

A idade dos adolescentes apresenta uma Moda de 17 anos, sendo que apenas 4 adolescentes têm 20 anos, representando 1,9% da amostra. É de referir que 29,1% dos adolescentes têm 15 anos, muito próximo da Moda que é representada por 30,5% dos adolescentes.

Quanto ao local de residência constata-se que a maioria dos adolescentes vive no meio rural (63,4%) e uma percentagem bastante mais baixa no meio urbano (36,6%).

A maioria dos adolescentes frequenta o 12º ano de escolaridade (37,1%), seguido dos adolescentes que frequentam o 9º e 10º anos de escolaridade com 25,4% e 25,8% respectivamente, sendo o 11º ano é o menos representado, com apenas 11,7%.

Quanto ao facto do adolescente já ter tido alguma retenção ao longo do seu percurso escolar, constatamos que a maioria nunca teve (74,2%), sendo que do total da amostra apenas 55 adolescentes já foram retidos pelo menos uma vez. O máximo de retenções foi 2, sendo também esta a Moda.

Relativamente ao ano de retenção, averiguamos uma distribuição ao longo de todo o percurso escolar dos adolescentes, com um mínimo situado no 2º ano e máximo no 12ºano, sendo a Moda o 10ºano de escolaridade, onde 25,8% dos adolescentes nesta condição ficaram retidos.

No que se refere ao número de irmãos, verificamos que existem adolescentes sem irmãos (mínimo), sendo o máximo de 5 irmãos. É de referir que a Moda é 1.

Partindo do princípio que cada adolescente vive com pelo menos um dos seus progenitores, constatámos que o adolescente vive com pelo menos uma pessoa e um máximo de 7 pessoas, sendo a Moda de 3 pessoas.



5.5.2 – Caracterização Profissional dos Pais

Quadro 10 – Distribuição das categorias profissionais dos pais do adolescente (n) e (%), segundo a Classificação Nacional de Profissões do INE (versão 1994).

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	Pai		Mãe	
	N	%	n	%
0. Membros das Forças Armadas.	1	0.47	0	0.00
1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas.	6	2.82	3	1.41
2. Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.	17	7.99	29	13.62
3. Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.	19	8.92	13	6.10
4. Pessoal Administrativo e Similares.	11	5.17	12	5.63
5. Pessoal dos Serviços e Vendedores.	26	12.21	29	13.62
6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas.	5	2.35	3	1.41
7. Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.	93	43.66	39	18.31
8. Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem.	12	5.63	0	0.00
9. Trabalhadores não Qualificados.	10	4.69	83	38.97
Outros (*)	12	5.63	1	0.47
Dados Omissos (**)	2	0.94	1	0.47
TOTAL	213	100	213	100

(*) Refere-se a situações que não podem ser considerados profissão (ex: reformado, inválido, estudante e falecidos).

(**) Respostas omissas (respostas em branco).

A análise do quadro anterior permite-nos concluir que a maioria dos adolescentes têm pais com profissões dentro do grupo dos “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”, representados em 43,66% dos casos. Relativamente às mães a sua maioria engloba-se no grupo dos “Trabalhadores não Qualificados”, com 38,97% (em que a sua grande maioria tem como profissão - doméstica). O grupo dos “Membros das Forças



Armadas” e “*Operadores de Instalações e Trabalhadores da Montagem*” não obtiveram nenhum profissional.

É de referir a existência da categoria “*Outros*” que não fazendo parte da categorização nacional de profissões, serviu para categorizar os inválidos, reformados, falecidos e estudantes. Há ainda referência às respostas omissas.



6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS DADOS

6.1 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Na prossecução deste capítulo daremos a conhecer de forma reflexiva e sintética, os resultados obtidos, evidenciando os mais significativos.

Simultaneamente serão apresentados os resultados, na perspectiva da estatística analítica, sendo que os testes utilizados para testar as hipóteses formuladas se enquadram no ramo não paramétrico, nomeadamente, o teste U de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman,

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, os mesmos serão apresentados em tabelas e quadros, cujos resultados se referem à análise estatística dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta às questões de investigação e testar as hipóteses formuladas,

As hipóteses serão testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), Este nível de significância permite-nos afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, logo a existência de uma relação causal entre as variáveis, Pelo contrário, rejeita-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro do tipo I for inferior aquele valor ($p < 0,05$),

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

Neste sentido, utilizaremos os seguintes níveis de significância:

$P \geq 0.05$ – não significativo

$P < 0.05$ – significativo

$P < 0.01$ – bastante significativo

$P < 0.001$ – altamente significativo



6.2 – CARACTERIZAÇÃO DA SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES

Quadro 11 – Distribuição dos adolescentes por idade relativamente ao facto de ter tido ou não uma relação sexual (n) e (%).

RELAÇÃO SEXUAL Idade	Sim		Não	
	n	% ^(*)	N	% ^(*)
14	1	8.33	11	91.66
15	21	33.87	41	66.13
16	13	34.21	25	65.79
17	29	44.62	36	55.38
18	17	65.38	9	34.62
19	3	50.00	3	50.00
20	3	75.00	1	25.00
Total	87		126	

(*) Atendendo a que a representatividade das várias idades na amostra é muito variável, optamos por calcular a percentagem relativamente aos sujeitos de cada idade.

Da análise do quadro 11, verificamos que 87 adolescentes que participaram no nosso estudo tiveram uma relação sexual, sendo que, apenas 8.33% dos adolescentes de 14 anos já tiveram uma relação sexual, a percentagem vai aumentando significativamente a partir dos 15 anos em que 33.87% dos adolescentes já tiveram uma relação sexual. Dos adolescentes de 17 anos, 44.62% já tiveram uma relação sexual, 65.38 % dos adolescentes de 18 anos já tiveram uma relação sexual e finalmente 75% dos adolescentes de 20 anos tiveram uma relação sexual.

Quadro 12 – Distribuição dos adolescentes por género relativamente ao facto de ter tido ou não uma relação sexual (n) e (%).

RELAÇÃO SEXUAL Género	Sim		Não	
	n	% ^(*)	N	% ^(*)
Masculino	45	48.91	47	51.09
Feminino	42	34.71	79	65.29
Total	87		126	

(*) Atendendo á maior representatividade do género feminino na amostra, optamos por calcular a percentagem relativamente ao nº de sujeitos de cada género.



Da análise do quadro 12 verificamos que do total dos rapazes, 48.91% já tinham tido uma relação sexual, enquanto que apenas 34.71% do total das raparigas tiveram uma relação sexual.

Quadro 13 – Distribuição dos adolescentes que já tiveram uma relação sexual face ao uso de métodos contraceptivos (M.C.) durante a relação sexual (n) e (%).

USO M.C. RELAÇÕES SEXUAIS	Actividade Sexual	
	n	%
Quase nunca	5	5.75
De vez em quando	7	8.05
Às vezes	28	32.19
Muitas vezes	47	54.01
Total	87	100.00

A partir do quadro anterior, verificamos que dos adolescentes que já tiveram uma relação sexual apenas 5.75% quase nunca usaram métodos contraceptivos, 8.05% usaram de vez em quando, 32.19% às vezes e 54.01% muitas vezes.

Quadro 14 – Distribuição dos adolescentes que já tiveram uma relação sexual face ao uso do preservativo durante a relação sexual (n) e (%).

USO PRESERVATIVO NAS RELAÇÕES SEXUAIS	Actividade Sexual	
	n	%
Quase nunca	10	11.49
De vez em quando	17	19.54
Às vezes	21	24.14
Muitas vezes	39	44.83
Total	87	100.00

Da análise do quadro 14, verificamos que dos adolescentes que já tiveram uma relação sexual 11.49% quase nunca usaram preservativo, 19.54% apenas usam preservativo de vez em quando, 24.14% usam preservativo às vezes e finalmente 44.83% usam muitas vezes preservativo.



Uma vez feita a análise descritiva dos dados obtidos acerca da sexualidade dos adolescentes, passamos agora à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo, à nossa variável dependente.

Com o intuito de credibilizar o nosso estudo, formulámos algumas hipóteses, as quais foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente Testes U de Mann-Whitney e Correlações de Spearman, como já foi referido anteriormente.

Optámos por testar as nossas hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal das dimensões da variável dependente, como vimos anteriormente através do teste da normalidade.

Com o objectivo de conhecer os factores que influenciam os comportamentos sexuais de risco, formulámos as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma correlação e/ou alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

6.3 – ADAPTABILIDADE FAMILIAR E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE

Assim, no sentido de averiguar de que forma a adaptabilidade familiar influencia os comportamentos sexuais de risco (e como varia para as diferentes dimensões), formulamos a hipótese H_1 , como se enuncia a seguir:

Hipótese 1: *Existem correlações estatisticamente significativas entre a incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente e o factor adaptabilidade familiar.*

Para testar a Hipótese 1 optámos por aplicar uma Correlação de Spearman, cujos resultados apresentamos no quadro seguinte:



Quadro 15 – Correlação das dimensões dos comportamentos sexuais de risco com o factor adaptabilidade familiar (N=213).

	ADAPTABILIDADE FAMILIAR						
	Imposição	Liderança	Disciplina	Negociação	Funções	Normas	Global
Capacidade de decisão (construções sociais)	r=0.228 p=0.001**	r=0.147 p=0.033*	r=0.176 P=0.015*	r=0.132 p=0.054	r=0.132 p=0.054	r=-0.173 p=0.012*	r=0.169 p=0.013*
Capacidade de decisão (construções sexuais)	r=0.222 p=0.001**	r=0.204 p=0.003**	r=0.211 p=0.002**	r=0.099 p=0.150	r=0.164 p=0.017*	r=-0.163 p=0.017*	r=0.207 p=0.002**
Capacidade de comunicação	r=0.119 p=0.086	r=0.162 p=0.17*	r=0.149 P=0.029*	r=0.143 p=0.037*	r=0.266 p=0.000***	r=-0.049 p=0.477	r=0.202 p=0.003**
Assertividade	r=0.128 p=0.062	r=0.105 p=0.127	r=0.179 p=0.009**	r=0.083 p=0.227	r=0.027 p=0.698	r=-0.107 p=0.119	r=0.129 p=0.060
Assertividade face aos métodos contraceptivos	r=0.136 p=0.048*	r=0.171 p=0.019*	r=0.114 P=0.098	r=0.126 p=0.067	r=0.078 p=0.259	r=-0.042 p=0.540	r=0.167 p=0.015*
Conforto nas actividades sociais	r=0.104 p=0.130	r=0.127 p=0.064	r=0.096 P=0.163	r=0.145 p=0.035*	r=0.099 p=0.149	r=0.078 p=0.257	r=0.171 p=0.019*
Conforto ao falar sobre sexualidade	r=0.203 p=0.003**	r=0.184 p=0.007**	r=0.244 p=0.000***	r=0.275 p=0.000***	r=0.165 p=0.017*	r=0.067 p=0.332	r=0.282 p=0.000***
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	r=0.272 p=0.000***	r=0.220 p=0.001**	r=0.306 p=0.000***	r=0.226 p=0.001**	r=0.153 p=0.026	r=-0.025 p=0.717	r=0.297 p=0.000***
Conforto ao falar de mét.cont. sexualidade	r=0.274 p=0.000***	r=0.293 p=0.000***	r=0.359 p=0.000***	r=0.352 p=0.000***	r=0.235 p=0.001**	r=-0.014 p=0.842	r=0.383 p=0.000***
Conf. ao expressar preocupação com o outro	r=0.054 p=0.436	r=0.121 p=0.077	r=0.084 P=0.225	r=0.181 p=0.008**	r=0.172 p=0.012*	r=-0.069 p=0.315	r=0.154 p=0.024
Capacidade em dizer “não”	r=0.058 p=0.396	r=0.091 p=0.187	r=0.134 P=0.051	r=0.112 p=0.104	r=0.040 p=0.561	r=0.028 p=0.687	r=0.125 p=0.068
Conforto na vivência da sexualidade	r=0.148 p=0.031*	r=0.103 p=0.134	r=0.056 P=0.419	r=0.022 p=0.745	r=0.107 p=0.121	r=0.046 p=0.504	r=0.124 p=0.070
Conforto em adquirir e usar mét. Contraceptivos	r=0.067 p=0.327	r=0.101 p=0.141	r=0.099 P=0.149	r=0.095 p=0.168	r=-0.026 p=0.709	r=-0.005 p=0.937	r=0.086 p=0.214
Comportamentos sexuais de risco TOTAL	r=0.279 p=0.000***	r=0.277 p=0.000***	r=0.307 p=0.000***	r=0.244 p=0.000***	r=0.234 p=0.001**	r=-0.106 p=0.123	r=0.331 p=0.000***

* p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Pela análise do quadro 15, verificamos a existência de correlações positivas nas interacções de todas as dimensões e dos globais dos comportamentos sexuais, o que nos leva a dizer que com o aumento da adaptabilidade familiar, aumenta o *score* a nível dos comportamentos sexuais em qualquer uma das dimensões e consequentemente diminuí os



comportamentos sexuais de risco. Assim, constatamos a existência de correlações estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$) para as dimensões “Conforto ao falar sobre sexualidade”, “Conforto ao falar de métodos contraceptivos” e “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade”; bastante significativas ($p < 0,01$) nas dimensões “Capacidade de decisão (construções sexuais)” e “Capacidade de comunicação” e significativas ($p < 0,05$) na “Capacidade de decisão (construções sociais)”, “Assertividade face aos métodos contraceptivos” e no “Conforto nas actividades sociais”, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite para essas dimensões, rejeitando-se a hipótese estatística (H_0).

Contudo, em algumas dimensões, constatamos ausência de significado estatístico ($p > 0,05$) nomeadamente na “Assertividade”, “Conforto ao expressar preocupação com o outro”, “Capacidade em dizer ‘não’”, “Conforto na vivência da sexualidade” e “Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos”, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite para essas dimensões, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Ainda assim, atendendo ao total das dimensões que caracterizam a escala dos comportamentos sexuais constatamos a existência de correlações altamente significativas ($p < 0,001$), o que nos leva a aceitar a hipótese por nós formulada (H_1), rejeitando-se assim a hipótese estatística (H_0).

6.4 – COESÃO FAMILIAR E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE

De igual modo procedemos para a hipótese 2, a qual formulámos no sentido de verificar de que forma a coesão familiar influencia os comportamentos sexuais de risco (e como varia para as diferentes dimensões).



Hipótese 2: *Existem correlações estatisticamente significativas entre os comportamentos sexuais de risco do adolescente e o factor coesão familiar.*

Para a testar recorremos, mais uma vez, à Correlação de Spearman, cujos resultados apresentamos no quadro 16.

Quadro 16 – Correlação das dimensões dos comportamentos sexuais de risco com as dimensões do factor coesão familiar (N=213).

	COESÃO FAMILIAR								
	Laços Emocionais	Limites Familiar	Coligações	Tempo	Espaço	Amigos	Decisões	Interesses e lazeres	Global
Capacidade de decisão (Const. sociais)	r=-0.075 p=0.275	r=0.097 p=0.159	r=-0.045 p=0.519	r=0.135 p=0.050*	r=0.137 p=0.045*	r=0.242 p=0.000***	r=0.159 p=0.020	r=0.112 p=0.103	r=0.185 p=0.007**
Capacidade de decisão (Const. sexuais)	r=-0.117 p=0.092	r=-0.048 p=0.484	r=0.125 p=0.068	r=0.163 p=0.017*	r=0.256 p=0.000***	r=0.177 p=0.010**	r=0.136 p=0.048*	r=0.095 p=0.168	r=0.205 p=0.003**
Capacidade de Comunicação	r=-0.001 p=0.986	r=-0.084 p=0.221	r=0.033 p=0.632	r=0.167 p=0.015*	r=0.150 p=0.028*	r=0.275 p=0.000***	r=0.125 p=0.069	r=0.086 p=0.212	r=0.184 p=0.007**
Assertividade	r=0.003 p=0.969	r=0.050 p=0.464	r=0.047 p=0.496	r=0.069 p=0.317	r=0.123 p=0.073	r=0.112 p=0.102	r=0.049 p=0.478	r=-0.007 p=0.924	r=0.077 p=0.266
Assertividade face aos métodos contraceptivos	r=-0.013 p=0.845	r=0.058 p=0.401	r=0.025 p=0.719	r=0.084 p=0.222	r=0.208 p=0.002**	r=0.142 p=0.039	r=0.081 p=0.241	r=0.086 p=0.210	r=0.146 p=0.033*
Conforto nas actividades sociais	r=0.027 p=0.696	r=-0.009 p=0.892	r=-0.014 p=0.845	r=-0.009 p=0.893	r=-0.006 p=0.926	r=0.094 p=0.172	r=0.090 p=0.189	r=0.043 p=0.530	r=0.047 p=0.496
Conforto ao falar sobre sexualidade	r=-0.076 p=0.267	r=0.117 p=0.089	r=-0.002 p=0.978	r=0.201 p=0.003**	r=0.102 p=0.136	r=0.113 p=0.101	r=0.272 p=0.000***	r=0.163 p=0.019	r=0.215 p=0.002**
Conf. ao falar de métodos contraceptivos	r=-0.080 p=0.248	r=0.040 p=0.565	r=0.117 p=0.090	r=0.250 p=0.000***	r=0.111 p=0.107	r=0.179 p=0.009**	r=0.287 p=0.000***	r=0.223 p=0.001	r=0.277 p=0.000***
Conf. ao falar de mét.cont. e sexualidade	r=-0.126 p=0.066	r=0.110 p=0.110	r=0.115 p=0.095	r=0.349 p=0.000***	r=0.142 p=0.038*	r=0.151 p=0.028*	r=0.349 p=0.000***	r=0.290 p=0.000***	r=0.357 p=0.000***
Conf. ao expressar preocupação com o outro	r=0.095 p=0.167	r=-0.019 p=0.789	r=0.015 p=0.832	r=0.120 p=0.081	r=0.028 p=0.689	r=0.207 p=0.002	r=0.058 p=0.403	r=0.074 p=0.284	r=0.145 p=0.034*
Capacidade em dizer “não”	r=0.014 p=0.837	r=0.037 p=0.592	r=0.051 p=0.460	r=0.067 p=0.333	r=0.049 p=0.481	r=0.101 p=0.143	r=0.071 p=0.302	r=0.083 p=0.227	r=0.113 p=0.101
Conforto na vivência da sexualidade	r=0.089 p=0.197	r=0.080 p=0.246	r=0.048 p=0.485	r=0.037 p=0.594	r=0.085 p=0.217	r=0.127 p=0.065	r=0.036 p=0.603	r=0.041 p=0.553	r=0.112 p=0.105
Conf. adquirir e usar mét. contraceptivos	r=-0.085 p=0.219	r=0.080 p=0.244	r=0.130 p=0.059	r=0.265 p=0.000***	r=0.069 p=0.319	r=0.076 p=0.271	r=0.095 p=0.167	r=0.259 p=0.000***	r=0.246 p=0.000***
Comportamentos sexuais de risco TOTAL	r=-0.078 p=0.255	r=0.047 p=0.494	r=0.084 p=0.222	r=0.267 p=0.000***	r=0.252 p=0.000***	r=0.317 p=0.000***	r=0.257 p=0.000***	r=0.217 p=0.001**	r=0.331 p=0.000***

* p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Pela análise do quadro 16, verificamos a existência de correlações positivas nas interacções de todas as dimensões e dos globais dos comportamentos sexuais, o que nos diz que com o aumento da coesão familiar, aumenta o *score* na escala dos comportamentos



sexuais em qualquer uma das dimensões (e conseqüentemente melhor é o comportamento). Assim, constatamos a existência de correlações estatísticas altamente significativas ($p < 0,001$), nas dimensões “Conforto ao falar de métodos contraceptivos”, “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade” e “Conforto ao adquirir e usar métodos contraceptivos”; bastante significativas ($p < 0,01$), nas dimensões “Capacidade de decisão (construções sociais e sexuais)”, “Capacidade de comunicação” e “Conforto ao falar de sexualidade”; assim como, significativas ($p < 0,05$) nas dimensões “Conforto ao expressar preocupação com o outro” e “Assertividade face aos métodos contraceptivos”. Tal resultados, levam-nos a afirmar que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite para essas dimensões, rejeitando-se a hipótese estatística (H_0).

Contudo, em algumas dimensões, constatamos ausência de significado estatístico ($p > 0,05$), tais como “Assertividade”, “Capacidade de dizer não” e “Conforto na vivência da sexualidade”, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite para essas dimensões, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

6.5 – INCIDÊNCIA DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE SEGUNDO O GÊNERO

Para sabermos a variação dos comportamentos sexuais de risco em função do gênero, formulamos a hipótese H_3 , como se expõe a seguir:

Hipótese 3: *Existem diferenças estatisticamente significativas entre o gênero e a incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente.*

Para a testar utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, cujos resultados se apresentam no quadro seguinte:



Quadro 17 – Teste U de Mann-Whitney comparando os comportamentos sexuais de risco em relação ao género.

GÉNERO DIMENSÕES DO COMPORTAMENTO SEXUAL	Masculino		Feminino		$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	Z	p
	n	\bar{x}_1	n	\bar{x}_2			
Capacidade de decisão (construções sociais)	92	101.44	121	111.23	-9.79	-1.154	0.249
Capacidade de decisão (construções sexuais)	92	82.15	121	125.90	-43.75	-5.160	0.000***
Capacidade de comunicação	92	90.90	121	119.24	-28.34	-3.333	0.001**
Assertividade	92	83.78	121	124.66	-40.88	-4.848	0.000***
Assertividade face aos métodos contraceptivos	92	101.29	121	111.34	-10.05	-1.277	0.202
Conforto nas actividades sociais	92	117.39	121	99.10	18.29	-2.225	0.026*
Conforto ao falar sobre sexualidade	92	119.77	121	97.29	22.48	-2.676	0.007*
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	92	110.56	121	104.29	6.27	-0.751	0.453
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade	92	113.67	121	101.93	11.74	-1.398	0.162
Conforto ao expressar preocupação com o outro	92	106.37	121	107.48	-1.11	-0.152	0.879
Capacidade em dizer “não”	92	99.53	121	112.68	-13.15	-1.639	0.101
Conforto na vivência da sexualidade	92	103.54	121	109.63	-6.09	-0.840	0.401
Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos	92	97.83	121	113.97	-16.14	-2.075	0.038*
Global	92	90.19	121	119.78	-29.59	-3.472	0.001**

* p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

A análise do quadro anterior evidencia que os adolescentes do sexo feminino apresentam globalmente médias superiores nos *scores* dos comportamentos sexuais (correspondendo a comportamentos sexuais mais favoráveis) comparativamente aos do sexo masculino, com excepção das dimensões “Conforto nas actividades sociais”; “Conforto ao falar sobre sexualidade”; “Conforto ao falar de métodos contraceptivos” e “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade”, em que nas dimensões referidas são os adolescentes do sexo masculino que apresentam maiores médias. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas (p<0,001) nas dimensões “Capacidade de decisão” (construções sociais) e “Assertividade”; bastante significativas (p<0,01) na dimensão “Capacidade de comunicação”; e significativas



($p < 0,05$) nas dimensões “Conforto nas actividades sociais”, “Conforto ao falar sobre sexualidade” e “Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos”.

Relativamente ao comportamento sexual dos adolescentes do sexo feminino e masculino, existe uma diferença estaticamente bastante significativas ($p < 0,01$), o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite, rejeitando-se a hipótese estatística (H_0).

6.6 – RETENÇÃO ESCOLAR E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO DO ADOLESCENTE

Hipótese 4: *Existem diferenças estatisticamente significativas entre a retenção escolar e a incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco do adolescente.*

Para sabermos se existe diferenças na incidência de comportamentos sexuais de risco em função da existência ou não de retenções ao longo da escolaridade do adolescente, elaborámos a hipótese supracitada e utilizamos o Teste U de Mann-Whitney para a testar.



Quadro 18 – Teste U de Mann-Whitney comparando os comportamentos sexuais de risco relativamente à existência ou não de retenção escolar.

RETENÇÃO	Sim		Não		$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	Z	p
	n	\bar{x}_1	n	\bar{x}_2			
Dimensões do comportamento sexual							
Capacidade de decisão (construções sociais)	55	98,40	158	109,34	-10,94	-1,143	0,253
Capacidade de decisão (construções sexuais)	55	104,11	158	107,34	-3,23	-0,338	0,736
Capacidade de comunicação	55	95,91	158	110,21	-14,3	-1,492	0,136
Assertividade	55	105,91	158	106,71	-0,8	-0,084	0,933
Assertividade face aos métodos contraceptivos	55	103,33	158	107,61	-4,28	-0,482	0,630
Conforto nas actividades sociais	55	100,23	158	108,70	-8,47	-0,914	0,361
Conforto ao falar sobre sexualidade	55	100,81	158	108,49	-7,68	-0,811	0,417
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	55	97,01	158	109,82	-12,81	-1,362	0,173
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade	55	104,46	158	107,21	-2,75	-0,290	0,771
Conforto ao expressar preocupação com o outro	55	102,07	158	108,05	-5,98	-0,727	0,467
Capacidade em dizer “não”	55	92,92	158	111,26	-18,34	-2,028	0,043*
Conforto na vivência da sexualidade	55	90,62	158	112,06	-21,44	-2,617	0,009**
Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos	55	94,09	158	110,85	-16,76	-1,913	0,056
Global	55	91,79	158	111,65	-19,86	-2,067	0,039*

* p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Assim, da análise do quadro 18 salientamos que os adolescentes que nunca foram retidos apresentam médias superiores nos *scores* dos comportamentos sexuais em todas as dimensões (correspondendo a comportamentos sexuais mais favoráveis) comparativamente aos que já apresentaram alguma retenção ao longo da sua escolaridade.

Constatamos, ainda, a existência de diferenças estatísticas bastante significativas (p<0,01) a nível do “Conforto na vivência da sexualidade” e significativas (p<0,05) a nível da “Capacidade de dizer não”.

No que se refere ao comportamento de risco global verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,05), entre os alunos que apresentaram



retenções ao longo do seu percurso escolar e os que não apresentaram a nível dos comportamentos sexuais, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite, rejeitando-se a hipótese estatística (H_0).

6.7 – IDADE DO ADOLESCENTE E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

Hipótese 5: *Existem diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes com idade inferior ou igual a 16 anos e os adolescentes com idade superior a 16 anos, relativamente à incidência/manifestação de comportamentos sexuais de risco.*

Para sabermos a variação dos comportamentos sexuais de risco em função da idade, elaborámos esta hipótese, e para a testar utilizamos um Teste U de Mann-Whitney.



Quadro 19 – Teste U de Mann-Whitney comparando os comportamentos sexuais de risco relativamente à idade.

Idade	≤ 16 anos		> 16 anos		$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	Z	p
	n	\bar{x}_1	n	\bar{x}_2			
Dimensões do comportamento sexual							
Capacidade de decisão (construções sociais)	112	93.92	101	121.50	-27.58	-3.277	0.001**
Capacidade de decisão (construções sexuais)	112	99.92	101	114.86	-14.94	-1.777	0.076
Capacidade de comunicação	112	102.21	101	112.31	-10.1	-1.196	0.232
Assertividade	112	95.16	101	120.13	-24.97	-2.986	0.003**
Assertividade face aos métodos contraceptivos	112	101.13	101	113.51	-12.38	-1.587	0.113
Conforto nas actividades sociais	112	107.63	101	106.30	1.33	-0.163	0.871
Conforto ao falar sobre sexualidade	112	107.09	101	106.90	0.19	-0.023	0.982
Conforto ao falar de métodos contraceptivos	112	107.19	101	106.79	0.4	-0.049	0.961
Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade	112	111.57	101	101.93	9.64	-1.157	0.247
Conforto ao expressar preocupação com o outro	112	106.66	101	107.38	-0.72	-0.099	0.921
Capacidade em dizer “não”	112	106.21	101	107.87	-1.66	-0.208	0.835
Conforto na vivência da sexualidade	112	106.51	101	107.54	-1.03	-0.143	0.887
Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos	112	114.48	101	98.71	15.77	-2.044	0.041*
Global	112	99.63	101	115.17	-15.54	-1.838	0.066

* p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Da análise do quadro anterior, salienta-se que os adolescentes com mais de 16 anos apresentam médias superiores nas dimensões dos comportamentos sexuais, diminuindo o índice de risco, comparativamente aos mais novos (menos de 16 anos), com excepção das dimensões “Conforto nas actividades sociais; “Conforto ao falar sobre sexualidade”; “Conforto ao falar de métodos contraceptivos”; “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade” e “Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos”, em que os adolescentes com menos de 16 anos obtiveram médias superiores. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas bastante significativas (p<0,01) a nível da “Capacidade de decisão” (construções sociais) e “Assertividade”, assim como significativas (p<0,05) a nível do “Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos”.



Contudo, parece não existir significado estatístico ($p > 0,05$) para outras dimensões e para o comportamento de risco global, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).



7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Alguns estudos ligados aos comportamentos e atitudes sexuais relacionaram, muitas vezes factores da vida familiar. De entre as variáveis estudadas, podemos encontrar a comunicação entre os diversos membros da família e o controlo parental.

Através da comunicação familiar transmitem-se conhecimentos, opiniões, crenças e atitudes sexuais. White & DeBlassie (1992), referem que num estudo de Sanders & Mullis os pais revelaram ser os mais influentes em termos das opiniões, crenças e atitudes sexuais, enquanto os amigos, a escola e os livros eram os mais importantes em termos de informação.

Estes dados parecem ir ao encontro dos dados obtidos no nosso estudo, onde verificamos que existe uma correlação altamente significativa relativamente ao “Conforto ao falar sobre sexualidade e métodos contraceptivos” do adolescente e a adaptabilidade e coesão familiar.

Salienta-se ainda que Lerner e Sapien (1980), referem que ao escolherem os seus pares, os adolescentes procuram os que apresentam atitudes e valores semelhantes aos seus, os quais foram adoptados a partir do seu contexto familiar.

Neste sentido, verificamos que parece existir uma correlação bastante significativa tanto a nível da dimensão adaptabilidade familiar como da dimensão coesão familiar, no que se refere à “Capacidade de decisão (construções sexuais)” e “Capacidade de comunicação” do adolescente.

Assim, os adolescentes pertencentes a famílias mais flexíveis e ligadas, revelam um maior conforto em falar de métodos contraceptivos e sexualidade, assim como uma maior capacidade de decisão e comunicação.

Muitos autores têm constatado a dificuldade dos pais em falar com os seus filhos adolescentes de assuntos relacionados com a sexualidade. No entanto, a comunicação sobre temáticas ligadas à sexualidade entre pais e filhos parece estar associada a menores



índices de relações sexuais precoces entre os adolescentes (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989).

White & DeBlassie (1992), referem que as atitudes e experiências sexuais mais permissivas se encontram mais associadas a uma disciplina muito estreita, com muitas regras. Segundo estes autores, os pais que exercem uma forte coerção e mantêm um controlo externo a curto prazo, promovem atitudes mais associadas aos comportamentos sexuais de risco. Pelo contrário, os pais que revelam posições moderadas, são mais eficazes na promoção da internalização dos seus valores por parte dos filhos.

A separação/autonomização, dos adolescentes em relação aos pais, tem sido enfaticamente mencionada na literatura sobre a adolescência e sobre os comportamentos sexuais nessa fase. Alguns autores (Menezes, 1990; Gameiro, 1994; Relvas, 1996) têm chamado à atenção para uma possível radicalização na leitura dos movimentos de autonomia e de separação face aos pais, referindo que o que se espera é que o adolescente consiga um balanço adequado entre a independência e a dependência dos pais, facilitando a existência de interacções recíprocas satisfatórias entre as gerações.

Menezes (1990) aborda a questão do equilíbrio entre dependência e independência do adolescente, colocando a ênfase na família. Segundo esta autora, a família é um contexto de primordial importância no desenvolvimento do adolescente, constituindo-se como um núcleo de vinculação, coesão e interdependência mútua e, simultaneamente, como um núcleo de separação e autonomia do adolescente.

Alarcão (2000), refere que é nesta etapa que a família alcança uma maior abertura ao exterior, contudo as famílias muito emaranhadas apresentam uma fronteira rígida em relação ao exterior comprometendo o movimento de socialização dos seus membros. A relação do adolescente ao grupo de pares, é sentida como uma traição e por isso travada e quando conseguida é feita apenas através de um corte emocional em relação aos pais e à própria família. Alarcão (2000), acrescenta ainda, que é neste contexto que surgem os comportamentos de risco no adolescente, visando o corte da ligação emocional aos pais e à família.

Os resultados obtidos no nosso estudo, nomeadamente, os que referem que o aumento da adaptabilidade e coesão familiar estão associados à diminuição dos comportamentos sexuais de risco no adolescente, revelam, segundo a interpretação linear



de Olson (1992), que os adolescentes pertencentes a família do tipo “Equilibradas” revelam comportamentos sexuais mais favoráveis na sua globalidade e conseqüentemente um menor índice de comportamentos sexuais de risco.

Braconnier (2002) refere que os adolescentes que apresentam dificuldades ao nível do sentimento de identidade, ou um vínculo extremamente forte e ambivalente, com imagens parentais, apresentam uma multiplicação de experiências sexuais, associando-se fortemente ao risco de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a SIDA.

Os dados obtidos através da nossa amostra, permitiram verificar que existe uma correlação altamente significativa entre a coesão familiar e os comportamentos sexuais do adolescente, sendo que à medida que aumenta a coesão familiar, aumenta o score no inventário de comportamento e conseqüentemente diminuem os comportamentos sexuais de risco. Verificamos correlações altamente significativas no “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade”, assim como no “Conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos” e uma correlação significativa na “Capacidade de decisão” do adolescente.

Verificamos, ainda, que parece existir um duplo padrão no que se refere aos comportamentos sexuais dos adolescentes, sendo que as adolescentes (sexo feminino) apresentam, globalmente, comportamentos sexuais mais favoráveis (com menor índice de risco) relativamente aos adolescentes (sexo masculino).

Vilar (2003) num estudo efectuado na região de Lisboa, junto de adolescentes entre os 15 e os 20 anos e seus pais, verificou que nas famílias estudadas as relações entre progenitores e adolescentes se pautavam pelo seu carácter pouco conflituoso, por níveis significativos de proximidade emocional, por estilos educativos em que se procura uma combinação entre a negociação e o exercício da autoridade parental e por níveis de comunicação aberta, ainda que prudente, por parte dos adolescentes, sendo que, os rapazes estão emocionalmente mais distantes dos pais e falam sobre tudo, incluindo sexo.

Tais dados parecem esclarecer, de algum modo, o facto dos adolescentes (rapazes) revelarem maior “Conforto nas actividades sociais” e “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade”, relativamente às adolescentes (raparigas).



Ainda, segundo Vilar (2003), apesar de ser com os amigos que os adolescentes falam mais sobre sexualidade, a mãe vem logo a seguir, como interlocutor preferido para conversar acerca destas questões (47,9% dos rapazes e 80% das raparigas), verificando-se um papel significativo da função das mães na comunicação sobre sexualidade.

No mesmo estudo constatou-se que, a prevenção dos riscos associados à sexualidade, nomeadamente de possíveis gravidezes não desejadas e do contágio da sida, é um dos temas mais abordados.

Na investigação levada a cabo por Vilar (2003), verificou-se que a relação global entre progenitores e adolescentes e a comunicação sobre sexualidade aparecem também correlacionadas, confirmando a hipótese de que as relações emocionais mais positivas se associam a maiores níveis de comunicação sobre sexualidade e que as relações mais conflituosas, emocionalmente mais distantes, estão associadas a menores níveis de comunicação sobre sexualidade.

Kinsey (Cit in Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989), demonstra que em meados dos anos quarenta, 61% dos rapazes de 17 anos tinham tido relações sexuais. Contudo, segundo Vaz (1996), a diferença entre os rapazes e raparigas no que se refere aos comportamentos sexuais, foram progressivamente diminuindo, sem desaparecer.

Segundo Vilar (2003), apesar de já serem uma pequena minoria, os pais esperam que as suas filhas se guardem virgens para o casamento, continuando a estar em maioria os que encaram com reserva a sexualidade das filhas, passando que quanto mais tarde melhor e havendo uma clara diferenciação, por parte dos progenitores, entre rapazes e raparigas.

Os dados obtidos por Roque (2001), num estudo feito com 397 estudantes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos, de Évora, refere que relativamente à história das relações íntimas dos sujeitos os dados obtidos permitem saber que a maioria dos respondentes afirmou ter tido relações sexuais com o seu actual ou último namorado, o que comprova que a maioria dos estudantes da amostra eram sexualmente activos. As diferenças estatisticamente significativas, entre as respostas das raparigas e dos rapazes, mostram que a prática de relações sexuais continua a ser mais frequente nos rapazes.



Da mesma forma, os dados do nosso estudo, permitem-nos dizer que 48,91% dos rapazes tiveram uma relação sexual, enquanto que apenas 34,71% das raparigas tiveram uma relação sexual.

Continua a ser nítido um duplo padrão, em que muitas vezes a relação sexual é vista como fazendo parte do desenvolvimento normal da adolescência dos rapazes e é entendido como um factor indesejável na adolescência das raparigas.

Num estudo em que investigou os *scripts* sexuais de estudantes universitários, Alferes (1997) obteve dados que apoiam a hipótese da existência de um duplo padrão sexual. Com 18-19 anos, um terço dos rapazes e três quartos das raparigas são virgens, sendo que a primeira relação sexual dos homens precede, em média, um ano a das mulheres.

No que se refere à percentagem de adolescentes que tiveram relações sexuais até aos 15 anos, 23, 5% dos rapazes e 4, 8% das raparigas, nos estudos de Navarro (1985) declararam ter tido relações sexuais.

Por outro lado, verificamos que as adolescentes (sexo feminino), apresentaram *scores* superiores no inventário de comportamentos sexuais, correspondendo a níveis mais baixos de comportamentos de risco do que os adolescentes (sexo masculino).

Contudo, os adolescentes do sexo masculino revelam um maior conforto ao falar sobre sexualidade e ao falar de métodos contraceptivos.

Globalmente, podemos concluir que existe um duplo padrão sexual, no que se refere aos comportamentos sexuais dos adolescentes, ou seja, as raparigas parecem evidenciar comportamentos de menor risco no que se refere à sexualidade, nomeadamente apresentam uma maior “capacidade de dizer não”, “assertividade face aos métodos contraceptivos” e “conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos”.

Relativamente ao uso do preservativo, os dados apontam para que 44.83% dos adolescentes que tiveram uma relação sexual usarem-no muitas vezes, sendo que 54.01% referem o uso frequente de métodos contraceptivos.

Estes dados parecem ir ao encontro de estudo efectuados por alguns autores como Roscoe & Kruger, (1990), que referem que os jovens já praticam sexo seguro,



independentemente do risco de contágio da SIDA, para diminuir e/ou evitar a gravidez indesejada e/ou outras doenças sexualmente transmissíveis (*cit in* Rosenthal e al., 1993).

Braconnier (2000) refere que três quartos dos jovens declaram ter utilizado preservativos e um quinto a pílula, aquando da primeira relação sexual, contudo no que se refere à última relação sexual, a proporção de utilizadores de preservativos desce para 72% nos rapazes e 51, 5% nas raparigas.

O mesmo autor destaca ainda que 10% dos jovens, não utilizam qualquer precaução na altura da primeira relação sexual.

A escola tal como a família pode ser definida, pelos seus objectivos e tarefas específicas, como um espaço de formação pessoal, socialização e procura de autonomia do adolescente.

É um espaço privilegiado para o adolescente desenvolver as primeiras relações afectivo-sexuais. O convívio e a partilha com uma grande diversidade de jovens, permite-lhes activar uma vasta panóplia de atitudes e comportamentos sexuais.

Segundo Braconnier (2000, p. 130) “A transformação das possibilidades afectivas e relacionais ao longo da adolescência repercute-se na escolaridade pelos interesses novos que ela suscita e pelo desejo de autonomia e de independência que lhe estão ligados. Os novos interesses provocados pelo processo da adolescência, pela emergência de novos objectivos pulsionais sexuais, permitem que se desenvolva o mecanismo da sublimação, isto é, o deslocamento para o terreno cultural e intelectual desta energia pulsional. (...) Inversamente, os conflitos afectivos ou relacionais demasiado intensos interferem no investimento escolar, que poderá mesmo tornar-se o lugar de condensação e o tema central de oposição familiar”.

Segundo Braconnier (2000) a quebra de rendimento escolar poderá decorrer de um investimento cada vez mais forte, numa outra actividade que não seja escolar, podendo ser uma relação amorosa.

Os dados obtidos através do nosso estudo, indicam que os adolescentes que não apresentaram retenções ao longo da sua escolaridade apresentam um menor índice de comportamentos sexuais de risco comparativamente aos que já tiveram retenções ao longo da sua escolaridade.



Assim, constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas a nível do “Conforto na vivência da sexualidade” e na “Capacidade de dizer não” do adolescente relativamente ao facto de apresentarem ou não retenções ao longo da sua escolaridade, nomeadamente, os adolescentes que não apresentaram retenções ao longo da sua escolaridade revelam maiores capacidade nas dimensões supracitadas.

Também Matos.(2003), num estudo realizado com o objectivo de avaliar o conhecimento dos jovens acerca dos aspectos relevantes sobre a VIH/SIDA, verificou que os adolescentes que se consideraram alunos abaixo da média na escola, têm menos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA. Por outro lado, os alunos que não se sentem sós na escola, tendem a apresentar melhores conhecimentos sobre as formas de transmissão da doença.

Segundo a mesma autora, o contexto escolar parece apresentar-se como pilar fundamental no desenvolvimento do auto-conceito, na capacidade de resolução de problemas e na tomada de decisão do adolescente. Por outro lado, as escolas revelam ser um contexto privilegiado ao abordar e planear intervenções que proporcionam a participação dos alunos na construção da sua própria saúde e na construção de atitudes positivas face aos outros e a si em particular.

No que se refere à idade do adolescente e a manifestação de comportamentos de risco, não existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere aos comportamentos sexuais em relação à idade.

Contudo, verificamos que os adolescentes com mais de 16 anos apresentam médias superiores nas dimensões dos comportamentos sexuais, diminuindo o índice de risco, comparativamente aos mais novos (menos de 16 anos). Os adolescentes com mais de 16 anos apresentam uma maior “Capacidade de decisão” e “Assertividade”. Verificamos que os adolescentes com idades inferiores a 16 anos revelam sentir maior “Conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade”, assim como maior “conforto em adquirir e usar métodos contraceptivos”. Parecendo estar relacionado com uma maior maturidade a vários níveis, tais como cognitivo, psicológico e sexual e a nível de comportamentos mais responsáveis. Tal maturidade encontra-se muitas vezes relacionada com maiores conhecimentos a nível de anticoncepcionais, capacidade de os adquirir e usá-los.



Segundo Ramos (2001), a fase inicial da adolescência é caracterizada por um estágio inicial de formação da identidade, existindo alguma confusão de factos concretos com mitos sexuais, existindo porém um despertar do desejo e da curiosidade sexual. Por sua vez, na fase tardia da adolescência já existe um forte sentido de identidade, uma compreensão clara dos compromissos e responsabilidades, assim como uma integração da informação e dos componentes emocionais da sexualidade de forma autónoma.



8 – CONCLUSÕES

Como vimos ao longo da revisão da literatura, a adolescência é um período em que os jovens experimentam inúmeras transformações físicas e psicológicas. Os seus corpos ganham novas formas e trazem consigo uma série de novas vivências.

As grandes alterações que ocorrem na adolescência, situam-se, como vimos, essencialmente a nível das alterações pubertárias e vivência da sexualidade, assim como da relação com a família e com o exterior (pares, escola, etc.).

O desenvolvimento psicológico do adolescente, envolve a sua história pessoal e as suas novas competências sexuais, cognitivas e relacionais. Neste sentido, o conhecimento dos marcos de desenvolvimento psicológico do adolescente e o estudo das teorias sistémicas têm ajudado a compreender a dinâmica da relação entre o adolescente e a sua família.

Neste processo de crescimento, os pais são o primeiro modelo dos filhos, educando-os através do seu comportamento, atitudes, normas, valores e limites.

A adolescência é o período de teste e reorganização do que se aprendeu durante a infância, o que poderá pressupor, experimentação e risco. Arrisca-se o que ainda não se é, na tentativa construir “não se sabe o quê”.

Como vimos, a adaptabilidade e coesão familiar são factores essenciais para que o jovem desenvolva uma sexualidade saudável.

Neste sentido, as tarefas da adolescência, poderão ser facilitadas ou dificultadas pelo sistema familiar. A família é um sistema aberto em constante interacção com o meio, cada ciclo de vida da família implica a realização de tarefas que lhes são próprias. A família com filhos adolescentes, deverá ajustar-se através de uma mudança na relação pais-filhos, a um aumento da flexibilidade das fronteiras familiares.

A sexualidade é uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que se refere ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura de amor e intimidade.



Por sua vez, a família é a matriz onde as identidades familiares se constroem ao mesmo tempo que se constrói a identidade individual, com uma história que vem detrás, das famílias de origem.

Ao longo do seu ciclo de vida a família transforma-se, os nascimentos, as mortes, a adolescência dos filhos, as saídas e entradas de casa, introduzem mudanças, assim como as crises que são dinâmicas e transformadoras. As expressões da sexualidade também mudam com o decorrer da idade e dos acasos e percursos da vida.

A família, parece educar hoje com outros princípios e com outras orientações.

O amor livre, ou talvez seja mais rigoroso falar de “sexualidade livre”, desde a década de 70 do século passado, marcou uma grande revolução a nível dos nossos valores, atitudes e comportamentos sociais e pessoais. O sexo mais ou menos explícito, está em todo o lado, na publicidade, no cinema, nos jornais, revistas e na televisão.

A descoberta de mais uma doença sexualmente transmissível, a SIDA, remonta aos anos oitenta. Desde de então sucedem-se campanhas de prevenção apelando ao uso obrigatório do preservativo.

Enquanto isso, as pessoas, as famílias, os pais e os adolescentes, vão adaptando-se aos novos tempos, ou reflectem-nos da melhor forma que podem e sabem.

Ao longo do nosso estudo, podemos verificar que um adolescente que activou e desenvolveu comportamentos de protecção face aos comportamentos sexuais de risco, pertence a uma família com níveis elevados de coesão e adaptabilidade familiar, que permitem promover no jovem o “conforto ao falar de métodos contraceptivos e sexualidade” e tendendo, conseqüentemente, a encarar com naturalidade a sexualidade e o facto dos seus filhos adolescentes começarem a descobrir a sexualidade.

Podemos, assim, considerar que os sistemas familiares do tipo “Equilibrados” possuem atributos que podem encorajar ou manter comportamentos preventivos face às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

Como temos vindo a ver, não são poucas as evidências que justificam o sublinhar das práticas parentais como parte fundamental na compreensão da etiologia dos comportamentos sexuais de risco.



Segundo Relvas (1996, p. 170), a autoridade parental é um elemento importante na autonomia do adolescente. Os pais deverão, nesta fase, aprender a regulá-la e conduzi-la a níveis de flexibilidade que facilite a sua diminuição progressiva. Neste sentido, o grau de autonomia concedido deverá oscilar, em função das situações e dos temas nelas envolvidos, entre um limiar máximo que impeça a colisão da autoridade parental com a necessidade de afirmação do adolescente, auto-estima e confiança pessoal crescentes, e um limiar mínimo de controlo que possibilite o suporte e segurança de que ele também necessita.

Não podemos esquecer que a relação sexual não se limita ao coito, envolve também questões relacionais, sendo também uma forma de comunicar através do corpo as emoções. O afecto e o respeito são, por isso, ingredientes fundamentais. O modo como o adolescente entende e vivência estas questões vai condicionar as suas opções ao longo da vida.

Certos adolescentes procuram, através da multiplicação de parceiros e de aventuras, uma solução para eventuais relações sexuais vividas de forma insatisfatória, representando muitas vezes, uma fuga à passagem ao acto que reduz a conduta amorosa ao simples coito (Braconnier, 2002).

A família tem como função primordial ensinar o adolescente a ter responsabilidades e transmitir-lhe os princípios orientadores que permitam dar utilidade e sentido à sua vida, ajudando-os a escolher e manter estilos de vida saudáveis.

O mesmo autor refere, ainda, que a atitude dos pais face à sexualidade dos adolescentes, não deve ser nem demasiadamente intrusiva, “falar demasiado disso, querer saber demasiado, implicar-se na vida sexual dos seus filhos não os pode ajudar a expandir-se”, nem demasiadamente distante, “pelo contrário, nada dizer ou fazer como se a sexualidade não existisse, quando ela ocupa um lugar essencial, não torna as coisas mais fáceis”. A solução encontra-se numa postura intermédia, baseada no acompanhamento do adolescente, na capacidade e disponibilidade de escuta e atenção.

Sendo assim, “o essencial, no crescimento dos adolescentes, não é prevenir os riscos: mas preveni-los para a humildade de os corrigir, com a certeza de que não há jovens em risco sem famílias em risco” Sá (2002, p.89)



Notamos, ainda, que persiste um duplo padrão no que se refere ao género, existindo diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino no que se refere aos comportamentos sexuais de risco do adolescente, sendo que as raparigas revelam comportamentos sexuais mais saudáveis.

Verificamos, que os adolescentes com mais de 16 anos apresentam comportamentos sexuais mais saudáveis comparativamente aos mais novos, contudo parece não existir diferenças significativas relativamente à idade.

Talvez possamos dizer que não existe uma idade certa para se estar preparado para iniciar a vida sexual, contudo existe um factor importante que é o grau de assertividade do adolescente, da sua capacidade de decisão e do seu grau de conforto e capacidade em adquirir e usar métodos contraceptivos.

Nos resultados obtidos por nós, verificamos que a capacidade em dizer “não” e o conforto na vivência da sexualidade do adolescente, variam consoante ter existido ou não retenções ao longo da sua escolaridade, o que nos remete para o importante papel da escola e da forma como a percepção de um meio escolar positivo por parte do adolescente, se encontra associado a uma percepção subjectiva de bem-estar, ao sentimento de pertença, à percepção de auto-eficácia e conseqüentemente a estilos de vida mais saudáveis e comportamentos sexuais mais favoráveis por parte deste.

Podemos então concluir que tanto a nível do sistema parental como escolar, a melhor forma de contribuir para um desenvolvimento harmonioso da vida sexual do adolescente é criando um espaço de abertura à comunicação, um clima afectivo e de confiança, que lhe permita questionar e reflectir acerca das suas dúvidas, receios e tabus. Sendo também de grande importância a activação de capacidades que permitam ao adolescente aceder e usar métodos contraceptivos.

Contudo, não podemos esquecer que, nos últimos anos, a família tem vindo a experimentar transformações profundas. Vimos proliferar o número de famílias monoparentais e recompostas, baixou o número de nascimentos e matrimónios, assim como tem vindo a aumentar a união livre e o divórcio.

Atendendo a que este estudo não teve em conta estas variáveis, que para nós poderão ser também de grande importância e que consideramos ser uma das suas limitações,



revelar-se-ia fundamental reflectir acerca de tais atributos familiares, e em que sentido poderão encorajar ou prevenir comportamentos sexuais de risco.

Seria importante investigar como o adolescente experiêcia situações familiares de maior desgaste, posteriormente a divórcios e/ou recasamentos dos seus pais e como poderão influenciar os seus comportamentos sexuais.

Sabemos que muitos comportamentos do adolescentes, tais como o consumo de álcool e/ou drogas poderão estar associados a comportamentos sexuais de risco, tais variáveis não foram tidas em conta no nosso estudo, constituindo-se, na nossa opinião, outra das suas limitações.

Pensamos, ainda, ser de grande importância o estudo, de outros factores fundamentais na compreensão dos comportamentos sexuais de risco, que não foram tidos em conta no nosso estudo, sendo de salientar, a razão da primeira relação sexual, o grau de conhecimentos, o número de parceiros sexuais, entre outros.

Sentimos que ainda muitos factores poderiam ser aprofundados e alvo de futuras investigações, tais como, o tipo de comunicação pais-filhos, inclusivamente aprofundando os conteúdos e os contextos relacionais em que ocorrem, considerando ser muito importante atender aos dois níveis presentes na comunicação, o do conteúdo e o da relação. Perceber o papel da fratria e sua influência a nível dos comportamentos sexuais do adolescente.

Pensamos ser, também, muito pertinente a avaliação de forma mais consistente, em futuros estudos, das variáveis a nível da escola que se correlacionam com comportamentos sexuais do adolescente mais saudáveis, implementando programas de educação e informação sexual e procurando estratégias para modificar a situação de risco dos adolescentes.

Globalmente, este estudo poderá ser um instrumento de reflexão para quem se relaciona com adolescentes (pais, professores e técnicos de saúde) e se interessa pelas problemáticas que o rodeiam, servindo de ponto de partida para estudos mais alargados na área da educação/formação sexual dos adolescentes.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (1999). Plano de acção.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (2000). Plano de acção
- ALARCÃO, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Edições Quarteto
- ALFERES, V. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais. Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento
- ALMEIDA, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Função Caloustre Gulbenkian.
- AMARO, F.; DANTAS, A.M.; TELES, L.C. (1995). Sexual behaviour in the city of Lisbon. *International Journal of STD & AIDS*, 6, p. 35-41.
- AMARO, H. (1993). Reproductive choice in the age of AIDS: Policy and counselling issues, In C. Squire (Ed.), *Women and AIDS: Psychological Perspectives*. London: Sage Publications.
- ANDOLFI, M. (1981). *A Terapia Familiar*. Lisboa: Ed. Assírio Bacelar
- ANDOLFI, M. et al. (1981). *Por trás da máscara familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BASTARD, B.; CARDIA-VONÈCHE, L.; PETO, D.; VAN CAMPENHOUDT, L. (1997). Relationships between sexual partners and ways of adapting to the risk of AIDS: Landmarks for a relationship oriented conceptual framework. In L. Van Campenhoudt; M. Cohen; G. Guizzardi, D. Hausser. *Sexual interactions and HIV risk: New conceptual perspectives in European research*. Taylor & Francis.
- BELL, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Publicações Gradiva.
- BENITO, M.; ANTÓNIO, J. (1996). *Justificação analítica da medida de risco: Método de JAM. UCBG*.
- BÉNOIT, J. C. et al.(1988). *Dictionnaire Clinique des Thérapies Familiales Systémiques*. Paris: Les Editions ESF



- BRACONNIER, A (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi
- BRACONNIER, A. (2002). *O guia da adolescência*. Lisboa: Edições Prefácio.
- BRACONNIER, A.; MARCELLI, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Edições Climespi.
- BRAZELTON B. e KRAMER B. (1993). *A Relação Mais Precoce*. Lisboa: Terramar.
- BROOKS-GUNN, J. & FURSTENBERG, J. (1989). Adolescent sexual behaviour. *American Psychologist*, 44, p. 249-257.
- CANAVARRO, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo da vida*. Coimbra: Edições Quarteto.
- CANAVARRO, M.C., PEREIRA, A. (2001). *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perspectivas Teóricas, Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra: Edições Quarteto
- CLAES, M. (1990). Os problemas da adolescência. 2ª ed. Lisboa,: Verbo.
- COMBRICK-GRAHAM, L. (1988). Adolescent Sexuality in the life spiral. In C.J. Falicov (Ed.). *Family transitions* p. 107-131. New York: Guilford Press.
- CRUZ, J. F ; MELO, B.M. (1996). A utilização do preservativo nos jovens adultos: Estudo preliminar das hipóteses da teoria da Acção Racional para a prevenção da SIDA. In L.Almeida; J. Silvério; S. Araújo (Eds), *Actas do II Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho. p. 131-141.
- D'OLIVEIRA, T. (2002). Teses e Dissertações. *Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. 1ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- DICLEMENTE, R.; HASEN, W.; PONTON, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1998). *Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores*. Direcção Geral da Saúde. Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes.
- DORIUS, G.L.; HEATON, T.B.; STEFFEN, P. (1993). Adolescent life events and their association with the on set of sexual intercourse. *Youth & Society* 25, p.3-23.
- ERIKSON, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio, Brasil: Zahar Editores



- ERIKSON, E.H. (1972). *Adolescence et Crise: la quête de l'identité*. França: Flammarion.
- EVARISTO, F. (1991). *Psicopedagogia de la adolescência*. Madrid: Ediciones Narcea.
- FERNANDES, O.M. (1995). *Família e Emigração: Estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma população não-migrante do concelho de Chaves e de uma população portuguesa no Cantão de Genebra*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento, Ed. Autor.
- FIGUEIREDO, E. (1985). *No reino de Xantum. Os jovens e o conflito de gerações*. Porto: Edições Afrontamento.
- FISHMAN, H. (1996). *Tratando adolescentes com problemas. Uma abordagem da terapia familiar*. Artes Médicas.
- FLEMING, M. (1993). *Adolescência e Autonomia: O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- FORTIN, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Edições Lusociência.
- FRADE, A. et al. (1992). *Educação sexual na escola: um guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- FRASQUILHO, M. A. (1997). Uma nova concepção dos comportamentos problema em adolescentes: O modelo de Jessor. *Clínica Geral*, 14 (1), p. 31-40.
- FREUD, S. (1962). *Trois Essais sur la Théorie de la Sexualité*. Paris: Gallimard.
- GAMEIRO, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria*. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea. Porto: Edições Afrontamento.
- GAMEIRO, J. (1994). *Quem sai aos seus...*. Porto: Edições Afrontamento.
- GOMES-PEDRO, J. (1999). *A criança e a nova pediatria*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- GOMES-PEDRO, J. et al (1999). *Stress e violência na criança e no jovem*. Clínica Universitária de Pediatria. Lisboa: Departamento de Educação Médica.
- GONÇALO, M.I. (2002). *A Mãe – Menina*. *Nursing*, 172, p.10-15.



- HARTER, S. (1993). Visions of self: beyond the me in the mirror. In JACOBS, J. (Ed.). *Developmental perspectives on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, 94-144.
- HAZAN e SHAVER (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, p.511-524.
- HILL, M. M.; HILL, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- KELLY, J.; KALICHMAN S. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: Key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, p. 907-918.
- KIRBY, D. (1984). *Sexuality education: An evaluation of programs and their effects*. Santa Cruz: Network.
- KIRBY, D.; ALTER, J. & SCALES, P. (1979). *An Analysis of U.S. Sex Education Programs and Evaluation Methods*. Atlanta: U.S. Dep. of Health, Education and Welfare.
- LERNER, R. M. & SPANIER, G. B. (1980). *Adolescent development. A life-span perspective*. New York: McGraw Hill.
- LERNER, R.; SPANIER, G (1980). *Adolescent development. A life-span perspective*. New York: McGraw Hill.
- LIMA, L. (1996). *Percepção do risco sísmico: medo e ilusões*. Tese de Mestrado.
- LIPOVETSKY, G. (1989). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa: Relógio d'água.
- LÓPEZ F. (1984). *El Apego*. In Palacios et al., *Psicología Evolutiva*. Madrid: Alianza Universidad. Vol. 2.
- LOURENÇO, M.C. (1998). *Textos e contextos da Gravidez na Adolescência*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- LOURENÇO, M.C. (1999). *Estou grávida!... Não sei se choro, não sei se rio...*, *Sexualidade &Planeamento Familiar*, 21/22, p. 12-17.
- MATOS, M. (2005). *Adolescência, representações e psicanálise*. Lisboa: Climespi Editores.



- MATOS, M. G.; BATTISTUTTA, D.; SIMÕES, C.; CARVALHOSA, S. F.; DIAS, S.; GONÇALVES, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doença*, 1, p. 3-20.
- McGOLDRICK, M.; GERSON, R. (1987). *Genogramas en la Evaluacion familiar*. Buenos Aires: Guedisa.
- MENDES, I. (1998). Problematização da gravidez na adolescência no contexto das sociedades ocidentais. *Referências*, 1, p. 23-26.
- MENDEZ, R.V., HULSEY, T.L.; ARCHER, R.L. (2002). Multiple partners in the age of AIDS: Self-consciousness theory and HIV risk behaviour. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 20, p. 349-362.
- MENEZES, I. (1990). Desenvolvimento no contexto familiar. B.P. Campos (Ed.). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.
- MIGUEL, N. (1987). A sexualidade na adolescência e juventude. GOMES, F. A. *Sexologia em Portugal*. Vol. I, p.78-84. Lisboa: Texto Editora
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). *Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século*. Grafema Lda.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). *Saúde um compromisso*. A estratégia de saúde para o virar do século.
- MINUCHIM, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: J. P. Delarge
- MINUCHIN, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Ed. Universitaires Jean-Pierre Delarge.
- MINUCHIN, S. (1990). *Famílias - funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MOURA, L. (1992). *A adolescência e os seus problemas*. Lisboa (3), “*Nascer e Crescer*”, p. 152-154.
- NAVARRO, F. (1985). *Adolescentes portuguesas: alguns estudos*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (Edições saúde. Obras avulsas 3).
- NODIN, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa: Edições Bertran.
- OGDEN, J. (1995). Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine*, 40, p. 409-415.
- OGDEN, J. (2000). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climespi Editores.



- OLSON, D. H. (1991). Commentary: Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30, p. 74-79.
- OLSON, D. H. ; TIESEL, J. W. (1992). Faces II update: Linear scoring and interpretation. OLSON, D. H. et al. – *Family inventories*. 2º Ed. St Paul: University of Minnesota: 12-15.
- OLSON, D. H. et al. (1985). *FACES III*. St. Paul, University of Minnesota.
- OLSON, D. H.(1989). *Families what makes them work*. 2º Ed. Los Angeles: Sage Publications.
- OLSON, D. H.. (1989). Circumplex Model of family systems VIII. Family assessment and intervention. OLSON, D. H. et al.(eds.) – *Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families*. New York: The Haworth Press, p. 7-49
- PAGÈS-POLY, M. e PAGÈS, J. (1999). *Quando os adolescentes despertam para a sexualidade*. 1ª ed. Lisboa: Terramar.
- PAIS, J. et al. (1999). *Traços e Riscos de Vida, Uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis*. Lisboa: Colecção Trajectórias
- PAIS, J. M. (1987). Sexualidade e história. In GOMES, F. A. & ALBUQUERQUE, A. & NUNES J. S. *Sexologia em Portugal*. Vol. II, p.5 –12. Lisboa: Texto Editora.
- PALAZZOLI, M. S. et al. (1978). *Paradoxe et Contre-Paradoxe*. Paris: ESF
- PEREIRA A. M. S. (2006). Stress e doença: Contributos na Psicologia da Saúde na última década. In Isabel (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora p. 145-167.
- PEREIRA, A. M. S. (2004). *Educação Multicultural: Teorias e Práticas*. Porto: Asa Editora.
- PEREIRA, A. M.S.; FONSECA, A. & SILVA, C. (2002). Health Behaviour: Understanding Students Sexuality. In *International Journal of Behaviour Medicine*, Vol.9, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, p. 215.
- PEREIRA, A.M.S. & FERRAZ, M. (2002). A dinâmica da Personalidade e o Homesickness (Saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. In *Psicologia Saúde & Doença*, Volume 3, nº2, p. 149-164.



- PEREIRA, A.M.S. & SILVA, C. F. (2002). *Quality of Life in the Academic Context: Contribution to the Promotion of student's Health Behaviours*. International Study Association on Teachers and Teaching, Connecting Policy and Practice: Challenges for teaching and learning in school and universities. (Publicação em CD-Rom), p. 959-963.
- PEREIRA, A.M.S. (2003). Auto-conceito e sucesso escolar. In *Guia de Pais, Federação Regional de Associações de Pais da Região Centro (FRAP)*, Instituto de Inovação Educacional, Ministério da Educação, p. 2-3.
- PEREIRA, A.M.S.; MELO, A.; PEREIRA A. (2005). Motivos que levam os estudantes à Consulta de Psicologia. In A. Pereira & E. Motta (Eds), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*. Actas do Congresso Nacional. Coimbra: SASUC Edições, p. 195-200.
- PEREIRA, A.M.S.; MOTTA, E.; VAZ, A.; PINTO, C.; BERNADINO, O.; MELO, A.; PEREIRA A.; FERREIRA, J.; RODRIGUES, M. J.; MEDEIROS, A.; BOMBAS, T.; MONTEIRO, S.; PINHEIRO, M. J.; CARVALHO, D. & NOSSA, P. (2006). Educação para a saúde pelos pares: Intervenção em comportamentos de risco do VIH/SIDA. In I. Leal, J.P. Ribeiro e S.N. Jesus (Orgs), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro: Universidade do Algarve, p. 673-679.
- PEREIRA, A.M.S.; RODRIGUES M.; BARROSO, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde Lda.
- PEREIRA, A.S.; LEÃO, M.P. (2005). Afinal!...a SIDA só acontece aos outros! Comportamentos e níveis de tolerância face ao VIH/SIDA em estudantes do Ensino Superior. In A. Pereira & E. Motta (Eds), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção*. Actas do Congresso Nacional. Coimbra: SASUC Edições, p. 375-382.
- PEREIRA, M. A. (2000). *Mãe Adolescentes – Aleitamento Materno*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.



- PEREIRA, M. e FREITAS, F. (2001). *Educação Sexual. Contextos de sexualidade e adolescência*. Guias práticos, edições ASA.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- PIAGET, J. (1990). *Seis estudos de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Porto Alegre: Edições Artes Médicas.
- QUIVY, R.; CAPENHAUDT L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Gradiva.
- RAMIRO, L. REIS, M. (2006). Sexualidade na Adolescência. *Psicologia Actual*, 8, p. 73-74.
- RAMOS, R. (2001). Dificuldades no acesso à contraceção. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, p. 29-32.
- RELVAS, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família: perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- ROQUE, O. (2001). *Semiótica da Cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Coleção de estudos APF, Associação para o Planeamento da Família.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- ROSENTHAL, D. e SHEPHERD, H. (1993). A six-month follow of adolescents' sexual risk-talking, HIV/AIDS knowledge and attitudes to condoms. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3, p. 53-65.
- SÁ, E. (2002). *Adolescentes somos nós*. Edições Fim de Século
- SAMPAIO, D. (1998). *Inventam-se novos pais*. Lisboa: (10.ª ed.), Edições Caminho.
- SAMPAIO, D. (1998). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: (10.ª ed.), Edições Caminho.
- SAMPAIO, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: (2.ª ed.), Edições Caminho.
- SAMPAIO, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Edições Caminho.
- SAMPAIO, D. (2000). *Vozes e ruídos: diálogos com adolescentes*. Lisboa: (11.ª ed.), Edições Caminho.



- SANTOS-LUCAS, J. (1987). Os portugueses e a SIDA. Inquérito nacional sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos associados com a SIDA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, p. 89-100.
- SANTOS-LUCAS, J. (1989). Mudanças em percepções e atitudes favoráveis à prevenção da SIDA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, p.61-64.
- SANTOS-LUCAS, J. (1993). *A sexualidade desprevendida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill.
- SENOS, J. (1992). *Auto-estima e resultados escolares: o papel da atribuição causal e da identidade social na manutenção da auto-estima após a obtenção de baixos resultados académicos*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.
- SILVA, J.F. (1982). *Estudos de psicologia*. Coimbra: Almedina.
- SILVA, M. A. (1986). Para uma abordagem dos processos de separação no adolescente. Provas de aptidão pedagógica e científica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- SILVA, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Lisboa: Climepsi.
- SOCZKA, L.(1987). O sexo e a evolução do comportamento. In Gomes, A.;Albuquerque A.; Nunes J. (1987). *Sexologia em Portugal: Vol.1. A sexologia clínica*, p. 13-30. Lisboa: Texto Editora.
- SONTAG, S. (1988). *AIDS and its Metaphors*. Harmondsworth: Penguin.
- SPRINTHALL (1994). *Psicologia do Adolescente uma Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- STEINBERG, L. et al. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, p. 16-36.
- SUPLICY, M. (1995). *Sexo para adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- VASCONCELOS, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade dos jovens portugueses. In Cabral, M. Villaverde e Pais, M. (Coord.). *Jovens Portugueses de Hoje -Resultados do Inquérito de 1997*. Oeiras: Celta Editora; p. 215-305.
- VAZ, J. Machado et al. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.



- VILAR, D. (2003). *Falar Disso. A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- WEEKS, J. (1985). *Sexuality and its Discontents: Meanings, Myths and Modern Sexuality*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- WHITE, S.; DEBLAISSIE, R. (1992). Adolescent sexual behavior. *Adolescence*, 27, p. 183-191.



ANEXOS



ANEXO 1 – Questionário

Sou **Isabel de Matos**, Psicóloga da Escola EB2,3 de Vilarinho do Bairro. No âmbito do curso de Mestrado em Ativação do Desenvolvimento Psicológico que me encontro a frequentar na Universidade de Aveiro, propus-me estudar “Família e Comportamentos Sexuais de Risco no Adolescente”.

Assim, para que tal seja possível, torna-se de fundamental importância a tua colaboração. **Solicito-te, que leias com atenção as instruções e preenchas os questionários, procurando não deixar respostas em branco.**

É importante que respondas com sinceridade, pois não existem respostas certas nem erradas, apenas a tua opinião é importante. Além do preenchimento ser voluntário, **é garantido anonimato absoluto e as tuas respostas apenas serão utilizadas neste estudo para os fins expostos.**

Reconhecidamente agradeço a tua colaboração.

QUESTIONÁRIO

É importante que:

- Não deixes nenhuma questão por responder.
 - Coloque uma X no quadro correspondente à tua opinião.
 - Escrevas as respostas nos locais apropriados.
 - Mantenhas o anonimato.
-

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E ESCOLAR

1 – Sexo: Masculino Feminino

2 – Idade: _____ anos

3 – Área de Residência: Urbano Rural

4 – Ano de escolaridade que frequentas: 9º 10º 11º 12º

5 – Já alguma vez ficaste retido ao longo da tua escolaridade? Sim Não

6 – Se sim em que ano(s) de escolaridade: 2º 3º 4º 5º 6º 7º
8º 9º 10º 11º 12º

7 – Quantos irmãos tens? _____

8 – Quantas pessoas, da tua família, vivem contigo em tua casa? _____

9 – Profissão do pai: _____

10 – Profissão da mãe: _____

FACES II

DAVID H. OLSON, JOYCE PORTNER, & RICHARD BELL (1985)

Adaptado por Fernandes (1995)

Lê com atenção as questões seguintes. Decide, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na tua família. Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinala com uma cruz *qual dos pontos* - 1, 2, 3, 4, 5 corresponde à tua opinião.

Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

1 - Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.	1	2	3	4	5
2 - Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.	1	2	3	4	5
3 - É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.	1	2	3	4	5
4 - Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.	1	2	3	4	5
5 - Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.	1	2	3	4	5
6 - Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.	1	2	3	4	5
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.	1	2	3	4	5
8 - Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.	1	2	3	4	5
9 - Na nossa família cada um segue o seu próprio Caminho.	1	2	3	4	5
10 - As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.	1	2	3	4	5
11 - Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.	1	2	3	4	5
12 - É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
13 - Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.	1	2	3	4	5
14 - Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.	1	2	3	4	5
15 - Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.	1	2	3	4	5
16 - Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	1	2	3	4	5
17 - Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.	1	2	3	4	5
18 - Na nossa família somos justos quanto à disciplina.	1	2	3	4	5
19 - Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.	1	2	3	4	5
20 - A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.	1	2	3	4	5
21 - Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.	1	2	3	4	5
22 - Na nossa família todos partilham responsabilidades.	1	2	3	4	5
23 - Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.	1	2	3	4	5
24 - É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	1	2	3	4	5
25 - Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.	1	2	3	4	5
26 - Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.	1	2	3	4	5
27 - Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	1	2	3	4	5
28 - Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	1	2	3	4	5
29 - Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.	1	2	3	4	5
30 - Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.	1	2	3	4	5

Inventário sobre sexualidade para Adolescentes

Mathtech Questionnaires, Kirby, D. (1984)

Adaptado por Matos, I. (2005)

1º Parte

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que costumás apresentar os comportamentos citados. Algumas perguntas são pessoais e referem-se à tua sexualidade e à tua vida social.

Assinala com **uma cruz (X)** a resposta que melhor se refere aquilo que acontece contigo, sendo:

1 – Quase nunca (quando acontece aproximadamente 5% das vezes ou menos);

2 – De vez em quando (quando acontece aproximadamente 25% das vezes);

3 – Às vezes (quando acontece aproximadamente 50% das vezes);

4 – Muitas vezes (quando acontece aproximadamente 75% das vezes);

5 – Quase sempre (quando acontece aproximadamente 95% das vezes ou mais).

1	Quando alguma coisa que fazes corre mal, assumes a responsabilidade e as consequências do teu comportamento?	1	2	3	4	5
2	Quando alguma coisa que fazes corre mal, culpas os outros?	1	2	3	4	5
3	Costumas tomar decisões sozinho?	1	2	3	4	5
4	Antes de tomar uma decisão, ponderas as consequências de cada uma das alternativas?	1	2	3	4	5
5	Informas-te, antes de tomar uma decisão acerca de alguma coisa?	1	2	3	4	5
6	Conversas com os que te rodeiam antes de tomar uma decisão?	1	2	3	4	5
7	Quando saís com o(a) teu/tua namorado(a), o(a) beijas ou tens relações sexuais com ele/ela, assumes a responsabilidade do teu comportamento e das suas consequências?	1	2	3	4	5
8	Quando pensas em ter relações sexuais, ponderas seriamente as consequências do teu comportamento?	1	2	3	4	5
9	Quando tens que tomar uma decisão sobre a tua vida sexual, procuras obter o máximo de informações possíveis?	1	2	3	4	5
10	Antes de tomar uma decisão acerca do teu comportamento sexual, conversas acerca disso com os outros?	1	2	3	4	5
11	Quando tens que tomar uma decisão acerca da tua vida sexual, fá-lo sem ponderar as suas consequências?	1	2	3	4	5
12	És capaz de ouvir e conversar com os teus amigos acerca do que os preocupa?	1	2	3	4	5
13	Quando um(a) amigo(a) fala contigo, fazes perguntas, caso não entendas o que ele(a) te diz?	1	2	3	4	5
14	Quando um(a) amigo(a) fala contigo, mostras-lhe através de expressões faciais (Tais como “sim” com a cabeça) que estás interessado naquilo que ele(a) te diz?	1	2	3	4	5
15	Quando precisas desabafar, consegues levar os teus amigos a ouvirem-te realmente?	1	2	3	4	5
16	Quando falas com um(a) amigo(a), procuras a opinião dele(a) acerca daquilo que disseste?	1	2	3	4	5
17	És capaz de expor todos os teus sentimentos, quando falas com amigos?	1	2	3	4	5
18	Mostras aos teus amigos que te preocupas com eles?	1	2	3	4	5
19	Nas conversas com os teus amigos dizes com frequência: “eu penso que...”, “eu sinto que...”, etc.	1	2	3	4	5
20	Sentes-te à vontade com o(a) teu/tua namorado(a) para falar acerca daquilo que queres ou não fazer sexualmente?	1	2	3	4	5
21	Se o(a) teu/tua namorado(a) fizer pressão para terem relações sexuais e tu não queres, és capaz de dizer “não”?	1	2	3	4	5
22	Quando o(a) teu/tua namorado(a) faz pressão para terem relações sexuais e tu não queres, costumás ser compreendido(a)?	1	2	3	4	5
23	Sentes-te à vontade com o(a) teu/tua namorado(a) para falar de métodos contraceptivos?	1	2	3	4	5
24	Insistes sempre para usar preservativo durante as relações sexuais?	1	2	3	4	5

2ª Parte

As frases que se seguem referem-se a diferentes situações da tua vida. Coloca **uma cruz (X)** na resposta que melhor caracteriza a forma como te sentes, sendo:

- 1 = Sinto-me à vontade
- 2 = Sinto-me ligeiramente incomodado
- 3 = Sinto-me algo incomodado
- 4 = Sinto-me muito incomodado

25	Permanecer num grupo de amigos do sexo oposto.	1	2	3	4
26	Ir a uma festa.	1	2	3	4
27	Falar com adolescentes do sexo oposto.	1	2	3	4
28	Ter um encontro.	1	2	3	4
29	Falar de sexualidade com amigos.	1	2	3	4
30	Falar de sexualidade com o(a) namorado(a).	1	2	3	4
31	Conversar com os pais acerca de sexualidade.	1	2	3	4
32	Falar de contraceptivos com os amigos.	1	2	3	4
33	Falar com o(a) namorado(a) acerca do preservativo.	1	2	3	4
34	Falar com os pais sobre contraceptivos.	1	2	3	4
35	Expressar a tua estima pelos outros.	1	2	3	4
36	Conversar com o(a) teu/tua namorado(a) sobre o que queres ou não fazer sexualmente.	1	2	3	4
37	Dizer "não" perante uma proposta para ter relações sexuais.	1	2	3	4
38	Ter a tua actual vida sexual, qualquer que ela seja.	1	2	3	4

1 = Quase nunca 2 = De vez em quando 3 = Às vezes 4 = Muitas vezes

39	Insistes sempre em usar preservativo quando tens relações sexuais.	1	2	3	4
40	Antes de ter uma relação sexual vais comprar preservativos	1	2	3	4
41	Vais ao médico para saber o método contraceptivo que deves usar.	1	2	3	4
42	Usas métodos contraceptivos quando tens relações sexuais.	1	2	3	4

3ª Parte

Assinala com uma cruz (X) a resposta correcta

43	Já alguma vez tiveste alguma relação sexual	Sim	Não
44	Tiveste alguma relação sexual no decorrer deste mês	Sim	Não

Grata pela colaboração

Isabel de Matos

ANEXO 2 – Carta de pedido aos Presidentes do Conselho Executivo das Escola

Ex.^{mo(a)} Senhor(a) Presidente do Conselho
Executivo da Escola Secundária de
.....

Isabel Margarida Fernandes de Matos, Psicóloga da escola EB 2, 3 de Vilarinho do Bairro, a frequentar o Curso de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico, na Universidade de Aveiro, vem requerer a V.^a Ex.^a autorização para aplicação de um questionário (anexo 1), aos alunos do 9º; 10º; 11º e 12º anos de escolaridade na instituição que superiormente dirige.

Elaboramos o questionário sob orientação da Professora Doutora Anabela Pereira, no âmbito da dissertação do referido curso. O estudo a desenvolver visa estudar *“Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos adolescentes”*.

O preenchimento do referido questionário é voluntário, individual, sendo garantido o anonimato absoluto e a total confidencialidade dos dados, pelo que os questionários são fornecidos em envelope que após preenchimento pode ser fechado. É de salientar que será solicitada previamente, autorização por escrito aos encarregados de educação (anexo 2).

Após conclusão do estudo em apreço e caso considere de interesse para os Vossos Serviços será facultado um exemplar do relatório final.

Crente que ao assunto dará a melhor atenção, aguardamos uma resposta de V.^a Ex.^a.

Subscrevemo-nos com consideração.

(Isabel Margarida Fernandes de Matos)

ANEXO 3 – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação

Ex.mo(a). Senhor(a) Encarregado(a) de Educação

Isabel Margarida Fernandes de Matos, Psicóloga na escola EB 2, 3 de Vilarinho do Bairro, a frequentar o Curso de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico, da Universidade de Aveiro, vem requerer a V.^a Ex.^a autorização para aplicação de um questionário ao seu filho/ educando com o objectivo estudar a **“*Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos adolescentes*”**.

É de salientar que o questionário é absolutamente anónimo, de preenchimento voluntário e individual, sendo garantida a total confidencialidade.

Crete que ao assunto dará a melhor atenção, aguardo uma resposta de V.^a Ex.^a

Subscrevo-me com consideração

(Isabel Margarida F. Matos)

Por favor, assinale a sua resposta colocando uma cruz no quadrado que lhe corresponde e assine.

Autorizo a aplicação do questionário ao meu educando

(Nome): _____

Sim

Não

Assinatura do Encarregado de Educação
