



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria da Graça Fernandes Lopes

Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Sexuais de Alunos do Ensino Profissional

Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de:

Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Professora Mestre Maria Teresa Peres Filipe de Araújo

Viana do Castelo, Julho de 2012

Lopes, Maria da Graça Fernandes

Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos de Alunos do Ensino Profissional./ Maria da Graça Fernandes Lopes. – 2012.

Dissertação (mestrado) – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação de Viana do Castelo e Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo– 2012.

Orientação: Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Professora Mestre Maria Teresa Peres Filipe Araújo

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – 2012.

Palavras-chave: PROMOÇÃO DA SAÚDE; EDUCAÇÃO SEXUAL; CONHECIMENTOS; ATITUDES SEXUAIS; COMPORTAMENTOS SEXUAIS

DEDICATÓRIA

Ao Jorge, por fazer parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Luís Graça, um agradecimento especial pela amizade, empenho, exigência, competência e disponibilidade que o caracterizou.

À Professora Teresa Araújo um agradecimento especial, pela competência, empenho e carinho ao longo deste percurso.

Ao amigo Cândido pelo cuidado e amizade de muitos anos.

À amiga Ermelinda pelo empenho e disponibilidade.

Ao Sr. Alfredo e Sra. Sandra, da Biblioteca da Escola Superior de Saúde, pelo profissionalismo.

Aos meus amigos pela paciência.

A todos, o meu muito obrigado!

ÍNDICE GERAL

	Pág.
DEDICATÓRIA	III
AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ÍNDICE DE ANEXOS	XV
ÍNDICE DE APÊNDICES	XVII
ABREVIATURAS E SIGLAS	XIX
RESUMO	XXI
ABSTRACT	XXIII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- DA SAÚDE À PROMOÇÃO DA SAÚDE	5
1 A Saúde e a Promoção da Saúde	5
2 Saúde Sexual e Reprodutiva	12
CAPÍTULO II- EDUCAÇÃO SEXUAL E SEU ENQUADRAMENTO LEGAL EM PORTUGAL	19
CAPITULO III- ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE	33
1 Adolescência: do Desenvolvimento Psicológico à Socialização	33
2 Sexualidade na Adolescência/Juventude	43
2.1 <u>Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade</u>	48
2.2 <u>Atitudes do Adolescente face à Sexualidade</u>	51
2.3 <u>Comportamentos Sexuais do Adolescente/Jovem</u>	53

CAPITULO IV – PLANO DE INVESTIGAÇÃO EMPIRICA.....	63
1 Pertinência do Estudo.....	63
2 Objectivos do Estudo.....	64
3 Desenho da Investigação	64
3.1 <u>Tipo de Estudo</u>	65
3.2 <u>População</u>	66
3.3 <u>Hipóteses de Investigação</u>	68
3.4 <u>Variáveis</u>	69
3.5 <u>Instrumentos de Recolha de Dados</u>	71
3.6 <u>Procedimentos de Recolha de Dados</u>	73
3.7 <u>Tratamento de Dados</u>	73
4 Aspectos Éticos da Investigação	74
CAPITULO V- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	77
1 Caracterização da Família	77
2 Conhecimentos	78
3 Atitudes Sexuais	87
4 Comportamentos Sexuais.....	88
CAPITULO VI- DISCUSSÃO DE RESULTADOS	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	141
APÊNDICES.....	159

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Consistência interna da Escala de Atitudes Sexuais	72
Quadro 2 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme fontes de Informação Sobre Sexualidade (n=112)	104

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes/jovens conforme as características sócio-demográficas (n=112).....	68
Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes/jovens conforme as características familiares (n=112)	78
Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes/ jovens conforme conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência (n=112).....	79
Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes/jovens conforme conhecimentos sobre Sexualidade Humana (n=112)	80
Tabela 5 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme conhecimentos sobre Contracepção (n=112)	82
Tabela 6 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (n=112)	84
Tabela 7 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme conhecimentos sobre Percepção de Risco (n=112).....	86
Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme as atitudes sexuais (n=112).....	87
Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme as Relações Afectivas.....	88
Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a sua Opinião sobre a Virgindade (n=112)	89
Tabela 11 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a percepção da vida sexual dos amigos (n=112).....	90
Tabela 12 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme as Relações Sexuais	91
Tabela 13 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme com quem falou, em primeiro lugar, da sua primeira relação sexual (n=71).....	92
Tabela 14 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o que sentiu na sua primeira relação sexual (n=71).....	93

Tabela 15 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme os cuidados na primeira relação sexual para evitar a gravidez e protecção de IST.	94
Tabela 16 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o relacionamento após a primeira relação sexual	95
Tabela 17 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a utilização da pilula do dia seguinte (n=71).....	95
Tabela 18 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o motivo pelo que nunca tiveram relações sexuais (n=40)	96
Tabela 19 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o relacionamento actual que inclua relações sexuais (n=71)	96
Tabela 20 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o relacionamento actual (n=44).....	97
Tabela 21 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a utilização de métodos contraceptivos na relação actual (n=44)	98
Tabela 22 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a última relação sexual (n=71)	98
Tabela 23 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o uso de métodos contraceptivos na última relação sexual	99
Tabela 24 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme situações de gravidez	100
Tabela 25 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a ocorrência de relações sexuais para além do namorado(a)	101
Tabela 26 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o número de relações que tiveram em toda a sua vida (n=71)	101
Tabela 27 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o tipo de parceiro sexual (n=71).....	102
Tabela 28 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a comunicação sobre sexualidade com os progenitores (n=112).....	102
Tabela 29 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a quantidade dos recursos mais mobilizados, para obtenção de informação na área da sexualidade (n=112)	105

Tabela 30 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a quem recorreu, face a problemas de sexualidade	107
Tabela 31 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a avaliação que fazem da ajuda prestada (n=42)	108
Tabela 32 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme os serviços que recorreram	109
Tabela 33 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a causa pelo que nunca recorreu a ajuda (n=11)	109

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo I – Autorização para utilização do questionário de Duarte Vilar.....	143
Anexo II - Autorização para Utilização da Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick.....	147
Anexo III - Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick	151
Anexo IV – Autorização para aplicação do estudo no Centro de Formação Profissional	155

ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pág.
Apêndice I - Questionário	161
Apêndice II - Diferenças entre Conhecimentos e Sexo	175
Apêndice III - Tabelas de Contingência entre conhecimentos e sexo	181
Apêndice IV - Diferenças entre Conhecimentos e Curso.....	185
Apêndice V - Tabelas de Contingência entre os Conhecimentos e o Curso	191
Apêndice VI - Diferenças entre os Conhecimentos e o Grupo Etário.....	195
Apêndice VII - Tabelas de Contingência entre os Conhecimentos e o Grupo Etário.....	201
Apêndice VIII - Diferenças entre os Conhecimentos e a Religião	205
Apêndice IX - Tabelas de Contingência entre os Conhecimentos e a Religião	211
Apêndice X - Diferenças estatisticamente significativas entre as Atitudes Sexuais e o Sexo, Curso, Religião e Grupo Etário	215
Apêndice XI - Associação entre os comportamentos sexuais e o Sexo, Curso, Grupo Etário e Religião	219
Apêndice XII - Análise de Diferenças entre a Idade do Primeiro Namoro e o Sexo, Curso e o Grupo Etário.....	225
Apêndice XIII - Tabelas de Contingência entre o Início das Relações Sexuais e o Grupo Etário	229
Apêndice XIV - Análise da Idade da Primeira Relação Sexual e o Curso e o Grupo Etário	233
Apêndice XV - Tabelas de Contingência entre se Foi a Primeira Vez para o Parceiro Sexual e o Sexo, Curso e Grupo Etário	237
Apêndice XVI - Tabelas de Contingência entre Parceiros Ocasionais e o Sexo, Curso e Religião.....	241
Apêndice XVII - Análise das Diferenças quanto à Comunicação com os Progenitores.....	245

Apêndice XVIII - Análise de Diferenças entre os Recursos Mobilizados e o Sexo,
Curso, Grupo Etário e Religião 249

ABREVIATURAS E SIGLAS

- APF- Associação para o Planeamento da Família
- CET- Cursos de Especialização Tecnológica
- CIPD- Conferência Internacional sobre a População em Desenvolvimento
- DGS- Direcção Geral da Saúde
- EAS- Escala de Atitudes Sexuais
- EFJ- Educação e Formação de Jovens
- EFA- Educação e Formação de Adultos
- EPS- Educação para a Saúde
- FNUAP- Fundo das Nações Unidas para a População
- GTES- Grupo de Trabalho em Educação para a Saúde/Educação Sexual
- IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
- IEFP- Instituto do Emprego e Formação Profissional
- I.P.- Instituição Privada
- IPPF- International Planned Parenthood Federation
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- ONUSIDA- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
- PNS- Plano Nacional de Saúde
- PNSJ- Programa Nacional de Saúde dos Jovens
- RNEPS- Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
- RVCC- Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências
- SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SPSS- Statistical Package for the Social Sciences
- UNESCO- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
- VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana
- WAS- World Association for Sexual Health
- WHO- World Health Organization
-
- Ed.- Edição
- Vol.-Volume
- Vs- Versus

RESUMO

CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE ALUNOS DO ENSINO PROFISSIONAL.

A socialização dos indivíduos na área da sexualidade é fruto da intervenção de múltiplos actores sociais em todos os contextos de vida, desde o contexto familiar, ao grupo de pares, os meios de informação, até aos meios mais formais como a escola. A educação Sexual é uma obrigatoriedade em meio escolar, conforme o Dec. Lei 60/2009. O estudo teve como objectivo analisar os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de alunos do ensino profissional, para tal foi desenhado um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. A população corresponde a 112 adolescentes/ jovens que frequentam o ensino profissional no ano lectivo 2011/2012, sendo maioritariamente do sexo masculino (54,5%), com idades compreendidas entre os 15 e 27 anos de idade. Quanto à religião a maioria (76,1%) diz-se religioso. Os alunos apresentam défices de conhecimentos em assuntos relacionados com a sexualidade, sendo os rapazes a apresentar maior défice. Quanto às atitudes Sexuais, identifica-se um duplo padrão sexual, os rapazes revelam atitudes mais favoráveis ao sexo sem compromisso, sexo ocasional, diversidade de parceiros e sexo utilitário, enquanto as raparigas mais orientadas para o compromisso afectivo. Quanto à idade de namoro, os rapazes iniciam o namoro mais cedo do que as raparigas. Dos inquiridos 63,4% já iniciou relações sexuais. Quanto à idade de início de relações sexuais, a média é $16,34 \pm 1,79$ anos. A maioria dos inquiridos iniciou as relações sexuais durante a adolescência (94,1%). Dos inquiridos, 11,3% sentiram-se pressionados para iniciar relações sexuais. Quanto a parceiros ocasionais, é evidente o duplo padrão sexual, sendo os rapazes a referir mais parceiros ocasionais do que as raparigas, assim como os alunos sem religião. Os recursos mais mobilizados em assuntos de sexualidade são os amigos, seguido da mãe e do namorado, sendo de menor relevo a influência do professor, profissional de saúde, pai e outros familiares e linhas telefónicas/internet. As raparigas utilizam mais a mãe, os profissionais de saúde e amigos como fonte de informação do que os rapazes, e estes usam mais as linhas telefónicas/internet. Em síntese no estudo é evidente o duplo padrão sexual, quer nos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional.

Palavras-chave: PROMOÇÃO DA SAÚDE; EDUCAÇÃO SEXUAL; CONHECIMENTOS; ATITUDES SEXUAIS; COMPORTAMENTOS SEXUAIS.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND SEXUAL BEHAVIOR OF STUDENTS IN VOCATIONAL EDUCATION

The Socialization of Individuals in the area of sexuality is the result of the intervention of multiple social actors in all contexts of life, from the family context, the peer group, the media, to the more formal means such as school. Sexual education is a requirement in schools, according to the Decree Law 60/2009. The Study aimed to analyze the knowledge, attitudes and sexual Behaviors of students in vocational education, therefore a quantitative, descriptive and cross-correlation was designed. The population corresponds to 112 adolescents/young people in vocational education in the academic year of 2011/2012 and mostly male (54.5%), aged between 15 and 27 years of age. Regarding religion, the majority (76.1%) say that they are religious. The students had deficits of knowledge on issues related to sexuality, and the boys revealed a higher deficit. As for the sexual attitudes, a double sexual pattern is identified; the boys showed more favorable attitudes toward sex without commitment, casual sex, different sex partners and utility, while girls demonstrated a more affective oriented commitment. As for age dating, the boys started dating earlier than girls. Of the respondents asked 63.4% have initiated sexual intercourse. As for the age of onset of sexual intercourse, the average is 16.34 ± 1.79 years. Most part of the respondents initiated sexual intercourse during adolescence (94.1%). Of the respondents, 11.3% felt pressured to initiate sex. As for casual partners, it is clear the sexual double pattern, and the boys refer more casual partners than girls, as well as students without religion. The resources mobilized more on issues of sexuality are based on friends, followed by the mother and boyfriend, and of less concern the influence of the teacher, health worker, father and other relatives and telephone lines/ internet. Girls used more mother's advice, health professionals and friends as a source of information than boys, and they use more telephone lines/internet. In summary, the sexual double pattern, both in knowledge, attitudes and sexual behaviors of adolescents and young people in vocational education is evident in this study.

Keywords: HEALTH PROMOTION; SEX EDUCATION; KNOWLEDGE; SEXUAL ATTITUDES; SEXUAL BEHAVIOR

INTRODUÇÃO

Ao encarar-se a adolescência e a juventude como percursos de transição entre a infância e a idade adulta, não se pode deixar de atender aos contornos particulares dessas trajectórias. Nesta fase do ciclo vital, os indivíduos, para além da sua transformação no plano pessoal, são, simultaneamente, protagonistas num outro contexto de mudança, aquele que se opera na sociedade em que se inserem, e que desempenha um papel incontornável de mediador dos respectivos percursos de vida.

Se, por um lado, a puberdade, enquanto fenómeno biológico, funciona como catalisador do processo individual do crescimento e do enriquecimento cognitivo e emocional, por outro, os traços da socialização numa determinada comunidade e num dado momento histórico, modelam as representações sobre a vida, o mundo e as pessoas, condicionando os comportamentos.

Nesta perspectiva, a especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos adolescentes e dos jovens resulta, não tanto de patologia do foro médico que assuma dimensão particular nesta fase da vida, mas mais das repercussões possíveis de alguns padrões de conduta, da ocorrência de determinados eventos e do mal-estar psicoafectivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e o desenvolvimento. Nestas idades, como noutras, aliás, os requisitos de saúde adquirem expressão diferente consoante o meio e as circunstâncias de vida, para além das características pessoais, da faixa etária e do sexo, mas a procura de bem-estar, credibilidade social e cumprimento de expectativas pessoais são desejos comuns, em todos os contextos.

O desenvolvimento das competências pessoais e sociais requer uma abordagem positiva e centrada no papel do individuo enquanto sujeito activo e capaz de gerir os seus projectos de vida, assim como de adoptar estilos de vida saudáveis, quer pelas influências relacionais a que está sujeito, nomeadamente a família e os pares, quer por influência da educação formal.

A promoção da saúde é um trabalho que se faz com as pessoas, que parte das suas necessidades e tem como objectivo a capacitação e o desenvolvimento de recursos

individuais e colectivos, no sentido da obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida.

Segundo a United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010a), poucos jovens recebem a preparação adequada para a sua vida sexual, logo são potencialmente vulneráveis à coação, abuso e exploração, gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). É necessário fornecer uma educação em sexualidade clara, bem informada e cientificamente fundamentada, baseada nos valores universais e respeito pelos direitos humanos.

A educação em sexualidade é a estratégia para “dotar as crianças e jovens com conhecimentos, habilidades e valores para fazer escolhas responsáveis sobre seus relacionamentos sexuais e sociais” (UNESCO, 2010b, p.3). Compreende-se então que a educação sexual deve ser um processo contínuo, acompanhando todo o percurso escolar e pré-escolar das crianças e jovens, respeitando os estádios de desenvolvimento, cujo conteúdo deve estar de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo, afectivo e social.

A publicação da Lei 60/2009, que regulamenta a educação sexual em meio escolar, é mais um passo no sentido da vivência saudável da sexualidade por parte de todas as crianças e jovens, visando a formação de novas gerações mais saudáveis e aptas a enfrentar os desafios do futuro. Com esta lei foram também definidos os currículos para os diferentes graus de ensino.

O ensino profissional inclui adolescentes e jovens a frequentar cursos de aprendizagem, equivalente ao ensino secundário e não contemplam a educação sexual nos seus planos curriculares. Estes jovens são oriundos de escolas de ensino regular, que optaram pelo ingresso num curso profissional.

Múltiplos estudos têm sido efectuados com adolescentes e jovens que frequentam o ensino regular. No ensino profissional os estudos são escassos, nomeadamente no âmbito da sexualidade.

No sentido de conhecer a realidade dos adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional, foi elaborado este estudo com o objectivo analisar factores determinantes de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de alunos do ensino profissional.

Este estudo pretende ainda constituir-se como o ponto de partida para a implementação de um projecto de educação sexual no ensino profissional.

O estudo está estruturado em seis capítulos. No primeiro capítulo discute-se o conceito de Saúde, onde se aborda a Promoção da Saúde e a Saúde Sexual e Reprodutiva. O segundo tem como propósito fazer uma breve caracterização da Educação Sexual e seu Enquadramento Legal em Portugal, fazendo uma breve alusão aos Modelos de Educação Sexual. O terceiro capítulo aborda a Adolescência e a Sexualidade, onde se apresenta uma revisão bibliográfica sobre a Adolescência: do Desenvolvimento à Socialização e o Adolescente e a Sexualidade. O quarto capítulo reporta-se à Investigação Empírica, onde se inclui os objectivos, desenho do estudo e aspectos éticos da investigação. No quinto capítulo apresentam-se os resultados. O sexto e último capítulo relativo à Discussão de Resultados, e por fim expõe-se as principais conclusões, sustentadas nos resultados da investigação e na revisão bibliográfica.

CAPÍTULO I- DA SAÚDE À PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde é encarada como um processo de consciencialização das pessoas para os seus direitos e deveres, para a capacidade de desvendarem e desenvolverem os seus próprios recursos e possibilidades e para encontrarem formas de levar a uma vida activa, produtiva e satisfatória.

1 A Saúde e a Promoção da Saúde

Durante séculos, o conceito de saúde vigente foi o modelo biomédico. Este reduzia as pessoas aos seus processos biológicos, significando saúde o oposto de doença. A saúde reportava-se essencialmente ao corpo objectivado nos seus órgãos e no seu funcionamento, um corpo em estado de equilíbrio fisiológico e biológico (Pestana,1996). Esta definição apenas valoriza factores fisiopatológicos da doença, sendo necessário considerar outros factores, nomeadamente os sociais, culturais, ambientais, psicológicos.

A visão positiva da saúde eclodiu nos meados do Século XX, assumida internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Graça, 2010, p.5). Esta definição realça a concepção global e positiva de saúde, incluído a vertente mental e social do indivíduo. Nesta nova perspectiva de saúde o ser humano é encarado como uma unidade biológica, social, espiritual e psicológica, que se encontra em interacção consigo, com os outros e com o meio envolvente.

Torna-se difícil, de facto, encontrar uma definição de saúde aceite universalmente, pela sua complexidade, pois envolve componentes biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, colocando a saúde em função das capacidades que o indivíduo tem de se adaptar à mudança.

Na Conferência de Alma-Ata, “a saúde foi considerada não uma finalidade em si mesma mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades” (Loureiro, 2009, p. 82). É uma perspectiva centrada sobretudo na comunidade e nos contributos individuais.

Segundo a World Health Organization [WHO] (1986) na Carta de Ottawa a saúde surge como um conceito positivo que vai para além das capacidades físicas, atribuindo especial importância aos recursos sociais e pessoais. Emergiu um conceito de saúde, relacionado com o desenvolvimento e bem-estar, um recurso de vida quotidiana, que se reflecte no relacionamento constante entre o indivíduo e o meio ambiente social, ecológico, material e cultural, arquitectando uma complexa trama de interacções entre a pessoa e o meio (Amorim, 1995). Implica que cada indivíduo esteja apto a reconhecer e realizar as suas aspirações, a suprimir as suas necessidades, bem como a transformar ou adaptar-se ao meio.

Neste enquadramento, Dejours, citado por Graça (2010), considera que a saúde é “a capacidade de cada Homem, Mulher ou Criança, para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar” (p.6). É um processo centrado nos indivíduos, numa perspectiva holística, tendo presentes as suas capacidades, com o objectivo de, com as aprendizagens efectuadas, poderem desenvolver o seu projecto de vida.

Com nova concepção de saúde, Antonovsky (como citado em Loureiro, 2008) propõe que se dê ênfase aos factores que promovam activamente a saúde. Assim, saúde numa perspectiva salutogénica, centra-se nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades. A saúde é olhada numa perspectiva de acção globalizante, de coerência, que se pode interpretar como um movimento conjunto de todos os sectores da sociedade, numa acção concertada, para um investimento numa melhor qualidade de vida para todos. É necessário desenvolver a atenção e acção, mais para factores que promovam activamente a saúde (factores salutogénicos) que para os factores de risco.

A perspectiva da salutogénese focaliza-se em três dimensões: resolução de problemas/encontrar soluções; identificação de recursos de resistência generalizados; sentido de coerência (que serve como mecanismo ou capacidade global para este processo). O sentido de coerência consiste em três aspectos fundamentais: capacidade de compreensão (componente cognitiva); capacidade de gestão (componente

comportamental) e capacidade de investimento (componente de motivação e de investimento pessoal). Segundo Antonovsky citado por Loureiro (2008), as pessoas, com base em experiências anteriores relevantes, são capazes de ser activas, criativas e fazerem escolhas adequadas à satisfação das suas necessidades.

O paradigma salutogénico faz uma ponte entre o modelo biomédico e o chamado modelo social de saúde. Este último baseou-se no Relatório de Lalonde (1974), dando ênfase à interacção entre as pessoas e o seu meio ambiente. Adopta a lógica das teorias multicausais de saúde e considera que a saúde é fortemente influenciada, para além de factores biológicos, pelos factores políticos, económicos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais.

O modelo de determinantes de saúde, desenvolvido por Lalonde (1974), tem por base o pressuposto de que o nível de saúde das comunidades é determinado pela interacção de quatro factores essenciais: a biologia humana (genética e envelhecimento); o meio ambiente (contaminação física, química, biológica e psicossocial); os estilos de vida e os sistemas de saúde.

Segundo este modelo, existem componentes, como a biologia humana, que engloba todo o património genético, em que não é possível intervir. Todos os outros componentes são possíveis de alterar, ou adaptar, no sentido de obter ganhos em saúde. Neste sentido, o meio ambiente é passível de ser modificado, proporcionando aos indivíduos ambientes mais saudáveis. No que diz respeito a sistemas de saúde, esses devem ser adequados às necessidades do indivíduo, nomeadamente a nível de quantidade, qualidade, distribuição e acessibilidade. No que concerne a estilos de vida, a intervenção é uma prioridade, pois é necessário promover a mudança de comportamentos, para atingir a saúde do indivíduo e da sua comunidade.

Entendendo os estilos de vida como determinantes de saúde, podemos concluir que os mesmos têm adquirido uma importância crescente nas políticas de saúde, no sentido de promover a adopção de hábitos saudáveis. Conforme é explicado no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida (Portugal, 2011), o modo como cada pessoa gere a sua saúde ao longo do ciclo vital, através das opções individuais no que se pode entender como estilo de vida, encerra uma questão crucial na origem da saúde individual e colectiva.

O nível de saúde dos indivíduos é fundamental para o crescimento e desenvolvimento das comunidades, daí, as sociedades defenderem a saúde das populações como um bem fundamental.

A Constituição da República Portuguesa, aprovada em 2001, pela Lei Constitucional n.º1 de 12 de Dezembro (2001), consigna no seu artigo 64.º, ponto n.º 1, que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. Assim, o direito à protecção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.

Conforme a Lei de Bases da Saúde do Estado Português, aprovada pela Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002 (2002), de 8 de Novembro, a “protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado”. Logo, a política de saúde tem âmbito nacional, sendo a promoção da saúde e a prevenção da doença prioridades do estado.

Promoção da Saúde

Em 1986, da Primeira Conferência Sobre Promoção da Saúde, emerge a Carta de Ottawa, onde são apresentados os conceitos e princípios da «Saúde para Todos no ano 2000», enfatizando-se a necessidade da promoção da saúde, definindo-a como “processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam” (WHO, 1986, p.1). Conforme Graça (2010) a saúde é um recurso para a vida e os recursos pessoais e sociais instrumentos para a atingir, sendo que a promoção da saúde visa a capacitação das pessoas e comunidades no sentido de aumentarem o controlo sobre a saúde e os seus determinantes.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986) define pré-requisitos para a saúde e identifica cinco áreas de intervenção para a promoção da saúde:

- Estabelecer políticas saudáveis - envolve atitudes políticas, como legislação, fiscalidade e mudanças organizacionais;
- Criar ambientes favoráveis à saúde - uma abordagem ecológica, assegurando a conservação e sustentabilidade dos recursos;

- Reforçar a acção comunitária - através de um maior controlo das comunidades sobre os determinantes de saúde;
- Desenvolver competências individuais - no pressuposto de que a informação adequada e pertinente, educação para a saúde, o treino de habilidades e competências contribuem para opções saudáveis;
- Reorientar os serviços de saúde - as instituições devem orientar-se para a promoção da saúde, a equidade, serem culturalmente sensíveis e terem em consideração as necessidades das pessoas.

Estas linhas orientadoras, de uma forma geral, incorporam as acções que devem ser levadas a cabo ao nível educativo, organizacional, ambiental, económico e político, destinadas a facilitar mudanças de comportamentos e do ambiente com o objectivo de melhorar a saúde.

A Carta de Ottawa (1986) deu um grande contributo para a promoção da saúde, mas é fundamental um investimento em muitas áreas para que a mudança seja possível. Daí a necessidade de abordar aspectos relevantes das conferências internacionais de promoção da saúde que se seguiram.

Na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Adelaide (WHO, 1988), reafirmam-se os princípios da Carta de Ottawa e identifica-se a necessidade de desenvolver Políticas Públicas Saudáveis. A Declaração de Adelaide defende que estas políticas possibilitam ou facilitam a realização de escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, ao mesmo tempo que tornam os ambientes físicos e sociais mais favoráveis à saúde.

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde (WHO, 1991) aborda uma outra área de intervenção definida na Carta de Ottawa, a criação de ambientes favoráveis à saúde. Segundo a Declaração de Sundsvall pretende-se intervir a nível do ambiente físico, social, económico e político de forma a promover a saúde.

Na IV Conferência Internacional de Promoção de Saúde (WHO, 1997), o lema foi a “Promoção da Saúde no Século XXI”. A Declaração de Jacarta assenta na evidência de que a aprendizagem em saúde favorece a participação, logo o acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efectiva e o reforço das capacidades das pessoas e das comunidades. A promoção da saúde melhora tanto a

habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para exercer influência sobre os determinantes de saúde.

Da V Conferencia Internacional de Promoção da Saúde (WHO, 2000), emerge a Declaração do México, que defende a necessidade de apoiar planos de intervenção nacionais que assentem nos princípios mundiais, respeitando as especificidades e prioridades de cada contexto, estabelecendo políticas e programas, com mobilização dos recursos existentes. É nesta premissa que se enquadra o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004), pois não é mais que uma política nacional, que visa a promoção da saúde e ganhos em saúde. Funciona como um guia para as intervenções a realizar na área de saúde, de acordo com as especificidades do nosso país. O Plano Nacional de Saúde é operacionalizado através de programas, dirigidos a populações de acordo com as suas especificidades como o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens e o Programa Nacional de Saúde Escolar.

Da VI Conferência emergiu a Carta de Bangkok (WHO, 2005) para a promoção da saúde num mundo globalizado. Por forma a enfrentar os novos desafios da globalização é necessário garantir a coerência política a nível governamental, organismos das Nações Unidas e outras organizações, nomeadamente o sector privado. Os compromissos a favor da saúde para todos é que a promoção da saúde seja uma componente primordial da agenda do desenvolvimento mundial, seja uma responsabilidade do governo, um objectivo fundamental das comunidades e sociedade civil e um requisito para as boas práticas empresariais.

A VII Conferência Mundial de Promoção da Saúde (WHO, 2009) alerta para a importância da Promoção da Saúde numa altura em que o mundo se confronta com numerosos desafios nomeadamente a pobreza, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil e as alterações climáticas. As intervenções de promoção de saúde tendo em conta a sua relação custo-eficácia constituem o melhor meio para contribuir para a resolução dos desafios para a melhoria da saúde das populações.

Da análise das conclusões e orientações das conferências acima citadas concluímos que a promoção de saúde não se limita apenas a uma área específica de intervenção, mas é abrangente e tem como enfoque o processo positivo de saúde e bem-

estar. Para tal, é reclamada uma concepção de saúde numa perspectiva holística, atribuindo ao indivíduo um papel activo e responsável na sua saúde e na dos outros.

Considera-se que a participação das pessoas é essencial, devendo constituir o centro de acção da promoção da saúde e dos processos de tomada de decisão, de forma a conseguir um esforço sustentado, a transformação social. Neste sentido, o acesso das pessoas à educação e à informação é fundamental para que possam participar de forma responsável na promoção da saúde.

A escola, como espaço privilegiado para a educação e socialização de adolescentes e jovens torna-se o local de excelência para o desenvolvimento de projectos de promoção da saúde. A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (WHO, 1997) foi criada em 1991 pela Organização Mundial de Saúde, juntamente com a Comissão das Comunidades Europeias e o Conselho da Europa. Em Portugal, o sector da educação, através do Programa de Promoção e Educação para a Saúde, e o sector de saúde através da Direcção Geral da Saúde, acordaram os objectivos e estratégias para a implementação das Escolas Promotoras de Saúde. Em 1994 Portugal aderiu à Rede Europeia, integrando 10 escolas e 4 centros de saúde (Faria & Carvalho, 2004).

A Escola Promotora de Saúde tem como objectivo criar as condições para os indivíduos desenvolverem plenamente as suas potencialidades (*empowerment*), adquirindo competências para cuidarem de si, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. Em última análise, a Escola promotora de saúde pretende apetrechar os adolescentes e jovens com competências, valores e atitudes conducentes ao exercício da cidadania (Faria & Carvalho, 2004).

Considerando que o *empowerment* está relacionado com a capacidade da pessoa fazer opções informadas sobre a sua saúde, é necessário desenvolver também os aspectos cognitivos sobre a saúde de forma a ser possível a tomada de decisões informadas ou, por outras palavras, torna-se necessário o desenvolvimento da literacia para a saúde.

A literacia para a saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação para que promovam e mantenham uma boa saúde. Esta perspectiva implica a aquisição de um nível de conhecimento, competências

personais e confiança para agir no sentido de melhorar a saúde pessoal e comunitária, através da mudança de estilos de vida pessoais e das condições de vida.

Para WHO (1998) a educação para a saúde compreende as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente, que pressupõe uma forma de comunicação destinada a melhorar a alfabetização sanitária, incluindo a melhoria dos conhecimentos das populações relativamente à saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzam à saúde individual e da comunidade (p.4).

A educação para a saúde visa capacitar o indivíduo para que seja capaz de identificar as suas necessidades ou problemas, recursos necessários e disponíveis para os solucionar, e que esteja motivado para os utilizar e seja capaz de agir (Graça, 2010). Surge como uma estratégia capaz de fazer face à complexidade e grandeza dos problemas relacionados com estilos de vida, baseada na aquisição de habilidades sócio-cognitivas e emocionais que promovam factores protectores e a adopção de comportamentos positivos. A educação para a saúde constitui-se como um instrumento da promoção da saúde e um recurso fundamental para os educadores.

A educação para a saúde deve ser inscrita no processo global de formação e educação dos indivíduos, estando presente em todas as fases de desenvolvimento e através dos vários agentes de socialização.

2 Saúde Sexual e Reprodutiva

O primeiro marco da declaração do direito humano ao planeamento familiar data de 1968, da Conferência Internacional dos Direitos Humanos de Teerão (United Nations [UN], 1968), que declara no parágrafo 16 “A Protecção da família e da criança mantém-se como interesse da comunidade internacional. Os pais têm o direito básico a determinar livre e responsabilmente o número e espaçamento do nascimento dos seus filhos”. Esta terminologia “pais” utilizada sofreu uma mudança significativa na

Conferência Mundial sobre População (1974), que decorreu em Bucareste, ao ser substituída por “pessoas”, com o intuito de abranger também pares e indivíduos.

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994 (UN, 1995), que teve lugar no Cairo, vem reforçar a importância da saúde reprodutiva, através do documento “Programa de Acção Do Cairo”, que prevê que todos os países, adoptem medidas que vão de encontro às necessidades de planeamento familiar das suas populações, e devem em todos os casos providenciar o acesso universal a métodos seguros de planeamento familiar e aos serviços de saúde reprodutiva.

A conferência do Cairo vem, decididamente, marcar a saúde reprodutiva como um dos alvos prioritários em termos de desenvolvimento à escala global, definindo-a como um completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo e não apenas a ausência de enfermidade. A saúde reprodutiva implica assim, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura e satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir, se, quando e com que frequência devem fazê-lo (UN, 1995).

Implícito a esta premissa, está o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso aos métodos de contracepção e ao planeamento familiar eficazes, seguros e financeiramente compatíveis com a sua condição, assim como o acesso a outros métodos de regulação da fertilidade que estejam dentro do quadro legal.

A necessidade de integração da saúde sexual no contexto mais alargado da saúde reprodutiva, surge com o objectivo de inclusão de questões que à partida lhe pareciam excluídas, pois a definição de saúde reprodutiva, apesar das preocupações com as necessidades dos indivíduos e com as questões de género, acaba por limitar a sexualidade a uma vertente técnica, descorando a sexualidade em toda a sua riqueza de manifestações.

Segundo Nodin (2000) a saúde sexual abrange

(...) a sexualidade de forma multidimensional, não limitada apenas aos aspectos biológicos e fisiológicos. São integradas facetas emocionais, afectivas e relacionais da sexualidade, abordando-se questões tais como a autodeterminação sexual, a comunicação entre parceiros, a atracção e o amor, as normas e os

valores, o comportamento sexual e a vivência da sexualidade, entre outras”
(p.614).

A saúde sexual é um conceito flexível, de forma a ser aplicado aos indivíduos e seus destinatários, de acordo com as suas diferentes circunstâncias pessoais, sociais e culturais.

Assim o conceito de saúde sexual e saúde reprodutiva complementam-se, sustentando uma abordagem integral da sexualidade humana. O conceito de saúde sexual e reprodutiva relaciona-se ao nível individual com um estado global de saúde e bem-estar aos níveis sexual e reprodutivo, sendo que dedica especial atenção às opções individuais esclarecidas, numa concepção positiva da sexualidade humana nos seus diversos aspectos emocionais, sociais, fisiológicos e relacionais.

A saúde sexual e reprodutiva é uma preocupação do Estado Português, evidenciada em 1976, através do artigo 67.º da Constituição da República Portuguesa, posteriormente ratificada pelo VII Revisão Constitucional (Constituição, 2005, p.24) que institui o direito à paternidade consciente, atribuindo ao estado o dever de “garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.”

Para dar cumprimento a esta normativa legal que visa a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a Direcção Geral de Saúde (DGS), assumiu no quadro do Decreto Regulamentar n.º 66/2007 (2007, p.3504) a “missão de regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições em que elas ocorrem.”

No âmbito das suas funções, a DGS desenvolveu orientações para a actuação de enfermeiros e médicos no atendimento em cuidados de saúde primários a pessoas/famílias gestantes, parturientes e casais sexualmente activos que constam no documento de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (Portugal, 2008, p.5):

“As actividades de planeamento familiar são, nesse contexto, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados de saúde reprodutiva e nessa perspectiva, a consulta de planeamento familiar deve assegurar, também, outras

actividades de promoção da saúde, tais como a informação e o aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST)”

Na mesma linha de intervenção, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 focaliza-se na necessidade de mudança centrada no cidadão, ao afirmar a “necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para promover comportamentos saudáveis junto dos utentes com quem estabelecem contacto, sendo uma medida com um potencial elevado de ganhos de saúde” (Portugal, 2004b, p.66). Destaca orientações estratégicas e intervenções necessárias para atingir os objectivos pretendidos, ao estabelecer que “dar-se-á continuidade ao reforço das garantias em saúde sexual e reprodutiva” e “assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual das mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados” (Portugal, 2004b, p.8).

O Decreto-Lei n.º259/2000 (2000) de 17 de Outubro fixa as condições de promoção da saúde sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. O artigo 6.º refere que “as consultas de planeamento familiar devem garantir a prestação de cuidados a adolescentes” (p.5785). Conforme o artigo 9.º, “os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis” (p.5786), logo devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, nomeadamente através de horários flexíveis e de atendimento desburocratizado e condições que facilitem o acesso dos homens, nomeadamente dos mais jovens, a estas consultas.

A declaração de Montreal “Saúde Sexual para o Milénio”, aprovada no XVII Congresso Mundial de sexologia da World Association for Sexual Health [WAS] (2005), defende que a saúde sexual é imprescindível para alcançar o bem-estar e o desenvolvimento sustentável. Assim é imperativo que todos os governos, agências internacionais, sector privado, instituições académicas e toda a sociedade “reconheçam a necessidade de promover, assegurar e proteger os direitos sexuais para todos; avançar para a equidade de género a saúde sexual requer respeito e equidade de género; eliminar todas as formas de violência e abuso sexuais; prover acesso universal à informação e educação integral da sexualidade.” (WAS,2005, p.2).

A Declaração dos Direitos Sexuais da International Planned Parenthood Federation [IPPF] define os direitos sexuais, que emanam dos direitos à liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade de todas as pessoas. São dez os direitos sexuais, dos quais realçamos (IPPF, 2007):

- Direito à igualdade, protecção igual perante a lei e liberdade de todas as formas de discriminação baseadas no sexo, sexualidade ou género.
- Os direitos à vida, à liberdade, à segurança pessoal e à integridade física (...) todas as pessoas devem ter o direito de exercerem a sexualidade sem qualquer violência ou coerção.
- Todas as pessoas têm direito a serem reconhecidas perante a lei e à liberdade sexual o que compreende que os indivíduos controlem e decidam livremente os assuntos relacionados à sexualidade, escolham os seus parceiros sexuais, procurem experimentar prazer e potencial sexual pleno, num ambiente de não discriminação com a devida consideração aos direitos de terceiros e à capacidade em desenvolvimento de crianças e adolescentes
- Todas as pessoas têm o direito de exercer a liberdade de pensamento, opinião e expressão com relação às ideias sobre sexualidade, orientação sexual, identidade de género e direitos sexuais.
- Todas as pessoas, têm o direito à educação e informação geral, e à educação sexual abrangente.
- Direito de optar por casar ou não casar, constituir família, decidir ter ou não ter filhos e como e quando tê-los.

O estado português, nas suas políticas tem assumido deveres objectivos, reforçando a protecção à maternidade e à paternidade, introduzindo formação e informação sobre sexualidade humana nos currículos escolares, criando consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde, fornecendo gratuitamente meios anticoncepcionais e desenvolvendo medidas de prevenção das infecções transmitidas por via sexual, assim como à efectivação da interrupção voluntária da gravidez, nos casos em que esta é legalmente admissível. Neste domínio, regulamentou-se também a contracepção de emergência, através da Lei N.º 12/2001, de 29 de Maio em que um dos objectivos é “reforçar os meios de prevenção da gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência.” (p.3148).

Na sequência do Referendo Nacional sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez, surge a Lei N.º 16/2007 de 17 de Abril, sobre a exclusão da ilicitude nos casos de interrupção involuntária da gravidez, estipula no Artigo 142.º do Código Penal que este pode ocorrer quando

(...) houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas da gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; (...) e for realizada por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.” (p.2417).

A Resolução da Assembleia da República, n.º 46/2010, sobre o direito à informação e acesso aos direitos Sexuais e Reprodutivos da mulher ao longo do seu ciclo de vida, prevê “a implementação da educação sexual em todas as escolas do ensino básico e secundário, através da formação de professores, da garantia dos meios para o correcto funcionamento dos gabinetes de apoio e de núcleos de educação para a saúde” (p.1745).

Em síntese, as actuais políticas nacionais sobre a saúde sexual e reprodutiva, tais como as políticas internacionais anteriormente referidas, enfatizam a relação entre os direitos humanos, desenvolvimento social, saúde da população e equidade de género no acesso aos cuidados de saúde sexual e planeamento familiar. A saúde reprodutiva em Portugal é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro de estratégias de saúde aprovadas pelos mais diversos governos do nosso país e que integra os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar, bem como o direito à orientação sexual.

Os serviços de saúde, enquanto sector público organizado, disponibilizam as consultas de planeamento familiar, e de saúde materna, como recurso, para implementar políticas nacionais relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. De salientar os serviços dirigidos a adolescentes e jovens adultos, pelas suas necessidades específicas, estando, gratuitamente, disponíveis nos Centros de Saúde, gabinetes e apoio à

sexualidade juvenil e centros de atendimento a jovens das Delegações Regionais do Instituto Português da Juventude.

CAPÍTULO II- EDUCAÇÃO SEXUAL E SEU ENQUADRAMENTO LEGAL EM PORTUGAL

A educação sexual remonta ao início da década de 70. Conforme Vaz (1996) em Janeiro de 1971, é criada, pelo Ministro da Educação Veiga Simão, uma Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade. Fruto do trabalho desta comissão foi aprovada a lei de co-educação (educação mista), dando origem ao ensino misto nas escolas públicas em 1973 (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2009; Silva, 2006; Vaz 1996).

Os debates ideológicos sobre temas no âmbito da sexualidade a que assistimos na década de 1974-1984, protagonizados por associações feministas e pela Associação para o Planeamento da Família (APF), centravam-se no direito à contracepção, na legalização do aborto e nas (des)igualdades de género.

Vaz (1996) realça três factores que influenciaram a tomada de consciência da necessidade da educação sexual nas escolas: a decisão da Procuradoria-Geral da República que, em 1981, contesta o acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar, baseada em estudos que demonstravam o aumento do número de gravidezes na adolescência e, em terceiro lugar, as discussões parlamentares sobre a legalização do aborto.

A principal organização não-governamental, que se envolvia em actividades de educação sexual na escola – APF, dava-se conta das limitações das acções esporádicas efectuadas, pois “embora com alguns efeitos a nível informativo, não asseguravam uma resposta duradoura e regular às necessidades dos jovens em matéria de educação sexual” (Vaz, 1996, p.57).

Embora a questão da educação sexual fosse motivo de grandes preocupações, surgindo sempre pessoas que defendiam a necessidade da educação sexual na escola, será em 1984 que a Assembleia da República aprova a Lei N.º 3/84 de 24 de Março sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar.

A Lei N.º 3/84 reconhece no seu artigo 1.º que“(…) o estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação” (p.981).

No artigo 2.º escreve-se:

- O dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao estado a garantia da educação sexual dos jovens através da escola, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social.
- Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre mulher e homem.
- Será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, de forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual, em particular no que diz respeito aos jovens.

Embora contendo uma visão ampla da educação sexual e obrigando o estado a apoiar este processo, a Lei n.º 3/84, apenas “foi regulamentada na sua parte referente ao planeamento familiar (através da Portaria n.º 52/85), que revogou qualquer norma impeditiva ou limitativa do acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar” (Vaz, 1996, p.57).

Como refere Frade et al (2009), é imperativo “(...) destacar o papel pioneiro da APF enquanto organização cívica e educativa envolvida no planeamento familiar e na educação sexual” (p.18). Os mesmos autores acrescentam que perante um conjunto crescente de solicitações dos intervenientes na comunidade escolar, a APF respondeu com o desenvolvimento de programas de educação sexual para jovens e de formação de professores e profissionais de saúde.

Todo este movimento influenciou a redacção da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro), ao criar uma nova área educativa «Formação Pessoal e Social» que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros no mesmo âmbito.

A emergência da infecção pelo VIH/SIDA nos anos 80, com grande impacto nos meios de comunicação social trouxe preocupações na acção educativa. Neste contexto, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde, inicialmente centrado quase exclusivamente na prevenção de toxicodependências, veio incluir uma nova área relacionada com comportamentos sexuais dos jovens e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

É neste contexto que a APF apresenta uma proposta para o desenvolvimento de um projecto experimental de educação sexual nas escolas, que foi desenvolvido entre 1995/96 e 1997/98 em várias escolas do país. O documento «Orientações Técnicas para a Educação Sexual em Meio Escolar», elaborado conjuntamente pelos ministérios da Educação e da Saúde, torna-se a partir de então um guia para professores e educadores (Frade et al., 2009).

Através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98 foi aprovado o Relatório Interministerial para a elaboração de um plano de acção integrado para a educação sexual e planeamento familiar. Neste documento, a educação sexual é entendida como uma componente essencial da educação e da promoção da saúde, sendo por isso necessária a articulação das intervenções de vários ministérios para atingir os objectivos considerados prioritários (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF & CAN, 2000, p.20):

- Promover a saúde sexual e reprodutiva, tendo como alvo prioritário os adolescentes e as populações especialmente vulneráveis.
- Proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos na vertente da educação sexual que contribuam para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e logo mais responsável da sexualidade.
- Estimular o desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afectos e de valores na família, na escola e na sociedade.
- Criar condições que permitam desenvolver capacidades de cada cidadão para perceber e lidar com a sexualidade na base do respeito por si próprio e pelos outros e num clima de aceitação dos valores de tolerância, da não-discriminação

e da não-violência, de abertura à diversidade e da capacidade crítica de debate e da experiência de responsabilidade e autonomia.

- Promover as capacidades individuais que ajudem a construir uma consciência clara da importância da tomada de decisão, de recusa de comportamentos não desejados e do conhecimento dos recursos para apoio quando este for considerado necessário.

- Valorizar as actividades de educação e informação dirigidas a crianças e adolescentes facilitando as condições adequadas para que estas tenham lugar.

Em Maio de 1999, a Assembleia da República aprovou nova legislação, a Lei n.º 120/99, que reafirma a necessidade das escolas integrarem programas de educação sexual no seu projecto educativo.

O Dec. Lei n.º 259/2000 que regulamenta a Lei n.º 120/99, no artigo 1.º refere que “a organização curricular dos ensinos básicos e secundário contempla obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas cujos programas incluem a temática”. No artigo 9.º “Inclui os adolescentes como grupo prioritário de intervenção no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.”

Em Outubro de 2000, uma nova versão das «Orientações Técnicas», agora designada por «Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras» é publicada.

Educar implica trabalhar os valores, logo a educação tem subjacente um quadro ético de referência. Os ministérios, salvaguardando os princípios éticos da educação sexual consideram

(...) a educação sexual, uma componente do processo educativo e que tem implicações na realização individual e no relacionamento interpessoal de cada um, (...) este conjunto de valores deve respeitar a individualidade de cada um, ou seja, os seus valores pessoais, familiares e culturais, desde que não colidam entre si. (Ministério da Educação et al., 2000, p.27).

Embora possa haver discordâncias em relação a muitas questões ligadas à vivência da sexualidade e relacionamento sexual, existe um quadro ético consensual nas principais instâncias nacionais e internacionais ligadas aos sistemas educativos e de saúde.

Segundo o Ministério da Educação et al. (2000) Constituem valores essenciais da educação sexual:

- I- Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais;
- II- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida;
- III- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual;
- IV- Promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre sexos;
- V- Respeito pelo direito à diferença;
- VI- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- VII- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livre e responsáveis;
- VIII- Reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual;
- IX- Recusa de formas de expressão de sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração;

X- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva. (p.27).

Uma vez apresentado o quadro de valores que deve orientar a educação sexual, podemos definir que o grande objectivo da educação sexual em meio escolar é “contribuir para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade” (Frade et al., 2009, p.22). Para atingir este grande objetivo é necessário garantir a aquisição de um quadro de conhecimentos, atitudes e competências individuais que permitam o *empowerment* dos adolescentes e jovens.

Em 2000 e 2002, várias escolas, nomeadamente as que integravam a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), incluíram actividades de educação sexual e a organização de programas de educação sexual nos projectos educativos. A proposta do Ministério da Educação apontava para a transversalidade da educação sexual.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a importância da escola na educação sexual, surge bem definida em termos das suas prioridades e orientações estratégicas:

Nas prioridades,

(...) a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico de crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que contempla a prestação de cuidados personalizados” e ainda “o apoio ao desenvolvimento curricular da promoção e educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, cobre áreas tão diversas como a educação alimentar, vida activa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania, educação sexual e afectiva e SIDA. (Portugal, 2004a, pp.45- 46).

Quanto às orientações estratégicas, podemos ler “os adolescentes são um grupo de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST; (...) há que persistir também, no reforço das actividades de educação nas áreas de sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas e com apoio dos serviços de saúde” (Portugal, 2004b, p.31).

Ainda no registo do Plano Nacional de Saúde que é operacionalizado através de programas, é pertinente referir o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ) 2006-2010, centrado na população dos 10 aos 24 anos. O PNSJ tem em vista a “adopção e a manutenção futura de estilos de vida promotores de saúde, assim instituições como as de educação e ensino assumem protagonismo particular neste processo, (...) em matéria de comportamentos e saúde, torna-se necessário criar condições para a participação e autodeterminação dos indivíduos, enquanto construtores activos do futuro, interlocutores junto dos pares e referências para as gerações seguintes” (Portugal, 2006, p.13).

Também o Programa Nacional de Saúde Escolar (Portugal, 2010) acrescenta que “a educação para a saúde/saúde sexual e reprodutiva, enquanto contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, é uma preocupação do sector da saúde” (p.1). Assim, segundo o Decreto de Lei n.º81/2009, a unidade de saúde pública é responsável pela gestão do Programa Nacional de Saúde Escolar, logo será com esta unidade de saúde que o agrupamento de escolas ou a escola não agrupada, deve estabelecer parceria para a concretização de projectos de promoção da saúde em meio escolar.

Em Maio de 2005, foi nomeado o Grupo de Trabalho em Educação para a Saúde/Educação Sexual (GTES), com a missão de proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde escolar (Sampaio, Baptista, Matos & Silva, 2005, 2007).

A educação sexual foi definida no relatório preliminar do GTES (Sampaio et al., 2007, p.7), como “um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual”. De um modo geral pretende-se contribuir para uma vivência mais informada, mais autónoma e mais responsável da sexualidade.

Pela análise do relatório de progresso apresentado pelo GTES (Sampaio et al., 2007) pode verificar-se que a escola tem sido encarada como um local privilegiado para criar hábitos de vida saudáveis, onde se procura levar os jovens a assumirem-se como competentes, felizes e valorizados na criação e manutenção de estilos de vida saudáveis, ou seja, a promoção da saúde passa pelo comprometimento, participação e responsabilização do indivíduo para que se traduza na melhoria da vida de cada cidadão.

Com base nas conclusões do relatório, surge a lei n.º60/2009 de 6 de Agosto, regulamentada pela portaria n.º 196-A/2010, que estabelece o carácter obrigatório da educação sexual em meio escolar. Esta lei aplica-se aos estabelecimentos do ensino básico e secundário, da rede pública, privada e cooperativa com contrato de associação, de todo o território nacional, incluindo assim todos os estabelecimentos de ensino profissional.

O ensino secundário integra a educação sexual no âmbito da educação para a saúde nas áreas curriculares disciplinares e não disciplinares. Define no Artigo 5.º que a carga horária no ensino secundário, não deve ser inferior a 12 horas, distribuídas de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano lectivo. Os conteúdos mínimos para o ensino secundário (equivalente aos cursos de aprendizagem do ensino profissional) estão definidos pela Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular de Setembro de 2009.

Os programas de educação sexual em meio escolar englobam os encarregados de educação, pois os mesmos devem ter conhecimento do projecto curricular para a educação sexual e estarem envolvidos no mesmo.

A lei clarifica também que a estrutura organizativa em que se deve basear a educação sexual nas escolas, assente numa equipa dinamizadora que integra um coordenador de saúde.

Para além de todas estas normativas nacionais, e como a globalização é uma realidade importa referir a Conferência de Colónia sobre Educação Sexual dos Jovens numa Europa Multicultural (2006), reúne o consenso de 26 países, sobre o desenvolvimento da educação sexual dos jovens na região Europeia. Como conclusões desta conferência, importa salientar (Conferência de Colónia, 2006, p.3):

- A educação sexual tem de fazer parte integrante da promoção da saúde, tem de estar contida na abordagem às competências para a vida e fundamentada em investigação baseada em evidências;
- Devem desenvolver-se e implementar-se abordagens abrangentes, sensíveis ao género e à cultura, sendo específicas para a faixa etária;

- A educação sexual tem de ser implementada em diversos cenários e ambientes, como jardins-de infância, escolas, família, serviços de saúde.

A Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade, foi elaborada pela UNESCO no sentido de auxiliar autoridades de educação, saúde e outras áreas relevantes no desenvolvimento e implementação de programas e materiais de educação em sexualidade baseados na escola. No seu conteúdo descreve que a educação em sexualidade efectiva

(...) pode transmitir aos jovens informações adequadas para a idade, culturalmente relevantes e cientificamente correctas. Inclui oportunidades estruturadas para que jovens explorem suas atitudes e valores, e pratiquem a tomada de decisões e outras habilidades de vida que necessitarão para ser capazes de fazer escolhas informadas da sua vida sexual (UNESCO, 2010a, p.2).

Do I Congresso Internacional Sexualidade e Educação Sexual, em Aveiro, emana a Carta de Aveiro (2010), que é coerente com os desenvolvimentos anteriores, declara a educação em sexualidade como um imperativo do desenvolvimento integral do ser humano ao longo da vida que envolve aspectos éticos, biológicos, emocionais, sociais, culturais, de género e de direitos humanos e respeita a diversidade de orientações e identidades sexuais. Propõe que a educação em sexualidade “deve integrar os currículos escolares em todos os níveis e sectores de educação e de ensino, da educação de infância ao ensino superior, no quadro de uma educação e formação ao longo da vida (Carta de Aveiro, 2010, p.2).

Portugal tem enquadramento legal e normativo para implementar a educação sexual, logo estão criadas as condições para que as escolas, nomeadamente as escolas profissionais, desenvolvam e implementem projectos de educação sexual. Existe uma nova consciência sobre a necessidade da educação sexual na escola no sentido do *empowerment* dos adolescentes e jovens, para que possam ter o poder de decisão e optar por viver a sexualidade de uma forma plena e saudável.

Modelos de Educação Sexual

É consensual a necessidade de educação sexual em meio escolar. Os programas de educação sexual eficazes têm em comum características que devem ser tomadas em conta no seu delineamento.

Existem várias formas de abordar a educação sexual, de acordo com os objectivos, conteúdos e metodologias, que deverão ser ponderadas face às especificidades do público-alvo.

Vaz (1996) reconhece quatro modelos, com características distintas, de educação sexual:

Modelo Impositivo

Os modelos impositivos de educação sexual caracterizam-se com base em razões de ordem religiosa ou ideológica, tendo como objectivo fundamental a veiculação de normas de comportamento sexual rígidas. Estes modelos são baseados na concepção religiosa do ser humano, em que se considera que a actividade sexual só tem sentido orientada para a procriação dentro do matrimónio heterossexual.

Este modelo “não valoriza outras formas de expressão da sexualidade que não as reprodutivas, põe fortes reservas ao relacionamento sexual antes do casamento e postula uma atitude de controlo das manifestações sexuais que não se insiram num projecto de relação duradoura e legitimada, ou seja num projecto matrimonial.” (Vaz, 1996, p. 37).

O modelo em questão não tem por essência melhorar a vida sexual das pessoas, propõe-se, fundamentalmente, a fazer uma regulamentação moral da sexualidade. Os modelos impositivos foram dominantes até épocas relativamente recentes e actualmente ainda tem alguma representação na nossa sociedade. Para López e Oroz (2001) este modelo tem sido defendido por quase todas as religiões e distintas igrejas, denominando-o modelo moral.

Modelo de Ruptura Impositivo

Apareceu pela primeira vez associado ao pensamento freudo-marxista e ao movimento juvenil Sex-Pol (sexualidade e política) criado em Viena nos anos 30 por Willhen Reich (López & Oroz, 2001;Vaz, 1996) e, posteriormente, nos anos 60 e 70,

aos movimentos estudantis, feministas e de homossexuais. Estes movimentos tiveram um papel na crítica à moral sexual tradicional, postulam a necessidade de uma revolução sexual para existir a revolução social. Daqui se depreende que López e Oroz (2001) o caracterizem como modelo revolucionário.

Neste modelo, a educação sexual constitui uma forma de libertação da pessoa em resposta a uma repressão social. Em Portugal estes movimentos não tiveram uma expressão tão significativa como noutros países, mas a crítica radical que sustentavam foi fundamental na mudança de atitudes face à sexualidade.

Os objectivos deste modelo são amplos, pois os seus defensores consideram que para além de informação sexual e educação sexual na escola, é necessário mudar a sociedade. A educação sexual deve contribuir para aumentar a consciência crítica sobre o sentido da exploração social e da repressão sexual, assim como envolver os jovens e adolescentes na transformação revolucionária da sociedade.

Este modelo é hoje pouco significativo e conta com poucos defensores. É uma tentativa de imposição de formas de comportamento ideais pré-estabelecidos, esquecendo-se que, não existe uma, mas sim, muitas formas de viver a sexualidade, de concertar o amor e o erotismo, de integrar as relações amorosas e eróticas nos projectos de vida individuais (Vaz, 1996).

Modelo Médico - Preventivo

A fundamentação deste modelo advém de problemas de saúde com que a medicina se tem confrontado, nomeadamente os relacionados com comportamentos de risco.

As primeiras propostas de organização de programas de educação sexual, emergiram, por um lado, de problemas como o controlo e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e por outro da necessidade de prevenção do aborto e gravidezes indesejadas na adolescência.

Este modelo tem por base o conceito de saúde da medicina tradicional. O que se propõe é evitar os riscos associados à actividade sexual, daí que López e Oroz (2001) denominam este modelo de modelo preventivo: educação para evitar riscos.

Este modelo “não aborda as componentes emocionais e relacionais da sexualidade, por outro lado a única abordagem das questões ligadas à sexualidade é feita

em contexto de prevenção de doenças, nomeadamente na prevenção da SIDA, o que não favorece um tratamento positivo nem a abordagem de questões pertinentes e que constituem matéria de preocupação dos jovens, nomeadamente dos adolescentes” (Vaz, 1996, p. 41).

Modelo de Desenvolvimento Pessoal

Este modelo surgiu nos anos 80 e vê-se imbuído de uma perspectiva construtivista da pessoa, em que a sexualidade, embora tenha obviamente aspectos comuns no seu desenvolvimento e expressões, é vista como uma construção pessoal. Tem por base um conceito positivo de saúde, entendida como o bem-estar e promoção da qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Segundo Vaz (1996) este modelo parte de um conceito de sexualidade que integra as vertentes: biológica, constituída pelo conjunto de fenómenos que fazem o nosso corpo, um corpo sexuado (anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana); vertente psicológica, que engloba processos como a identidade de género, orientação sexual, auto-imagem, construção da identidade sexual, processo relacional e relações afectivo-sexuais; e por último, a vertente social, que engloba as discussões dos valores e atitudes, modelos morais que recobrem as anteriores.

O grande objectivo do modelo de desenvolvimento pessoal, denominado por modelo biográfico e profissional por López e Oroz (2001), passa por favorecer a aceitação positiva da própria identidade sexual e a aprendizagem de conhecimentos e habilidades que permitam viver as diferentes formas de sexualidade em cada idade, conforme a pessoa ou pessoas implicadas o desejarem.

Com a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes, assim como um quadro de valores éticos, tornamos os indivíduos mais resilientes. Assim, estes podem viver a sua sexualidade de uma forma livre e responsável.

Nesta conformidade, o modelo de desenvolvimento pessoal é o que mais se adequa ao conceito actual de saúde, visando o desenvolvimento integral do adolescente e jovem.

O modelo biográfico e profissional, além dos seus objectivos e metodologias próprias, deve incorporar os aspectos positivos dos outros modelos anteriores, como

sejam os conhecimentos do modelo preventivo, a importância dos pais, da ética e dos valores do modelo impositivo e o direito à sexualidade proclamado pelo modelo revolucionário (ruptura do impositivo).

Não é possível, de forma alguma, esquecer a realidade do nosso contexto de vida, pelo que o modelo impositivo de educação, ainda vigente nos nossos dias, tem alguma relevância nos programas de educação sexual dos jovens e adolescentes.

CAPITULO III- ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

A adolescência é uma etapa de vida que vai muito mais além que o desenvolvimento fisiológico, compreende mudanças intelectuais, emocionais e sociais, que tem características específicas, diferentes das da infância e da vida adulta (López & Oroz, 2001).

O crescimento durante a adolescência engloba uma acção combinada entre as nítidas modificações biológicas, sociais e cognitivas dos indivíduos, e os contextos ou domínios, nos quais eles experienciam as exigências e as oportunidades que afectam o seu desenvolvimento psicológico.

1 Adolescência: do Desenvolvimento Psicológico à Socialização

A adolescência, reconhecida culturalmente nas sociedades modernas, é uma fase de vida muito diferente de qualquer outra, no entanto é difícil determinar as idades exactas do seu início e seu término, pois estas variam conforme o contexto socioeconómico e cultural do indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde e UNICEF (como citado em UNESCO, 2010a) considera a adolescência como o período de vida entre os 10 e 19 anos (entre os 10 e 14 anos, que define como primeira adolescência e um segundo momento entre os 15 e 19 anos, denominada segunda adolescência) e jovens de 10 a 24 anos. Podemos dizer que a adolescência se inicia com a puberdade, fase conhecida pelas alterações da figura corporal, alterações fisiológicas em geral e sexuais em particular e se prolonga até ao estado adulto.

Só no início do século XX surgem os primeiros estudos com o intuito de compreender os fenómenos característicos da adolescência, dos quais se destaca a obra de Stanley Hall. Este autor descreve a adolescência como uma fase de transformações fisiológicas e psicológicas, caracterizadas por uma certa tensão e agitação interiores,

considerando-a como um importante período de desenvolvimento humano e não apenas a transição para a idade adulta (Sprinthall & Collins, 1994).

Do ponto de vista psicológico, a transformação biológica fundamental da adolescência consiste no alcance da capacidade de reprodução ou da maturidade sexual. No entanto, as mudanças físicas que podem afectar psicologicamente os adolescentes englobam outros aspectos para além da capacidade de reprodução, onde se incluem as alterações na aparência e capacidade física.

Todas as transformações físicas da adolescência se iniciam com a estimulação hormonal que conduz ao surto de crescimento. Este é um sinal de pubescência, que constitui um período de transformações físicas que conduzem à maturidade reprodutiva. A puberdade assinala o fim da pubescência, e é nessa altura alcançada a capacidade de reprodução.

Como resultado das transformações fisiológicas da puberdade, as próprias transformações físicas, que incluem as alterações do tamanho e forma do corpo (rosto, ancas, tórax, ombros), o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, podem provocar alguma alteração na auto-imagem e auto-estima (Sprinthall & Collins, 1994). Daí esta transição de um corpo de criança para adulto possa constituir um momento de grande insegurança e preocupação para os adolescentes.

Na adolescência são também evidentes as transformações a nível cognitivo, como a capacidade de pensar, raciocinar e de resolução de problemas.

Piaget (como citado em Sprinthall & Collins, 1994) debruçou-se sobre o desenvolvimento cognitivo, classificando-o em estádios que constituem, efectivamente, descrições de diferentes capacidades de pensar e de raciocinar, as quais resultam de estruturas psicológicas qualitativamente diferentes. Dos quatro períodos principais de desenvolvimento cognitivo Piaget classificou o pensamento dos adolescentes como “operações formais”, classificação essa relacionada com a maior capacidade de abstração dos adolescentes- possibilidades abstratas e pensamentos abstratos - e com a maior flexibilidade com que eles conseguem raciocinar acerca quer da realidade quer das possibilidades.

Durante a adolescência, os indivíduos desenvolvem um importante potencial devido ao pensamento formal. “O pensamento dos adolescentes abrange uma capacidade maior para pensar acerca das possibilidades, através de hipóteses, para

antever certos resultados, para reflectir sobre os próprios pensamentos e para ponderar sobre os pontos de vista das outras pessoas.” (Sprinthall & Collins, 1994, p.143).

No que concerne ao desenvolvimento social, Selman (como citado em Sprinthall & Collins, 1994) defende que no desenvolvimento durante a adolescência são várias as transformações que ocorrem a nível da compreensão interpessoal. Identificou duas alterações, nos conceitos que os adolescentes têm sobre si próprios e sobre os outros: o reconhecimento de que as outras pessoas têm perspectivas diferentes das suas; e a compreensão das formas, através das quais estas diferentes perspectivas influenciam o comportamento de cada individuo.

A construção da identidade é uma das principais tarefas que fazem parte do desenvolvimento na adolescência, pois é ao longo desta que o individuo vai adquirindo uma nova subjectividade que modifica a representação de si e do outro.

Na era moderna, Erikson é o autor mais importante no estudo na adolescência, é conhecido como “o homem que deu à adolescência uma crise de identidade” (Sprinthall & Collins, 1994, p.192). Erikson defende a ideia de que adolescência consiste no processo de formação da identidade. Considera a resolução da crise da identidade pessoal como a principal tarefa deste estágio. A formação da identidade é encarada como um processo integrador das transformações pessoais, das exigências sociais e das expectativas em relação ao futuro.

Erikson sugeriu a existência de um plano de fundo geral, a teoria epigénica, segundo a qual o desenvolvimento psicológico se processava. Em cada estágio psicossocial, o indivíduo é confrontado com desafios especiais, crises. A resolução bem-sucedida destas crises prepara-o para enfrentar as tarefas subsequentes ligadas ao processo de desenvolvimento.

A formação da identidade determina o momento propício para enfrentar o desafio, que Erikson atribui aos anos iniciais da vida adulta: o estabelecimento da intimidade, ou seja, a capacidade de mútua abertura e partilha, no relacionamento com os outros. A intimidade segundo Erikson “refere-se quer a uma forte amizade, quer à reciprocidade que torna possível a existência de relações sexuais saudáveis na vida adulta.” (como citado em Sprinthall & Collins, 1994,p.239).

Todas estas transformações durante a adolescência, como as biofisiológicas, o início do pensamento formal, a capacidade de abstracção e a capacidade de distinguir o

eu dos outros, e o subjectivo do objectivo, influencia o modo como os adolescentes se percebem e a forma como se compreendem. Evidentemente este questionamento afecta de um modo principal os sistemas de valores, que também estão a sofrer transformações durante este período.

A mais significativa e influente teoria sobre a formação dos valores, deve-se a Kohlberg (como citado em Sprinthall & Collins, 1994), que concluiu que o desenvolvimento moral ocorre de acordo com uma sequência específica de estádios, independentemente da cultura, do meio social, do continente onde o indivíduo pertence.

Durante a adolescência, uma parte significativa do raciocínio moral pertence ao nível pré-convencional, verificando-se um declínio das avaliações pré-convencionais pelos 13-14 anos, e o nível convencional passa a assumir uma importância crescente. Neste nível as decisões são baseadas em pressões sociais externas. Os indivíduos têm tendência a seguir os valores de um determinado grupo líder e a tomar decisões de acordo com aquilo que é considerado de grande popularidade a nível social. Verifica-se durante a adolescência, “(...) uma modificação a nível do grupo de referência, passando os colegas a ocupar o lugar que pertencia aos pais, como ponto de partida para as avaliações que envolvem os valores morais.” (Sprinthall & Collins, 1994, p.270).

Concluimos então, que a adolescência é caracterizada por um período em que o crescimento físico e maturação biológica ocorrem a par e passo com a descoberta do meio social externo ao familiar, e em que sucedem as aquisições e descobertas que irão permitir a entrada no chamado mundo dos adultos. Como refere Lopez e Fuertes (1999) a adolescência é uma etapa de vida “no qual se produz um conjunto de alterações biofisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais que situam o indivíduo perante uma nova forma de se encarar a si próprio e tudo o que o rodeia” (p.83). Traz consigo a urgência de reavaliação, por parte dos adolescentes, de si e do seu projecto de vida, exige uma renegociação da sua relação com a família e todos ou outros actores sociais. Como descreve Matos (2008) o desenvolvimento do adolescente implica uma modificação de relações entre si e os múltiplos contextos sociais em que se move.

Agentes de Socialização

A socialização dos indivíduos é um processo em que intervêm todos os actores que modelam a identidade do indivíduo, em todas as suas áreas de vida. Ocorre “ em primeiro lugar através da família, em segundo da escola. Há outros grupos socializantes com os quais se convive; o dos amigos, o recreativo, o religioso, o profissional, o económico, etc.” (Costa & Sousa, 2002, p.202).

Se a família se constitui no local inicial de socialização, o grupo de pares, os meios de comunicação social, a escola e a informação por eles veiculada, desempenham um papel na reformulação dos valores, atitudes e crenças adquiridas no contexto familiar. O impacto destes agentes de socialização é de grande importância na vida do adolescente, na construção da sua identidade.

A **família**, segundo a OMS (como citado em Antunes, 2007, p.78) é “um grupo onde existem ligações baseadas na confiança, suporte mútuo e com um destino comum, não se limitando a laços de sangue, casamento ou parceria sexual, mas à grande vinculação afectiva entre os seus membros.”.

Conforme o Relatório Final do GTES (Sampaio et al., 2007, p.7),

(...) a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos na área da sexualidade. Os exemplos de pais e irmãos, a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias de jornais, programas de televisão e internet, constituem modelos e referências importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca de identidade e autonomia, só conseguida no final da adolescência.

A família é o primeiro espaço de realização e desenvolvimento da personalidade, de convivência entre diferentes gerações e de transmissão de valores, espaço onde se nasce, cresce e se desenvolve a autonomia e a identidade. Os pais/educadores são modelos importantes, pois são figuras de apego e de identificação. São essenciais no processo de aquisição de identidade sexual e do papel de género. É no contexto familiar

que se recebem as primeiras informações e mensagens verbais e não-verbais na área da sexualidade.

A forma como a família exerce a sua função é bastante diversificada, influenciando o desenvolvimento de características do adolescente. Os modelos afectivos e de interacção, que os pais/educadores utilizam, para lidar com a criança, influenciam de modo significativo a forma como ela aprende e se relaciona com os outros. A família é o ponto crucial da identidade, já que é nela que os jovens encontram a estabilidade ou a instabilidade consoante o ambiente familiar seja ou não favorável (Sprinthall & Collins, 1994).

Durante a adolescência, a qualidade das relações familiares é fundamental para enfrentar com êxito as transformações e redefinições que se produzem no campo afectivo, cognitivo e relacional, na sua trajectória até à autonomia e individuação. Deste modo, é na família que o indivíduo realiza uma das tarefas mais importantes, conquistar a sua autonomia e fazer o treino progressivo para a independência, cabendo-lhe o papel de auxiliar e apoiar o adolescente nesta tarefa. O adolescente vai crescendo, devendo tornar-se capaz de viver os seus pensamentos, sentimentos e decisões, cada vez mais independente daquilo que os seus pais pensam, sentem ou querem.

Ao longo da adolescência, a relação pais/educadores e os filhos/educandos altera-se profundamente à medida que o adolescente se depara com as transformações físicas, cognitivas e sociais, bem como com as alterações provocadas pela procura de uma nova identidade e de um novo estatuto de autonomia. Na sua luta pela autonomia, e em consequência do confronto entre as regras e os valores estabelecidos pela família e as regras e os valores que os adolescentes vão construindo e assumindo, uma geração entra em conflito com a outra, causando mudanças no equilíbrio e, por vezes, ruptura nas relações familiares (Zal, 1994).

A mudança de atitudes e valores dos jovens constitui um dos desafios com que se confrontam os pais/educadores no exercício da tarefa de educar. Aos pais/educadores cabe a tarefa de disciplinar, corrigir, orientar, educar e partilhar.

(...) o papel fundamental da família, enquanto responsável pela construção de valores, crenças e projectos de vida do adolescente, ocorre na medida em que é no seu seio que o jovem aprende a lidar com os problemas com que no dia-a-dia

se vai confrontando no decorrer do seu processo de desenvolvimento. (Antunes, 2007, p.78).

A família tem como tarefa principal o desenvolvimento de indivíduos autônomos, capazes de se afirmarem com identidade própria.

Na sociedade ocidental, os pais têm um papel decisivo nas atitudes e comportamentos sexuais dos seus filhos. Conforme Vaz (1996) “Diversos estudos demonstram a influência positiva dos pais, sobre as atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade, apesar de constituírem uma fonte mínima de informação.” (p.18).

Segundo Vilar e Ferreira (2009), face a assuntos de sexualidade os jovens revelam uma maior facilidade em comunicar com a mãe. As raparigas preferem claramente a mãe para a abordagem de todos os assuntos, já os rapazes que falam de assuntos de sexualidade com facilidade com a mãe também o fazem com o pai. Existe uma grande parte de jovens de ambos os sexos que não aborda assuntos de natureza sexual com os pais. A mãe surge como interlocutora preferencial para assuntos de sexualidade, sendo que as raparigas apresentam taxas mais elevadas em todos os assuntos. Os temas mais falados com a mãe são as mudanças no corpo durante a adolescência e questões relacionadas com o aborto. O pai é um interlocutor mais privilegiado pelos rapazes, mas com percentagens inferiores a 30%. Irmãos e outros familiares, são referidos em menos de 20% das situações.

No estudo de Dias e Rodrigues (2009), com indivíduos de 14 a 16 anos, concluíram que a mãe é o elemento familiar com mais relevo na área da educação sexual.

Apesar de a família ser o interlocutor privilegiado de informação até à puberdade, verifica-se a partir daí uma diminuição progressiva desse seu papel e uma orientação cada vez maior para o grupo de pares, percebido pelo adolescente como espaço de interações sociais, afectivas e cognitivas.

Como refere Antunes (2007), nesta fase de vida “socialmente verificam-se grandes modificações no mundo relacional do adolescente, passando de uma dependência, praticamente absoluta, dos vínculos familiares ao estabelecimento de fortes vínculos de amizade com os iguais.” (p.59). Daqui surgem as primeiras relações de pares, e é a partir da troca de afecto com os pares, que o adolescente vai substituir o

desejo antigo do carinho dos pais, dando lugar à experiência única de entender e viver o amor como forma de se relacionar consigo e com os outros.

Assim, o **grupo de pares**, permite ao adolescente manter relações num contexto de conforto e apoio psicológico, passando a estabelecer relações de vinculação com outras figuras que não as paternas.

Conforme defende Sampaio, citado por Antunes (2007), algumas famílias não entendem que, durante a adolescência, os filhos deixem de pertencer aos pais e façam novos investimentos fora da família, no grupo de iguais, apesar das relações com o grupo constituírem um dos primeiros contextos onde o adolescente desenvolve características pessoais para a vida adulta, desempenhando um papel complementar aos pais no processo de desenvolvimento.

Na realidade existe uma necessidade dos adolescentes se aproximarem dos pares, sendo neste momento os pais um recurso disponível para as dificuldades. Assim, como defende Fleming (1993), as relações com os pais e com os amigos, têm dinâmicas diferentes, com funções diferentes, ocupando lugares distintos e contribuindo, as duas, para o desenvolvimento integral do indivíduo. Como refere Relvas (2000), “tal como não se pode falar de adolescência sem falar da família, também não tem sentido fazê-lo sem abordar o tema do grupo.” (p.180).

A relação de amizade desempenha um papel crucial no mundo das relações do jovem com os seus pares. As relações com os companheiros passam a ocupar um lugar prioritário na vida dos adolescentes e serão determinantes no processo de socialização, “é através do grupo de pares que os adolescentes exploram novas relações e formas de comportamento social e afectivo diferentes das relações que tinham estabelecido no meio familiar.” (Pires, 1999, p.37). Para além de constituir um espaço de segurança, de expressão e de comparação de comportamentos, ajuda-o na redefinição da sua identidade.

Os pares constituem modelos sexuais reais que favorecem processos de identificação dada a similaridade de idades e de interesses. Será benéfica na medida em que a aprendizagem numa relação horizontal é recíproca. Como defende Bernt (como citado em Gaspar & Matos, 2010), essa influência pode ser positiva, no sentido em que a interação com os amigos pode melhorar as competências sociais e a capacidade do adolescente para lidar com situações de *stress*; ou então pode ser negativa, no sentido de

que um adolescente que tenha amigos com atitudes e comportamentos ligados ao risco tem uma maior probabilidade de o adoptar.

O grupo de pares, além de uma força de suporte e segurança individual, é também uma força de socialização, dado que a quantidade e a qualidade das interacções que faculta, favorece o desenvolvimento de competências afectivas, sociais, cognitivas e intelectuais, assim como a aquisição de papéis, normas e valores sociais. (Antunes, 2007, p. 66).

De salientar que os pares são identificados, pelos adolescentes, como a principal fonte de informação na área da sexualidade.

Dias e Rodrigues (2009) num estudo com alunos do ensino básico e secundário concluíram que a principal fonte de informação sobre sexualidade são os amigos (62,9%), seguido da mãe (58%), dos profissionais de saúde (37,6%) e por último os professores (30,5%).

Vilar e Ferreira (2009) concluíram que a principal fonte de informação nas áreas da sexualidade são os amigos (50% e 70% em todos os temas), sendo de realçar, que nas raparigas as percentagens são mais altas (72%). Também para os rapazes os amigos são a principal fonte de informação, sendo a masturbação o tema que mais discutem. Também neste estudo é evidente o papel do namorado, que surge como referência na abordagem de alguns assuntos, sobretudo o “risco de engravidar”, “uso de contraceptivos” e “as relações amorosas nos jovens”. Evidencia-se ainda que as raparigas falam mais destes temas com o namorado do que os rapazes com a namorada.

Realçamos que a informação transmitida pelos pares é frequentemente imprecisa, veiculando conceitos errados e mitos em torno da sexualidade. No sentido de colmatar as lacunas desta informação, os agentes de socialização formais, como a escola, podem adquirir um papel primordial na educação/formação de adolescentes/jovens, nomeadamente no que concerne à sexualidade.

A **escola** é determinante na socialização dos adolescentes/jovens, pois é neste contexto que passam a maior parte do tempo de um dia normal.

A abordagem programática do Plano Nacional de Saúde é feita de acordo com “*Setting's*”, sendo a escola, um deles. Conforme descrito no Plano Nacional de Saúde

2004/2010 (Portugal, 2004b) a escola tem um papel de destaque na adopção de estilos de vida junto das crianças e jovens.

Os Professores são também fontes importantes de informação, salientando-se a “SIDA”, “outras IST”, “uso de contraceptivos” e “aborto” com taxas superiores a 30%, não havendo diferenças entre rapazes e raparigas (Vilar & Ferreira, 2009).

Estes resultados são corroborados no estudo de Dias e Rodrigues (2009), em que os professores aparecem como a terceira fonte de informação mais referida.

Uma das características das sociedades modernas é o papel e a importância dos meios de comunicação social na circulação de informações e outros produtos culturais, ideias, formas de estar na vida e valores morais que saturam os quotidianos das populações das sociedades ocidentais (Vilar, 2005).

Os **meios de comunicação social** são poderosos agentes de socialização, pela sua crescente influência sobre os adolescentes/jovens, através da televisão, revistas de grande circulação e, a partir de meados da década de 90, da internet e da comunicação digital. São actualmente inegáveis fontes de influência, não só pelas suas capacidades de divulgação de informação mas também porque constituem uma das actividades em que as crianças e adolescentes despendem mais tempo. Assim, funciona como fonte das primeiras experiências de modelagem, para além das figuras de apego (Vaz, 1996).

A abordagem de questões sexuais é uma questão essencial de eficácia comercial dos *media*. Como defende Vilar (2005),

(...) a sexualidade e o erotismo fazem parte da vida das pessoas, dos seus desejos, fantasias e preocupações, é um centro de grande interesse dos indivíduos e das sociedades e, por isso mesmo, utilizando uma linguagem económica, tem não somente um valor de uso como também um valor de troca.
(p.10).

Os *media* influenciam poderosamente o contexto ambiental e as atitudes, uma vez que passam a ideia de uma realidade liberal e permissiva da sexualidade, no entanto influenciam muito pouco o domínio dos conhecimentos, da literacia e das competências (Vilar, 2005).

Os meios de comunicação social (televisão, rádio, cinema, jornais, revistas e livros) e as novas tecnologias de informação e comunicação (internet, chats e

telemóveis) influenciam cada vez mais as atitudes e comportamentos dos adolescentes, principalmente no que concerne à sexualidade. Estas instituições sociais e instrumentos comunicativos podem emanar informações contraditórias sobre a saúde sexual e reprodutiva, sendo essencial garantir a qualidade e relevância das mesmas (Holder-Nevins, Eldemire-Shearer & Maccaw-Binns., 2009).

Martins, Nunes, Silva e Garcia (2008), num estudo com estudantes universitários concluíram que as fontes de informação mais utilizadas foram os meios de informação, seguido dos amigos e professores, sendo os pais a ocupar um papel muito superficial como meio de informação na área da sexualidade, mesmo assim salienta-se o papel mais interventivo da mãe em relação ao pai e outros familiares.

Reis e Matos (2008a), num estudo com jovens universitários concluíram que a maioria (29,3%) obtém informação sobre sexualidade através da comunicação social, e dos amigos (28,2%). Os rapazes mais frequentemente do que as raparigas obtém informação através da internet, sendo que esta tem mais influência nos comportamentos sexuais dos rapazes do que das raparigas.

Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões (2011), num estudo com adolescentes constataram que no que diz respeito às fontes de informação sobre o VIH ou outras IST, as mais mencionadas são os programas de televisão (66,3%), os folhetos (65,8%) e a internet (65,8%).

De tudo o que foi referido anteriormente, concluímos que os adolescentes e jovens recebem informações no âmbito da sexualidade em todos os contextos de vida. No entanto, nem sempre sabem filtrar a informação, pelo que se torna imperioso que fontes de socialização formais, como a escola, actuem junto deste grupo alvo para fazer a filtragem de informação adequada ao desenvolvimento de cada individuo.

2 Sexualidade na Adolescência/Juventude

A conceptualização da sexualidade é bastante complexa, resulta do processo de socialização, de representações adquiridas e construídas socialmente, englobando bases culturais.

Na opinião de Giddens (1996), a sexualidade não é mais que uma construção social, operando em campos de poder e não um mero conjunto de imperativos biológicos. Assim, a sexualidade deve ser encarada como a expressão de cada cultura e de cada época, pois integra os valores e padrões culturais de cada sociedade. Os contextos sociais e históricos e as experiências de vida individuais actuam assim sobre a própria base biológica da sexualidade, construindo realidades emocionais, cognitivas, comportamentais e relacionais diferenciadas.

Surge então o conceito de cultura sexual, salientado a importância da construção social da sexualidade, transformando-a numa experiência social variável em função dos contextos em que ocorre. Segundo Ramos (como citado em Antunes, 2007, p.33), “em cada cultura sexual existe um conjunto de significados construídos colectivamente que, transformados em regras e normas sociais, moldam a forma como são elaboradas as representações, as atitudes e os papéis sexuais.”.

Considerando o comportamento sexual como indissociável das representações sociais da sexualidade, Gagnon e Simon (como citado em Ramos, Carvalho & Leal, 2005) introduziram o conceito de script sexual, para salientar o carácter construído da sexualidade. “Os scripts sexuais podem considerar-se como esquemas (socialmente construídos) de atribuição de significado e de orientação da acção.” (Antunes, 2007, p.39). Os scripts sexuais, enquanto guias, ou esquemas mentais que orientam as acções, fornecem determinadas directrizes, que organizam o comportamento sexual dos indivíduos, adequando-os às normas sociais que estão presentes numa determinada cultura.

No interior de uma cultura, os scripts sexuais especificam como são os possíveis parceiros sexuais, em que circunstâncias é apropriado determinado comportamento sexual, que tipo de actividades sexuais e quais os motivos que nos levam a comportar de modo sexual.

Gagnon (como citado em Ramos et al., 2005, p.175) sublinhou que as “interacções sociais que ocorrem dentro de uma determinada cultura se inscrevem dentro de uma dinâmica própria, definida pelos critérios sociais que impõem padrões de comportamento sexual diferenciados para ambos os géneros.”.

É necessário entender a sexualidade numa abordagem mais ampla, como atributo de todo o ser humano e que, por esta razão é parte integrante das relações que este

estabelece consigo mesmo e com os outros. Enfim, é expressão da nossa existência. “A sexualidade é um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano.” (Matos, 2000, p.67). Expressa-se não só no que sabemos, mas sobretudo nos nossos sentimentos, atitudes e comportamentos.

A sexualidade surge como uma experiência pessoal, fundamental na construção do sujeito, ela é, segundo a Organização Mundial de Saúde (como citado em Pereira, 2006, p.15)

(...) 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 sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”.

A sexualidade acompanha-nos desde a infância e sofre modificações ao longo de toda a nossa vida. Realça-se a adolescência como um período de crescimento e transformações significativas que consiste no alcançar da maturidade reprodutiva e sexual. À medida que a maturidade sexual surge, existe um maior interesse em estar com indivíduos do género oposto, o surgimento do ritual do namoro e a iniciação da actividade sexual (Matos, 2009).

A adolescência é uma fase de vida extremamente importante para a construção da identidade, nomeadamente no que concerne à identidade sexual. Toda a adolescência se desenrola na transformação da identidade adquirida na infância, na construção da identidade adulta, ou seja “ na consolidação da representação de si próprio enquanto sujeito. É nessa matriz que o adolescente vai construir a sua identidade sexual que lhe permite viver a sexualidade adulta.” (Antunes, 2007, p.55).

Na perspectiva de Simon e Gagnon (como citado em Sprinthall & Collins, 1994), para a maioria dos adolescentes a expressão de sexualidade é regulamentada não tanto pelos próprios impulsos biológicos, mas antes, pelas expectativas e pelo significado social associado a certos padrões de actividade sexual.

A identidade sexual faz parte integrante de identidade do individuo e consiste em este se reconhecer de um sexo, que, na maioria dos casos, é o do seu corpo e do seu funcionamento psicológico e representa a definição de si mesmo e do seu papel sexual.

O conceito de género diz respeito à construção social do “ser-se homem” ou “ser-se mulher”, elaborada a partir de diferenças biológicas entre ambos os sexos. Numa determinada sociedade “o género define os papéis e as responsabilidades dos indivíduos enquanto elementos de um ou outro grupo, induz experiências de vida, determina expectativas pessoais, condiciona oportunidades e modela a forma como homens e mulheres se relacionam mutuamente.” (Prazeres, 2003,p.16).

Ao longo do seu desenvolvimento em sociedade cada actor social aprende a identificar-se como homem e mulher (identidade sexual), posteriormente aprende a expressar essa identidade (papel sexual), sendo esse papel sexual, segundo Lopes (como citado em Antunes, 2007) a aquisição e exibição de comportamentos característicos de cada sexo, devem reflectir o modo como a sociedade entende que se deve comportar o homem e a mulher.

Ramos et al. (2005) refere que o paradigma da dualidade e da dicotomia de género estende-se a vários domínios da vida humana, em particular à sexualidade que deste modo pode ser entendida como uma construção histórico-cultural, uma vez que os comportamentos sexuais, tal como os outros comportamentos humanos são delimitados pelas normas sociais e culturais dominantes, que impõe padrões de comportamento sexual. (p.175).

O duplo padrão sexual foi criado por Reiss em 1964, na sequência de várias investigações sobre o modelo de padrões sexuais, para se referir a “um conjunto de normas sociais que determinam a prática de comportamentos sexuais diferenciados para cada um dos géneros, sendo a que aos homens seria concedida uma maior liberdade sexual.” (Ramos et al., 2005, p.174).

Mesmo numa sociedade mais liberal, traduzida por uma maior permissividade, tem-se verificado um duplo padrão sexual dos jovens, sendo significativas as diferenças entre os sexos (Alferes, 1997; Antunes, 2007; Ramos et al., 2005; Vaz, 2011).

Mark e Miller (como citado em Ramos et al., 2005) sublinham a importância do estudo da interacção social do duplo padrão sexual, pelo facto de que grande parte dos sujeitos que o percebem como norma social, admitem não só a presença de

comportamentos sexuais apropriados para cada um dos géneros, como também tendem a julgar negativamente aqueles que contrariam o padrão normativo.

Assim se depreende que na área da sexualidade é imperativo abordar a diferença de género, pois ao longo dos tempos verificou-se uma maior permissividade da vivência da sexualidade do género masculino em relação ao feminino. As investigações mais recentes apontam para que os comportamentos sexuais femininos e masculinos tendem a convergir para um padrão sexual singular assente na igualdade de oportunidades.

Conforme descreve Antunes (2007), dentro das novas relações sociais assiste-se a “um aumento da permissividade em todas as facetas das relações familiares e, sobretudo no campo da sexualidade, o que, inevitavelmente se repercute nas relações sexuais que passam a ser encaradas de modo mais natural pela sociedade.” (p.36). A sociedade tornou-se mais tolerante e essa tolerância abrange a vivência da sexualidade dos adolescentes. Actualmente é reconhecida a vivência sexual dos jovens como algo de inevitável e positivo para o seu desenvolvimento.

De acordo com Sprinthall e Collins (1994), nas sociedades onde o interesse sexual é tratado de modo positivo, a passagem para a actividade sexual, ocorrida no final da adolescência e início da idade adulta, acontece de forma mais suave do que naqueles onde as suas manifestações sociais são punidas.

Viver a sexualidade com responsabilidade e de forma saudável inclui, como descrito pela Direcção Geral de Saúde (Portugal, 2011), tomar decisões informadas, respeitar a diferença, utilizar métodos que impeçam a gravidez indesejada, evitar comportamentos que facilitem a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre outras.

A sexualidade é hoje socialmente considerada uma área fundamental de expressão íntima dos indivíduos (Zapian,2002).

Resumindo, a sexualidade não é mais que uma construção social, deve ser encarada como a expressão de cada cultura e de cada época, uma vez que integra os valores e padrões culturais de cada sociedade.

2.1 Conhecimentos dos Adolescentes sobre Sexualidade

Nas últimas décadas os jovens portugueses cresceram num contexto de mudanças profundas em termos de sexualidade. Temos assistido a mudanças no sentido de uma maior valorização social da sexualidade e do erotismo, de uma maior permissividade em relação às expressões e comportamentos sexuais, nomeadamente na aceitação da sexualidade juvenil.

Em Portugal identifica-se ainda um número relevante de comportamentos sexuais de risco como a gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis. Estes problemas têm por base, muitas vezes, uma grande dose de iliteracia em questões básicas ligadas à sexualidade e à vida reprodutiva. (Vilar & Souto, 2008, p.8).

É imperativo munir os adolescentes/jovens de conhecimentos e competências no sentido de viverem a sua sexualidade de uma forma plena, saudável e responsável. Também Lemos (2002) reconhece que “os conhecimentos são, não só cruciais para a adaptação psicológica necessária durante a adolescência, mas também pré-requisitos para um comportamento seguro.” (p.44).

Na literatura encontramos alguma evidência de que as informações que os indivíduos têm sobre sexualidade são susceptíveis de moldar os seus comportamentos, gerando expectativas positivas ou negativas, relativamente a eventuais consequências das suas acções. Como defende Antunes (2007), “o tipo de informação sobre a sexualidade modifica as atitudes sexuais dos sujeitos” (p.164), em contrapartida, e segundo a mesma autora, os sujeitos com menor informação demonstram maior tendência ao sexo utilitário, o que revela a importância da informação no modo de viver a sexualidade.

Conforme a Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade (Unesco, 2010a), o relatório Global do ONUSIDA 2008 sobre a epidemia de SIDA informou que somente 40% dos jovens entre os 15 e 24 anos possuíam conhecimentos correctos sobre VIH e sua transmissão. Sendo esse conhecimento mais urgente, uma vez que os jovens nessa faixa etária representam 45% de todas as novas infecções pelo VIH.

Ainda nesta linha de pensamento, deve-se referir que Antunes (2007) demonstra que indivíduos mais escolarizados possuem, por norma, mais informação sobre a sexualidade. Vários estudos revelam que adolescentes com baixa escolaridade iniciam as relações sexuais mais precocemente e que os jovens de menor nível educacional e de menor idade possuem menos conhecimentos sobre métodos contraceptivos (Martins et al., 2006).

Vilar e Ferreira (2009) verificam que menos de metade dos inquiridos revela “bom nível” de conhecimentos, seguido de conhecimentos “aceitáveis” e uma menor percentagem com nível “muito bom”. Identifica-se que as raparigas revelam melhores conhecimentos que os rapazes, pois no nível de “muito bom” 76% são raparigas, já nos dois níveis inferiores “insuficiente” e “mau” sobressaem os rapazes. Quanto às idades verifica-se que os alunos com melhores conhecimentos são os de 17 anos, e os que menos sabem são os de 19 ou mais anos. Importante referir que jovens filhos de pais mais escolarizados, revelam melhores conhecimentos em matéria de educação sexual.

Constataram ainda que os jovens revelam mais conhecimentos nas temáticas “puberdade e adolescência”, “SIDA” e “uso de preservativo”, e conhecimentos deficitários relativamente a potenciais situações de risco de gravidez não desejada, e em questões de sexualidade humana existe uma parte significativa de jovens que ignora aspectos importantes. Os rapazes continuam a associar a homossexualidade a uma actividade “não natural”. Adolescentes e jovens revelam grande falta de informação, nomeadamente sobre métodos contraceptivos e infecções sexualmente transmissíveis (Vilar & Ferreira, 2009). Constataram ainda, que melhores conhecimentos se relacionam com maiores comportamentos preventivos, maior recurso a profissionais e vivências mais positivas da sexualidade.

Antunes (2007) verificou que os filhos de mães com o ensino secundário apresentam valores de maior proximidade atitudinal face ao “planeamento familiar e à educação sexual”.

Monteiro e Raposo (2006) num estudo para avaliar conhecimentos face a VIH/SIDA com alunos do ensino secundário, constataram não existirem carências cognitivas substanciais sobre VIH/SIDA, no entanto os resultados mostraram um desfazamento entre aquilo que os jovens conhecem da doença e o que expressam nos comportamentos sexuais.

Martins et al. (2006), em São Paulo, concluíram que 95% dos inquiridos conhece algum método contraceptivo, sendo o preservativo e a pílula os mais conhecidos.

Reis e Matos (2007, 2008b), num estudo com estudantes universitários, para avaliar os conhecimentos e atitudes face aos métodos contraceptivos, constataram que a maioria dos participantes não possui muitos conhecimentos sobre métodos contraceptivos, mas apresenta uma atitude positiva face aos mesmos o que revela uma preocupação na prevenção dos riscos. As raparigas revelam mais conhecimentos e mais preocupação quanto à prevenção dos riscos que os rapazes.

Também Ramiro et al (2011), num estudo com adolescentes constata que as raparigas revelam mais conhecimentos, crenças e atitudes positivas face ao VIH do que os rapazes. As raparigas apresentam menos preconceitos que os rapazes.

Segundo o estudo Saúde dos adolescentes Portugueses (Matos et al., 2010a), efectuado em alunos do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, conclui-se que cerca de dois terços dos alunos tiveram educação sexual na escola, maioritariamente numa disciplina curricular ou nas áreas curriculares não disciplinares, e a maioria considera-se esclarecido. No entanto há ainda algum desconhecimento no que diz respeito a temas de saúde sexual e reprodutiva e alguma ineficácia pessoal a nível das atitudes (conversar sobre o parceiro sobre o preservativo, e recusar ter relações sem preservativo), havendo também um embaraço sobre a aquisição e porte de preservativos.

O relatório de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior (Matos et al., 2011), quanto às fontes de conhecimento da sexualidade, destacam-se os amigos (65,9%), seguido da internet (48,7%), comunicação social (46,7%), o centro de saúde (40,7%) o namorado (39%), os pais (39%) e por último os professores (27,2%) e irmãos (9,8%). As mulheres mais frequentemente obtêm informação no centro de saúde e os homens na internet. A maioria dos jovens sente-se devidamente informadas sobre os temas relacionados com a sexualidade.

Vaz (2011), num estudo com estudantes do ensino secundário, constatou que os inquiridos referem estar esclarecidos/informados sobre sexualidade (93%), apesar de na escola não existir nenhuma disciplina que se refira à sexualidade. Quanto à informação recebida é através dos amigos (29,3%) e da internet (27,7%) e a pessoa a que falou a 1.^a vez de sexualidade foi com os amigos (52,5%).

A rede de pares constitui-se como um importante recurso de informação pelo que é necessário investir na educação e formação de adolescentes e jovens, para que possam ter poder de decisão no que concerne à sua sexualidade.

2.2 Atitudes do Adolescente face à Sexualidade

O termo atitude tem diversos significados. Nodin (2001) defende que o termo atitude serve tanto para caracterizar uma postura, como para designar uma orientação de um pensamento ou um comportamento.

As atitudes referem-se a experiências subjectivas, pois são resultado das vivências de um indivíduo inserido num contexto social, são sempre referidas a um objecto ou seja, descrevem a posição de um indivíduo face a um objecto social e incluem sempre uma dimensão avaliativa. Uma atitude traduz sempre uma posição favorável ou desfavorável relativamente ao objecto (Lima, 1997).

Assim, as atitudes são definidas de acordo com a informação que temos de determinado objecto (as crenças), resulta de um trabalho cognitivo de avaliação de uma crença. As crenças que sustentamos têm origem em informação obtida directamente (através da experiência pessoal) ou indirectamente (através da interacção com os outros). São elementos fundamentais na aquisição de crenças todos os intervenientes no processo de socialização.

O processo de socialização de cada indivíduo condiciona as suas atitudes perante cada objecto social, pois as mesmas emergem da integração que o indivíduo faz das normas sociais, das experiências vividas e comportamentos apreendidos com os outros, funcionando como orientação para a acção, mediatizando assim o comportamento privado e público (Lima, 1997).

Segundo o mesmo autor (1997) “as atitudes não nascem num vazio social, mas, pelo contrário, são fruto da interacção social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permite situar a nossa posição face à dos outros num determinado momento do tempo” (p.170). Sendo assim podemos encontrar indivíduos pertencentes a um mesmo grupo social com atitudes semelhantes, e reconhecer que as

atitudes sofrem mutações ao longo do desenvolvimento do indivíduo, decorrentes das interacções sociais.

Os indivíduos que mantêm interiorizado o sistema de valores dos pais, durante a adolescência, vivem uma fase de ruptura, que conduzem a todo um processo de reestruturação de crenças e valores. Por estas razões, as atitudes estão frequentemente em ruptura e em processo de mudança, levando a que qualquer mudança possa provocar um estado de desequilíbrio e novas reestruturações. Assim, quando se introduz um novo elemento (conhecimentos, experiências afectivas ou comportamentais) torna-se necessária uma actividade reequilibradora (Vala & Monteiro, 2000).

Ao longo dos tempos as atitudes sexuais dos jovens foram pautadas por grande evolução, traduzindo-se por uma maior permissividade relativamente à sexualidade. No campo da sexualidade, as atitudes são de extrema importância uma vez que “a atitude ante a sexualidade é um factor determinante para a aceitação de determinadas interacções sexuais.” (Antunes, 2007, p.97).

Os homens tendem a manifestar maior permissividade sexual que as mulheres, como constataram entre outros Hendrick e Hendrick (1987), Alferes (1997), Antunes (2007). Evidencia-se pelos estudos referidos que o duplo padrão sexual é uma realidade que se identifica nas atitudes sexuais em função do género.

Alferes (1997) analisou as atitudes sexuais de estudantes do ensino superior, recorrendo à adaptação para português da Escala de Atitudes Sexuais (EAS) de Hendrick e Hendrick (1987) e identificou a presença de um duplo padrão sexual pré-matrimonial, revelando-se os “homens, mais permissivos, admitindo mais facilmente o sexo ocasional, o sexo sem compromissos e o sexo impessoal...as mulheres mais sensibilizadas para a educação sexual e o planeamento familiar.” (Alferes, 1997, p.140).

Lopes (2006), num estudo com estudantes do ensino superior constatou que as raparigas revelam, em média, atitudes de maior percepção de risco e assertividade relacionada com a utilização de preservativo, e os rapazes demonstram, em média, mais atitudes de assertividade relacionada com as questões sexuais.

Antunes (2007), utilizando a EAS de Hendrick e Hendrick (1987) com estudantes que frequentavam o 1º ano do ensino superior, identifica diferenças de género com significado estatístico em todas as dimensões da escala, sendo que “os homens, contrariamente às mulheres, manifestam atitudes mais permissivas para com o sexo

ocasional e sem compromisso, aceitando a diversidade de parceiros, sexo de partilha e utilitário.” (Antunes, 2007, p.159). As mulheres evidenciam maior concordância com as atitudes face ao planeamento familiar e educação sexual.

Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia (2008) estudaram alunos do ensino básico e secundário e concluíram que existem diferenças entre sexos, em que os rapazes demonstram atitudes mais favoráveis face ao sexo sem compromisso e as raparigas atitudes mais favoráveis face ao sexo com compromisso afectivo.

Assim, é manifesto o duplo padrão sexual, os rapazes evidenciam atitudes mais permissivas face ao sexo utilitário, sexo ocasional e diversidade de parceiros, enquanto as raparigas demonstram atitudes mais favoráveis ao sexo com compromisso afectivo.

2.3 Comportamentos Sexuais do Adolescente/Jovem

Nos últimos anos, os comportamentos sexuais dos adolescentes e jovens sofreram uma acelerada e permanente evolução, fruto das alterações sócio culturais dos contextos onde estão inseridos.

Os comportamentos sexuais, tais como todos os outros, são munidos de significados e normas colectivas, as quais estão ligadas essencialmente a instituições sociais como: família, religião, cultura, economia e medicina. Como defende Antunes (2007), “tal como a atitude ante a sexualidade é um factor determinante para a aceitação de determinadas interacções sociais, as orientações avaliativas ou atitudes relativas à sexualidade condicionam a ocorrência de comportamentos sexuais.” (p.99).

Segundo Foucault citado pelo mesmo autor o comportamento sexual não se traduz apenas por desejos derivados de instintos naturais e as normas permissivas ou restritivas do contexto social, mas também da consciência que a pessoa tem do que está a fazer, do que cada um evolui com a experiência e do valor que atribui a esse mesmo comportamento. Assim, deparamo-nos com diversidade de comportamentos sexuais, que de acordo com a cultura, religião e as especificidades individuais têm sido experienciadas pelos indivíduos.

Para compreender o desenvolvimento sexual é necessário proceder à contextualização dos comportamentos, situando-os no interior das estruturas relacionais em que ocorrem (Alferes, 1997).

Adolescência e juventude são períodos de grandes modificações na vida dos indivíduos, que têm repercussões para o seu futuro. As vivências da sexualidade, nesta fase de vida, são marcadas pela confusão sobre o que podem ou não fazer, o que juntamente com a escassa percepção dos riscos, origina, em múltiplas ocasiões, uma conduta marcada pelo medo e contradições.

Podemos dizer que se trata de uma etapa em busca de habilidades para viver uma sexualidade de forma autónoma, gratificante e sem riscos, pois

(...) a sexualidade pode constituir uma forma privilegiada de enriquecimento pessoal e relacional, ou, pelo contrário, tornar-se numa fonte de sofrimento que afecta dramaticamente a vida da pessoa, quer a nível da realização pessoal e relacional, quer a nível das pesadas facturas pagas, quando a sua expressão se faz de forma imatura, ignorante ou culpabilizada.” (Silva, 2006, p.51).

Dentro dos comportamentos e estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos adolescentes/jovens, encontra-se os comportamentos sexuais de risco (Simões & Matos, 2010).

Segundo Prazeres (2003), durante a adolescência/juventude, a socialização dos indivíduos implica “actividades que envolvem exploração, descoberta e aprendizagem, procuram-se novas referências, o sentido de pertença a diferentes grupos na sociedade sedimenta-se e estabelecem-se novos objectivos de futuro.” (p.30). Ao longo deste caminho, vivenciam-se situações que acarretam algum risco pessoal, ao serem testados novos limites pessoais no domínio biológico, psicoafectivo e social, o que identificamos como “condutas de ensaio”.

De um modo geral as condutas de ensaio servem para experienciar novas componentes da vida, não descobertas até então, podem servir para ganhar aprovação ou respeito dos pares, para adquirir autonomia dos pais, para demonstrar renúncia pelas normas convencionais, para lidar com a ansiedade e

frustração, para comprovar a si próprio ou aos outros determinados atributos, para moldar a sua identidade e ainda como prova de maturidade e transição para um estatuto mais adulto (Simões & Matos, 2010, p.35).

Logo existem comportamentos que envolvem algum risco mas com importantes funções instrumentais, pelo que são considerados comportamentos de risco normativos e saudáveis para os adolescentes (Ponton, como citado em Simões & Matos, 2010).

Mas existem outros “comportamentos com potencial para comprometer o comportamento ajustado dos jovens.” (Simões & Matos, 2010, p.36). Os comportamentos tornam-se destrutivos quando contribuem directa ou indirectamente para a alienação do adolescente. São potencialmente perigosos quando levam o adolescente a afastar-se da sua comunidade, a não partilhar interesses com aqueles que lhe são próximos, quando levam o jovem ao desencontro com o seu papel na sociedade ou a sentir-se incompreendido e rejeitado pela sociedade.

Segundo Simões e Matos (2010) os factores que predizem os comportamentos de risco podem enquadrar-se em três grandes grupos: sociodemográficos; individuais; envolvimentoais.

1 - Aspectos sociodemográfico: factores como género, idade, etnia ou o nível socioeconómico. Em termos gerais verifica-se que são os rapazes e os adolescentes mais velhos que apresentam um maior envolvimento nos comportamentos de externalização (violência, consumo de substâncias e comportamentos sexuais de risco) enquanto as raparigas tem mais comportamentos de internalização (perturbações de imagem corporal, maior frequência de sintomas físicos e psicológicos). Outro aspecto é a idade, são os mais novos que têm mais comportamentos sexuais de risco, nomeadamente no risco de IST. Relativamente ao nível socioeconómico, alguns estudos apontam para uma relação entre o baixo estatuto socioeconómico e a comportamentos de risco na adolescência.

2 - Aspectos individuais: factores de ordem comportamental, de ordem sociocognitiva tais como as atitudes e as intenções comportamentais, entre outros.

3 - Aspectos envolvimentoais: falamos da família, grupo de pares e escola. “No que concerne à família, destacam-se como factores de risco as inadequadas práticas parentais, a falta de ligação, comunicação e coesão no ambiente familiar e a própria

estrutura familiar” (Simões & Matos, 2010, p. 41). Relativamente à escola os principais factores de risco são a falta de ligação à escola, o fraco desempenho escolar e a não participação na vida escolar. Neste contexto, a percepção negativa da escola pode representar factores de risco para o sucesso e parece concorrer para o desenvolvimento de comportamentos de risco. Ao nível da influência dos pares encontram-se, entre outros, factores como a rejeição pelos pares pró-sociais, a associação e influência de pares desviantes, sendo este um dos principais factores determinantes de comportamentos de risco e por último o nível de envolvimento de pares em comportamentos de risco.

Segundo Frade (como citado em Matos et al., 2010), os adolescentes são alvos preferenciais das IST, dada a sua vulnerabilidade biológica, psíquica e social. A vulnerabilidade traduz-se pela tendência à experimentação e multiplicidade de parceiros, assim como baixa noção dos riscos o que leva a comportamentos pouco seguros.

Conforme WHO (2004), todos os dias mais de 6000 jovens de 15 aos 24 anos infectam ou são infectados pelo VIH. Na união europeia, Portugal apresenta, ainda, a taxa de incidência mais elevada (280 por milhão de habitantes). Ainda neste contexto, as infecções sexualmente transmissíveis, nomeadamente pelo VIH/SIDA, constituem uma prioridade a nível nacional e internacional, cujo combate exige a organização de esforços políticos, a participação e cooperação intersectorial, o compromisso e mobilização da sociedade civil.

Globalmente, os jovens continuam a ter altas taxas de IST. Segundo a IPPF, pelo menos 111 milhões de novos casos de IST curáveis ocorrem a cada ano entre jovens de 10 a 24 anos (UNESCO, 2010a).

Também a gravidez na adolescência constitui-se um problema de saúde pública desde a década de 60 do Século XX, devido às elevadas taxas de incidência e às implicações económicas, sociais, psicológicas e de saúde para as adolescentes (Harden, Brunton, Fletcher, Oakley, 2009).

Não obstante o facto da gravidez na adolescência estar a diminuir no nosso país, Portugal mantém o segundo lugar dos países europeus com maior taxa de gravidez na adolescência o que pode significar a interrupção de projectos como prosseguir nos estudos ou manter uma relação conjugal estável (Matos et al., 2010).

A gravidez ocorre sobretudo “em adolescentes que vivem em situações mais desfavorecidas do ponto de vista social, económico, pessoal e cultural. As condições sociais e económicas desfavoráveis, mais correntemente assinaladas como estando na origem da gestação na adolescência, são a pobreza, baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego.” (Figueiredo, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006).

Segundo Arias, Ceballo e Herazo (2010) aproximadamente um em cada três estudantes adolescentes possuía alto risco de infecção para VIH, ou gravidez não planeada.

Vilar e Ferreira (2009), num estudo com estudantes do secundário constataram que dos inquiridos, 27 jovens engravidaram, tendo alguns recorrido a IVG.

Uma percentagem significativa de indivíduos não usa qualquer método contraceptivo durante as relações sexuais (Antunes, 2007; Ferreira, Cabral, Alboim, Vilar & Maia, 2010; Matos et al., 2006 a, 2006 b, 2010). Daqui podemos depreender que os jovens continuam a descorar medidas de protecção essenciais a uma vivência responsável da sua sexualidade.

Após tudo que foi exposto, compreendemos então a pertinência da Recomendação N.º 5/2011 do Conselho Nacional de Educação sobre Educação para o Risco reconhece que

(...) vivemos numa sociedade de risco, e que nem sempre a percepção do risco e a dimensão real do risco coincidem, reconhece que conhecer e agir neste paradigma de sociedade de risco exige novas competências pessoais, fundadoras de uma cidadania mais activa, participada e informada, que deve ser adquirida desde o início do percurso escolar. (p.4160).

Na realidade nem sempre os adolescentes/jovens tem a noção real do risco. Monteiro e Raposo (2006), num estudo com estudantes do ensino secundário verificam a subvalorização do risco, com menos de metade a admitir alguma possibilidade de contágio, sendo os estudantes do sexo masculino e os que tinham conhecimentos sobre SIDA a admitirem em média uma maior possibilidade de contágio.

Martins et al. (2008), num estudo com estudantes universitários do Algarve e Huelva, concluíram que os portugueses detêm mais conhecimentos mas utilizam menos

o preservativo, o que revela um desfasamento entre os conhecimentos e os comportamentos sexuais.

Os estudos realizados em Portugal indicam que cerca de 23% da população jovem se inicia sexualmente com menos de 16 anos, 70% tem a sua primeira relação sexual até aos 18 anos, inclusive (Nodin, 2001).

Como refere Matos (2010) os jovens iniciam a sua actividade sexual cada vez mais cedo. A iniciação da actividade sexual precoce pode causar prejuízos físicos e emocionais, além de aumentar o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, condicionando todo o desenvolvimento normal e saudável do adolescente.

Ramiro et al. (2011), num estudo com adolescentes constataram que a maioria dos inquiridos é activa sexualmente, a maioria refere que teve a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde, sendo que os rapazes iniciaram relações sexuais mais cedo do que as raparigas.

Monteiro e Raposo (2006), com alunos do ensino secundário, verificam que a maioria dos estudantes não referiu actividade sexual (67,7%) e dos que referem actividade sexual a maioria é do sexo masculino. A maioria dos estudantes diz ter utilizado o preservativo durante as relações sexuais mostrando conhecimentos sobre este método de prevenção embora alguns não referiram a sua utilização (14,5%). Quanto aos parceiros sexuais durante a vida, predominou, um parceiro sexual para o sexo feminino enquanto para o sexo masculino mais de três. A maioria dos estudantes iniciou as relações sexuais por volta dos 16 anos, sendo que os estudantes do sexo masculino iniciaram antes dos 16 anos e os do sexo feminino depois dos 16 anos.

Como podemos constatar, o duplo padrão sexual mantém-se vigente, sendo que os adolescentes/jovens do sexo masculino iniciam a sua actividade sexual mais cedo do que os do sexo feminino e têm mais parceiros sexuais, assim como ocasionais (Ferreira et al., 2010; Matos et al., 2006). Quanto ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, identificam-se diferenças entre homens e mulheres, especificamente no escalão etário dos 18 aos 24 anos. Comprova-se que neste escalão específico, 21,7% dos homens refere apenas um parceiro sexual, contra 42,5% das mulheres no mesmo escalão etário (Ferreira et al., 2010).

Ferreira et al. (2010) verificam o duplo padrão sexual, com os homens a iniciarem-se sexualmente aos 17 anos enquanto as mulheres aos 19 anos. Relativamente a parceiros sexuais, também são os homens que referem ter tido mais parceiros sexuais do que as mulheres e mais parceiros ocasionais. Quanto a práticas sexuais protegidas, 59,2% admite que não usou preservativo na primeira relação com o parceiro actual.

A literatura documenta que de uma forma geral o rapaz inicia a actividade sexual mais cedo do que as raparigas. Os rapazes referem que têm maior número de parceiras e relações ocasionais (Prazeres, 2003).

Reis e Matos (2008b) constaram que a maioria dos jovens universitários é sexualmente activa, sendo que 74,5% refere que iniciou a sua vida sexual aos 16 anos ou mais tarde. Dos estudantes, 89% referem que usaram método contraceptivo na primeira relação sexual, sendo que 78,3% optou pelo preservativo. Os métodos contraceptivos mais utilizados são o preservativo e a pilula. De referir que embora a média de início das relações tenha sido aos 16 anos, os rapazes iniciam-se mais frequentemente entre os 13 e 15 anos e as raparigas mais frequentemente aos 16 anos ou mais. As raparigas, mais frequentemente que os rapazes, usaram métodos contraceptivos. Os resultados evidenciam que os rapazes têm parceiros ocasionais mais frequentemente que as raparigas.

Alves e Lopes (2008), num estudo com universitários, mostram que 51,2 % refere que não iniciou a actividade sexual, a maioria dos que iniciaram referem que utilizaram método contraceptivo (91,7%). O método mais utilizado é o preservativo, muitas vezes associado à pílula.

Vilar e Ferreira (2009), num estudo com alunos do ensino secundário verificam que 37% referem que já tiveram relações sexuais, sendo esta percentagem, ligeiramente maior nas raparigas (42%). Quanto à idade da primeira relação sexual, dos alunos com 19 ou mais anos, 72% referem que já tiveram relações sexuais, enquanto no grupo etário dos 15 anos ou menos apenas 20% já se iniciaram sexualmente. O nervosismo foi o sentimento predominante para ambos os sexos, mas as raparigas vivenciaram mais negativamente as suas experiências sexuais com sentimentos como medo e dor.

Os mesmos autores concluíram que dois terços dos jovens discutiram a prevenção de IST, sendo que três quartos usaram preservativo na última relação sexual, constata-se que mais de três quartos dos jovens falaram com o parceiro/a sobre o modo de evitar a

gravidez, sendo o preservativo e a pílula os métodos mais utilizados. Relativamente a relações ocasionais identificam que 28,5% dos jovens sexualmente activos já tiveram relações sexuais com outras pessoas para além do namorado.

No Estudo HBSC (Matos et al., 2010) verifica-se que 83,1% já tiveram relações sexuais, sendo a maior percentagem de rapazes. A maioria iniciou relações sexuais por iniciativa dos dois (52%) enquanto 9,5% sentiu-se pressionado, sendo que 13,5% refere que teve relações sexuais para o parceiro “não ficar zangado”. Dos adolescentes que tiveram relações sexuais, 93,8% refere que utilizou preservativo e na última relação sexual apenas 82,5% o utilizou.

No relatório de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior (Matos et al., 2011) a maioria é sexualmente activa (83,3%) e teve a sua primeira relação sexual com 16 anos ou mais (79,2%). Os jovens que iniciaram relações referem maioritariamente que foi decisão dos dois (74%), enquanto uma minoria (2,6%) refere que se sentiu pressionado.

Ainda neste relatório, dos jovens que já iniciaram relações sexuais, 7,7% referem parceiros sexuais para além do companheiro. Os homens referem mais parceiros ocasionais e outros parceiros além das companheiras do que as mulheres. Verificaram ainda que 3,3% dos jovens já contraíram IST, 3,2% já fizeram Interrupção voluntária da gravidez e 4,1% já engravidou sem desejar. Dos inquiridos, 73,3% refere utilizar sempre método contraceptivo, sendo que apenas 22,2% usou o preservativo a maioria das vezes. Os métodos mais utilizados são a pílula (70,4%) e o preservativo (69%).

Vaz (2011) refere que dos estudantes que já tiveram relações sexuais, a maioria (87,3%) situam-se entre os 15 e os 19 anos. Dos que iniciaram as relações sexuais identifica-se que há mais rapazes do que as raparigas. O parceiro da primeira relação sexual foi para a maioria dos inquiridos, o namorado/a, sendo que para 14,5% dos rapazes foi uma amiga.

Relativamente à orientação sexual, Vilar e Ferreira (2009), concluem que 95% são heterossexuais e 3,8% dos jovens afirmam ter tido relações sexuais com pessoas do mesmo sexo.

Também Matos et al. (2011) contactam que a maioria dos inquiridos é heterossexual (96%), sendo 3% homossexual e 1% bissexual.

Ferreira et al. (2010), constataram que 5,1% dos portugueses admite já ter tido relações sexuais com uma pessoa do mesmo sexo, sendo que 87,7% dos inquiridos assumiu-se heterossexual, 1,5% bissexual e 0,7% homossexual.

Pela análise dos estudos referidos anteriormente podemos concluir que os rapazes se iniciam normalmente mais cedo do que as raparigas. Logo essa iniciação mais precoce leva a que sejam também os rapazes a referir mais parceiros sexuais do que as raparigas. Importa salientar que são os rapazes a referir mais parceiros ocasionais ao longo da vida.

Dentro dos comportamentos e estilos de vida que colocam em risco a saúde, o bem-estar e muitas vezes a própria vida dos adolescentes/jovens, encontra-se os comportamentos sexuais de risco (Simões & Matos, 2010).

CAPITULO IV – PLANO DE INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

Neste capítulo, pretende-se abordar a relevância deste estudo para promover a educação sexual a todos os adolescentes e jovens, independentemente do contexto em que se desenvolvem. É também pretensão deste capítulo, apresentar todo o desenho de investigação utilizado neste estudo.

1 Pertinência do Estudo

A sexualidade na adolescência, desenvolve-se num período em que ocorrem intensas modificações biofisiológicas, se adquirem capacidades reprodutivas, se intensifica o desejo sexual e as capacidades de atracção, se reorganizam os papéis sexuais anteriormente adquiridos e se iniciam as primeiras experiências de relações amorosas. Assim, os receios, dúvidas e descobertas são constantes nesta fase de vida.

Os adolescentes/jovens apresentam, muitas vezes, comportamentos de risco no que concerne à sexualidade. Sendo a educação para a saúde uma forma de promover a mudança de comportamentos, no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis, torna-se imprescindível, implementar a educação sexual na escola, de forma a contribuir para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma da sexualidade.

A educação sexual no meio escolar é um imperativo na educação e formação de adolescentes e jovens, no sentido de um desenvolvimento saudável. O ensino profissional, como entidade formadora de adolescentes e jovens, deve implementar a educação sexual na escola, por forma a garantir as mesmas oportunidades de aprendizagem.

Sendo a sexualidade variável de indivíduo para indivíduo, é necessário conhecer o contexto social, familiar e individual de cada interveniente para que possamos compreender a sexualidade e contribuir para a sua vivência de uma forma saudável.

É neste contexto que se desenvolve o presente estudo, em que se pretende analisar factores determinantes de conhecimentos, atitudes e comportamentos

relativamente à sexualidade, assim como factores determinantes das condutas dos adolescentes/jovens que frequentam o ensino profissional no sentido de ter um conhecimento mais aprofundado de como os alunos do ensino profissional vivem a sua sexualidade.

2 Objectivos do Estudo

Após justificada a pertinência do estudo definimos como questão de partida: Quais os factores determinantes de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de alunos do ensino profissional.

A partir desta questão procede-se à delimitação dos objectivos, no sentido de orientar toda a trajectória de trabalho a desenvolver.

Assim traçou-se como objectivo geral:

- Analisar factores determinantes dos conhecimentos, atitudes e comportamentos de alunos do ensino profissional.

Objectivos específicos:

- Identificar conhecimentos sobre sexualidade de alunos do ensino profissional.
- Identificar atitudes sexuais dos alunos de alunos do ensino profissional.
- Identificar comportamentos sexuais de alunos do ensino profissional
- Conhecer factores que influenciam os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos alunos do ensino profissional.

3 Desenho da Investigação

Fortin (1999) refere que “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (p.132). Esta autora acrescenta ainda que “tem por objectivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo”. Os elementos que compõem o desenho são: o tipo de estudo; o meio onde o estudo será realizado; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; a

estratégia utilizada para controlar as variáveis estranhas, os instrumentos de colheita de dados; o tratamento de dados.

É pretensão deste estudo obter um corpo de dados fiáveis que permita uma melhor formulação do modo como os jovens de hoje encaram a sexualidade, mediante os conhecimentos, atitudes e comportamentos que manifestam acerca da mesma.

O estudo desenvolve-se em meio natural, uma vez que os dados foram recolhidos num Centro de Formação Profissional, no contexto natural onde estão inseridos os indivíduos que compõem a amostra.

Este Centro de Formação Profissional está integrado, desde 1997, na rede de Centros de Gestão Directa da Delegação Norte do I.E.F.P., I.P. Recebe formandos adolescentes, jovens e adultos de todo o distrito. A oferta de formação destina-se a públicos diferenciados, procurando proporcionar soluções formativas integradas, eventualmente formatadas à medida das necessidades das empresas, que assegurem, para além de uma adequada qualificação profissional, uma certificação escolar.

Dispõe de um potencial de formação flexível e ajustável em áreas diversificadas, sendo várias as modalidades de formação como Curso de Educação Formação para Jovens (EFJ), Cursos de Aprendizagem (equivalência ao ensino secundário), Curso de Educação Formação para Adultos (EFA), Cursos de Especialização Tecnológica (CET); Formação Modular Certificada; Portugal Acolhe (Estrangeiros) e Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC).

O Centro constitui uma oportunidade de formação para a população dos concelhos interiores, assumindo um papel primordial na fixação da população dos concelhos mais interiores procurando integrar a população activa, sobretudo os jovens, no processo de desenvolvimento sócio-económico da região, através de acções de qualificação, aperfeiçoamento e, sobretudo, de acções de formação em alternância do Sistema de Aprendizagem.

3.1 Tipo de Estudo

Tendo presente o objectivo, o contexto e as características da população o método mais adequado para o desenvolvimento deste estudo é o quantitativo pois “tem

como objectivo estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas.” (Fortin, 2009, p. 30).

O método quantitativo contribui para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados (Fortin, 1999).

É um estudo de carácter descritivo-correlacional uma vez que o investigador pretende explorar e identificar relações entre as variáveis no sentido de as descrever (Fortin, 1999). O estudo é ainda, observacional, uma vez que não serão manipuladas variáveis e transversal porque a colheita de dados será realizada num só momento.

3.2 População

População, em estatística, define-se como sendo um “grupo finito ou infinito, mais ou menos extenso de humanos, objectos e eventos ou qualquer outra entidade física, ou não, sobre a qual estamos interessados em generalizar.” (Maroco & Bispo, 2005, p. 77).

Assim o estudo inclui todos os alunos, adolescentes e jovens matriculados nos cursos de aprendizagem (equivalente ao ensino secundário) e curso de Educação e Formação de Jovens (EFJ), ano lectivo 2011/2012 no Centro de Formação Profissional.

Neste ano encontravam-se matriculados 125 alunos e face à dimensão da população, optou-se por incluir todos os alunos, que depois de informados sobre a fundamentação e os objectivos do estudo, se disponibilizassem a participar e obedecessem aos seguintes critérios de inclusão:

- Frequentar um Curso de Aprendizagem no Centro de Formação Profissional
- Falar, compreender e escrever português,
- Disponibilizar-se para voluntariamente participar no estudo

Definiram-se como critérios de exclusão:

- Estado civil- casado;
- Viver em União de Facto.

Foram inquiridos 125 alunos. Destes, foram excluídos 10 questionários correspondentes a 9 indivíduos casados e que 1 vive em união de facto. Excluíram-se,

igualmente 3 questionários incorrectamente preenchidos ou com respostas em branco em itens cruciais. Restaram então 112 elementos que constituíram a população do estudo.

Características gerais da população

A população (tabela nº.1) corresponde a todos os adolescentes e jovens que frequentam os cursos de aprendizagem (correspondente ao ensino secundário) e EFJ, no ano lectivo 2011/2012, no Centro de Formação Profissional, que respeitam os critérios de inclusão, sendo o total de inquiridos, 112 alunos.

Os alunos têm idades compreendidas entre os 15 e 27 anos, com média de $19,06 \pm 2,78$ anos e mediana 18 anos. Predomina os indivíduos com menos de 19 anos (63,4%). São maioritariamente do sexo masculino (54,5%).

No que respeita à religião, 40,2% são católicos não praticantes, 38,4% são católicos praticantes, os restantes referem ser indiferentes (13,4%), ateus/agnósticos (3,6%) ou identificam-se com outra religião (3,6%). Quanto à Participação em Serviços/Cerimónias Religiosas 31,3% participa 1 vez por semana; 12,5% pelo menos 1 vez por mês; 35,7% menos vezes; e 19,6% nunca.

Os alunos frequentam o 10.º Ano (37,5%), o 11.ºAno (30,4%) e 12.º Ano (18,8%) dos cursos profissionais do Centro de Formação Profissional, e 13,4% o Curso de Educação e Formação de Jovens, sem equivalência a escolaridade.

Distribuem-se hierarquicamente pelos cursos de Técnico de Mecatrónica Automóvel (31,3%); Técnico de Acção Educativa (24,1%); Cuidados e Estética do Cabelo (13,4%); Técnico de Electrónica, Automação e Comandos (12,5%); Técnicos de Serviços Pessoais e à Comunidade (8,9%); Técnico de Instalações Eléctricas (6,3%); e Técnico de Electrónica Industrial (3,6%). Os cursos, dadas as suas características, foram classificados em dois grandes grupos Humanistas (46,4%) e Técnicos (53,6%).

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes/jovens conforme as características sócio-

Grupo Etário	ni	Fi
15 a 19 anos inclusive	71	63,4
20 a 24 anos inclusive	37	33,0
Mais de 24 anos	4	3,6
Sexo		
Masculino	61	54,5
Feminino	51	45,5
Religião		
Católico Praticante	43	38,4
Católico não praticante	45	40,2
Ateu/Agnóstico	4	3,6
Indiferente	15	13,4
Outra	4	3,6
Participação em Serviços/Cerimónias Religiosas		
Mais de uma vez por semana	1	0,9
Uma vez por semana	35	31,3
Pelo menos 1xmês	14	12,5
Menos vezes	40	35,7
Nunca	22	19,6
Ano que Frequenta		
10º Ano	42	37,5
11º Ano	34	30,4
12º Ano	21	18,8
Educação e Formação de Jovens	15	13,4
Curso que Frequenta		
Técnico de Mecatrónica Automóvel	35	31,3
Técnico de Acção Educativa	27	24,1
Cuidados e Estética de Cabelo	15	13,4
Técnico de Electrónica, Automação e	14	12,5
Técnicos de Serviços Pessoais e à	10	8,9
Técnico de Instalações Eléctricas	7	6,3
Técnico de Electrónica Industrial	4	3,6

3.3 Hipóteses de Investigação

De acordo com a fundamentação teórica apresentada e na tentativa de dar resposta ao problema de investigação em estudo foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1: Os conhecimentos na área da sexualidade dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pela idade.

H2: Os conhecimentos na área da sexualidade dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pelo sexo.

H3: Os conhecimentos na área da sexualidade dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pela crença religiosa.

H4: Os conhecimentos na área da sexualidade dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pelo curso que frequentam.

H5: As atitudes sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciadas pela idade.

H6: As atitudes sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciadas pelo sexo.

H7: As atitudes sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciadas pela crença religiosa.

H8: As atitudes sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciadas pelo curso que frequentam.

H9: Os comportamentos sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pela idade.

H10: Os comportamentos sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pelo sexo.

H11: Os comportamentos sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pela crença religiosa.

H12: Os comportamentos sexuais dos adolescentes/jovens do ensino profissional são influenciados pelo curso que frequentam.

3.4 Variáveis

De acordo com os objectivos do estudo seleccionaram-se as variáveis. Assim pretendeu-se estudar os conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes e jovens, e em que medida estas podem estar relacionadas com as características individuais.

Assim consideraram-se as seguintes variáveis de caracterização ou atributo:

- Sexo

- Idade
- Religião e prática religiosa
- Grau de instrução e profissão dos pais
- Constituição do núcleo familiar
- Grau de escolaridade e área de curso

Para a caracterização dos conhecimentos incluíram-se variáveis relacionadas com:

- Puberdade
- Adolescência
- Sexualidade Humana
- Contracepção
- Infecções sexualmente transmissíveis
- Percepção de risco

Sendo operacionalizadas de forma nominal com uma única afirmação correcta.

As atitudes foram avaliadas através da Escala de Atitudes Sexuais (EAS), que foram operacionalizadas numa escala ordinal com 5 itens.

Os comportamentos sexuais:

- Idade de primeiro namoro
- Idade da primeira relação sexual
- Relações actuais
- Parceiros sexuais
 - Uso preservativo
 - Uso métodos contraceptivos

Estas variáveis foram operacionalizadas em variáveis nominais, ordinais e quantitativas.

Para efeitos de estudo, e conforme os objectivos, consideramos como variáveis dependentes os conhecimentos, as atitudes sexuais e os comportamentos.

Como variáveis independentes, tendo presente a revisão da literatura, optamos por incluir o sexo, a idade (grupo etário), a crença religiosa e o curso que frequentam.

3.5 Instrumentos de Recolha de Dados

Fortin (1999), refere que a natureza do problema de investigação irá determinar o instrumento de colheita de dados a utilizar, ou seja, o investigador procede à concepção de instrumentos de medida apropriados às variáveis a estudar.

Os instrumentos de recolha de dados definiram-se tendo em conta a natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar, a natureza da investigação e as características da população. Assim a recolha de dados junto dos sujeitos foi feita através de questionário auto-administrado e anónimo. Uma vez que a área a ser estudada é a sexualidade, este instrumento permite maximizar a privacidade dos indivíduos, minimizando a relutância de participação e a possibilidade de respostas defensivas ou socialmente desejáveis.

O questionário “é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.” (Fortin, 1999, p.249).

O questionário aplicado (Apêndice I) divide-se em duas partes.

A primeira parte que corresponde à caracterização sócio-demográfica da população, os seus conhecimentos, fontes de informação e comportamentos sexuais. Este questionário foi utilizado por Vilar e Ferreira (2007) no Estudo “Educação Sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos e fontes”, tendo sido autorizada a sua utilização (Anexo I). De salientar que foram efectuadas algumas alterações no questionário original, pois a população-alvo, embora comporte as mesmas faixas etárias, e o mesmo grau de ensino, a população corresponde a alunos do ensino profissional, cujo conteúdo curricular é diferente, pelo que foram excluídos o quadro 2 e 3 do grupo C do questionário original, por se referirem ao plano curricular do ensino secundário normal. Pela especificidade da população-alvo, foi ainda acrescentado a questão nº A14 e A15, pela diferença no plano curricular que cada curso profissional contempla.

A segunda parte do questionário diz respeito à identificação das atitudes sexuais tendo sido utilizada a Escala de Atitudes Sexuais desenvolvida por Hendrick & Hendrick, em 1987, e adaptada para a população portuguesa por Alferes, em 1994, e mais tarde, em 2007, por Antunes (Antunes, 2007). Foi utilizada a EAS, versão

reduzida, por ser a escala mais adequada ao tipo de estudo e a amostra em questão, após pedido de autorização ao autor (Anexo II).

Esta escala é composta por 22 itens operacionalizados numa escala ordinal de 5 atributos, dividida em 4 sub-escalas (Anexo III).

Segundo Hendrick e Hendrick (1987):

- Permissividade sexual (PER) - refere-se a atitudes face ao “sexo ocasional”, ao “sexo sem compromisso” e à “diversidade de parceiros sexuais, as quais são avaliadas nos itens: G1; G3; G4; G6; G8; G11; G12; G15; G20.
- Comunhão (COM) - aborda atitudes para com o sexo como experiência íntima física, psicológica, partilha, envolvimento emocional e idealismo, sendo estas avaliadas nos itens:G9; G13; G16; G18; G21
- Instrumentalidade (INS) - indica uma atitude de orientação para o sexo utilitário, obtenção de prazer meramente físico, a qual é avaliada nos itens:G5; G10; G14; G19; G22.
- Práticas Sexuais (PRA), implica atitudes face ao planeamento familiar e à educação sexual e aceitação de práticas como a masturbação (sexo não convencional), avaliadas nos itens:G2; G7; G17.

A adaptação da EAS para a população portuguesa foi feita por Alferes (1994), numa investigação com 365 estudantes de Coimbra (Universidade de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra). A escala revelou bons índices de validade e fiabilidade (quadro n.º1), sendo assim, considerada um instrumento válido para avaliar as atitudes sexuais (Antunes, 2007), o que também se observou no nosso estudo.

Quadro 1 - Consistência interna da Escala de Atitudes Sexuais				
Dimensões da Escala de Atitudes Sexuais	Hendrick & Hendrick (1987) Escala total	Antunes (2007) Escala Total	Hendrick & Hendrick (2006) Escala reduzida	ESTUDO (2012) Escala reduzida
Permissividade	0,94	0,88	0,93	0,75
Comunhão	0,79	0,71	0,71	0,70
Instrumentalidade	0,80	0,71	0,77	0,64
Práticas sexuais	0,79	0,61	0,84	0,70

A EAS é uma escala de Likert, que inclui cinco posições correspondendo às opiniões, pensamentos ou sentimentos, que variam entre 1 e 5, correspondendo o 1 a “completamente em desacordo” e o 5 a “completamente de acordo”. É solicitado aos inquiridos que indiquem, relativamente a cada uma das afirmações, o grau de intensidade (1 a 5) que corresponde às suas opiniões, sentimentos ou pensamentos.

Valores altos significam atitudes positivas da sexualidade, resultados baixos reflectem o oposto.

Foram efectuados estudos de fidelidade, através de testes psicométricos (Coeficiente Alfa de Cronbach), variando de razoável, na instrumentalidade, a média nas restantes sub-escalas.

3.6 Procedimentos de Recolha de Dados

Após a identificação dos indivíduos que obedeciam aos critérios de inclusão, e com a colaboração do Serviço Social do Centro de Formação Profissional, definiu-se os momentos de aplicação dos questionários.

A colheita de dados decorreu, em período lectivo 2011/2012, na semana de 9 a 13 de Janeiro de 2012. Os questionários foram distribuídos e preenchidos em sala de aula.

Antes da aplicação do questionário, foi devidamente explicado a todos os inquiridos, o estudo em questão, seus objectivos e explicação sobre o preenchimento do questionário.

3.7 Tratamento de Dados

Para o tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial, tendo em consideração o tipo de estudo, o número de amostras independentes em comparação e as variáveis quanto à escala de medida. Maroco & Bispo (2005) definem a estatística descritiva como sendo “a área da estatística que visa resumir e apresentar os dados observados, através de quadros, gráficos ou índices numéricos que facilitem a sua interpretação.” (p.21).

A organização dos dados foi feita em quadros com distribuições de frequências e, quando adequado, foram determinadas as respectivas medidas de tendência central (média, mediana) e medidas de dispersão, como o desvio padrão. Para a estatística inferencial analisaram-se as diferenças quanto ao sexo, grupo etário, religião e curso que frequentam.

Para a análise das atitudes sexuais (EAS), porque o número de itens é diferente em cada uma das sub-escalas e para permitir a comparação entre as sub-escalas recorreu-se a uma média proporcional.

Como cada uma das amostras tinha mais de 30 indivíduos, para as variáveis quantitativas, consideramos o Teorema do Limite Central pelo que não avaliamos a normalidade de distribuição.

Para a análise das diferenças entre duas amostras independentes utilizou-se o teste t-student, quando as variáveis dependentes eram quantitativas ou o U-Mann-Whitney para as variáveis ordinais.

Nas variáveis nominais utilizou-se o teste de independência de Qui-quadrado procedendo-se à análise das diferenças através da análise de resíduos ajustados standardizados ajustados.

Para todos os testes utilizamos um nível de significância 5% ($p \leq 0,05$).

Utilizou-se como suporte informático o programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0, para o Windows.

4 Aspectos Éticos da Investigação

Quando realizamos um estudo deste âmbito, ou seja, um estudo de investigação em que o objecto de estudo é a pessoa, devemos ter em conta determinados princípios éticos e morais que são imprescindíveis para garantir o sucesso do estudo.

Assim, conforme Fortin (1999), existem direitos essenciais aplicáveis aos seres humanos como a autodeterminação, o direito à intimidade, direito à confidencialidade e anonimato, direito de protecção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

Como se compreende as pessoas devem ser solicitadas a participar livremente no estudo. Respeitando essa premissa foi proposto aos alunos o consentimento para participar no estudo proposto.

Relativamente à intimidade a pessoa deve decidir o que pode partilhar com o investigador, quanto à confidencialidade é respeitada se “a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador” (Fortin, 1999, p.117).

No que respeita ao direito de protecção contra qualquer dano ou prejuízo, foi pretensão do investigador garantir que não haja qualquer dano físico, emocional ou outro no desenvolvimento deste estudo.

Por último e de forma a garantir o direito a um tratamento justo e equitativo, todos os intervenientes foram devidamente informados sobre o teor da investigação, seus objectivos e pertinência, assim como todos os procedimentos a efectuar.

De salientar que antes de qualquer intervenção foram efectuadas diligências no sentido de obter autorização do Centro de Formação Profissional de Viana do Castelo e a colheita de dados só foi iniciada após ser concedida autorização pelo Director do Centro de Formação Profissional (Anexo IV).

CAPITULO V- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados conforme os objectivos, iniciando pela caracterização da família.

1 Caracterização da Família

A amostra corresponde a todos os adolescentes e jovens que frequentam os cursos de aprendizagem (correspondente ao ensino secundário), no ano lectivo 2011/2012, no Centro de Formação Profissional, sendo o total de inquiridos, 112 alunos.

As famílias de origem dos alunos (tabela n.º2) são essencialmente Portuguesas (92%), sendo 4,5% de origem Brasileira e 3,6% de outras nacionalidades. A estrutura familiar é na sua maioria (71,4%) uma família nuclear, sendo que 12,5% vive em famílias monoparentais, 9,8% vive em famílias alargadas, e 6,3% vive em outro tipo de núcleo familiar.

No que concerne à escolaridade dos pais, a maioria tem o ensino básico, sendo 88,4% dos pais e 82,1% das mães, apenas 7,1% dos pais e 10,7% das mães efectuaram o ensino secundário. Pode-se ainda acrescentar que 5,4% das mães frequentaram o ensino superior. Quanto à profissão, procedeu-se à recodificação segundo a Classificação Nacional de Profissões considerando-se cumulativamente os reformados, desempregados e domésticas. Predominam os pais como trabalhadores não qualificados (38,4%) e operários, artífices e trabalhadores similares (18,8%), sendo que 10,7% são reformados e 2,7% desempregados. As mães são essencialmente domésticas em 43,8% dos casos, pessoal de serviços e vendedores (10,7%), operários, artífices e trabalhadores similares (9,8%), observando 8,9% desempregadas e ainda 4% reformadas.

Tabela 2 - Caracterização dos adolescentes/jovens conforme as características familiares (n=112)

Origem da Família	ni		fi	
Portuguesa	103		92,0	
Brasileira	5		4,5	
Outra	4		3,6	
Núcleo Familiar				
Família Nuclear	80		71,4	
Família Monoparental	14		12,5	
Família alargada	11		9,8	
Outro núcleo familiar	7		6,3	
Escolaridade dos Pais	Pai		Mãe	
	ni	fi	ni	fi
Ensino Básico	99	88,4	92	82,1
Ensino Secundário	8	7,1	12	10,7
Ensino Superior	1	0,9	6	5,4
Não responde	4	3,6	2	1,8
Profissão dos Pais				
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	1	0,9	2	1,8
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	-	-	1	0,9
Pessoal Administrativo e similar	1	0,9	4	3,6
Pessoal dos serviços e vendedores	1	0,9	12	10,7
Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pesca	4	3,6	1	0,9
Operários, artífices e trabalhadores similares	21	18,8	11	9,8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhador de montagem	8	7,1	-	-
Trabalhadores não qualificados	43	38,4	8	7,1
Reformado	12	10,7	4	3,6
Desempregado	3	2,7	10	8,9
Doméstica	-	-	49	43,8
Não responde	18	16,1	10	8,9

2 Conhecimentos

As questões relativas aos conhecimentos dos adolescentes/jovens foram agrupados nas relativas à puberdade e adolescência; sexualidade humana, contraceção, infecções sexualmente transmissíveis e percepção do risco, sendo apresentados separadamente em blocos, tendo-se recodificado as variáveis em correcto e incorrecto.

Puberdade e adolescência

Este bloco é composto por um conjunto de seis questões (tabela n.º3).

Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes/ jovens conforme conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência (n=112)

Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência	Correcto		Incorrecto		Não responde	
	ni	fi	ni	fi	fi	ni
B1-Durante o período menstrual as raparigas - têm uma perda mensal de sangue proveniente do útero, que é normal	93	83,0	15	13,4	4	3,6
B7-Quando os rapazes entram na puberdade - perdem a “gordura de bebé” e tornam-se magros; o pénis torna-se maior; os testículos produzem esperma; a voz torna-se mais grave.	62	55,4	40	35,7	10	8,9
B11-Fisicamente - as raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes	71	63,4	37	33,0	4	3,6
B14-Quando entram na puberdade, os adolescentes ficam mais interessados nas actividades sexuais porque - As hormonas sexuais estão a mudar; os <i>media</i> os incitam para o sexo; alguns dos seus amigos têm relações sexuais e esperam que eles também o façam.	28	25,0	81	72,3	3	2,7
B21-Para um rapaz as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que - está a viver uma parte normal do crescimento	78	69,6	31	27,7	3	2,7
B22-Para a Maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos)- parecem mudar frequentemente	65	58,0	43	38,4	4	3,6

Os alunos demonstram mais conhecimentos relativos à menstruação (83%) e é no interesse pelas actividades sexuais onde se observa maior desconhecimento (72,3%).

Constata-se ainda que 55,4% dos alunos sabem que quando os rapazes entram na puberdade: perdem a “gordura de bebé” e tornam-se magros; o pénis torna-se maior; os testículos produzem esperma; a voz torna-se mais grave.

De referir que 58% reconhece que para a maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos) parecem mudar frequentemente e 63,4% defende que as raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes.

De salientar que 69,6% admite que para um rapaz as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que está a viver uma parte normal do crescimento.

Para a maioria das variáveis não se observam diferenças estatisticamente significativas à excepção do item B11 (*fisicamente as raparigas, normalmente,*

amadurecem mais cedo que os rapazes) e o sexo (qui-quadrado=5,555;g11;sig.0,018) (Apêndice II-quadro I). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se maior proporção de respostas correctas nas raparigas (2,4), enquanto nos rapazes há mais respostas incorrectas (2,4) (Apêndice III- quadro II).

Sexualidade humana

As questões que abordam a sexualidade humana (6) referem-se sobretudo a conceitos. Assim os adolescentes/jovens são questionados sobre o significado de sexualidade, fisiologia, masturbação, homossexualidade (tabela n.º4).

Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes/jovens conforme conhecimentos sobre Sexualidade Humana (n=112)

Conhecimentos sobre sexualidade Humana	Correcto		Incorrecto		Não responde	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi
B4-A sexualidade: faz parte de cada ser humano desde que nasce até que morra	57	50,9	49	43,8	6	5,4
B6-Quanto às necessidades sexuais: depende de cada homem e de cada mulher	93	83,0	18	16,1	1	0,9
B13-Quando os homens e mulheres estão fisicamente desenvolvidos: os testículos produzem milhões de espermatozóides em cada ejaculação	52	46,4	49	43,8	11	9,8
B15-A masturbação nas mulheres: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceiro(a)	65	58,0	42	37,5	5	4,5
B17-A masturbação nos homens: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceira(o)	60	53,6	45	40,2	7	6,3
B27-A homossexualidade: é uma expressão da sexualidade humana	55	49,1	49	43,8	8	7,1

Em cinco das questões, as percentagens de respostas correctas e incorrectas é aparentemente homogénea, verificando que a maior percentagem é de respostas correctas. No que respeita à questão “*quanto às necessidades sexuais: depende de cada homem e de cada mulher*”, a maioria (83%) responde correctamente.

Mais de 40% dos jovens responde incorrectamente a que “*a sexualidade faz parte do ciclo vital do individuo*”, “*A masturbação dos homens é uma prática sexual*

possível, mesmo quando se tem parceira” e que “os testículos produzem milhões de espermatozoides”, sendo também nesta questão que se verifica maior número de não respostas (9,8%).

Na análise das diferenças quanto ao sexo, para a maioria das variáveis não se observam diferenças estatisticamente significativas à exceção do item B27 “*a homossexualidade: é uma expressão da sexualidade humana*” (qui-quadrado=4,896;gl:1; sig. 0,027) (Apêndice II- quadro II). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se maior proporção de respostas correctas nas raparigas (2,2), enquanto nos rapazes há mais respostas incorrectas (2,2) (Apêndice III-quadro IV).

No que se refere ao curso verificamos diferenças estatisticamente significativas no mesmo item (qui-quadrado=6,796;gl:1;sig.0.009) (Apêndice IV-quadro II). A análise de resíduos ajustados standardizados permite-nos observar maior proporção de respostas correctas nos cursos da área das humanidades (2,6), enquanto nos cursos técnicos há mais respostas incorrectas (2,6) (Apêndice V- quadro IV).

Contraceção

Um total de 6 questões aborda os conhecimentos sobre contraceção, referindo-se essencialmente aos métodos contraceptivos (tabela n.º5).

A maior percentagem de respostas correctas é relativa à pilula do dia seguinte, como método de prevenção de gravidezes indesejadas (57,1%) e quanto ao uso de preservativo (item B16), com 50,9%.

Observa-se maior percentagem de respostas incorrectas no método do calendário (item B23) com 77,7%, seguido da acessibilidade aos métodos contraceptivos (64,3%) e sobre a forma de tomar a pílula (57,1%).

Classificando os métodos contraceptivos quanto à sua eficácia contraceptiva, verificamos uma grande percentagem de respostas incorrectas (55,4%) sendo que 39,3% classifica o “coito interrompido” como método menos eficaz.

Avaliando as regras para a utilização do preservativo, 50,9% dos inquiridos responde correctamente “deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina;

verificar a data de validade”, enquanto 41,1% revela desconhecimento sobre o uso do preservativo.

Tabela 5 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme conhecimentos sobre Contracepção (n=112)

Conhecimentos sobre Contracepção	Correcto		Incorrecto		Não responde	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi
B3-Alguns contraceptivos- só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis no centro de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais.	30	26,8	72	64,3	10	8,9
B9-O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas é- coito interrompido	44	39,3	62	55,4	6	5,4
B16-Para usar um preservativo correctamente deve-se- deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade.	57	50,9	46	41,1	9	8
B23-O método do calendário- significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar	20	17,9	87	77,7	5	4,5
B24-A pílula- tem que ser tomada 21 ou 28 dias para que faça efeito	44	39,3	64	57,1	4	3,6
B26-A pílula do dia seguinte- pode prevenir gravidezes indesejadas	64	57,1	37	33,0	11	9,8

A análise das diferenças quanto ao sexo permite-nos verificar que para a maioria das variáveis não se observam diferenças estatisticamente significativas à excepção do item B16 “*Para usar um preservativo correctamente deve-se: deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade*” (qui-quadrado=4,468;gl:1; sig.0,035) (Apêndice II- quadro III). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se maior proporção de respostas correctas nas

raparigas (2,1), enquanto nos rapazes há mais respostas incorrectas (2,1) (Apêndice III-quadro III).

Ainda nesta variável, verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação ao curso que frequentam (qui-quadrado=4,468; gl:1;sig.0,035) (Apêndice IV-quadro III). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se maior proporção de respostas correctas nos cursos humanistas (2,1), em relação aos cursos técnicos, onde se verificam mais respostas incorrectas (2,1) (Apêndice V-quadro II).

Relativamente ao item B3 (*alguns contraceptivos- só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis no centro de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais*) verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo etário (qui-quadrado=5,341;gl:1;sig.0,021) (Apêndice VI-quadro III), com maior proporção de respostas correctas no grupo etário dos 20 aos 24 anos (2,3), enquanto no grupo etário dos 15 aos 19 anos há mais respostas incorrectas (2,3) (Apêndice VII-quadro I).

Também no Item B23 (*o método do calendário- significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar*), verificamos diferenças estatisticamente significativas relativamente à religião (qui-quadrado=4,227; gl:1;sig.0,04) (Apêndice VIII-quadro III), com maior proporção de respostas correctas nos alunos que assumem uma religião (2,1), enquanto os que não assumem uma religião têm mais respostas incorrectas (2,1) (Apêndice IX-quadro III).

Infecções Sexualmente Transmissíveis

São seis as questões que abordam os conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis (tabela n.º6).

O maior conhecimento observa-se no preservativo enquanto método que previne a transmissão de IST (78,6%).

Quando questionados, sobre as IST que não têm cura possível, apenas 14,3%, escolhem a opção correcta “vírus do herpes”, enquanto 76,8% dispersa-se pela “sífilis”, “gonorreia” ou “vaginite”. Relativamente à SIDA, todas as respostas eram falsas o que foi reconhecido por 60,7% dos inquiridos.

Sobre o tratamento de IST, a maior parte dos inquiridos (71,4%) sabe que é mais eficaz se “*os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo*”. Sobre a sífilis e a gonorreia o desconhecimento é evidente. Quanto às consequências da sífilis, 69,6% dos inquiridos responde de forma incorrecta e relativamente à gonorreia ser mais comum do que a sífilis também 75% dos inquiridos escolhe as opções incorrectas.

Tabela 6 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (n=112)

Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	Correcto		Incorrecto		Não responde	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi
B5-As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma IST, quando usam: o preservativo	88	78,6	20	17,9	4	3,6
B12-Actualmente é impossível curar: o vírus do herpes	16	14,3	86	76,8	10	8,9
B18-No geral, podem dizer: os jovens estão expostos ao vírus da SIDA;não só os homossexuais, as prostitutas e os toxicod dependentes podem ser infectados pelo vírus da SIDA; as mulheres não têm menos probabilidades de contrair a SIDA; durante a menstruação é possível contrair a SIDA através de relações não protegidas.	68	60,7	41	36,6	3	2,7
B19-O tratamento para IST's é melhor se: os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo	80	71,4	29	25,9	3	2,7
B20-A sífilis: é conhecida por poder causar cegueira, insanidade e morte	27	24,1	78	69,6	7	6,3
B25-A gonorreia: é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida da mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos); é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres.	18	16,1	84	75,0	10	8,9

Não se verifica relações estatisticamente significativas entre os conhecimentos e o sexo. Relativamente ao grupo etário não se verificam diferenças estatisticamente significativas à excepção do item B12 “*Actualmente é impossível curar: o vírus do herpes*” (qui-quadrado=5,006;gl:1;sig:0,025) (Apêndice VI- quadro IV). Da análise de resíduos ajustados standardizados observa-se maior proporção de respostas correctas no

grupo etário dos 20 aos 24 anos (2,2), enquanto no grupo etário dos 15 aos 19 anos há mais respostas incorrectas (2,2) (Apêndice VII- quadro II).

Verificam-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre a variável B12 (*actualmente é impossível curar: o vírus do herpes*) e a religião (qui-quadrado=4,694;gl:1; sig.0,03) (Apêndice VIII- quadro IV), em que há maior proporção de respostas correctas dos alunos com religião (2,2), enquanto nos alunos que não se identificam com a religião há mais respostas incorrectas (2,2) (Apêndice IX- quadro I). Ainda relativamente à religião verificam-se diferenças estatisticamente significativas na variável B18 (*“No geral, podem dizer que os jovens estão expostos ao vírus da SIDA; não só os homossexuais, as prostitutas e os toxicod dependentes podem ser infectados pelo vírus da SIDA; as mulheres não têm menos probabilidades de contrair a SIDA; durante a menstruação é possível contrair a SIDA através de relações não protegidas.”*) (qui-quadrado=5,251;gl:1;sig.0,022) (Apêndice VIII- quadro IV), com maior proporção de respostas correctas nos alunos que assumem a religião (2,3), enquanto nos que não assumem a religião há mais respostas incorrectas (2,3) (Apêndice IX- quadro II).

No que diz respeito ao curso observam-se diferenças estatisticamente significativas no item B25 (*“A gonorreia: é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida da mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos); é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres”*) (qui- quadrado=5,555;gl.1;sig.0,018) (Apêndice IV- quadro IV), com maior proporção de respostas correctas nas turmas humanistas (2,4), enquanto nos cursos técnicos há mais respostas incorrectas (2,4) (Apêndice V- quadro III).

Percepção do Risco

A percepção do risco é avaliada através de três questões (tabela n.º7).

Questionados sobre as situações em que uma mulher corria maior risco na relação sexual, 53,6% responde se *“tem um parceiro sexual com sífilis”*, correspondendo à resposta correcta, enquanto os outros (41,1%) se dispersam com respostas como *“está grávida”*, *“está menstruada”*, *“tem uma constipação”* consideradas incorrectas.

Quando questionados sobre as situações em que existe maior probabilidade de ocorrer uma gravidez durante o ciclo menstrual: 55,4% responde correctamente “a qualquer altura do mês”, enquanto 42% responde incorrectamente. Sobre as práticas sexuais e risco de gravidez, o desconhecimento evidenciado em 79,5% dos inquiridos, enquanto 16,1% reconhece o conjunto de respostas verdadeiras (“na primeira vez que tem relações sexuais”, “se tem relações sexuais durante o período menstrual”, “se tem relações sexuais de pé”, “se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pénis não entre no seu corpo”).

Tabela 7 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme conhecimentos sobre Percepção de Risco (n=112)

Conhecimentos sobre Percepção do Risco	Correcto		Incorrecto		Não Responde	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi
B2-É perigoso para uma mulher ter relações sexuais, quando ela- tem um parceiro sexual com sífilis	60	53,6	46	41,1	6	5,4
B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida- a qualquer altura do mês	62	55,4	47	42,0	3	2,7
B10-É possível uma mulher ficar grávida- na primeira vez que ela tem relações sexuais; se ela tem relações sexuais durante o período menstrual; se ela tem relações sexuais de pé; se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pénis não entre no seu corpo.	18	16,1	89	79,5	5	4,5

Para a maioria das variáveis não se observam diferenças estatisticamente significativas à excepção do item B8 (“se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida - a qualquer altura do mês”) e o sexo (qui-quadrado=9,593;gl:1; sig:0,02) (Apêndice II- quadro V), sendo maior a proporção de respostas correctas nas raparigas (3,1), enquanto nos rapazes há mais respostas incorrectas (3,1) (Apêndice III- quadro I). Ainda nesta variável (item B8), verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação aos cursos que frequentam (qui-quadrado=8,260; gl:1;sig:0,004) (Apêndice IV- quadro V), com maior proporção de respostas correctas nos cursos humanistas (2,9), enquanto nos cursos técnicos há mais respostas incorrectas (2,9) (Apêndice V- quadro I).

3 Atitudes Sexuais

As atitudes sexuais dos inquiridos foram avaliadas através da escala de atitudes sexuais de Hendricks & Hendricks (1987), que abrange as dimensões: permissividade, comunhão, instrumentalidade e práticas sexuais (tabela n.º8).

Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme as atitudes sexuais (n=112)

Atitudes Sexuais	Min- Máx	Média+ Desvio Padrão	Média Proporcional	Mediana
Permissividade: Min:9, Máx: 45	9-44	25,43±6,79	2,83±0,75	25
Comunhão: Min: 5,Máx: 25	7-25	19,87±3,68	3,97±0,74	20
Instrumentalidade: Min: 5, Max: 25	6-25	15,25±4,23	3,05±0,85	15
Práticas Sexuais: Min: 3,Máx: 15	6-15	12,42±2,48	4.14±0,83	13

As atitudes dos inquiridos face à sexualidade variam entre o valor mínimo e máximo em todas as sub-escalas à exceção da permissividade, sendo o valor da mediana idêntico ao da média. Porque o número de itens nas sub-escalas não é homogéneo, optamos pela apresentação da média proporcional (tendo em consideração o número de itens). Assim os valores mais elevados observam-se nas práticas sexuais (4.14±0,83) seguido da comunhão (3,97±0,74) e da instrumentalidade (3,05±0,85) apresentando a permissividade os valores mais baixos (2,83±0,75).

Das atitudes face á sexualidade, verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, nas dimensões permissividade (t=6,798;gl:103;sig.0,00) (Apêndice X- quadro I), em que os rapazes demonstram ser mais permissivos comparativamente com as raparigas (3,21±0,6 vs2,37±0,66) e também na dimensão instrumentalidade (t=2,116;gl:103,06;sig.0,037) (Apêndice X- quadro I), em que mais uma vez os rapazes demonstram atitudes de mais instrumentalidade do que as raparigas (3,2±0,85vs2,8±0,81).

Verifica-se também diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao curso que frequentam. Na dimensão de permissividade (t=6,463;gl:103;sig.0,00) (Apêndice X- quadro II), os alunos de cursos técnicos revelam atitudes mais permissivas do que os alunos de cursos humanistas (3,2±0,66vs2,3±0,61). Também na

dimensão instrumentalidade se verificam diferenças ($t=2,461; gl:104; sig.0,016$) (Apêndice X- quadro II), sendo que os alunos dos cursos técnicos têm atitudes de maior instrumentalidade comparativamente com os alunos de cursos humanistas ($3,2\pm 0,88$ vs $2,8\pm 0,76$) (Apêndice X- quadro II).

Relativamente à Religião e Grupo Etário, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (Apêndice X- quadro III e IV)

4 Comportamentos Sexuais

A análise dos comportamentos refere-se às práticas dos jovens no âmbito da sexualidade, designadamente sobre o início das relações amorosas e sexuais.

Relações Afectivas

Cerca de 75% dos inquiridos revela que já namorou. A idade dos que já iniciaram o namoro varia entre os 9 e 21 anos com média de $14,7\pm 2,08$ e mediana 14,5. A maioria dos inquiridos iniciou o namoro na primeira adolescência ou seja entre os 10 e 14 anos de idade. É de assinalar que 16,1% refere que “nunca namorou” e 6,3% “não se lembra” (tabela n.º9).

Relativamente à orientação sexual (tabela n.º9), 95,6% dos inquiridos dizem sentir-se atraídos(as) pelo sexo oposto, 0,9% refere atracção por pessoas do mesmo sexo, e 2,7% dizem não se sentir atraídos(as) por ninguém.

Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme as Relações Afectivas

Idade do Primeiro Namoro (n=112)	ni	fi
9 anos	1	0,9
10 aos 14 anos	41	36,6
15 aos 19 anos	40	35,7
20 aos 24 anos	2	1,8
Nunca namorei	18	16,1
Não sei/ não me lembro	7	6,3
Não responde	3	2,7
Orientação Sexual (n=112)		
Pelo sexo oposto	107	95,6
Pelo mesmo sexo	1	0,9
Não me sinto atraído por ninguém	3	2,7
Não responde	1	0,9

Quando analisamos as diferenças entre os sexos e a idade do primeiro namoro, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($t=2,225$; gl. 82; sig.0.029) (Apêndice XI- quadro I). As raparigas iniciam o namoro mais tarde do que os rapazes ($15,22\pm 1,99$ vs $14,23\pm 2,07$) (Apêndice XII- quadro I).

Também relativamente ao grupo etário se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t=3,660$; gl.79; sig.0,000) (Apêndice XI- quadro I). Os do grupo etário dos 20 aos 24 anos, iniciam o namoro mais tarde do que o grupo etário dos 15 aos 19 anos ($15,81\pm 2,35$ vs $14,15\pm 1,69$) (Apêndice XII- quadro I).

No que concerne aos cursos que frequentam, verificam-se também diferenças significativas quanto ao início do namoro ($t=2,225$; gl.82; sig.0,029) (Apêndice XI- quadro I). Os alunos que frequentam cursos humanistas iniciam o namoro mais tarde do que os alunos dos cursos técnicos ($15,22\pm 1,98$ vs $14,23\pm 2,08$) (Apêndice XII- quadro I). Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas relativamente às restantes variáveis.

Questionados acerca da opinião sobre a virgindade (tabela n.º10), para a grande maioria dos adolescentes/jovens “ser virgem” associa-se a uma decisão pessoal, já que 82,1% considera que é “uma decisão de cada um”; para 11,6% dos inquiridos “é um motivo de orgulho” e para 1,8% “um motivo de vergonha”.

Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a sua Opinião sobre a Virgindade (n=112)

Na sua opinião ser virgem é:	ni	fi
Um motivo de orgulho	13	11,6
Um motivo de vergonha	2	1,8
Uma decisão de cada um	92	82,1
Não sei	4	3,6
Não responde	1	0,9

Questionaram-se ainda os adolescentes/jovens sobre a percepção da vida sexual dos amigos (tabela n.º11) constatando-se que 23,2% afirmam que “*todos ou quase todos já tiveram relações sexuais*”, 29,5% referem que “*muitos deles já tiveram relações sexuais*” e 28,6% afirmam “*alguns já tiveram relações sexuais*”. É ainda de referir que 17,9% refere não saber.

Tabela 11 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a percepção da vida sexual dos amigos (n=112)

A maioria dos teus amigos/as já teve relações sexuais	ni	fi
Todos ou quase todos	26	23,2
Muitos deles já tiveram	33	29,5
Alguns já tiveram	32	28,6
Não sei	20	17,9
Não responde	1	0,9

Relações Sexuais

A maioria dos inquiridos, tiveram relações sexuais (63,4%), enquanto 35,9 % refere que não (tabela n.º 12).

Dos jovens que já tiveram relações sexuais (71), a idade em que as iniciaram, variou entre os 13 e 21 anos, sendo a média $16,34 \pm 1,79$ e a mediana de 16. Verificamos que os inquiridos iniciam as relações sexuais durante a adolescência (94,1%) (tabela n.º12).

A maior parte dos adolescentes/jovens, não se sentiu pressionado/a na primeira relação sexual (85,9%), mas 11,3% dos jovens refere que se sentiu pressionado para ter relações sexuais. Dos inquiridos, 1,4% refere que “não sei/não me lembro” (tabela n.º12).

Os parceiros na primeira relação sexual (tabela n.º12), foram para a maioria dos inquiridos com o “namorado/namorada” (74,7%), já 21,1% dos casos afirmam que foi com um amigo/amiga e em 2,8% dos casos ocorreu com uma pessoa que encontraram ocasionalmente.

A idade do parceiro(a) sexual varia dos 13 aos 27 anos, sendo a média $17,7 \pm 4,65$ e mediana 18 (tabela n.º12).

Quando questionados se foi a primeira vez para o seu parceiro sexual (tabela n.º12), 53,6% refere que não, enquanto 36,6% afirma que o/a parceiro/a nessa primeira relação sexual também nunca tinha tido relações sexuais. Em 8,5% dos casos inquiridos referem que “não sei”.

No que respeita ao início das relações sexuais, não se observam diferenças quanto ao sexo, religião e curso, observando-se para o grupo etário (qui-quadrado=9,995;g11;sig.0,002) (Apêndice XI- quadro II), verificando-se uma maior proporção de alunos mais novos (grupo etário 15 aos 19 anos) que não tiveram relações sexuais (3,2) do que alunos mais velhos (3,2) (Apêndice XIII- quadro I).

Tabela 12 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme as Relações Sexuais

Início das relações sexuais (n=112)	ni	fi
Sim	71	63,4
Não	40	35,7
Não responde	1	0,9
Idade da primeira relação sexual (n=71)		
13 e 14 anos	8	11,3
15 aos 19 anos	59	83,1
20 e 21 anos	4	5,6
Sentiu-se pressionado para ter relações sexuais (n=71)		
Sim	8	11,3
Não	61	85,9
Não sei	1	1,4
Não responde	1	1,4
Pessoa com quem teve a primeira relação sexual (n=71)		
Namorado/a	53	74,6
Amigo/a	15	21,1
Encontro ocasional	2	2,8
Não responde	1	1,4
Idade da pessoa com quem teve a primeira relação sexual (n=71)		
Dos 13 e 14 Anos	6	8,5
Dos 15 aos 19 anos	39	54,9
Dos 20 aos 24 anos	15	21,1
Dos 25 aos 27 anos	4	5,6
Não sei/não me lembro	3	4,2
Não responde	4	5,6
Foi a primeira vez para o seu parceiro sexual (n=71)		
Sim	26	36,6
Não	38	53,6
Não sei	6	8,5
Não responde	1	1,4

Quando abordamos a idade de início das relações sexuais, verificam-se diferenças quanto ao grupo etário ($t=4,131$; $gl.66$; $sig.0,000$) (Apêndice XI- quadro III), em que o grupo etário dos 20 aos 24 anos iniciam as relações sexuais mais tarde do que o grupo etário dos 15 aos 19 anos ($17,16 \pm 1,89$ vs $15,54 \pm 1,32$) (Apêndice XIV- quadro I), e ao curso que frequentam ($t=2,011$; $gl.69$; $sig.0,048$) (Apêndice XI- quadro III), em que os alunos que frequentam cursos humanistas iniciam as relações sexuais mais tarde do que os alunos dos cursos técnicos ($16,75 \pm 1,87$ vs $15,91 \pm 1,62$) (Apêndice XIV- quadro I).

Quando analisamos se para o parceiro sexual foi a primeira vez, verificam-se diferenças quanto ao sexo (qui-quadrado: $7,581$; $gl.1$; $sig.0,006$) (Apêndice XI- quadro IV), em que os rapazes referem em maior número que também foi a primeira vez para a sua parceira (2,8) do que as raparigas (2,8) (Apêndice XV- quadro I).

Também nesta variável se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto ao curso (qui-quadrado: 6,025;gl.1;sig.0,014) (Apêndice XI- quadro IV), sendo que os dos cursos técnicos referem que também foi a primeira vez para o seu/sua parceira (2,5) do que os cursos humanistas (2,5) (Apêndice XV- quadro II).

Verificam-se ainda diferenças estatisticamente significativas quanto ao grupo etário (qui-quadrado:6,486;gl.1;sig.0,011) (Apêndice XI- quadro IV), em que os alunos dos 15 aos 19 anos referem em maior número que foi a primeira vez para o parceiro/a (2,5) do que o grupo etário dos 19 aos 24 anos (2,5) (Apêndice XV- quadro III)

Analisando se o inquirido se sentiu pressionado para ter relações e não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, grupo etário, curso e religião (Apêndice XI- quadro V).

A primeira pessoa a quem falaram sobre a sua primeira relação sexual (tabela n.º13), foi para 43,2% dos adolescentes/jovens o amigo/a; 16,2% dos inquiridos contaram à mãe; 8,2% contou ao irmão/ã; ao pai contou 2,7%, em igual proporção aos profissionais de saúde e outro parente. De salientar que 20,3% dos inquiridos não contaram a ninguém.

Tabela 13 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme com quem falou, em primeiro lugar, da sua primeira relação sexual (n=71)

A quem falou, em primeiro lugar, sobre a primeira relação	ni	fi
Amigo/amiga	32	43,2
Irmão/irmã	6	8,2
Mãe	12	16,2
Pai	2	2,7
Outro parente	2	2,7
Não contei a ninguém	15	20,3
Profissionais de saúde	2	2,7
Não sei/não me lembro	3	4,1

Nos sentimentos e sensações associadas à primeira relação sexual (tabela n.º14) o mais referido pelos adolescentes/jovens foi o “nervosismo” em 34,1% dos casos; 22% refere que sentiu “excitação”; “dor” foi referido por 16,5%; “satisfação” em 13,2 % e 9,9% refere que sentiu medo. Os restantes referiram outras sensações ou não sei/não me lembro.

Tabela 14 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o que sentiu na sua primeira relação sexual (n=71)

Durante a primeira relação sentiu:	ni	fi
Medo	9	9,9
Dor	15	16,5
Nervosismo	31	34,1
Satisfação	12	13,2
Excitação	20	22,0
Outra	2	2,2
Não sei/não me lembro	2	2,2

Relativamente a questões de prevenção de gravidez não desejada antes da primeira relação sexual (tabela n.º15), 69% afirma que conversou com o Parceiro/a sobre o modo de evitar uma gravidez, em 22,5% dos casos esse assunto não foi abordado; 5,6% refere “não sei”.

Dos que já iniciaram relações sexuais que conversaram com o seu parceiro(a) sobre como evitar a gravidez (49), 93,9% afirma que foram tomadas precauções para evitar a gravidez, por sua vez, 4,1% refere que não tomaram qualquer precaução (tabela n.º15).

Dos que utilizaram métodos contraceptivos na primeira relação sexual (tabela n.º15), a grande maioria utilizou o preservativo, em 69,4% dos casos, salientando que 18,4% refere que usou associação de preservativo e pílula contraceptiva; 8,2% dos casos optou pela pílula contraceptiva.

Os inquiridos referem que o cuidado para evitar a gravidez, foi preocupação de ambos os parceiros em 79,6% dos casos, enquanto 16,3% refere ter sido do próprio (tabela n.º15).

Quando questionados sobre se discutiram com o seu parceiro/a a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (tabela n.º15), 59,2% refere que o assunto foi discutido, em 32,7% dos casos refere que não, 4,1% refere que não sabe.

Analisando aqueles que não utilizaram métodos contraceptivos (16), na primeira relação sexual: a maioria justifica que “não pensou nisso” (50%); os que referem “pensava que não podia engravidar” correspondem a 6,3%, proporção similar aos que referem “desejava ter um filho”. É ainda de referir que 31,3% não respondem, ou não sabem ou não se lembram (tabela n.º15).

Analisando os cuidados para prevenir a gravidez, não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, curso, religião e grupo etário (Apêndice XI- quadro VI).

Tabela 15 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme os cuidados na primeira relação sexual para evitar a gravidez e protecção de IST.

Antes da 1ª relação sexual ter acontecido, conversou com o seu parceiro/a sobre o modo de evitar uma gravidez (n=71)		
	ni	Fi
Sim	49	69,0
Não	16	22,5
Não sei	4	5,6
Não responde	2	2,8
Nessa primeira vez, tomaram algum cuidado para evitar a gravidez (n=49)		
Sim	46	93,9
Não	2	4,1
Não responde	1	2,0
Qual o cuidado que tiveram para evitar a gravidez (n=49)		
Pílula anticonceptiva	4	8,2
Preservativo	34	69,4
Pílula anticonceptiva e Preservativo	9	18,4
Não responde	2	4,1
Quem se preocupou em evitar a gravidez (n=49)		
Eu	8	16,3
Os Dois	39	79,6
Não responde	2	4,1
Discutiu com o seu parceiro/a sobre a prevenção de IST (n=49)		
Sim	29	59,2
Não	16	32,7
Não sei	2	4,1
Não responde	2	4,1
Porque não tomaram nenhum cuidado para evitar a gravidez (n=16)		
Desejava ter um filho	1	6,3
Pensava que não podia engravidar	1	6,3
Não pensaram nisso	8	50,0
Outra	1	6,3
Não sei/não me lembro	3	18,8
Não responde	2	12,5

Dos jovens que já iniciaram relações sexuais (tabela n.º16), 23,9% manteve o relacionamento até hoje sem interrupções; 56,3% refere que mantiveram o relacionamento mas já acabou; 2,8% que se separaram, mas actualmente estão juntos. De salientar que 12,7% dos inquiridos referem que não tiveram depois qualquer relacionamento com o parceiro/a da primeira relação sexual.

Daqueles cujo relacionamento se manteve por algum tempo e depois terminou, constatamos que 30% manteve o relacionamento de “3 a 6 meses”; 27,5%, manteve o relacionamento por “1 a 3 meses”; em 25% o relacionamento durou mais que 1 ano; em 12,5% dos casos durou “6 meses a 1 ano”; 2,5% dos relacionamentos durou menos que 1 mês (tabela n.º16).

Tabela 16 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o relacionamento após a primeira relação sexual

Depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a (n=71)	ni	fi
Sim, continuou até hoje sem interrupções	17	23,9
Se separaram, mas estão juntos actualmente	2	2,8
Sim, mas acabou	40	56,3
Não tive depois qualquer relacionamento com ele(a)	9	12,7
Não responde	3	4,2
Durante quanto tempo se manteve o relacionamento (n=40)		
Menos de 1 mês	1	2,5
Entre 1 mês e 3 meses	11	27,5
Entre 3 meses e 6 meses	12	30,0
Entre 6 meses e 1 ano	5	12,5
Mais que 1 ano	10	25,0
Não sei/não me lembro	1	2,5

Aos adolescentes/jovens que já iniciaram relações sexuais, foi questionado se alguma vez usaram (ou a sua parceira), a pílula do dia seguinte: 36,6% afirma que já ter usado (ou a sua parceira), enquanto 26,8% afirma que nunca usou e 7% refere que não sabe (tabela n.º17).

Tabela 17 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a utilização da pilula do dia seguinte (n=71)

Alguma vez utilizou (ou a sua parceira) a pílula do dia seguinte	ni	fi
Sim	26	36,6
Não	19	26,8
Não sei	5	7,0
Não Responde	21	29,6

Jovens que não tiveram relações sexuais

Dos inquiridos que afirmam que nunca tiveram relações sexuais (40), os motivos são para 67,5% não ter encontrado o parceiro/a ideal/adequado/a; 12,5% refere que tem/teve vontade mas nunca teve oportunidade; 12,5% afirma que não tem vontade; 5% que “pretende casar virgem” e 2,5% afirma que não se sente preparado(a) (tabela n.º18).

Tabela 18 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o motivo pelo que nunca tiveram relações sexuais (n=40)

Nunca teve relações sexuais porque:	ni	fi
Tem/teve vontade mas nunca teve oportunidade	5	12,5
Não encontrou ainda o parceiro/a ideal/adequado	27	67,5
Pretende casar virgem	2	5
Não tem vontade	5	12,5
Não se sente preparada(o)	1	2,5

Relação Actual

Nesta parte do estudo aborda-se a situação actual no que respeita aos relacionamentos afectivos e sexuais dos jovens.

Dos adolescentes/jovens que têm experiência sexual, 62% têm actualmente um relacionamento que inclui relações sexuais, 33,8% refere que não tem no momento nenhum relacionamento (tabela n.º19).

Tabela 19 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o relacionamento actual que inclua relações sexuais (n=71)

Tem actualmente um relacionamento (namoro) que inclua relações sexuais	ni	fi
Sim	44	62,0
Não	24	33,8
Não responde	3	4,2

Dos que mantêm um relacionamento, a maioria está junto há mais de 1 ano (43,2%), enquanto em 34,2% a relação durou menos de 1 ano (tabela n.º20).

Quanto ao tempo entre o início do relacionamento e a data em que têm relações sexuais (tabela n.º20), as respostas divergem: 20,5% referem que houve um intervalo de “1 semana e 1 mês” e “24h ou menos”; 22,7% dos inquiridos referem que o intervalo foi “entre 1 mês e 3 meses. Para 24,9% foi após os 3 meses, observando-se 6,8% que não respondem ou não sabem ou não se lembram.

Os sentimentos expressos a propósito do/a parceiro/a a maioria dos inquiridos refere que “está apaixonado/a” (86,4%) e 13,6% refere que “gosta dele/a” (tabela n.º20).

Tabela 20 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o relacionamento actual (n=44)

Duração do relacionamento actual	ni	fi
Entre 1 semana e 1 mês	1	2,3
Entre 1 mês e 3 meses	5	11,4
Entre 3 meses e 6 meses	5	11,4
Entre 6 meses e 1 ano	4	9,1
Mais que 1 ano	19	43,2
Não responde	10	22,7
Tempo após iniciarem o relacionamento que tiveram relações sexuais		
24 h ou menos	9	20,5
Entre 1 dia e 1 semana	2	4,5
Entre 1 semana e 1 mês	9	20,5
Entre 1 mês e 3 meses	10	22,7
Entre 3 meses e 6 meses	6	13,6
Entre 6 meses e 1 ano	3	6,8
Mais que 1 ano	2	4,5
Não sei/não me lembro	2	4,5
Não responde	1	2,3
Sentimentos em relação ao parceiro		
Está apaixonado/a	38	86,4
Gosta dele/a	6	13,6

Questionados acerca do método contraceptivo na relação actual (tabela n.º21), em relação ao preservativo, 29,5% dos inquiridos refere que “usaram sempre” por oposição aos 18,2% que referem que “nunca usaram”; 29,5% refere que “usou no início do relacionamento e depois pararam” e ainda 22,7% afirma que “às vezes sim, às vezes não”.

Não considerando o preservativo, os inquiridos referem na sua maioria (50,0%) que usam sempre outro método, pelo contrário, 29,5% refere que nunca usaram outro método, ainda 11,4% refere que “às vezes sim, às vezes não” e 9,1% refere que “não usaram no início do relacionamento, mas depois começaram a usar” (tabela n.º21).

Dos métodos que utilizaram, além do preservativo, a maioria (63,6%), utilizou a pílula contraceptiva, 4,5% usou o Injecção/implante, 2,3% associou a pílula e coito interrompido, 2,3% associou pílula, coito interrompido e anel vaginal (tabela n.º21).

Tabela 21 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a utilização de métodos contraceptivos na relação actual (n=44)

Utilização do preservativo no relacionamento	ni	fi
Nunca usaram	8	18,2
Usaram sempre	13	29,5
Às vezes sim, às vezes não	10	22,7
Usaram no começo do relacionamento, e depois pararam	13	29,5
Outro método para evitar a gravidez que não o preservativo		
Nunca usaram	13	29,5
Usaram sempre	22	50,0
Às vezes sim, às vezes não	5	11,4
Não usaram no começo do relacionamento, mas depois começaram a usar	4	9,1
Método(s) que costumam ou costumavam usar		
Pílula anticonceptiva	28	63,6
Injecção/implante	2	4,5
Pílula e coito interrompido	1	2,3
Pílula, coito interrompido e anel vaginal	1	2,3
Não responde	12	27,3

A todos os adolescentes/jovens que já iniciaram relações sexuais, independentemente de manterem actualmente um relacionamento, perguntou-se quando ocorreu a última relação sexual (Tabela n.º22). Para 47,9% a última relação foi nos últimos 7 dias; para 15,5% foi “entre 1 semana e 1 mês”; 14,1% respondeu “entre 1 mês e 3 meses”; 7% dos casos refere “entre 3 meses e 6 meses”; 5,6% respondeu “entre 6 meses e 1 ano e 2,8% revê a última relação “há mais de 1 ano”.

Esta relação teve como parceiro, o namorado em 67,6%, para 17% ocorreu com o ex-namorado/namorada, em 7% dos casos foi com uma amiga e 5,6% com uma parceira(o) ocasional (tabela n.º22).

Tabela 22 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a última relação sexual (n=71)

Há quanto tempo teve a sua última relação sexual	ni	fi
Nos últimos 7 dias	34	47,9
Entre 1 semana e 1 mês	11	15,5
Entre 1 mês e 3 meses	10	14,1
Entre 3 meses e 6 meses	5	7
Entre 6 meses e 1 ano	4	5,6
Há mais de 1 ano	2	2,8
Não responde	5	7
Com quem teve a última relação sexual		
O namorado/namorada	48	67,6
O ex-namorado/namorada	10	17
Uma amiga	5	7
Uma parceira ocasional	4	5,6
Não responde	4	5,6

Na última relação sexual que tiveram, 50,7% dos adolescentes/jovens não utilizaram preservativo. Independentemente do preservativo, 53,5%, usaram outro método contraceptivo, enquanto 32,4% não usou outro método contraceptivo e 9,9% refere que não sabe (tabela n.º23).

Clarificando o outro método que utilizaram na última relação sexual (tabela n.º23), 89,5% refere que utilizou a “pílula anticonceptiva”, 5,3% a “injecção/implante”, e o “coito interrompido” e o “anel vaginal” foi referido com 2,6% respectivamente.

Dos que não utilizaram qualquer método contraceptivo, em 30,4% dos adolescentes/jovens a justificação é “não pensaram nisso”. De salientar que 8,7% refere que “desejava ter um filho” e igual percentagem refere que “não sei/não me lembro”. É ainda de mencionar 17,4% que referiram não querer responder e 34,8% não respondeu (tabela n.º23).

Tabela 23 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o uso de métodos contraceptivos na última relação sexual

Na última relação sexual usaram preservativo (n=71)	ni	fi
Sim	32	45,1
Não	36	50,7
Não responde	3	4,2
Outro método contraceptivo que não o preservativo (n=71)		
Sim	38	53,5
Não	23	32,4
Não sei	7	9,9
Não responde	3	4,2
Que outro método, usaram na última relação sexual (n=38)		
Pílula anticonceptiva	34	89,5
Injecção/implante	2	5,3
Coito interrompido	1	2,6
Anel vaginal	1	2,6
Não utilização de métodos contraceptivos (n=23)		
Desejava ter um filho	2	8,7
Não pensaram nisso	7	30,4
Não sei/não me lembro	2	8,7
Não quero responder	4	17,4
Não responde	8	34,8

Do total dos adolescentes/jovens sexualmente activos da população, 9,9% dos casos resultou em gravidez, e 4,2% casos referem que não sabem (tabela n.º24).

Dos 7 casos que já engravidaram (ou a sua parceira), em dois casos a gravidez resultou “no nascimento de uma criança”, 2 terminaram em “aborto espontâneo” e 2 situações terminaram em “aborto provocado” (tabela n.º24).

Tabela 24 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme situações de gravidez

Alguma vez chegou (ou a sua parceira chegou) a engravidar (n=71)	ni	fi
Sim	7	9,9
Não	57	80,3
Não sei	3	4,2
Não responde	4	5,6
E a gravidez resultou (n=7)		
No nascimento da criança	2	28,6
Em aborto espontâneo	3	42,9
Em aborto provocado	2	28,6

De todos os jovens que já tiveram relações sexuais, 46,5% diz que já teve relações sexuais com outra pessoa que não o seu/sua namorada, enquanto 50,7% refere não teve relações para além do namorado/a (tabela n.º25).

Destes adolescentes/jovens que tiveram outros relacionamentos, para a maioria (21,2%) só aconteceu uma vez, sendo a distribuição aparentemente homogénea para 2,4,5 ou mais vezes (tabela n.º25).

A pessoa com quem estes jovens tiveram relações sexuais para além do namorado/a foi “um amigo/amiga que conhecia bem” em 60,6% dos casos; para 9,1% dos casos tratou-se de “uma amiga que conhecia mal”; para 18,2% foi com “uma pessoa do sexo feminino que encontrou ocasionalmente”; em 6,1% tratou-se do “ex-namorado” (tabela n.º25).

Na última vez que isso aconteceu, 84,8% dos adolescentes/jovens afirmam que utilizaram preservativo (tabela n.º25).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas no que refere a parceiras ocasionais e o sexo (5,219;gl:1;sig.0,022) (Apêndice XI- quadro VII), com mais situações de parceiros ocasionais no sexo masculino (2,3), do que no sexo feminino (2,3) (Apêndice XVI- quadro I). Identifica-se também diferenças estatisticamente significativas em relação ao curso que frequentam (qui-quadrado=8,998; gl.1;sig.0,003) (Apêndice XI- quadro VII), ocorrendo mais situações de parceiros ocasionais nos cursos técnicos (3) do que nos humanistas (3) (Apêndice XVI- quadro II).

Por último verifica-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à religião (qui-quadrado=4,684;gl.1;sig.0,030) (Apêndice XI- quadro VII), em que os

alunos sem religião têm mais parceiros ocasionais (2,2) do que os que se identificam com uma religião (2,2) (Apêndice XVI- quadro III).

Tabela 25 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a ocorrência de relações sexuais para além do namorado(a)

Relações sexuais para além do namorado(a) (n=71)	ni	fi
Sim	33	46,5
Não	36	50,7
Não responde	2	2,8
Quantas vezes tiveram relações para além do namorado(a) (n=33)		
1 vez	7	21,2
2 vezes	5	15,2
3 vezes	4	12,1
4 vezes	6	18,2
5 vezes ou mais	5	15,2
Não responde	6	18,2
Com quem teve relações sexuais para além do namorado (n=33)		
Um amigo/amiga que conhecia bem	20	60,6
Uma amiga que conhecia mal	3	9,1
Uma pessoa do sexo feminino que encontrei ocasionalmente	6	18,2
Ex-namorado	2	6,1
Outra	1	3,0
Não responde	1	3,0
Usaram preservativo (n=33)		
Sim	28	84,8
Não	4	12,1
Não responde	1	3,0

Quanto ao número de parceiros que tiveram até ao momento 25,4% mencionam apenas 1 parceiro, 30,1% refere 2-3 parceiros sexuais, 32,3% menciona 4 a 10 parceiros, e 5,6% mais de 10 parceiros sexuais (tabela n.º26).

Tabela 26 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o número de relações que tiveram em toda a sua vida (n=71)

Com quantas pessoas teve relações sexuais até ao momento	ni	fi
1 pessoa	18	25,4
2-3 pessoas	22	30,1
4-10 pessoas	23	32,3
Mais que 10 pessoas	4	5,6
Não responde	4	5,6

Na variável “n.º de parceiros sexuais ao longo da vida”, não se observam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo, curso, grupo etário e religião (Apêndice XI- quadro VIII).

Relativamente às relações sexuais homossexuais, a maioria dos inquiridos (93%) nunca teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, sendo que 5,6% afirma que sim (tabela n.º27).

Tabela 27 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme o tipo de parceiro sexual (n=71)

Alguma vez teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	ni	fi
Sim	4	5,6
Não	66	93,0
Não responde	1	1,4

Informação sobre Sexualidade

A comunicação com o pai ou a mãe (ou a pessoa que os substitui) sobre sexualidade ocorre com mais facilidade com a mãe: 29,5% afirma que fala com facilidade sobre todos os assuntos com a mãe enquanto 17% sente essa facilidade com o pai. De salientar que 33,9% afirma que falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não, com a mãe, quanto ao pai, apenas 22,3% refere o mesmo. Importante referir que 13,4% dos inquiridos refere que quase nunca fala sobre isso com a mãe, e 25% refere o mesmo em relação ao pai (tabela n.º28).

Na comunicação com os progenitores, verifica-se que para os rapazes e raparigas a mãe é utilizada da mesma forma (Teste Mann-Whitney: $Z=1,000$; $sig=0,318$), ao passo que na comunicação com o pai se observam diferenças estatisticamente significativas (Teste Mann-Whitney: $Z=3,037$; $sig=0,002$) (Apêndice XVII- quadro I), com os rapazes a abordarem os assuntos com mais facilidade que as raparigas (ordenações médias do masculino 44,47; feminino 61,86).

Tabela 28 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a comunicação sobre sexualidade com os progenitores (n=112)

Comunicação sobre Sexualidade com os Progenitores	Pai		Mãe	
	ni	fi	ni	fi
Falo com facilidade sobre todos os assuntos	19	17,0	33	29,5
Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não	25	22,3	38	33,9
Não falamos muito sobre esses assuntos	32	28,6	25	22,4
Quase nunca falamos sobre isso	28	25,0	15	13,4
Não responde	8	7,1	1	0,9

Quando se analisam os recursos utilizados para cada um dos assuntos (quadro 2), verifica-se que quando o assunto é “mudanças na adolescência” o recurso mais utilizado é a mãe (28,7%), seguida dos amigos (26,3%) e do namorado com 11,4%, sendo que todos os outros recursos foram utilizados menos de 10% das vezes.

Relativamente ao “risco de engravidar” o namorado/a surge como o recurso privilegiado com 26,9%, seguido dos amigos (25%) e da mãe (21,8%), todos os outros recursos foram utilizados menos de 6%. De realçar a diferença entre a utilização da mãe (21,8%) e do pai (4,5%).

Quando o assunto é “relações sexuais”, mais uma vez a mãe surge como o recurso mais utilizado (24,7%), seguido dos amigos (22,1%) e do namorado/a (19,5), no caso do pai, outro familiar, irmãos, professores, profissionais de saúde e linhas telefónicas e internet, a sua utilização foi inferior a 10%.

Quanto às “diferenças entre homens e mulheres”, os amigos são os principais interlocutores com 28,7%, seguido da mãe com 19,5% e do namorado com 17,1%. O pai surge com 11% das referências, seguido de todos ou outros recursos que não ultrapassaram os 9%.

No que respeita a “SIDA”, os recursos são maioritariamente a mãe e amigos (> 19%), seguido do namorado com 15,4%. Nos temas relacionados com SIDA, verifica-se um aumento dos recursos aos professores (14,4%), aos profissionais de saúde (10,3%) e ao Pai (10,8%), enquanto os outros recursos foram utilizados em menos de 5% das vezes. Também sobre outras “IST`s”, os recursos mais utilizados são os amigos e o namorado/a (> 17,5%) seguidos da mãe e professor (16,5%), em seguida surge os profissionais de saúde com 11,2%, o pai com 8,2%, sendo os irmãos, outro familiar e linhas telefónicas e internet menos de 5%.

Sobre os “métodos contraceptivos”, verificamos uma maior recurso ao namorado/a, amigos e mãe (> de 19%), seguido dos profissionais de saúde com 11,8%. Todos os outros recursos foram utilizados menos de 10%.

Em relação às “relações amorosas”, os inquiridos falam em larga maioria com os amigos (35,5%), seguido do namorado e mãe (> 19%) e todos os outros recursos mencionados ocupam uma percentagem inferior a 6%. De salientar que apenas 4% recorrem ao pai para conversar sobre este tema.

Os profissionais de saúde são os mais procurados quando o tema é “consultas sobre sexualidade e contraceção” (28,1%). O segundo recurso é a mãe (20,7%), seguido do namorado/a e amigos (14,9%). Verificamos aqui uma maior percentagem de recurso a “linhas telefónicas e internet” com 8,%, sendo que os outros recursos são mencionados numa percentagem inferior a 3%.

Relativamente a “linhas telefónicas de ajuda” os recursos são mais diversificados, sendo a mãe e amigos com maior procura (> 17%), seguido dos profissionais de saúde com 15,3%, do namorado (12,9%), do professor (11,8%) e da internet (10,6%). Por último é referenciado o pai (7,1%), outro familiar (4,2%) e irmãos (1,2%).

Quadro 2 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme fontes de Informação Sobre Sexualidade (n=112)									
Interlocutor	Amigo/a %	Namorado/a %	Pai %	Mãe %	Outro familiar %	Irmão/a %	Professor %	Prof. Saúde %	Internet %
Assunto									
Mudanças adolescência	26,3	11,4	8,4	28,7	3	6,6	6,6	6,6	2,4
Risco de engravidar	25	26,9	4,5	21,8	3,2	4,5	5,8	5,8	2,6
Relações sexuais	22,1	19,5	8,4	24,7	1,3	5,2	6,5	9,7	2,6
Diferenças Homem/mulher	28,7	17,1	11	19,5	3,7	5,5	8,5	3,7	2,4
SIDA	19	15,4	10,8	19,5	2,6	5,1	14,4	10,3	3,1
IST's	18,8	17,6	8,2	16,5	2,4	4,1	16,5	11,2	4,7
Métodos contraceptivos	20,3	21,9	7	19,8	1,6	4,8	8,6	11,8	4,3
Relações amorosas	35,1	22,5	4	19,9	0,7	4,6	4,6	5,3	3,3
Consultas sobre sexualidade/contraceção	14,9	14,9	2,5	20,7	1,7	-	9,1	28,1	8,3
Linhas telefónicas ajuda	17,6	12,9	7,1	18,8	4,7	1,2	11,8	15,3	10,6
Pílula dia seguinte	21,3	30,5	5	15,6	2,1	3,5	9,2	9,2	3,5
Início da Vida Sexual	25,5	27,7	5,7	19,1	3,5	5	3,5	7,1	2,8
Violência/abusos sexuais	23,3	21,2	8,2	21,9	5,5	2,7	8,2	4,8	4,1
Aborto	22,8	22,8	7,6	22,2	2,3	4,7	8,2	5,3	4,1
Masturbação	28,2	25,8	5,6	14,5	3,2	3,2	7,3	5,6	6,5
Homossexualidade	25,6	14,9	10,1	19,6	4,2	5,4	11,9	3,6	4,8
Prostituição	28,4	14,2	9,9	18,5	4,9	5,6	12,3	2,5	3,7

Quanto ao tema “a pílula do dia seguinte”, o namorado/a é o recurso que mais se evidencia com 30,5%, seguido dos amigos com 21,3% e da mãe com 15,6%. Todos os

outros recursos foram mencionados em menos de 10% das vezes. De salientar que os profissionais de saúde são referidos apenas 9,2% das vezes.

O mesmo se passa quando o assunto é “início da vida sexual”, em que o recurso mais utilizado é o namorado (27,7%), seguido dos amigos (25,5%) e depois a mãe (19,1%), sendo os outros utilizados em menos de 8% das vezes.

Quanto aos temas “violência sexuais”, “aborto”, “masturbação”, “homossexualidade” e “prostituição”, os amigos foram os recursos mais procurados pelos inquiridos (com valores próximos dos 20%). Seguidos da mãe e namorado/a. Sendo as outras fontes pouco procuradas para discutir estes temas.

Para análise desta informação procedemos à avaliação da média que cada um dos recursos foi referido para todos os assuntos (tabela n.º29). Assim verifica-se que os recursos mais utilizados são os “amigos” ($5,5 \pm 5,46$), seguido da “mãe” ($4,6 \pm 5,12$) e do “namorado/namorada” ($4,5 \pm 5,32$). As restantes fontes de informação surgem com menos relevo, como o “professor” ($2,12 \pm 3,84$), o “profissional de saúde” ($1,9 \pm 3,22$), o “pai” ($1,74 \pm 3,36$), os “irmãos/irmãs” ($1,02 \pm 2,64$), as “linhas telefónicas/internet” ($0,94 \pm 3,22$) e por último “outro familiar” ($0,67 \pm 1,75$).

Para o tratamento inferencial, optou-se pela utilização do teste Mann-Whitney, porque se verificava grande dispersão da distribuição.

Tabela 29 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a quantidade dos recursos mais mobilizados, para obtenção de informação na área da sexualidade (n=112)

Fontes de Educação	Min-Máx	Média	Desvio Padrão	Mediana
Amiga/amigo	0-17	5,5	$\pm 5,46$	4
Namorado/namorada	0-17	4,5	$\pm 5,32$	2
Pai	0-17	1,74	$\pm 3,36$	0
Mãe	0-17	4,6	$\pm 5,12$	3
Outro familiar	0-17	0,67	$\pm 1,75$	0
Irmão/irmã	0-17	1,02	$\pm 2,64$	0
Professor	0-17	2,12	$\pm 3,84$	0
Profissional de saúde	0-17	1,9	$\pm 3,37$	0
Linhas telefónicas/internet	0-17	0,94	$\pm 3,22$	0

Relativamente ao sexo não existem diferenças estatisticamente significativas para a maioria das variáveis com a exceção da fonte de informação “mãe” ($Z= 3,176$,

sig.0,001) (Apêndice XVIII- quadro I). Constata-se que o sexo feminino utiliza mais a mãe como recurso de informação (ordenações médias: 66,94) do que o sexo masculino (ordenações médias: 47,77). Também na fonte de informação /linhas telefônicas e internet” verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo ($Z=2,678$;sig.0,007) (Apêndice XVIII- quadro I). Dos inquiridos, verificamos que os rapazes utilizam mais esta fonte de informação (ordenações médias:61,30) do que as raparigas (ordenações médias: 50,75).

Na associação do sexo com a variável “Profissionais de Saúde” verificamos diferenças estatisticamente significativas ($Z=2,023$;sig.0,043) (Apêndice XVIII- quadro I), em que o sexo feminino procura com mais frequência os profissionais de saúde (ordenações médias: 62,68) do que o sexo masculino (ordenações médias: 50,75).

Quanto à variável “os amigos”, ainda que não se observam diferenças estatisticamente significativas para 0,05, quando consideramos o nível de significância de 10%, observam-se diferenças estatisticamente significativas ($Z=1,730$;sig.0,084) (Apêndice XVIII- quadro I), sendo as ordenações médias do sexo feminino (ordenações médias:62,22) superiores ao sexo masculino (ordenações médias:51,72).

No que diz respeito à religião, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis, com exceção da fonte de informação “professor” ($Z=2,772$;sig.0,006) (Apêndice XVIII- quadro I), em que os alunos que assumem uma religião utilizam mais o professor como fonte de informação (ordenações médias: 59,89) do que os alunos que não se identificam com uma religião (ordenações médias: 41,13).

Ainda no que concerne à religião existem diferenças estatisticamente significativas quanto à fonte de informação “profissional de saúde” ($Z=2,330$;sig.0,020) (Apêndice XVIII- quadro I), os alunos que assumem uma religião utilizam mais os profissionais de saúde (ordenações médias: 59,32) do que os alunos que não se identificam com uma religião (ordenações médias: 43,30).

No que concerne ao curso, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na maioria das variáveis, à exceção da fonte de informação “mãe” ($Z=3,580$;sig.0,000) (Apêndice XVIII- quadro I). Evidencia-se que os alunos dos cursos humanistas recorrem mais à mãe como fonte de informação (ordenações médias:68,06) do que os alunos dos cursos técnicos (ordenações médias:46,48).

Também nas “linhas telefónicas e internet” existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao curso ($Z= 3,290; sig.0,001$) (Apêndice XVIII- quadro I). Constata-se que os cursos técnicos recorrem mais às linhas telefónicas/internet (ordenações médias:62,51) do que os alunos de cursos humanistas (ordenações médias: 49,57).

Relativamente ao grupo etário, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na variável “Profissionais de Saúde” ($Z=2,316; sig.0,021$) (Apêndice XVIII- quadro I). Constata-se que o grupo etário dos 20 aos 24 anos de idade, utiliza mais os profissionais de saúde como fonte de informação (ordenações médias: 63,24) do que o grupo etário dos 15 aos 19 anos (ordenações médias: 49,94).

Recursos face a Problemas de sexualidade

Procurou-se averiguar a quem recorrem os jovens quando precisam de ajuda para resolução de problemas relacionados com a sexualidade. Para efeito desta análise, tratando-se de uma questão de respostas múltiplas, foi considerado o número total de respostas. Dos 112 inquiridos que responderam a esta questão, parte dos indivíduos dão mais que uma resposta (tabela n.º30).

Tabela 30 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a quem recorreu, face a problemas de sexualidade

A quem recorreu (n=124)	ni	fi
Pai	2	1,6
Mãe	12	9,7
Irmãos/irmãs	3	2,4
Outro familiar	1	0,8
Amigo	5	4
Amiga	14	11,3
Profissional de Saúde	11	8,9
Outro	8	6,5
Nunca recorri a ninguém	68	54,8
Qual a situação pela qual recorreu a ajuda (n=48)		
Problemas relacionados com o corpo	9	18,8
Risco de engravidar	16	33,3
Dúvidas com o uso de métodos contraceptivos	8	16,7
Uso de métodos contraceptivos de emergência	2	4,2
Início das relações sexuais	1	2,1
Problemas afectivos com o(a) namorado(a)	5	10,4
Abuso ou violência sexuais	1	2,1
Dúvidas sobre a homossexualidade	3	6,3
Dúvidas sobre o acesso às consultas de planeamento	1	2,1
Outra	2	4,2

Assim quanto a quem recorreram, face a problemas de sexualidade, 54,8 % refere que “nunca recorreu a ninguém”. Os alunos que já recorreram a alguém quando teve problemas relacionados com a sexualidade na sua maioria procurou a amiga (11,3%), seguido da mãe (9,7%). Os profissionais de saúde também estão aqui referidos por 8,9% dos inquiridos, sendo o pai (1,6%), os irmãos (2,4%), e outro familiar (0,8%), uma procura sem grande relevo (tabela n.º30).

Relativamente aos principais problemas que motivaram o pedido de ajuda, é mais referido o “risco de engravidar” (33,3%), seguido de “problemas relacionados com o meu corpo” (18,8%) e “dúvidas com o uso de métodos contraceptivos” (16,7%). Em 10,4% dos recursos foi por “problemas afectivos com o namorado”, 4,2% problemas que se relacionam com “uso de métodos contraceptivos de emergência”, 6,3% “dúvidas sobre homossexualidade” e 2,1% dos casos as motivações foram “abuso ou violência sexuais” e “dúvidas sobre o acesso às consultas de planeamento” e “início das relações sexuais” respectivamente (tabela n.º30).

Os adolescentes/jovens classificam a ajuda prestada como muito útil (64,3%), mais ou menos útil (23,8%) sendo referida como pouco útil por 4,8% dos inquiridos (tabela n.º31)

Tabela 31 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a avaliação que fazem da ajuda prestada (n=42)

Como avalia a ajuda prestada	ni	fi
Muito útil	27	64,3
Mais ou menos útil	10	23,8
Pouco útil	2	4,8
Não sei	2	4,8
Não responde	1	2,4

Quanto aos serviços que recorrem por problemas de sexualidade, e porquê, mais uma vez os alunos questionados dão mais que uma resposta pelo que foram contabilizadas a totalidade de respostas.

Dos inquiridos que já recorreram a serviços por problemas relacionados com sexualidade, na sua maioria foi ao médico de família (45,5%), seguido da consulta para jovens em centros de saúde (15,9%). O gabinete de apoio à sexualidade juvenil foi referido 4,5% das vezes e 2,3% recorreu ao gabinete /psicólogo escolar e Associação de Planeamento Familiar e outro (tabela n.º32).

Tabela 32 – Distribuição dos adolescentes /jovens conforme os serviços que recorreram

Qual o serviço que recorreu face a problemas de sexualidade (n=44)	ni	fi
Médico de família	20	45,5
Consulta para jovens em centros de saúde	7	15,9
Gabinete/psicólogo escolar	1	2,3
Gabinete de apoio à sexualidade juvenil	2	4,5
Associação de planeamento familiar	1	2,3
Outro	1	2,3
Nunca recorri	12	27,3
Porque razão procurou esses serviços (n=45)		
Problemas relacionados com o corpo	10	22,2
Risco de engravidar	14	31,1
Dúvidas com o uso de métodos contraceptivos	11	24,4
Uso de métodos contraceptivos de emergência	1	2,2
Início das relações sexuais	2	4,4
Problemas afectivos com o(a) namorado(a)	1	2,2
Abuso ou violência sexuais	2	4,4
Dúvidas sobre a homossexualidade	1	2,2
Dúvidas sobre o acesso às consultas de planeamento	2	4,4
Outra	1	2,2

Daqueles que já recorreram a algum destes serviços, os motivos referidos são o risco de engravidar (31,1%), dúvidas com o uso de métodos contraceptivos (24,4%) e problemas relacionados com o corpo (22,2%). Outras situações como o “abuso e violências sexuais”, o “início das relações sexuais” e as “dúvidas sobre o acesso às consultas de planeamento” foram referidas 4,5% das vezes respectivamente. Por último surgem razões como “uso de métodos contraceptivos de emergência”, “problemas afectivos com o namorado” e “dúvidas sobre a homossexualidade”, todos com 2,2% cada um (tabela n.º32).

Dos que nunca recorreram a estes serviços, a razão invocada prende-se com o facto de nunca terem precisado (81,8%) e uma minoria não se sentiu à vontade de ir lá sozinho (9,1%) ou receiam que os meus pais venham a saber (9,1%) (tabela n.º33).

Tabela 33 - Distribuição dos adolescentes /jovens conforme a causa pelo que nunca recorreu a ajuda (n=11)

Porque razão nunca recorreu a esses serviços	ni	fi
Nunca precisei	9	81,8
Não me sinto á vontade para ir lá sozinho	1	9,1
Não responde	1	9,1

CAPITULO VI- DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens é um direito das pessoas e um dever do estado, devendo ocorrer nos diferentes contextos de vida, para que seja mais eficiente e eficaz.

Então torna-se necessário analisar as suas vivências da sexualidade, nomeadamente no âmbito dos conhecimentos, atitudes e comportamentos, assim como os seus factores determinantes, para orientar futuras intervenções no sentido de obter ganhos em saúde.

Conforme Reis e Matos (2008), o aumento das infecções sexualmente transmissíveis, em associação a outros riscos ligados à actividade sexual dos adolescentes e jovens, como a gravidez não desejada, fez com que a sexualidade seja uma questão de urgência social.

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo, que pretendeu analisar factores determinantes dos conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes/jovens que frequentam o ensino profissional.

A fase de desenvolvimento em que se encontram estes adolescentes/jovens, assim como o escasso conhecimento acerca das vivências dos alunos do ensino profissional, impulsionaram para a concretização do estudo, podendo contribuir para intervenções que se julguem necessárias para promover a sua saúde.

Num primeiro momento discutem-se características sociodemográficas dos adolescentes/jovens que frequentam um curso profissional no Centro de Formação de Profissional no ano lectivo 2011/2012, para posteriormente se discutirem as questões relacionadas com os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos relacionados com a sexualidade.

Os inquiridos têm idades compreendidas entre os 15 e 27 anos, com média de $19,06 \pm 2,78$ anos e mediana 18 anos, predominando os adolescentes do grupo dos 15 aos 19 anos e do sexo masculino (54,5%). A idade de ingresso em cursos de aprendizagem (equivalência ao secundário) é dos 15 aos 24 anos, logo compreende-se que a idade mínima seja de 15 anos, momento em que terminam o 9.º ano de escolaridade e ingressam no ensino profissional.

Os alunos frequentam o 10.º Ano (37,5%), o 11.º Ano (30,4%) e 12.º Ano (18,8%) dos cursos profissionais do Centro de Formação Profissional. Deve-se referir que as turmas do 12.º ano são compostas por menos elementos, o que pode estar relacionado com desistências dos formandos ao longo do curso profissional. Alguns porque vão adquirir competências teórico-práticas na área profissional e acabam por fazer contratos de trabalho, abandonando o curso, mas também por outros motivos pessoais e a gravidez na adolescência podem ser razões de abandono. Como defende Prazeres (2003) nestas idades “quer rapazes, quer raparigas, podem sofrer diversas formas de pressão que os levam a abandonar a escola e a buscar suporte económico para o exercício da parentalidade, têm por isso, menor probabilidade de alcançar diferenciação académica semelhante à dos seus pares que não se reproduziram” (p.44).

Os cursos que frequentam foram classificados segundo as características do plano curricular em humanistas (46,4%) e técnicos (53,6%). Por razões provavelmente de género, verifica-se que os cursos humanistas são frequentados essencialmente por raparigas e os técnicos por rapazes, daí se verificar uma maior proporção de rapazes porque os cursos técnicos são em maior número no estabelecimento de ensino em questão. A oferta de um maior número de cursos técnicos deve-se em parte também à procura dos mesmos, o que pode dever-se ao facto de os rapazes procurarem mais os cursos profissionais, enquanto as raparigas optam mais vezes pelo ensino regular.

No que respeita à religião, a maioria dos inquiridos identificam-se com uma religião (78,6), predominando os católicos, o que se compreende pois corresponde às características da população geral onde estão inseridos, em que a maioria é religiosa e essencialmente católicos. Também nos estudos de Matos et al. (2006, 2010) e de Vilar e Ferreira (2009) verificam as mesmas características.

Tal como referimos, um dos propósitos deste estudo foi avaliar os conhecimentos dos adolescentes/jovens, no âmbito da sexualidade, pois a literacia em saúde é fundamental, promovendo a tomada de decisão e a adopção de estilos de vida saudáveis para que os jovens vivam a sua sexualidade de uma forma plena, saudável e responsável.

Para efeitos de estudo os itens dos conhecimentos, em função da sua afinidade, foram agrupados em áreas. Assim, os adolescentes e jovens, no que se refere à puberdade e adolescência mais de 55% respondem correctamente a todas as questões.

Quando o assunto é sexualidade humana, em média, apenas 50% das respostas são correctas. No tema contracepção a falta de conhecimentos é mais evidente, pois menos de 50% respondem correctamente às questões e apenas revelam conhecimentos sobre o preservativo e pílula do dia seguinte. Sobre IST, os défices de conhecimentos são evidentes, pois embora reconheçam o preservativo como método de prevenção (78,6%), em média 80% dos alunos não conhece IST.

No que concerne à puberdade e adolescência, o tema mais conhecido dos inquiridos é a menstruação (83%), embora noutros assuntos questionados as respostas correctas são inferiores. Este maior conhecimento sobre menstruação por ter a ver com o facto de ser um momento muito marcante da vida das raparigas, que condiciona uma nova etapa de vida, a possibilidade de engravidar, logo desperta grande interesse, dúvidas e busca de respostas.

Além de ser um tema que normalmente as mães abordam com as filhas, também a escola desempenha um papel educativo, uma vez que este tema faz parte dos currículos escolares de todos os indivíduos. Também as mães desenvolvem formas de relação mais íntimas e cúmplices com as raparigas, facto a que não será alheia a partilha de vivências comuns, como, por exemplo, as ligadas ao corpo e ao fenómeno da menstruação (Prazeres, 2003).

Como defende Prazeres (2003) “os rapazes têm mais informação sobre a menarca do que sobre a espermarca, dada a ênfase colocada pela sociedade na reprodução no feminino” (p.35). Quer em contexto de educação informais como formais a tónica é colocada no ciclo reprodutor feminino, sem grande especificação do equivalente feminino.

Quando o tema é sexualidade humana em termos globais, o nível de conhecimentos ronda os 50%. Os rapazes revelam mais respostas incorrectas do que as raparigas quando se trata de homossexualidade, associando a homossexualidade a uma actividade “não natural” tal como no estudo de Vilar e Ferreira (2009). O mesmo se verifica em relação aos cursos técnicos, sendo estes a revelar menos conhecimento na área da homossexualidade. As diferenças verificadas entre sexos são as mesmas identificadas relativamente aos cursos, o que pode decorrer do facto dos cursos humanistas serem essencialmente frequentados por indivíduos do sexo feminino enquanto os técnicos são maioritariamente do sexo masculino.

Esta postura do sexo masculino face à homossexualidade pode dever-se ao facto dos padrões de masculinidade que estão estabelecidos proibirem a expressão da sexualidade com indivíduos do mesmo sexo (Prazeres, 2003). Assim, os padrões de socialização tradicionais dos adolescentes, traduzidos por “código de conduta masculinos” rígidos, acabam por ter repercussões negativas na expressão da sexualidade dos rapazes (ibidem).

No tema contraceção o nível de conhecimentos, em média, é inferior a 50%. Revelam conhecimentos sobre o preservativo (50,9%) e pílula do dia seguinte (57,1%), sendo que mais uma vez o sexo feminino, os alunos de cursos humanistas e os religiosos demonstram mais conhecimentos do que os do sexo masculino, alunos de cursos técnicos e alunos sem religião respectivamente. Também o grupo etário dos 15 aos 19 anos revela menos conhecimentos do que grupo etário mais velho, o que foi revelado também no estudo de Martins et al. (2006). Esta constatação pode dever-se ao facto do processo de socialização ser contínuo e ininterrupto, logo quanto maior é a fase de desenvolvimento mais competências e mais informação adquiriram.

Como se pode constatar, na área da contraceção, o sexo feminino revela mais conhecimentos do que o masculino, o que pode dever-se, além do que foi referido anteriormente, ao facto de os rapazes encararem a educação sexual focada tradicionalmente na saúde sexual e reprodutiva e contraceção, assunto das raparigas (Prazeres, 2003), sendo esta área descurada pelos mesmos.

Também os alunos com religião demonstram mais conhecimentos sobre métodos contraceptivos naturais, como o método do calendário, o que pode dever-se ao processo de socialização a que foram sujeitos, às crenças e valores transmitidos pelo modelo moral.

As IST são o tema que os alunos revelam menos conhecimentos. Embora seja evidente o reconhecimento do preservativo como protecção de IST (76,8%) o que corrobora com outros estudos (Monteiro & Raposo, 2006; Ramiro et al., 2011), a falta de conhecimentos sobre IST é evidente, sendo 36,6% de respostas incorrectas sobre a SIDA, 69,6% de respostas incorrectas sobre Sífilis e uma percentagem mais alta (75%) sobre Gonorreia.

O facto do VIH/SIDA ser a IST mais conhecida dos adolescentes e jovens deve-se, certamente, ao facto de ser um tema muito mediático e consequentemente abordado

no contexto familiar, na escola, nos meios de informação e até em programas de entretenimento, dirigidas a este público, como novelas e séries televisivas, promovendo a discussão e a busca de informação.

No entanto, sobre IST é evidente o maior conhecimento por parte do grupo etário dos 20 aos 24 anos, assim como os alunos dos cursos humanistas e os alunos que assumem uma religião. Constata-se que os adolescentes/jovens que se dizem religiosos revelam mais conhecimentos na área da contraceção, isso pode dever-se ao facto de estes adolescentes e jovens adquirirem um quadro de referências e valores específicos no seu processo de socialização.

É notória a falta de conhecimentos na área da sexualidade por parte dos adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional o que pode dever-se ao facto de neste tipo de ensino os planos curriculares não incluírem disciplinas que abordem temas no âmbito da sexualidade humana, bem como de projectos de educação sexual. Como refere Ramiro et al. (2011) a educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis.

Por tudo isto se depreende que a educação sexual em meio escolar, nomeadamente no ensino profissional, seja uma prioridade.

Quanto à percepção do risco, os jovens deste estudo revelam falta de conhecimentos, nomeadamente no que respeita a potencial risco de gravidez indesejada (89%), sendo evidente, mais uma vez, o maior nível de conhecimentos no sexo feminino e nos alunos de cursos humanistas, o que corrobora com o estudo de Vilar e Ferreira (2009). Lemos (2002) defende que os conhecimentos são pré-requisitos para a adopção de comportamentos seguros, logo compreende-se que se os adolescentes/jovens apresentam défices de conhecimentos, não identificam os riscos nem a sua forma de prevenção.

Constata-se que os alunos do sexo feminino tem maior percepção do risco do que os alunos do sexo masculino, o que faz pensar que as raparigas sofrem um processo de educação diferente dos rapazes. Como refere Prazeres (2003)

(...) na área específica de educação sexual e reprodutiva as questões de género adquirem a máxima expressão. É mais frequente a comunicação com as filhas em matéria de sexualidade, tendo em vista o controlo e a contenção das condutas sexuais das raparigas, dando expressão a um duplo padrão educativo persistente, e que é mais permissivo em relação aos rapazes” (p. 37).

Na globalidade de questões, verifica-se défices de conhecimentos, sendo que o sexo feminino detêm melhores conhecimentos do que o sexo masculino, o que corrobora com outros estudos (Matos et al. 2006,2010; Ramiro et al., 2011; Vilar & Ferreira, 2009). Segundo Prazeres (2003) os rapazes continuam a ser secundarizados no que respeita à informação, educação e orientação, aconselhamento e prestação de cuidados em saúde reprodutiva. Além disso, os indivíduos do sexo masculino são os que menos procuram ajuda, nomeadamente não recorrem a profissionais de saúde.

Como defende Vilar e Ferreira (2009) melhores conhecimentos relacionam-se com comportamentos preventivos, maior recurso a profissionais e vivências mais positivas da sexualidade.

É necessário que os adolescentes/jovens estejam munidos de conhecimentos no âmbito da sexualidade no sentido as opções mais saudáveis mas por vezes verifica-se um desfasamento entre os conhecimentos que os adolescentes/jovens possuem e o que expressam nos seus comportamentos sexuais (Martins et al., 2006; Monteiro & Raposo, 2006). Daí a necessidade de trabalhar na aquisição de conhecimentos, mas também, de atitudes, valores e competências para promover o poder de decisão na sua vida sexual.

O segundo objectivo foi analisar as atitudes sexuais dos adolescentes e jovens. Para tal recorreremos à aplicação da Escala de Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick.

Como referido no quadro teórico, as atitudes face à sexualidade tem por base o processo de socialização e condicionam os comportamentos sexuais.

Constata-se que os adolescentes/jovens demonstram atitudes positivas em todas as dimensões da escala de atitudes sexuais (permissividade, comunhão, instrumentalidade e práticas sexuais). No entanto, é evidente o duplo padrão sexual em que os rapazes revelam atitudes de maior permissividade ($3,21 \pm 0,6$) e instrumentalidade ($3,2 \pm 0,85$) do que as raparigas ($2,37 \pm 0,66$ e $2,80 \pm 0,81$ respectivamente), o que traduz que os rapazes são mais favoráveis ao sexo sem compromisso, sexo ocasional e diversidade de

parceiros sexuais, assim como uma atitude de orientação para o sexo utilitário. Este resultado corrobora o de estudos efectuados com adolescentes e jovens portugueses (Alferes,1997; Antunes, 2007; Ramos et al., 2008).

Estas diferenças entre sexo, nas atitudes dos adolescentes/jovens, deve-se certamente ao processo de socialização, pois é comum na sociedade a sua divisão em duas categorias, masculina e feminina, que desde cedo, de acordo com os seus atributos, sofrem processos de socialização com valores e crenças distintos para cada um das categorias, o que se traduz posteriormente em diferentes atitudes face à sexualidade.

Mark e Miller (como citado em Ramos et al.,2005) definem o conceito de duplo padrão sexual como uma maior permissividade sexual do homem em relação à mulher.

As diferenças encontradas entre os sexos são também evidentes no que concerne aos cursos que frequentam, o que se justifica por os alunos dos cursos humanistas serem essencialmente do sexo feminino e os alunos dos cursos técnicos serem maioritariamente do sexo masculino.

Outro dos objectivos deste estudo passa pela análise dos comportamentos sexuais dos adolescentes/jovens que frequentam o ensino profissional.

Com o início da adolescência os indivíduos ficam mais despertos para o relacionamento com o outro, daí a importância das relações afectivas nesta fase de vida. Constatamos que a maioria dos inquiridos (75%) já namorou, sendo que a maioria (37,5%) iniciou o namoro entre os 10 e 14 anos. Resultados idênticos foram descritos no estudo de Vilar e Ferreira (2009). De salientar que o sexo feminino e os alunos dos cursos humanistas iniciam o namoro mais tarde do que os alunos do sexo masculino e dos cursos técnicos, o que se compreende pelo que já foi discutido anteriormente.

Quanto à orientação sexual os alunos são predominantemente heterossexuais (93%). Os que referem ser homossexuais representam 5,6%, o que está de acordo com o estudo de Matos et al. (2011) em que os inquiridos são maioritariamente (96%) heterossexuais, sendo os homossexuais e bissexual uma minoria. Também no estudo de Ferreira e Cabral (2010) o comportamento é idêntico.

Embora neste estudo se verifique uma pequena percentagem de homossexuais, não se pode omitir que os adolescentes e jovens têm muitas vezes dificuldade em assumir a sua orientação sexual, quando esta não se identifica com a orientação sexual da maioria (heterossexuais), o que pode dever-se ao facto de alguns destes adolescentes

se encontrarem na fase de construção da sua identidade sexual ou até pelo medo de repressões e não-aceitação dos pares.

A maioria (63,4%) dos estudantes já iniciou as relações sexuais. A idade de início das relações sexuais foi entre 13 e 21 anos, a média é $16,34 \pm 1,79$ anos, o que significa que a maioria (94,1%) iniciou as relações sexuais durante a adolescência. Embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, constata-se que os alunos do sexo masculino iniciam as relações sexuais mais cedo do que os do sexo feminino. Também os alunos de cursos humanistas iniciam-se mais tarde do que os alunos dos cursos técnicos, não esquecendo que os alunos de cursos técnicos são maioritariamente do sexo masculino.

Este comportamento pode ser justificado pelas atitudes dos adolescentes/jovens que segundo Lima (1997) funcionam como orientação para a acção, mediatizando assim todo o comportamento, nomeadamente o comportamento sexual. Assim, a iniciação mais tardia por parte das raparigas pode dever-se às suas atitudes face à comunhão, como constatou Ramos et al. (2008) as raparigas evidenciam atitudes mais favoráveis face ao sexo com compromisso afectivo, logo como iniciam o namoro mais tarde, tende a iniciar-se sexualmente também mais tarde do que os rapazes.

A idade de início das relações sexuais, por volta dos 16 anos é similar ao observado por outros autores (Monteiro & Raposo, 2006; Nodin, 2001; Vaz, 2011), sendo que alguns autores identificaram que os rapazes se iniciam mais cedo do que as raparigas (Cabral & Ferreira, 2008; Matos et al., 2006, 2010; Monteiro & Raposo, 2006; Reis & Matos, 2008, Vilar & Ferreira, 2009).

De referir que a maioria dos alunos (85,9%) iniciou relações sexuais de livre vontade, pelo contrário 11,3% refere que se sentiu pressionado, tal como no estudo de Vilar & Ferreira (2009) a maioria dos adolescentes não se sentiu pressionado para ter relações sexuais, no entanto 12% dos alunos sentiram-se pressionados (7% das raparigas e 5% dos rapazes). Estes valores são superiores aos encontrados por Matos et al. (2011) sobre a vida sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior, em que conclui que 2,6% sentiu-se pressionado. No entanto, esta diferença de resultados pode dever-se a um nível educacional mais avançado no estudo de Matos et al. (2009), logo mais literacia em saúde e consequentemente jovens mais resilientes, o que faz com que lidem melhor com situações adversas.

Também no estudo HBSC (Matos et al., 2010) sobre a saúde dos adolescentes portugueses, verifica-se que a maioria iniciou relações sexuais por iniciativa dos dois (52%) enquanto 9,5% sentiu-se pressionado, sendo que 13,5% refere que teve relações sexuais para o parceiro “não ficar zangado”.

Perante esta situação em que os adolescentes/jovens iniciam as relações sexuais por não conseguirem lidar com a pressão exercida pelo parceiro/a sexual, leva-nos a concordar com Frade (como citado por Matos et al., 2010) ao referir que os adolescentes são alvos preferenciais, dada à sua vulnerabilidade biológica, psíquica e social. Por tudo isto é imperativo a implementação de projectos de educação sexual em todos os sistemas de ensino, nomeadamente o profissional, pois está comprovado o desconhecimento no que diz respeito a temas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e também uma certa ineficácia a nível de atitudes (conversar com o parceiro sobre o uso do preservativo, recusar relações sexuais), o que pode conduzir os adolescentes/ jovens a situações de risco.

A maioria dos inquiridos teve a primeira relação sexual com o namorado/a (74,7%) e 18,3% com um/a amigo/a. Não havendo diferenças estatisticamente significativas, contacta-se que os rapazes se iniciam mais com uma amiga, enquanto as raparigas é essencialmente com o namorado. Este resultado está em consonância com o estudo de Vaz (2011) em que os que iniciaram relações sexuais foi na sua maioria com o namorado (quer rapazes, quer raparigas), seguido de um/a amigo/a. No entanto, os rapazes iniciam-se mais com uma amiga (14,5%) do que as raparigas.

Estes resultados são fruto de processos educacionais diferentes entre sexos, que conduzem a diferenças nas atitudes dos adolescentes/jovens. As atitudes face à sexualidade condicionam a aceitação de interações sociais (Antunes, 2007), logo definem todo o comportamento sexual. As raparigas orientadas para o sexo com compromisso iniciam as relações sexuais quando envolvidas numa relação afectiva.

Em vários estudos realizados com adolescentes e jovens, em Portugal, verifica-se a existência de parceiros ocasionais, mais por parte dos rapazes do que as raparigas (Ferreira & Cabral, 2010; Matos et al.,2011; Monteiro & Raposo,2006; Reis & Matos, 2008). Também no presente estudo se identifica a existência de parceiros ocasionais, sendo mais evidente no sexo masculino e alunos que frequentam os cursos técnicos. A literatura, de uma forma geral, documenta que os rapazes referem que têm maior

número de parceiras e relações ocasionais (Prazeres, 2003; Vilar & Ferreira, 2009). Os alunos que assumem uma religião têm menos parceiros ocasionais do que os que não se identificam com a religião, o que pode estar relacionado com alguns valores mais conservadores veiculados pela moral e pela religião.

A constatação de que os rapazes têm mais parceiros ocasionais do que as raparigas, deve-se também às suas atitudes face ao sexo. Como as atitudes predisõem a um determinado comportamento sexual, entende-se que as atitudes positivas face ao sexo utilitário e sem compromisso, evidenciado pelo sexo masculino, possam condicionar a existência de mais parceiros ocasionais. Como refere Prazeres (2003) “os rapazes referem ter relações sexuais com maior número de parceiras e em situações mais ocasionais.” (p.38).

Relativamente aos sentimentos vivenciados durante a primeira relação sexual, verifica-se que existem diferenças entre sexos, sendo que os alunos do sexo feminino falam de sentimentos como nervosismo, dor e medo, enquanto os alunos do sexo masculino falam principalmente de sentimentos de excitação, nervosismo e satisfação. Também no estudo de Vilar e Ferreira (2009), o nervosismo foi o sentimento predominante para ambos os sexos, mas as raparigas vivenciaram mais negativamente as suas experiências sexuais com sentimentos como medo e dor.

Os sentimentos vivenciados pelos alunos do sexo masculino, são em parte, fruto de valores veiculados por diversos agentes de socialização, onde o início das relações sexuais é uma forma de afirmação e aceitação no grupo de pares.

Os métodos contraceptivos foram utilizados pela maioria (93,9%) durante a primeira relação. Estes resultados são similares a outros estudos realizados com adolescentes e jovens no nosso país (Alves & Lopes, 2008; Reis & Matos, 2008; Vilar & Ferreira, 2009), sendo que em todos estes estudos, incluído o actual, os métodos mais utilizados foram o preservativo (69,4%) e a pílula contraceptiva (8,2%).

Quanto à relação actual apenas 29,5% refere que usam sempre métodos contraceptivos e 18,2% refere que nunca usou. De salientar que alguns referem que usaram no início e depois pararam (29,5%). Também no estudo de Vilar & Ferreira (2009) se verificam resultados idênticos. De entre os que não usaram o preservativo, a maioria usou a pílula contraceptiva (63,6%), tal como no estudo de Vilar & Ferreira (2009).

É notório que os adolescentes e jovens, que mantêm uma relação afectiva têm tendência a descuidar medidas de prevenção, nomeadamente de IST, o que se verifica pelo desuso do preservativo à medida que a relação evolui, o que leva a depreender que ao desenvolverem uma relação de confiança com o parceiro sexual, tendem a descuidar as medidas de protecção.

Verifica-se assim que os adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional não adoptam as medidas mais seguras, o que poderá ser justificado à luz da falta de conhecimentos evidenciada por este grupo de alunos no que concerne a métodos contraceptivos e IST, bem como à baixa percepção do risco.

Verifica-se, muitas vezes, que a dimensão real do risco e a percepção que dele têm nem sempre coincidem, pois a percepção do risco decorre de representações sociais, que podem muitas vezes ser moldadas por falta de informação (CAN, 2011).

Na sociedade identifica-se uma grande preocupação, nomeadamente por parte das famílias, na prevenção da gravidez, descurando muitas vezes a informação/educação sobre a prevenção de IST como uma prioridade, logo os adolescentes e jovens revelam mais preocupação com a prevenção da gravidez, descurando a protecção de IST.

Importa salientar que a maioria dos adolescentes e jovens demonstra preocupação na prevenção de riscos, pois discutem com o parceiro assuntos como IST (59,2%) e gravidez indesejada (69,0%). No entanto, verifica-se ainda falta de comunicação entre os parceiros sexuais, pois dos que já iniciaram relações sexuais 22,5% refere que não discutiu com o parceiro sobre a prevenção da gravidez e 32,7% não discutiram sobre a prevenção de IST. Esta constatação pode estar associada à falta de informação identificada nesta população, pois sobre as práticas sexuais e risco de gravidez o desconhecimento é evidenciado por 79,5% dos inquiridos. De referir que na base desta falta de comunicação sobre a prevenção de risco entre os parceiros sexuais, pode estar a falta de competências, ou ineficaz capacidade de negociação, ou incapacidade de poder de decisão já referida anteriormente.

Conforme refere Prazeres (2003) “a utilização do preservativo é tanto mais efectiva quanto melhor for a capacidade de comunicação e de negociação entre os parceiros sexuais” (p.48).

Conhecer e agir perante esta realidade exige novas competências individuais, que fomentem uma cidadania participada e informada, que deve ser adquirida desde o início

do percurso escolar (CAN, 2011), pelo que a educação sexual em meio escolar parece ser a estratégia para colmatar estas lacunas de informação e assim todos os adolescentes e jovens fazerem as opções mais seguras na sua vida sexual.

De entre os jovens que já iniciaram relações sexuais, metade referem que não tomaram nenhum cuidado para evitar a gravidez porque que não pensaram nisso, ou pensavam que não podiam engravidar (6,3%). Tal como o estudo de Vilar e Ferreira (2009) recorrem-se das mesmas justificações.

A gravidez na adolescência é uma preocupação pelas implicações que tem na saúde da adolescente, quer a nível pessoal, escolar e profissional. Como defende Pereira e Matos (2010) para uma adolescente, uma gravidez indesejada pode significar a interrupção de muitos projectos, como prosseguir os estudos ou manter uma relação conjugal estável.

Neste estudo, a gravidez na adolescência assume-se como uma realidade dos alunos do ensino profissional, pois regista-se 9,9% casos de gravidez, sendo que 2 casos resultaram no nascimento da criança, 3 em aborto espontâneo e 2 em IVG. Como refere Vilar e Souto (2008) a gravidez precoce em adolescentes e jovens é, em particular, um problema que assume uma dimensão significativa nesta população em formação profissional com implicações nos objectivos da formação, no desenvolvimento e na preparação dos jovens para a transição para a vida adulta.

Também no estudo de Vilar e Ferreira (2009) se verifica situações de gravidez em 5,1% dos estudantes. No estudo sobre a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior (Matos et al.,2011) identifica-se uma percentagem de jovens que engravidaram sem desejar e alguns já recorreram a IVG.

São várias as fontes de informação que contribuem para a educação/formação de adolescentes e jovens, nomeadamente no que respeita à saúde sexual e reprodutiva.

Constatamos que os amigos ocupam o primeiro lugar como fonte de informação em assuntos relacionados com a sexualidade ($5,5\pm 5,46$), denotando a preferência dos adolescentes/jovens por abordar estes assuntos em contextos mais informais e em que não têm que se expor a um adulto. Também noutros estudos realizados com adolescentes e jovens, identifica-se os amigos como a principal fonte de informação, seguida da mãe, tendo as outras fontes de informação um papel mais secundário (Dias & Rodrigues, 2009; Reis & Matos, 2008; Vaz, 2011; Vilar & Ferreira, 2009).

Como refere Nodin (2001), conversar com os amigos é uma das formas mais habituais da aquisição de informação de sexualidade, na medida em que é um período em que os jovens procuram activamente meios de identificação, de afirmação e pertença, ou seja, nesta fase de vida a socialização é muito centrada no grupo de pares. Gaspar e Matos (2010) recordam que os jovens utilizam os amigos como recursos cognitivos no seu dia-a-dia, logo a amizade é uma influência importante nas atitudes, comportamentos e desenvolvimento dos adolescentes. À luz dos contributos teóricos e dos resultados encontrados, relativamente às fontes de informação, parece de todo imperativo uma intervenção centrada nos adolescentes/jovens e seus pares.

A segunda fonte de informação mais utilizada é a mãe ($4,6 \pm 5,12$), o que é similar a outros estudos em que no contexto familiar a mãe é a fonte mais utilizada pelos adolescentes e jovens (Martins et al., 2009; Vilar & Ferreira, 2009). Também os alunos de cursos humanistas recorrem mais à mãe do que os alunos de cursos técnicos. Este facto é compreensível, pois os alunos assumem que falam com mais facilidade de sexualidade com a mãe do que com o pai. Ainda neste estudo verifica-se que as raparigas utilizam mais as mães como fontes de informação do que os rapazes, ao passo que estes são mais adeptos de adquirir informação na internet do que as raparigas, tal como no estudo de Reis e Matos (2008).

Como refere Prazeres (2003) as raparigas recebem mais informações através da mãe do que os rapazes porque as mães desenvolvem formas de relação mais íntimas e cúmplices com as raparigas. A socialização dos rapazes dificulta a comunicação sobre sexualidade e é mais frequente abordar assuntos de sexualidade com as raparigas no sentido de contenção das condutas sexuais.

Na sociedade verifica-se a mãe com um papel mais educativo e de maior proximidade dos filhos, logo é possível que se verifique uma maior abertura para discutir determinados assuntos, nomeadamente sobre sexualidade. De referir que alguns dos inquiridos vivem apenas com a mãe, logo condiciona uma maior proximidade e protecção e educação por parte desta.

O facto dos alunos do sexo masculino procurarem mais informação na internet, pode dever-se a questões de socialização, pois os rapazes, desde cedo são induzidos a serem auto-suficientes e independentes, aprendem a não expressarem as suas preocupações, nem queixas relacionadas com saúde e a evitar a procura de ajuda, logo

recorrer à internet/linhas telefónicas, assegura o anonimato, logo não põe em causa a sua masculinidade.

O namorado ($4,5\pm 5,32$) surge de imediato à mãe e posteriormente o professor ($2,12\pm 3,84$) e os profissionais de saúde ($1,9\pm 3,22$) surgem com menor percentagem, tal como no estudo de Dias e Rodrigues (2009). Neste estudo o professor surge como uma fonte pouco utilizada na educação sexual dos adolescentes e jovens, embora seja considerado fundamental na promoção, nos jovens, do desenvolvimento de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis (Gaspar & Matos, 2010).

A discreta valorização dos professores pode dever-se ao facto de no ensino profissional não existir um projecto de educação sexual implementado, bem como os professores/formadores possam estar pouco despertos para a importância das questões da sexualidade para o desenvolvimento dos adolescentes/jovens, ou até, à falta de formação destes profissionais para corresponderem às necessidades dos indivíduos nesta fase de desenvolvimento. Assim, a formação dos professores/formadores é uma intervenção fulcral para a implementação da educação sexual na escola.

A subvalorização dos profissionais, que pode dever-se ao facto de que não existam estruturas de saúde pública orientadas para as necessidades em saúde sexual e reprodutiva dos rapazes, nomeadamente para aspectos de prevenção de situações que envolvam riscos (Prazeres, 2003). Daí ser necessário um sistema de saúde que vá de encontro às necessidades das raparigas, mas também reconheça e valorize as necessidades dos rapazes. Torna-se necessário encontrar novas formas de apoio e assegurar espaços em que os jovens do sexo masculino tenham oportunidade de reflectir e discutir experiências que vivenciam, em particular no que respeita à expressão da sexualidade e à capacidade reprodutora.

Verifica-se que o sexo feminino recorre mais aos profissionais de saúde do que os do sexo masculino. Como conclui Martins et al (2008) e Vilar & Ferreira (2009) as raparigas utilizam mais frequentemente os espaços formais para esclarecer dúvidas na área da sexualidade, planeamento familiar e métodos contraceptivos, o que se comprova pela maior procura dos profissionais de saúde.

Em síntese, parece evidente a expressão de um duplo padrão educativo, traçando valores e condutas distintas para rapazes e raparigas. Julga-se ser este o ponto de partida para as subsequentes diferenças encontradas a nível de conhecimentos, atitudes e

comportamentos sexuais dos adolescentes e jovens em que o duplo padrão sexual é evidente.

Com a constatação do déficit de conhecimentos evidenciada por estes alunos, entende-se a pertinência de investir na educação sexual em meio escolar, no sentido de colmatar estes défices e assim contribuir para adolescentes e jovens mais resilientes, com poder de decisão face à sua sexualidade.

Verificamos que a questão de socialização de rapazes, inculcando padrões rígidos de masculinidade, dificulta a exposição e abertura dos indivíduos do sexo masculino para falarem da sua sexualidade, o que se repercute na literacia em saúde, nas atitudes e comportamentos sexuais, pelo que é necessário investir em formas de apoio aos rapazes, pois a saúde dos rapazes reflete-se na saúde das raparigas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os adolescentes e jovens estão expostos constantemente a mensagens no âmbito da sexualidade, mas a quantidade e a qualidade de informação a que têm acesso não são sinónimo de educação sexual, pelo que os jovens precisam de ajuda no sentido de desenvolverem competências cognitivas, comunicacionais e relacionais, no sentido de viverem a sua sexualidade de uma forma plena e responsável.

A educação sexual formal parece ser uma das estratégias ao alcance de todos para desenvolver essas competências. Assim, a educação sexual deve tornar-se um desígnio nacional, integrada em todos os graus de ensino, incluindo as escolas de ensino profissional, dando cumprimento à lei 60/2009 sobre a aplicação da educação sexual em meio escolar.

Na realidade a educação sexual na escola surge como a estratégia mais eficaz de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Pois através da educação sexual pode-se desenvolver competências, tornando os indivíduos mais resilientes, possibilitando a autonomia, o poder de decisão, logo a liberdade na sua vida sexual.

A realização deste estudo permitiu analisar os conhecimentos, atitudes sexuais e comportamentos sexuais dos adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional, assim como factores determinantes. Realidade pouco estudada, mas essencial para compreender as vivências da sexualidade neste grupo de adolescentes e jovens.

A realização deste estudo permitiu, ainda, concluir que os adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional revelam défices de conhecimentos na área da sexualidade, sendo mais relevantes em questões de contraceção, IST.

A baixa percepção do risco, evidenciada por estes alunos do ensino profissional pode conduzir a situações que possam por em causa a saúde destes adolescentes e jovens.

Relativamente às atitudes evidencia-se o duplo padrão sexual, com os indivíduos do sexo masculino mais orientados para o sexo sem compromisso,, sexo ocasional,

diversidade de parceiros e sexo utilitário. As raparigas mais favoráveis ao sexo com compromisso afectivo.

Quanto aos comportamentos sexuais destes adolescentes e jovens, concluímos que a maioria inicia a sua actividade sexual durante a adolescência, pelo que se torna urgente muni-los de conhecimentos e competências para optarem por comportamentos saudáveis. Essa preparação deve ser antes e durante a adolescência.

Ainda no que concerne a comportamentos, também se constata o duplo padrão sexual, pois o sexo masculino inicia as relações sexuais mais cedo e revelam mais parceiros ocasionais do que os do sexo feminino.

Concluímos que existem jovens que iniciam as relações sexuais por se sentirem pressionados pelo seu parceiro sexual, o que denota falta de competências como o poder de decisão, negociação e comunicação.

A fonte de informação mais utilizada são os amigos, o que tem a ver com a fase de desenvolvimento dos inquiridos, em que os pares ocupam um lugar de destaque na vida dos adolescentes/jovens.

A mãe é a fonte de informação mais referida no contexto familiar, sendo com a mãe que os adolescentes/jovens mais discutem sobre assuntos de sexualidade.

Os professores/formadores são uma fonte de informação pouco valorizada, sendo necessário investir na formação destes profissionais no sentido de implementar a educação sexual em meio escolar.

Os profissionais de saúde são procurados maioritariamente pelo sexo feminino. A saúde dos rapazes fica a descoberto, uma vez que estes, por razões de socialização, não procuram ajuda.

Conclui-se ainda adolescentes e jovens descurarem medidas preventivas de gravidez na adolescência e IST. Identificam-se estudantes que não usam métodos contraceptivos e de prevenção de IST. Assim, a gravidez na adolescência é uma realidade dos alunos do ensino profissional, o que pode acarretar abandono escolar, com implicações na sua vida futura.

Na realização deste estudo deparamo-nos com algumas limitações da investigação:

- algumas não respostas por parte dos inquiridos, o que fez com que os respectivos questionários não fossem incluídos no estudo;

- uma questão em que o filtro não estava correctamente definido no questionário, contribuiu para a limitação de uma resposta no questionário.

De valorizar, que o Centro de Formação Profissional demonstrou interesse no estudo e abertura para a aplicação do mesmo em contexto escolar, facilitando o campo de intervenção.

A disponibilidade demonstrada pelos adolescentes e jovens que frequentam o ensino profissional, para colaborarem no estudo, foi fulcral para o desenvolvimento de todo o processo de investigação.

Também o facto da existência de um instrumento já utilizado noutros estudos ter sido disponibilizado para ser aplicação neste trabalho de investigação.

As conclusões finais foram discutidas à luz de outros estudos realizados com adolescentes e jovens, que frequentam estabelecimentos de ensino regular, pois não foi possível fazer associações a estudos com indivíduos que frequentam o ensino profissional, por ser uma área pouco estudada.

Sugere-se, por isso, futuras investigações em contexto do ensino profissional, no sentido de conhecer a realidade destes adolescentes e jovens, sendo pertinente a realização de estudos de intervenção que permita a investigação-acção.

Parece de todo necessário realizar estudos na área da sexualidade, com populações não escolarizadas.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens é um importante contributo para a sua formação pessoal e social. Assim é imperativo adoptar um modelo de intervenção em educação sexual que tenha em conta as características próprias da adolescência, e que conduzam a ganhos em saúde efectivos

Pelo estudo realizado depreende-se que a educação sexual é uma prioridade junto dos adolescentes e jovens, fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável. Pois a educação sexual constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que engloba a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade, logo promove atitudes e comportamentos saudáveis.

Em síntese, tal como em todos os estabelecimentos de ensino regular, o ensino profissional carece de intervenções na área da educação sexual. A implementação de um projecto de educação sexual em meio escolar, abrangente à família e a toda a comunidade, parece ser a medida mais urgente para colmatar as lacunas e dificuldades destes adolescentes/jovens.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. (2010). Sexualidade e estilos de vida: comportamentos sexuais, In P. M. Ferreira, M. V. Cabral, S. Alboim, D. Vilar, M. Maia Sexualidades em Portugal-comportamentos de risco. Lisboa: editorial Bizâncio, pp. 417-460
- Alferes, V. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Afrontamento.
- Alves, A. & Lopes, B. (2008). Uso de Métodos Anticoncepcionais entre Adolescentes Universitários. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61 (2), p.170-176.
- Antunes, M. T. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Formasau.
- Arias, A. C., Ceballo, G. A. & Herazo, E. (2010). Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes. “*Revista Latino-Americana de Enfermagem*”. Brasil, 18(2), Março/Abril.
- Carta de Aveiro (2010). I Congresso Internacional de Sexualidade e Educação Sexual.
- Conferência de Colónia (2006). Conferência de Colónia sobre Educação Sexual dos Jovens numa Europa Multicultural. *Educação Sexual em Rede*, nº4, (Outubro 2008).
- Costa, M. C., & Souza, R. (2002). *Adolescência- Aspectos Clínicos e Psicossociais*. Porto: Artmed
- Dias, A.C. & Rodrigues, M. A. (2009). Adolescentes e Sexualidade: contributo da educação, da família e grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. “*Referência*”, II série, nº10.
- Faria, A.H. & Carvalho, G.S. (2004). Escolas promotoras de Saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. “*Revista Portuguesa de Saúde Pública*”, vol.22, Nº2.
- Ferreira, P. M. (2010). Contextos da iniciação sexual-idade, relacionamentos e geração. In Ferreira, P.M., Cabral, M. V., Alboim, S., Vilar, D., Maia, M. Sexualidades em Portugal-comportamentos de risco. Lisboa: Editorial Bizâncio, pp.231-288.

- Ferreira, P.M., Cabral, M.V., Alboim, S., Vilar, D. & Maia, M. (2010). *Sexualidades em Portugal. Comportamentos de Risco*. Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Magarinho, R. (2006). Gravidez na Adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6, nº1, pp. 97-125.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento. 274p. ISBN 972-36-0304-7
- Frade, A., Marques, A.M., Alverca, A., & Vilar, D. (2009). *A Educação Sexual na escola – Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto editora.
- Fortin, M. F. (1999). *Apresentação e interpretação dos resultados*. In: FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X, pp. 329-338.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência – Edições técnicas e Científicas.
- Fundo das Nações Unidas para a População (2005). *Uma viagem por caminhos nunca antes trilhados: Adolescência, pobreza e género. A situação da população Mundial 2005, a promessa de igualdade, equidade em matéria de género, saúde reprodutiva e objectivos de desenvolvimento do milénio*, pp. 45-55.
- Gaspar, T. & Matos, M. G. (2010). Risco sexual, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes de comunidades migrantes. In M. G. Matos: *Sexualidade, Afectos e Cultura- gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler, pp. 57-92.
- Giddens, A. (1996). *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Ceta Editora
- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento Materno- um estudo quasi-experimental*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A., Oakley A. (2009). Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *British Medical Journal*, pp.339: b4254.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of Sexual Attitudes. *The Journal of Sex Research*, 23(4), pp. 502-526.

- Hendrick, C., Hendrick, S.S., & Reich, D.A. (2006). The Brief Sexual Attitudes Scale. *The Journal of Sex Research*, 43(1), pp. 76-86.
- Holder-Nevins, D.; Eldemire-Shearer, D. and McCaw-Binns, A. (2009). Adolescent ears: an avenue into their sexual and reproductive health values. *West Indian med. j.* [online]. v. 58, n. 2, pp. 124-129.
- International Planned Parenthood Federation (2007). *Direitos Sexuais: uma Declaração da IPPF*.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Information. Canadá.
- Lemos, M. E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis. “*Sexualidade e Planeamento Familiar*”. Nº33, Janeiro/ Abril.
- Lima, M. (1997). *Atitudes*. In J. Vala & M.B. Monteiro - *Psicologia Social*, 3ª ed. (167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, L. (2000). *Atitudes: Estrutura e mudança*. In: J. Vala & M.B Monteiro - *Psicologia Social*. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 187-225.
- Lopes, J.C. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: conhecer para educar* (Tese de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- López, F. & Oroz, A. (2001). *La vida sexual del adolescente: para comprender*. Quito: Verbo Divino.
- Loureiro, I. (2008) - o Processo de aprendizagem em promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 42-1, 65-89
- Loureiro, I. (2009) – Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43-2, 81-103
- Maroco, J.; Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Martins, L. B. M., Paiva, L.C., Osis, M.J., Sousa, M.H., Neto, A. M. P., Tadini, V. (2006). Conhecimentos Sobre Métodos Anticoncepcionais por Estudantes Adolescentes. *Revista Saúde Pública*, nº 40 (1), p. 57-64.

- Martins, A. T., Nunes, C., Silva, A. M.; García, M. S. (2008). Fontes de Informação, Conhecimentos e Uso do Preservativo em Estudantes Universitários do Algarve Huelva. “*PSICO*” Porto Alegre, vol.30,nº1, Janeiro/Março, p.7-13.
- Matos, A. (2000). *Construção da identidade sexual*. In A. Barbosa, & J. Gomes-Pedro, Sexualidade (pp. 67-71). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Matos, M.G. (2010). *Sexualidade Afectos e Cultura, gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler, pp.295.
- Matos, M.G. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde: Diálogos com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006a). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: relatório do estudo HBSC 2006*. Aventura Social & Saúde.
- Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Silva, M., Gaspar, T., Diniz, J. & Equipa do Projecto Aventura Social (2006b). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA: relatório preliminar, Dezembro 2006*. Aventura Social & Saúde.
- Matos, M.G, Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Diniz, J., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A. & Aventura Social (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Aventura Social & Saúde.
- Matos, M.G., Reis, M., Ramiro, L. & Equipa Aventura Social (2011). *Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior*. Aventura Social
- Ministério da Educação, Ministério da Saúde & APF (1998). *Relatório Inter-ministerial para a Elaboração do Plano de Acção sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar*. Lisboa.
- Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Associação para o Planeamento da Família & Centro de Apoio Nacional (2000). *Educação sexual em meio escolar - Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação, Ministério da Saúde.
- Monteiro, M. J. & Raposo, J. V. (2006). Contextualizar os Conhecimentos, Atitudes e Crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. “*Psicologia, Saúde & Doenças*”, Vol. VII nº 1, pp.125-136.
- Nodin, N. (2000). A Saúde Sexual e Reprodutiva um novo enfoque sobre sexualidade. In Ribeiro, J.; Leal, I.; Dias, M. (org.). *Actas do 3º Congresso Internacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa, Portugal: APF – Associação para o Planeamento da família.
- Pereira, M. M. (2006). *Guia de Educação Sexual e Prevenção do Abuso*. Coimbra: Pé de Página Editores.
- Pereira, S., Morais, M. & Matos, M. G. (2010). Sexualidade, comportamentos sexuais e SIDA. In M. G. Matos: *Sexualidade, Afectos e Cultura- Gestão de problemas de saúde em maio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler, pp. 19-31.
- Pestana, M. T. (1996). A formação do enfermeiro e educação para a saúde num contexto multicultural. In *Revista Portuguesa de Enfermagem*, n.º13.
- Pires, J. (1999). *Estudo transcultural das características dos adolescentes portugueses e espanhóis*. Salamanca: UPSA.
- Portugal. Direcção Geral de Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Prioridades* (vol. I). Lisboa.
- Portugal. Direcção Geral de Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações Estratégicas* (Vol. II). Lisboa.
- Portugal, Direcção-Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa
- Portugal, Direcção-Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Portugal. Direcção-Geral de Saúde (2010). *Programa Nacional de Saúde Escolar- Saúde Sexual e Reprodutiva: educação sexual em meio escolar. Orientação n° 009/2010*.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida*. [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, [s.d.]. [Consult. em 27 de Nov. de 2011]. Disponível na WWW :<URL:
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual reprodutiva*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Prazeres V. (2005). *Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização 2005 / Vasco Prazeres*. Coordenador. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G., Diniz, J. A., Simões, C. (2011). Educação Sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 29(1), pp. 11-21.
- Ramos, V., Carvalho, C.C. & Leal, I.P. (2005). Atitudes e Comportamentos Sexuais de Mulheres Universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*, 2(23), pp. 173-185.
- Ramos, R.D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M., & Polónia, Z. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos Face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22 (1), 3-15
- Reis, M. & Matos, M. G. (2007). Contraceção- Conhecimentos e Atitudes em jovens Universitários. "*Análise Psicológica*", 8(2), pp. 209-220
- Reis, M. & Matos, M. G. (2008a). Comportamentos Sexuais e Influência dos Diferentes Agentes de Socialização na Educação Sexual dos Jovens Universitários. "*Sexualidade & Planeamento Familiar*". Nº 48/49. Janeiro/Junho.
- Reis, M. & Matos, M. G. (2008b). Contraceção em Jovens Universitários Portugueses. "*Análise Psicológica*", 1 (XXVI), pp. 71-79.
- Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (1ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Sampaio, D, Baptista, M., Matos, M., & Silva, M. (2005). *Relatório Preliminar. Grupo de Trabalho de Educação Sexual*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Sampaio, D, Baptista, M.I., Matos, M.G., & Silva, M.O. (2007). *Relatório Final. Grupo de Trabalho de Educação Sexual*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Silva, I.V. (2006). Educação para os Valores em Sexualidade: Um Estudo com Futuros Professores e Alunos do 9º Ano de Escolaridade (Tese de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Simões, C. & Matos, M. G. (2010). Comportamentos de risco na adolescência. In M. G. Matos – Sexualidade, Afectos e Cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa: Coisas de Ler, pp. 33-55
- Sprinthall, N. A. & Collins W. A. (1994). *Psicologia do Adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- United Nations (1968). Conferencia Internacional dos Direitos Humanos. Teerão.

- United Nations(1995). Report of the International Conference on Population and Development. Cairo. 5-3 de September 1994. New York: United Nations.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2010a). *Levers of Success – Case studies of national sexuality education programmes*. Retirado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001884/188495e.pdf>.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2010b). *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade - Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Retirado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>.
- Vala, J.; Monteiro, M. B. (2000). *Psicologia Social*. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz, J.M. (1996). *Educação Sexual na escola*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Vaz, A. M. B.O.D.M (2011). *Atitudes e Comportamentos dos Adolescentes face à Sexualidade*. Universidade de Extremadura. Tese de Doutoramento.
- Vilar, D. (2005). *A educação Sexual Faz Sentido no Actual Contexto de Mudança. Educação Sexual em Rede - nº 1 (Julho-Setembro)*, pp.8-14.
- Vilar, D. (2010). *Contraceção e Aborto na Paisagem Conjugal*. In: Ferreira PM, Cabral MV. Organizadores. *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Bizâncio
- Vilar, D. & Ferreira, P. M. (2009). *A Educação Sexual dos Jovens Portugueses - Conhecimentos e Fontes. Educação Sexual em Rede (Setembro)*, pp. 2-53
- Vilar, Duarte; Souto, Elisabete (2008). *A Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional, Instituto do Emprego e Formação Profissional*.
- Vilar, D. & Souto, E. (2008). *Referencial de Formação Pedagógica Continua de Formadores: A Educação Sexual em Contexto da Formação Profissional*. Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- World Association for Sexual Health (2005). *Declaração de Montreal “Saúde Sexual para o Milénio”*. XVII Congresso Mundial de Sexologia de Montreal.
- World Health Organization (1978) - *Declaration of Alma-Ata: international conference of primary health care*. [Em linha]. Alma Ata: WHO, 1978. [Consultado em 20 Dez. 2008]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>.

- World Health Organization (1986) . The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion. [Em linha]. Ottawa: WHO, 1986. [Consultado em 20 Dez. 2008]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>>
- World Health Organization (1988). Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Second international conference on health promotion. [Em linha]. Adelaide: WHO, 1988. [Consultado em 12 Maio 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html>>
- World Health Organization (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion. [Em linha]. Sundsvall: WHO, 1991. [Consultado em 12 Maio. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/print.html>>.
- World Health Organization (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion. [Em linha]. Adelaide: WHO, 1997. [Consultado em 12 Maio 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html>>.
- World Health Organization (1998a). Health Promotion Glossary. Switzerland: WHO, 1998a).
- World Health Organization (2000). The México Charter for health Promotion: Fifth Global Conference on Health Promotion, Health Promotion: Bridging the Equity Gap. [Em linha]. México [Consultado em 12 maio 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf>.
- World Health Organization (2004). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva. Autor.
- World Health Organization (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Global World. . [Em linha]. Adelaide: WHO, 2005. [Consultado em 12 Maio 2012]. Disponível na WWW: <URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf>.
- World Health Organization (2009). The Nairobi Conference for Health Promotion: Nairobi Conference close With Adoption of Call to Action. Nairobi. [Em linha].

México [Consultado em 12 maio 2012]. Disponível na WWW:
<URL:http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf>.

Zal, H. (1994). A geração sanduíche: entre filhos adolescentes e pais idosos. Lisboa: Círculo de Leitores.

Zapian, j. (2002). Educação Afectivo-sexual, Universidade do País Basco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Sexualidade & Planeamento Familiar, nº35 (Setembro-Dezembro), p. 33-38.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro. Regulamenta a Lei nº 120/99 de 11 de Agosto (reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva), fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados no âmbito da sexualidade e planeamento familiar. Diário da República. I Série, Nº 240 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Decreto Regulamentar 66/2007 de 29 de Maio de 2007 (2007). Direcção Geral de Saúde. Diário da República. I Série, Nº103 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei n.º 3/84 de 24 de Março de 1984 (1984). Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República. I Série A, Nº 71 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei nº 46/86 de 14 de Outubro de 1986 (1986). Lei de Bases do Sistema Educativo de 14 de outubro. Diário da República. I Série, Nº 237 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei n.º48/90 de 24 de Agosto de 1990 (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da República. I Série, N.º195 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto de 1999 (1999). Reforça as garantias do direito à Saúde Reprodutiva. Diário da República. I Série A, Nº 186 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei nº 12/2001 de 29 de Maio de 2001 (2001). Contracepção De Emergência. Diário da República. I Série, Nº 124 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei n° 16/2007 de 17 de Abril de 2007 (2007). Interrupção Voluntária da Gravidez. Diário da República. I Série, N° 75 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei n.º 60/2009 de 4 de Março de 2009 (2009). Regime de Aplicação da Educação Sexual em Meio Escolar. Diário da República. I série, N.º 151 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Lei Constitucional n°1/2001 de 12 de Dezembro de 2001 (2001). Quinta Revisão Constitucional. I Série A, N°286 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Portaria n° 196-A/2010 de 9 de Abril de 2010 (2010). Regulamenta a Lei n° 60/2009, de 6 de Agosto que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Diário da República. I Série, N° 69 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Recomendação n° 5/2011 de 20 de Outubro de 2011 (2011). Ministério da Educação e da Ciência & Conselho Nacional de Educação: Educação para o Risco. II Série, n°202 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

Resolução n° 46/2010 de 21 de Maio de 2010 (2010).Direito à informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao longo do seu ciclo de vida. Diário da República. I Série, N°99 [último acesso em 28 Maio 2012]. Disponível em: <http://www.dre.pt/>

ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE
DUARTE VILAR**

FW: Autorização

De: Duarte Vilar (duartevilar@apf.pt)
Enviada: segunda-feira, 19 de dezembro de 2011 12:12:19
Para: lopesgracaenf@hotmail.com; jorge.campanario@hotmail.com
2 anexos
Questionário - 25 Out 2007.doc (347,0 KB) , Questionário - 25 Out 2007 respostas certas.doc (347,5 KB)

De: Duarte Vilar [mailto:duartevilar@apf.pt]
Enviada: quarta-feira, 14 de Dezembro de 2011 21:18
Para: 'lopesgracaenf@hotmail.com'
Assunto: Autorização

Venho pela presente informar que autorizamos a utilização do questionário referido.

Com os melhores cumprimentos

Duarte Vilar
Director Executivo

**ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS DE
HENDRICK E HENDRICK**

De: Hendrick, Clyde [CLYDE.HENDRICK@ttu.edu]
Enviado: segunda-feira, 12 de Janeiro de 2009 22:22
Para: Luis Graça
Cc: Hendrick, S
Assunto: RE: Permission to utilize the scale

Luis:

You have our permission to translate and validate the Brief Sexual Attitudes Scale in Portuguese.

Sincerely,

Clyde Hendrick

From: Luis Graça [mailto:LuisGraça@esenf.ipv.pt]
Sent: Monday, January 12, 2009 5:13 AM
To: clyde.hendrick@ttu.edu
Subject: Permission to utilize the scale
Importance: High

Clyde Hendrick, Ph.D.
Department of Psychology
Texas Tech University
Lubbock, TX 79409-2051

Dear Professor Hendrick,

We are writing to you from the University of Viana de Castelo in Portugal more specifically from the curricular nursing investigation area. Your brief sexual attitudes scale has come to our attention and we would like to validate to Portuguese young people. This validation would be of the utmost interest to the nursing field as an assessment tool.

We, therefore, cordially request your permission to utilize the scale for the reasons mentioned above. This scale was the project chosen by a study group for the completion of the nursing course, and orientated by professor Luis Graça

We await your response as soon as possible.

Kind regards

Luis Carlos Carvalho Graça

PS: our contact is – luisgraca@esenfvc.pt.

ANEXO III - ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS DE HENDRICK E HENDRICK

Escala de Atitudes Sexuais

A Escala de Atitudes Sexuais inclui as dimensões: instrumentalidade, comunhão, práticas sexuais e permissividade.

1=Completamente em desacordo; 2= Parcialmente em desacordo; 3= Não sei/nem concordo nem discordo

4=Parcialmente de acordo; 5= Completamente de acordo

ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS		
1	Não preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	① ② ③ ④ ⑤
2	O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	① ② ③ ④ ⑤
3	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	① ② ③ ④ ⑤
4	Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	① ② ③ ④ ⑤
5	O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos centramos no nosso próprio prazer.	① ② ③ ④ ⑤
6	As “aventuras sexuais” de uma noite são, por vezes, muito agradáveis.	① ② ③ ④ ⑤
7	As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	① ② ③ ④ ⑤
8	É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	① ② ③ ④ ⑤
9	O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	① ② ③ ④ ⑤
10	O sexo é em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	① ② ③ ④ ⑤
11	As relações sexuais como simples troca de “serviços” são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	① ② ③ ④ ⑤
12	O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer “compromissos”.	① ② ③ ④ ⑤
13	Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana.	① ② ③ ④ ⑤
14	O sexo é, principalmente, uma actividade física.	① ② ③ ④ ⑤
15	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	① ② ③ ④ ⑤
16	Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”.	① ② ③ ④ ⑤
17	Os homens devem partilhar as responsabilidades de planeamento familiar.	① ② ③ ④ ⑤
18	O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	① ② ③ ④ ⑤
19	O sexo é principalmente, uma função corporal, tal como comer.	① ② ③ ④ ⑤
20	O sexo apenas como forma de “descarga” física é bom.	① ② ③ ④ ⑤
21	O sexo é uma parte muito importante da vida.	① ② ③ ④ ⑤
22	A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.	① ② ③ ④ ⑤

**ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO NO CENTRO DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Exm^o Sr.
Director do
Centro de Formação Profissional de Viana do Castelo



Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Maria da Graça Fernandes Lopes, a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde do IPVC no âmbito da dissertação, sob a orientação dos Professores Teresa Araújo e Luís Graça da Escola Superior de Saúde do IPVC, pretende desenvolver um estudo relacionado com o tema “Conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de jovens do ensino profissional”. Tem como objectivo avaliar determinantes de conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais de adolescentes e jovens do ensino profissional.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de questionário, a todos os alunos que se encontrem a frequentar os cursos da escola que superiormente dirige, e que se disponibilizem a participar no estudo, no período de Dezembro de 2011 a Fevereiro de 2012, assegurando-se que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Atenciosamente

Viana do Castelo, 9 de Novembro de 2011

Maria da Graça Fernandes Lopes



APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Jovens do Ensino Profissional

Caro Aluno,

O presente questionário integra-se num estudo sobre “Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos Sexuais da População Adolescente e Jovem do Ensino Profissional”, no âmbito do Curso de Mestrado em Promoção e Educação para a Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Para que os resultados sejam válidos é necessário que um número significativo de jovens responda ao questionário. Por isso a sua colaboração é muito importante.

Desde já agradecemos o tempo que irá disponibilizar a responder ao questionário. As suas respostas irão contribuir para que se fale mais de Educação Sexual nas Escolas de Ensino Profissional e poderão fornecer informações importantes para as campanhas de prevenção sexual.

O Questionário é completamente anónimo e confidencial, ou seja, as respostas não serão conhecidas e ninguém saberá o que respondeu. Não deve identificar-se em nenhuma parte do questionário.

Pedimos agora para ler com atenção as perguntas do questionário, certificando-se de que compreendeu correctamente o modo como deverá responder. Esteja atento às indicações que lhe são dadas.

Pedimos ainda que responda o mais honestamente possível! Obrigado!

Parte A

Vamos começar por fazer algumas perguntas sobre si e a sua família. Assinale com um círculo a resposta que escolheu.

A1. É do sexo masculino ou feminino?

1. Masculino
2. Feminino

A2. Que idade tem?

1. _____anos

A4. Qual é a origem da sua família?

1. Portuguesa
2. Países africanos de língua portuguesa. Qual? _____
3. Brasileira
4. Europa do leste. Qual? _____
5. Outra. Qual? _____
6. Não sei

A5. Sem contar com ocasiões especiais, como casamentos e funerais, com que frequência é que participa, actualmente, em serviços religiosos ou cerimónias relacionadas com a sua religião?

1. Todos os dias
2. Mais de uma vez por semana
3. Uma vez por semana
4. Pelo menos uma vez por mês
5. Menos vezes
6. Nunca

A6. Em relação à religião, diria que é

1. Indiferente
2. Ateu (não acredita em nenhum Deus)
3. Agnóstico (não sabes se Deus existe)
4. Católico praticante
5. Católico não praticante
6. Protestante
7. Outra crença religiosa. Especificar: _____
8. Não sei

Falando agora dos seus pais...

A7. Qual é/era o grau de escolaridade do seu pai?

1. Não foi à escola
2. Frequentou a escola, mas não completou o 1º ciclo do ensino básico
3. 1ºciclo do Ensino Básico (4º ano de escolaridade)
4. 2ºciclo do Ensino Básico ou equivalente (5º e 6º ano de escolaridade)
5. 3ºciclo do Ensino Básico ou equivalente (7º ao 9º ano de escolaridade)

6. Ensino Secundário ou equivalente (10º ao 12º ano de escolaridade)
7. Ensino Médio (Bacharelato)
8. Ensino Superior (licenciatura ou pós-graduação)

A8. E o da sua mãe?

1. Não foi à escola
2. Frequentou a escola, mas não completou o 1º ciclo do ensino básico
3. 1ºciclo do Ensino Básico (4º ano de escolaridade)
4. 2ºciclo do Ensino Básico ou equivalente (5º e 6º ano de escolaridade)
5. 3ºciclo do Ensino Básico ou equivalente (7º ao 9º ano de escolaridade)
6. Ensino Secundário ou equivalente (10º ao 12º ano de escolaridade)
7. Ensino Médio (Bacharelato)
8. Ensino Superior (licenciatura ou pós-graduação)

A9. Qual é a profissão do seu pai?

A10. Qual é a profissão da sua mãe?

A11. Com quem vive em sua casa... (ESCOLHE AS RESPOSTAS QUE SE APLICAM):

1. Pai
2. Mãe
3. Irmão(s). Quantos mais novos? _____
4. Irmão(s). Quantos mais velhos? _____
5. Irmã(s). Quantas mais novas? _____
6. Irmã(s). Quantas mais velhas? _____
7. Outros familiares. Especifica: _____
8. Outras pessoas. Especifica: _____

A12. Com que facilidade fala com o seu pai (ou a pessoa que o substitui) sobre assuntos sexuais?

1. Falo com facilidade sobre todos os assuntos
2. Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não
3. Não falamos muito sobre esse assuntos
4. Quase nunca falamos sobre isso

A13. E em relação à sua mãe (ou a pessoa que a substitui), com que facilidade fala desses assuntos?

1. Falo com facilidade sobre todos os assuntos
2. Falo com facilidade sobre certos assuntos, mas outros não
3. Não falamos muito sobre esses assuntos
4. Quase nunca falamos sobre isso

A14. Que ano de escolaridade frequenta?

1. 10º Ano
2. 11º Ano
3. 12º Ano

A15. Que curso frequenta?

1. Cuidados e Estética do Cabelo
2. Técnico de Acção Educativa
3. Técnico de Electrónica, Automação e Comandos
4. Técnico de Electrónica Industrial
5. Técnico de Instalação e Gestão de Redes
6. Técnico de Mecatrónica automóvel
7. Técnico Administrativo
8. Técnico de Instalações Electricas
9. Técnicos de Serviços Pessoais e à Comunidade

Parte B

As questões que a seguir se apresentam, abordam vários temas da sexualidade. Para cada questão há uma série de respostas alternativas. Pode escolher apenas UMA resposta. Por favor, assinale com um círculo a resposta que considera adequada.

B1. Durante o período menstrual, as raparigas:

- a) Estão demasiado fracas para fazer exercício ou desporto
- b) Têm uma perda mensal de sangue proveniente do útero, que é normal
- c) Não podem engravidar
- d) Não devem tomar banho ou duche
- e) Todas as respostas anteriores

B2. É perigoso para uma mulher ter relações sexuais, quando ela:

- a) Está grávida
- b) Está menstruada
- c) Tem uma constipação
- d) Tem um parceiro sexual com sífilis
- e) Nenhuma das respostas anteriores

B3. Alguns contraceptivos:

- a) Só podem ser adquiridos com receita médica
- b) Estão disponíveis nos centros de saúde
- c) Podem ser comprados em farmácias
- d) Podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais
- f) Todas as respostas anteriores

B4. A sexualidade:

- a) Na mulher começa na puberdade e termina após a menopausa
- b) Nos rapazes começa a partir da puberdade

- c) Faz parte de cada ser humano desde que nasce até que morra
- d) Existe no homem e na mulher e tem uma idade específica para começar e para terminar
- e) Todas as respostas anteriores

B5. As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma doença sexualmente transmissível, quando usam:

- a) O preservativo
- b) A espuma contraceptiva
- c) A pílula
- d) O coito interrompido
- e) Todas as respostas anteriores

B6. Quanto às necessidades sexuais:

- a) Os homens têm muito mais necessidade do que as mulheres
- b) Os homens têm um pouco mais de necessidade
- c) Depende de cada homem e de cada mulher
- d) As mulheres têm um pouco mais de necessidades
- e) As mulheres têm muito mais necessidades do que os homens

B7. Quando os rapazes entram na puberdade:

- a) Perdem a “gordura de bebé” e tornam-se mais magros
- b) O pénis torna-se maior
- c) Os testículos produzem esperma
- d) A voz torna-se mais grave
- e) Todas as respostas anteriores

B8. Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida:

- a) A qualquer altura do mês
- b) Só uma semana antes da menstruação começar
- c) Somente durante a menstruação
- d) Só uma semana depois da menstruação começar
- e) Somente duas semanas antes da menstruação começar

B9. O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas é:

- a) O preservativo com a espuma;
- b) DIU (dispositivo inter uterino)
- c) Coito interrompido
- d) A pílula
- e) A abstinência periódica (não ter relações sexuais durante o período fértil)

B10. É possível uma mulher ficar grávida:

- a) Na primeira vez que ela tem relações sexuais
- b) Se ela tem relações sexuais durante o período menstrual
- c) Se ela tem relações sexuais de pé

- d) Se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pénis não entre no seu corpo
- e) Todas as respostas anteriores

B11. Fisicamente:

- a) As raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes
- b) A maior parte dos rapazes amadurece mais cedo do que a maioria das raparigas
- c) Todos os rapazes e raparigas estão completamente desenvolvidos, pelos 16 anos
- d) Todos os rapazes e raparigas estão completamente desenvolvidos, pelos 18 anos
- e) Todas as respostas anteriores

B12. Actualmente é impossível curar:

- a) A sífilis
- b) A gonorreia
- c) O vírus do herpes
- d) A vaginite
- e) Todas as respostas anteriores

B13. Quando os homens e as mulheres estão fisicamente desenvolvidos:

- a) Cada ovário feminino liberta dois óvulos por mês
- b) Cada ovário feminino liberta milhões de óvulos em cada mês
- c) Os testículos masculinos produzem um espermatozóide em cada ejaculação
- d) Os testículos masculinos produzem milhões de espermatozoides em cada ejaculação
- e) Nenhuma das respostas anteriores

B14. Quando entram na puberdade, os adolescentes ficam mais interessados nas actividades sexuais porque:

- a) As hormonas sexuais estão a mudar
- b) Os *media* (TV, filmes, revistas, discos) os incitam para o sexo
- c) Alguns dos seus amigos tem relações sexuais e esperam que eles também o façam
- d) Todas as respostas anteriores³

B15. A masturbação nas mulheres:

- a) É uma prática sexual apenas quando se está sem parceiro(a)
- b) É uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceiro(a)
- c) É um vício

- d) Nenhuma das respostas anteriores

B16. Para usar um preservativo correctamente deve-se:

- a) Deixar espaço na ponta para o esperma
- b) Usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer
- c) Segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina
- d) Verificar a data de validade
- e) Todas as respostas anteriores

B17. A masturbação nos homens

- e) É uma prática sexual apenas quando se está sem parceira(o)
- f) É uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceira(o)
- g) É um vício
- h) Nenhuma das respostas anteriores

B18. No geral podemos dizer que:

- a) Os jovens saudáveis não estão expostos ao vírus da SIDA
- b) Apenas os homossexuais, as prostitutas e os toxicod dependentes podem ser infectados pelo vírus da SIDA
- c) As mulheres têm menos probabilidade de contrair SIDA
- d) Durante a menstruação é mais difícil contrair o vírus através de relações sexuais não protegidas
- e) Nenhuma das respostas anteriores

B19. O tratamento para infecções sexualmente transmissíveis é melhor se:

- a) Os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo
- b) Só o parceiro com sintomas for ao médico
- c) A pessoa tomar os medicamentos só até ao desaparecimento dos sintomas
- d) Todas as respostas anteriores

B20. A sífilis

- a) É uma infecção sexualmente transmissível que não provoca a morte
- b) É conhecida por poder causar cegueira, insanidade e morte
- c) Manifesta-se através de um “cancro duro” nos genitais
- d) Todas as respostas anteriores

B21. Para um rapaz, as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que:

- a) Tem uma doença sexual
- b) Está fisicamente desenvolvido
- c) Está a viver uma parte normal do crescimento
- d) É diferente da maioria dos rapazes
- e) Nenhuma das respostas anteriores

B22. Para a maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos):

- a) São bastante estáveis
- b) Parecem mudar frequentemente
- c) Não os preocupa muito
- d) São fáceis de expressar
- e) Todas as respostas anteriores

B23. O método do calendário:

- a) Significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual
- b) Requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o seu período
- c) É eficaz em menos de 80% das vezes
- d) Pode ser usado quando se quer engravidar
- e) Todas as respostas anteriores

B24. A pílula:

- a) É um bom contraceptivo para as mulheres que fumam
- b) Normalmente acentua as contracções menstruais
- c) Pode ser usada por qualquer mulher
- d) Tem que ser tomada durante 21 ou 28 dias para que faça efeito
- e) Todas as respostas anteriores

B25. A gonorreia:

- a) É uma infecção mais comum do que a sífilis
- b) É uma doença que pode ser transmitida de mães para filhos durante o parto
- c) Torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos)
- d) É muitas vezes difícil de detectar nas mulheres
- e) Todas as respostas anteriores

B26. A pílula do dia seguinte:

- a) Só pode ser vendida com receita médica
- b) Pode ser utilizada com frequência porque não oferece riscos para a saúde
- c) Pode prevenir gravidezes indesejadas,
- d) É também chamada pílula abortiva
- e) Todas as respostas anteriores

B27. A homossexualidade

- a) É uma expressão da sexualidade humana
- b) É contrária à divisão natural entre os sexos
- c) É uma fase pela qual as crianças passam
- d) É considerada uma doença ou desvio
- e) Todas as respostas anteriores

Parte C

Assinale com um X as pessoas com quem, **no último ano**, conversou sobre os seguintes assuntos relacionados com a sexualidade:

ASSUNTO	Amigo/ amiga	Namorado /namorada	Pai	Mãe	Outro familiar	Irmão/ irmã	Professor	Médico, psicólogo, enfermeira	Linhas telefônicas/ Internet
Mudanças do corpo na adolescência									
O risco de engravidar									
Dúvidas sobre relações sexuais									
Diferenças entre homens e mulheres									
SIDA									
Outras infecções sexualmente transmissíveis									
O uso dos métodos contraceptivos									
As relações amorosas nos jovens									
Consultas sobre sexualidade e contracepção									
Linhas telefônicas de ajuda									
Pílula do dia seguinte									
Início da vida sexual									
Violência e os abusos sexuais									
Aborto									
Masturbação									
Homossexualidade									
Prostituição									

Parte D

As próximas questões são sobre as relações afectivas e sexuais. Vamos começar por falar da iniciação sexual. Assinale com um círculo a resposta que escolheu.

D1. Não contando os «namoros» da infância, que idade tinha quando começou a namorar pela primeira vez?

1. _____anos
2. Nunca namorei
3. Não sei/não me lembro

D2. Na sua opinião, ser virgem é:

1. Um motivo de orgulho
2. Um motivo de vergonha
3. Uma decisão de cada um
4. Não sei

D3. Normalmente sente-se atraído/a...

1. Só por rapazes
2. Só por raparigas
3. Por raparigas e rapazes
4. Não me sinto atraído(a) por ninguém

D4. Achas que a maioria dos seus amigos/as já teve relações sexuais?

1. Todos ou quase todos
2. Muitos deles já tiveram
3. Alguns já tiveram
4. Não
5. Não sei

D5. E no seu caso, já teve relações sexuais?

1. Sim ▶▶▶ Saltar para a pergunta D7
2. Não ▶▶▶ Saltar para a pergunta D6

Para quem respondeu **NÃO** à pergunta anterior

D6. Nunca teve relações sexuais porque:

1. Tem /teve vontade mas nunca teve oportunidade
2. Não encontrou ainda o parceiro/a ideal/adequado/a
3. Pretende casar virgem
4. Tem medo de engravidar
5. Outra.Especifica_____

▶▶▶ Saltar para a pergunta F1

D7. Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?

1. _____anos

D8. A pessoa com quem teve a sua primeira relação sexual era:

1. O meu namorado
2. A minha namorada
3. Um amigo que conhecia bem
4. Uma amiga que conhecia bem
5. Um amigo que conhecia mal
6. Uma amiga que conhecia mal
7. Um pessoa do sexo masculino que encontrei ocasionalmente
8. Uma pessoa do sexo feminino que encontrei ocasionalmente
9. Outra. Especifica:_____

D9. Na altura, que idade tinha essa pessoa?

1. _____anos
2. Não sei/não me lembro

D10. Foi também a primeira vez para essa pessoa?

1. Sim
2. Não
3. Não sei

D11. Sentiu-se pressionado/a para ter relações sexuais?

1. Sim
2. Não
3. Não sei / não me lembro

D12. A quem falou, em primeiro lugar, sobre a sua primeira relação sexual?

1. Pai
2. Mãe
3. Irmão
4. Irmã
5. Outro parente
6. Amigo
7. Amiga
8. Vizinho
9. Não contei a ninguém
10. Outra. Quem?_____
11. Não sei / não me lembro

D13. Durante a sua primeira relação sexual sentiu:

1. Medo
2. Dor
3. Nervosismo
4. Satisfação
5. Excitação
6. Outra. Especifica:_____
7. Não sei / não me lembro

D14. Antes da primeira relação sexual ter acontecido, conversou com o seu/sua parceiro/a sobre o modo de evitar a gravidez?

1. Sim ▶▶▶ Saltar para a pergunta D15
2. Não ▶▶▶ Saltar para a pergunta D19

3. Não sei ►►► Saltar para a pergunta D18

D15. Nessa primeira vez, tomaram algum cuidado para evitar a gravidez?

1. Sim ►►► Saltar para a pergunta D16
2. Não ►►► Saltar para a pergunta D18
3. Não sei ►►► Saltar para a pergunta D18

D16. Qual o cuidado que tiveram para evitar a gravidez? (Pode escolher mais de uma resposta)

1. Pílula anticonceptiva
2. Injecção / implante
3. DIU
4. Preservativo
5. Diafragma
6. Coito interrompido / gozar fora
7. Tabela
8. Usaram mais de um método. Especifica: _____
9. Outro. Especifica _____
10. Não sei / não me lembro

D17. Quem se preocupou em evitar a gravidez?

1. Eu
2. O/a parceiro/a
3. Os dois
4. Não sei / não me lembro

D18. Discutiu também com o seu parceiro/a a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)?

1. Sim ►►► Saltar para a pergunta D20
2. Não ►►► Saltar para a pergunta D20
3. Não sei ►►► Saltar para a pergunta D20

D19. Não tomaram nenhum cuidado para evitar a gravidez porque:

1. Desejava ter um filho
2. O seu/sua parceiro/a desejava ter um filho
3. Não sabiam como obter métodos anticonceptivos
4. Pensava que não podia engravidar
5. Pensei que era da responsabilidade do meu/minha parceiro/a
6. Não pensaram nisso
7. Outra. Especifica: _____
8. Não sei / não me lembro

D20. Depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele/a parceiro/a?

1. Sim, continua até hoje sem interrupções ►►► Saltar para a pergunta E3
2. Se separaram, mas estão juntos actualmente ►►► Saltar para a pergunta E3
3. Sim, mas acabou ►►► Saltar para a pergunta D21
4. Não tive depois qualquer relacionamento com ele(a) ►►► Saltar para a pergunta E1

D21. Durante quanto tempo ficaram juntos?

1. Menos de um mês
2. Entre 1 mês e 3 meses
3. Entre 3 meses e 6 meses
4. Entre 6 meses e 1 ano
5. Mais de 1 ano
6. Não sei / não me lembro

D22. Alguma vez utilizou (ou a sua parceira) a pílula do dia seguinte?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei

Parte E

Parceiro/a actual

Agora estamos interessados em falar sobre a sua situação actual no que respeita a relacionamentos afectivos e sexuais.

E1. Tem actualmente um relacionamento (namoro) que inclua relações sexuais?

1. Sim
2. Não ►►► Saltar para a pergunta E8

E2. Há quanto tempo estão juntos?

1. Menos de 1 semana
2. Entre 1 semana e 1 mês
3. Entre 1 mês e 3 meses
4. Entre 3 meses e 6 meses
5. Entre 6 meses e 1 ano
6. Mais de 1 ano
7. Não sei / não me lembro

E3. Quanto tempo depois de terem iniciado o relacionamento, tiveram relações sexuais?

1. 24 horas ou menos
2. Entre 1 dia e 1 semana
3. Entre 1 semana e 1 mês
4. Entre 1 mês e 3 meses
5. Entre 3 meses e 6 meses
6. Entre 6 meses e 1 ano
7. Mais de 1 ano
8. Não sei / não me lembro

E4. Em relação ao teu/tua parceiro/a sente que:

1. Está apaixonado/a
2. Gosta dele/a
3. Não sente nada de especial
4. Só sente excitação

5. Outra. Especifica: _____
6. Não sei

E5. Em relação ao preservativo, no vosso relacionamento:

1. Nunca usaram
2. Usaram sempre
3. Às vezes sim, às vezes não
4. Usaram no começo do relacionamento, e depois pararam
5. Não usaram no começo do relacionamento, mas depois começaram a usar
6. Outra. Especifica: _____

E6. Não considerando o preservativo, usam outro método para evitar a gravidez?

1. Nunca usaram ▶▶▶ Saltar para a pergunta E8
2. Usaram sempre
3. Às vezes sim, às vezes não
4. Usaram no começo do relacionamento, e depois pararam
5. Não usaram no começo do relacionamento, mas depois começaram a usar
6. Outro. Especifica: _____
7. Não sei

E7. Que método(s) costumam ou costumavam usar? (Podes escolher mais de uma respostas)

1. Pílula anticonceptiva
2. Injecção / implante
3. DIU
4. Diafragma
5. Coito interrompido / gozar fora
6. Tabela
7. Usaram mais de um método. Especifica: _____
8. Outro. Especifica: _____
9. Não sei

E8. Há quanto tempo teve a sua ÚLTIMA relação sexual?

1. Nos últimos 7 dias
2. Entre 1 semana e 1 mês
3. Entre 1 mês e 3 meses
4. Entre 3 meses e 6 meses
5. Entre 6 meses e 1 ano
6. Há mais de 1 ano

E9. E com quem foi?

1. O meu namorado
2. A minha namorada
3. Um ex-namorado
4. Uma ex-namorada
5. Um amigo
6. Uma amiga
7. Um parceiro ocasional
8. Uma parceira ocasional

9. Outro(a). Quem?: _____

E10. Nessa ÚLTIMA relação sexual usaram um preservativo?

1. Sim
2. Não
3. Não sei / não me lembro

E11. Sem considerar o preservativo, estavam a usar ou usaram outro método para evitar engravidar?

1. Sim ▶▶▶ Saltar para a pergunta E12
2. Não ▶▶▶ Saltar para a pergunta E13
3. Não sei ▶▶▶ Saltar para a pergunta E14

E12. Que outro método usaram na ÚLTIMA relação sexual?

1. Pílula anticonceptiva
2. Injecção / implante
3. DIU
4. Diafragma
5. Coito interrompido / gozar fora
6. Tabela
7. Usaram mais de um método. Especificar: _____
8. Outro. Especificar: _____
9. Não sei / não me lembro

▶▶▶ Saltar para a pergunta E14

E13. Não usaram nenhum método para evitar a gravidez porque:

1. Desejava ter um filho
2. O seu/sua parceiro/a desejava ter um filho
3. Não sabiam como obter os métodos anticonceptivos
4. Pensava que não podia engravidar
5. Era da responsabilidade do parceiro/a
6. Não pensaram nisso
7. Outra. Especificar: _____
8. Não sei / não me lembro
9. Não quero responder

E14. Alguma vez chegou (ou a sua parceira chegou) a engravidar?

1. Sim. Quantas vezes? ___ ▶▶▶ Saltar para a pergunta E15
2. Não ▶▶▶ Saltar para a pergunta E16
3. Não sei ▶▶▶ Saltar para a pergunta E16

E15. E a gravidez resultou:

1. No nascimento de uma criança
2. Em aborto espontâneo
3. Em aborto provocado
4. Não sei

E16. Já lhe aconteceu ter tido relações sexuais com outra pessoa que não o teu/tua namorado(a)?

1. Sim
2. Não ►►► Saltar para a pergunta E20

E17. Quantas vezes já lhe aconteceu isso?

1. _____

E18. Na ÚLTIMA vez que isso aconteceu, usaram preservativo?

1. Sim
2. Não
3. Não sei / não me lembro

E19. E quem era essa pessoa?

1. Um amigo que conhecia bem
2. Uma amiga que conhecia bem
3. Um amigo que conhecia mal
4. Uma amiga que conhecia mal
5. Uma pessoa do sexo masculino que encontrei ocasionalmente
6. Uma pessoa do sexo feminino que encontrei ocasionalmente
7. Outra. Especifica: _____

E20. Considerando toda a sua vida, com quantas pessoas teve até agora relações sexuais?

1. _____ pessoas

E21. Alguma vez teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?

1. Sim
2. Não

Parte F

F1. Estamos agora interessados em saber se alguma vez sentiu necessidade de pedir ajuda a alguém para resolver uma situação/problema relacionada com a sua sexualidade. Se sim, a quem recorreu? (PODE ASSINLAR MAIS DE UMA RESPOSTA).

1. Nunca recorri a ninguém ►►► Saltar para o FIM
2. Pai
3. Mãe
4. Irmãos/irmãs
5. Outro familiar
6. Amigo
7. Amiga
8. Profissional de saúde (médico, psicólogo, etc.)
9. Outra pessoa. Qual? _____

10. Qual? _____

F2. Na ÚLTIMA vez que isso aconteceu, qual foi a situação/problema?

11. Problemas relacionados com o meu corpo
12. Risco de engravidar
13. Dúvidas com o uso dos métodos contraceptivos
14. Uso de métodos contraceptivos de emergência
15. Início das relações sexuais
16. Problemas afectivos com o(a) namorado(a)
17. Abuso ou violência sexuais
18. Dúvidas sobre a homossexualidade
19. Dúvidas sobre o acesso às consultas de planeamento
20. Outra. Qual? _____

F3. Considera que essa ajuda foi muito útil, mais ou menos útil, pouco útil ou inútil na resolução da situação/problema que estava enfrentando?

1. Muito útil
2. Mais ou menos útil
3. Pouco útil
4. Inútil
5. Não sei

F4. Já alguma vez recorreu a algum destes serviços por questões relacionadas com a sua sexualidade? (PODE ASSINLAR MAIS DE UMA RESPOSTA).

1. Médico de família
2. Consulta para jovens em centros de saúde
3. Linha telefónica de ajuda
4. Gabinete /psicólogo escolar
5. Gabinete de apoio à sexualidade juvenil
6. Associação de Planeamento Familiar (APF)
7. Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce de VIH
8. Outro. Qual? _____
9. Nunca recorri a nenhum desses serviços. ►►► Saltar para a pergunta F6

F5. Por que razão procurou esses serviços? (Pode escolher mais de uma resposta)?

1. Problemas relacionados com o meu corpo
2. Risco de engravidar
3. Dúvidas com o uso dos métodos contraceptivos
4. Uso de métodos contraceptivos de emergência
5. Início das relações sexuais
6. Problemas afectivos com o(a) namorado(a)
7. Abuso ou violência sexuais
8. Dúvidas sobre a homossexualidade
9. Dúvidas sobre o acesso às consultas de planeamento
10. Outra. Qual? _____

F6. Por que razão nunca recorreu a esses serviços?

1. Nunca precisei
2. Não sei onde esses serviços funcionam
3. Não me sinto à vontade para ir lá sozinho
4. Receio que os meus pais venham a saber
5. Outra razão. Qual? _____

Parte G

Atitudes Sexuais

Agora estamos interessados em falar sobre as suas atitudes sexuais. Leia atentamente as afirmações que se seguem e indique, relativamente a cada uma delas, qual o grau que corresponde às suas opiniões, pensamentos e sentimentos. Faça uma cruz (X) no número apropriado, atendendo às seguintes significações:

1=Completamente em desacordo; 2= Parcialmente em desacordo; 3= Não sei/nem concordo nem discordo
4=Parcialmente de acordo; 5= Completamente de acordo

ESCALA DE ATITUDES SEXUAIS		
1	Não preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.	① ② ③ ④ ⑤
2	O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.	① ② ③ ④ ⑤
3	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	① ② ③ ④ ⑤
4	Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros.	① ② ③ ④ ⑤
5	O sexo é melhor quando nos “deixamos ir” e nos centramos no nosso próprio prazer.	① ② ③ ④ ⑤
6	As “aventuras sexuais” de uma noite são, por vezes, muito agradáveis.	① ② ③ ④ ⑤
7	As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.	① ② ③ ④ ⑤
8	É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	① ② ③ ④ ⑤
9	O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.	① ② ③ ④ ⑤
10	O sexo é em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	① ② ③ ④ ⑤
11	As relações sexuais como simples troca de “serviços” são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.	① ② ③ ④ ⑤
12	O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer “compromissos”.	① ② ③ ④ ⑤
13	Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interacção humana.	① ② ③ ④ ⑤
14	O sexo é, principalmente, uma actividade física.	① ② ③ ④ ⑤
15	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.	① ② ③ ④ ⑤
16	Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois “seres”.	① ② ③ ④ ⑤
17	Os homens devem partilhar as responsabilidades de planeamento familiar.	① ② ③ ④ ⑤
18	O sexo é, geralmente, uma experiência intensa e absorvente.	① ② ③ ④ ⑤
19	O sexo é principalmente, uma função corporal, tal como comer.	① ② ③ ④ ⑤
20	O sexo apenas como forma de “descarga” física é bom.	① ② ③ ④ ⑤
21	O sexo é uma parte muito importante da vida.	① ② ③ ④ ⑤
22	A principal finalidade do sexo é dar-mos prazer a nós mesmos.	① ② ③ ④ ⑤

O questionário termina aqui! Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE II - DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTOS E SEXO

APÊNDICE II

DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTOS E SEXO

Quadro I- Diferenças entre Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência e o Sexo			
Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B1-Durante o período menstrual as raparigas- têm uma perda mensal de sangue proveniente do útero, que é normal	0,203	1	0,653
B7-Quando os rapazes entram na puberdade- perdem a “gordura de bebé” e tornam-se magros; o pénis torna-se maior; os testículos produzem esperma; a voz torna-se mais grave.	0,005	1	0,943
B11-Fisicamente- as raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes	5,555	1	0,018
B14-Quando entram na puberdade, os adolescentes ficam mais interessados nas actividades sexuais porque- As hormonas sexuais estão a mudar; os <i>media</i> os incitam para o sexo; alguns dos seus amigos têm relações sexuais e esperam que eles também o façam.	0,658	1	0,417
B21-Para um rapaz as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que- está a viver uma parte normal do crescimento	0,270	1	0,603
B22-Para a Maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos)- parecem mudar frequentemente	0,001	1	0,971

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro II- Diferenças entre Conhecimentos sobre Sexualidade Humana e o Sexo			
Conhecimentos sobre Sexualidade Humana	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B4-A sexualidade: faz parte de cada ser humano desde que nasce até que morra	0,189	1	0,664
B6-Quanto às necessidades sexuais: depende de cada homem e de cada mulher	0,431	1	0,512
B13-Quando os homens e mulheres estão fisicamente desenvolvidos: os testículos produzem milhões de espermatozóides em cada ejaculação	0,239	1	0,625
B15-A masturbação nas mulheres: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceiro(a)	0,788	1	0,375
B17-A masturbação nos homens: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceira(o)	0,051	1	0,821
B27A homossexualidade: é uma expressão da sexualidade humana	4,896	1	0,027

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro III- Diferenças entre Conhecimentos sobre Contraceção e o Sexo			
Conhecimentos sobre Contraceção	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B3-Alguns contraceptivos- só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis no centro de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais.	0,065	1	0,798
B9-O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas é- coito interrompido	2,094	1	0,148
B16-Para usar um preservativo correctamente deve-se- deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade.	4,468	1	0,035
B23-O método do calendário- significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar	0,676	1	0,411
B24-A pílula- tem que ser tomada 21 ou 28 dias para que faça efeito	1,067	1	0,302
B26-A pílula do dia seguinte- pode prevenir gravidezes indesejadas	1,327	1	0,249

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro IV- Diferenças entre Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e o Sexo			
Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B5-As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma IST, quando usam: o preservativo	0,748	1	0,387
B12-Actualmente é impossível curar: o vírus do herpes	0,029	1	0,864
B18-No geral, podem dizer: nenhuma das respostas anteriores	2,282	1	0,131
B19-O tratamento para IST's é melhor se: os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo	1,003	1	0,316
B20-A sífilis: é conhecida por poder causar cegueira, insanidade e morte	1,154	1	0,283
B25-A gonorreia: é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida da mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos); é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres.	5,555	1	0,18

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro V- Diferenças entre Conhecimentos sobre Percepção de Risco e o Sexo			
Conhecimentos sobre Percepção do Risco	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B2-É perigoso para uma mulher ter relações sexuais, quando ela- tem um parceiro sexual com sífilis	0,011	1	0,917
B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida- a qualquer altura do mês	9,593	1	0,02
B10-É possível uma mulher ficar grávida- na primeira vez que ela tem relações sexuais; se ela tem relações sexuais durante o período menstrual; se ela tem relações sexuais de pé; se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pênis não entre no seu corpo.	3,798	1	0,051

*Teste de ind. Qui-quadrado

APÊNDICE III - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS E SEXO

APÊNDICE III

TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS E SEXO

Quadro I – Tabela de contingência entre B8 “Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida” e o sexo (n=108)

			B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida		Total
			Correcto	Incorrecto	
Sexo	Masculino	Observado	25	33	58
		Esperado	33,0	25,0	58,0
		Resíduos ajustados standardizados	-3,1	3,1	
	Feminino	Observado	37	14	51
		Esperado	29,0	22,0	51,0
		Resíduos ajustados standardizados	3,1	-3,1	
Total	Observado	62	47	109	
	Esperado	62,0	47,0	109,0	

Quadro II – Tabela de contingência entre B11 “fisicamente as raparigas, normalmente amadurecem mais cedo que os rapazes” e o sexo (n=108)

			B11-Fisicamente		Total
			Correcto	Incorrecto	
Sexo	Masculino	Observado	33	26	59
		Esperado	38,8	20,2	59,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,4	2,4	
	Feminino	Observado	38	11	49
		Esperado	32,2	16,8	49,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,4	-2,4	
Total	Observado	71	37	108	
	Esperado	71,0	37,0	108,0	

Quadro III – Tabela de contingência entre B16 “Para usar um preservativo correctamente deve-se deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade” e o sexo (n=108).

			B16-Para usar um preservativo correctamente deve-se:		Total
			Correcto	Incorrecto	
Sexo	Masculino	Observado	24	29	53
		Esperado	29,3	23,7	53,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,1	2,1	
	Feminino	Observado	33	17	50
		Esperado	27,7	22,3	50,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,1	-2,1	
Total	Observado	57	46	103	
	Esperado	57,0	46,0	103,0	

Quadro IV – Tabela de Contingência entre B27 “A homossexualidade é uma expressão da sexualidade humana” e o sexo (n=108)

			B27-A homossexualidade		Total
			Correcto	Incorrecto	
Sexo	Masculino	Observado	24	32	56
		Esperado	29,6	26,4	56,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,2	2,2	
	Feminino	Observado	31	17	48
		Esperado	25,4	22,6	48,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,2	-2,2	
Total	Observado	55	49	104	
	Esperado	55,0	49,0	104,0	

APÊNDICE IV - DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTOS E CURSO

APENDICE IV

DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTOS E CURSO

Quadro I- Diferenças entre Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência e o Curso			
Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B1-Durante o período menstrual as raparigas- têm uma perda mensal de sangue proveniente do útero, que é normal	0,001	1	0,975
B7-Quando os rapazes entram na puberdade- perdem a “gordura de bebé” e tornam-se magros; o pênis torna-se maior; os testículos produzem esperma; a voz torna-se mais grave.	0,319	1	0,572
B11-Fisicamente- as raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes	1,620	1	0,203
B14-Quando entram na puberdade, os adolescentes ficam mais interessados nas actividades sexuais porque- As hormonas sexuais estão a mudar; os <i>media</i> os incitam para o sexo; alguns dos seus amigos têm relações sexuais e esperam que eles também o façam.	0,156	1	0,693
B21-Para um rapaz as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que- está a viver uma parte normal do crescimento	0,895	1	0,344
B22-Para a Maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos)- parecem mudar frequentemente	0,075	1	0,785

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro II- Diferenças entre Conhecimentos sobre Sexualidade Humana e o Curso			
Conhecimentos sobre Sexualidade Humana	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B4-A sexualidade: faz parte de cada ser humano desde que nasce até que morra	0,680	1	0,410
B6-Quanto às necessidades sexuais: depende de cada homem e de cada mulher	0,546	1	0,460
B13-Quando os homens e mulheres estão fisicamente desenvolvidos: os testículos produzem milhões de espermatozóides em cada ejaculação	2,221	1	0,136
B15-A masturbação nas mulheres: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceiro(a)	0,416	1	0,519
B17-A masturbação nos homens: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceira(o)	0,000	1	1,000
B27-A homossexualidade: é uma expressão da sexualidade humana	6,796	1	0,009

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro III- Diferenças entre Conhecimentos sobre Contraceção e o Curso			
Conhecimentos sobre Contraceção	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B3-Alguns contraceptivos- só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis no centro de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais.	0,316	1	0,574
B9-O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas é- coito interrompido	0,068	1	0,794
B16-Para usar um preservativo correctamente deve-se- deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade.	4,468	1	0,035
B23-O método do calendário- significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar	1,501	1	0,221
B24-A pílula- tem que ser tomada 21 ou 28 dias para que faça efeito	0,230	1	0,632
B26-A pílula do dia seguinte- pode prevenir gravidezes indesejadas	0,30	1	0,863

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro IV- Diferenças entre Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e o Curso			
Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B5-As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma IST, quando usam: o preservativo	0,596	1	0,440
B12-Actualmente é impossível curar: o vírus do herpes	0,397	1	0,529
B18-No geral, podem dizer: nenhuma das respostas anteriores	1,591	1	0,207
B19-O tratamento para IST's é melhor se: os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo	0,321	1	0,571
B20-A sífilis: é conhecida por poder causar cegueira, insanidade e morte	0,072	1	0,788
B25-A gonorreia: é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida da mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos); é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres.	5,555	1	0,018

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro V- Diferenças entre Conhecimentos sobre Percepção de Risco e o Curso			
Conhecimentos sobre Percepção do Risco	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B2-É perigoso para uma mulher ter relações sexuais, quando ela- tem um parceiro sexual com sífilis	0,247	1	0,619
B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida- a qualquer altura do mês	8,260	1	0,04
B10-É possível uma mulher ficar grávida- na primeira vez que ela tem relações sexuais; se ela tem relações sexuais durante o período menstrual; se ela tem relações sexuais de pé; se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pênis não entre no seu corpo.	2,045	1	0,153

*Teste de ind. Qui-quadrado

APÊNDICE V - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE OS CONHECIMENTOS E O CURSO

APÊNDICE V

TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS E CURSO

Quadro I – Tabela de contingência entre B8 “*Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida*” e o curso (n=112)

			B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida		Total
			Correcto	Incorrecto	
Curso	Humanistas	Observado	37	15	52
		Esperado	29,6	22,4	
		Resíduos ajustados standardizados	2,9	-2,9	
	Técnicos	Observado	25	32	57
		Esperado	32,4	24,6	
		Resíduos ajustados standardizados	-2,9	2,9	
Total		Observado	62	47	109
		Esperado	62,0	47,0	

Quadro II – Tabela de contingência entre B16 “*Para usar um preservativo correctamente deve-se deixar espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade*” e o curso(n=112)

			B16- Para usar um preservativo correctamente deve-se:		Total
			Correcto	Incorrecto	
Curso	Humanistas	Observado	33	17	50
		Esperado	27,7	22,3	
		Resíduos ajustados standardizados	2,1	-2,1	
	Técnicos	Observado	24	29	53
		Esperado	29,3	23,7	
		Resíduos ajustados standardizados	-2,1	2,1	
Total		Observado	57	46	103
		Esperado	57,0	46,0	

Quadro III – Tabela de Contingência entre B25 “A gonorreia é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida de mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis; é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres” e o curso (n=112)

			B25-A gonorreia		Total
			Correcto	Incorrecto	
Curso	Humanistas	Observado	13	35	48
		Esperado	8,5	39,5	48,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,4	-2,4	
	Técnicos	Observado	5	49	54
		Esperado	9,5	44,5	54,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,4	2,4	
Total	Observado	18	84	102	
	Esperado	18,0	84,0	102,0	

Quadro IV – Tabela de contingência entre B27 “a homossexualidade é uma expressão da sexualidade humana” e o curso (n=112)

			B27-A homossexualidade		Total
			Correcto	Incorrecto	
Curso	Humanistas	Observado	32	16	48
		Esperado	25,4	22,6	48,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,6	-2,6	
	Técnicos	Observado	23	33	56
		Esperado	29,6	26,4	56,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,6	2,6	
Total	Observado	55	49	104	
	Esperado	55,0	49,0	104,0	

APÊNDICE VI - DIFERENÇAS ENTRE OS CONHECIMENTOS E O GRUPO ETÁRIO

APÊNDICE VI

DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTOS E GRUPO ETÁRIO

Quadro I- Diferenças entre Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência e o Grupo etário			
Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B1-Durante o período menstrual as raparigas- têm uma perda mensal de sangue proveniente do útero, que é normal	0,234	1	0,628
B7-Quando os rapazes entram na puberdade- perdem a “gordura de bebé” e tornam-se magros; o pênis torna-se maior; os testículos produzem esperma; a voz torna-se mais grave.	0,279	1	0,597
B11-Fisicamente- as raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes	2,365	1	0,124
B14-Quando entram na puberdade, os adolescentes ficam mais interessados nas actividades sexuais porque- As hormonas sexuais estão a mudar; os <i>media</i> os incitam para o sexo; alguns dos seus amigos têm relações sexuais e esperam que eles também o façam.	1,665	1	0,197
B21-Para um rapaz as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que- está a viver uma parte normal do crescimento	0,342	1	0,558
B22-Para a Maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos)- parecem mudar frequentemente	0,555	1	0,456

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro II- Diferenças entre Conhecimentos sobre Sexualidade Humana/Grupo etário			
Conhecimentos sobre Sexualidade Humana	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B4-A sexualidade: faz parte de cada ser humano desde que nasce até que morra	0,55	1	0,814
B6-Quanto às necessidades sexuais: depende de cada homem e de cada mulher	0,239	1	0,625
B13-Quando os homens e mulheres estão fisicamente desenvolvidos: os testículos produzem milhões de espermatozóides em cada ejaculação	0,458	1	0,499
B15-A masturbação nas mulheres: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceiro(a)	0,206	1	0,650
B17-A masturbação nos homens: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceira(o)	0,167	1	0,683
B27-A homossexualidade: é uma expressão da sexualidade humana	0,002	1	0,966

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro III- Diferenças entre Conhecimentos sobre Contracepção e o Grupo Etário			
Conhecimentos sobre Contracepção	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B3-Alguns contraceptivos- só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis no centro de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais.	6,792	1	0,009
B9-O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas é- coito interrompido	0,062	1	0,803
B16-Para usar um preservativo correctamente deve-se- deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade.	0,082	1	0,775
B23-O método do calendário- significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar	0,268	1	0,605
B24-A pílula- tem que ser tomada 21 ou 28 dias para que faça efeito	1,6291	1	0,202
B26-A pílula do dia seguinte- pode prevenir gravidezes indesejadas	0,002	1	0,967

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro IV- Diferenças entre Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e o Grupo etário			
Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B5-As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma IST, quando usam: o preservativo	3,640	1	0,056
B12-Actualmente é impossível curar: o vírus do herpes	5,006	1	0,025
B18-No geral, podem dizer: nenhuma das respostas anteriores	0,197	1	0,657
B19-O tratamento para IST's é melhor se: os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo	1,831	1	0,176
B20-A sífilis: é conhecida por poder causar cegueira, insanidade e morte	0,131	1	0,717
B25-A gonorreia: é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida da mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos); é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres.	3,163	1	0,075

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro V- Diferenças entre Conhecimentos sobre Percepção de Risco e o Grupo etário			
Conhecimentos sobre Percepção do Risco	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B2-É perigoso para uma mulher ter relações sexuais, quando ela- tem um parceiro sexual com sífilis	0,979	1	0,322
B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida- a qualquer altura do mês	1,391	1	0,238
B10-É possível uma mulher ficar grávida- na primeira vez que ela tem relações sexuais; se ela tem relações sexuais durante o período menstrual; se ela tem relações sexuais de pé; se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pênis não entre no seu corpo.	0,189	1	0,663

*Teste de ind. Qui-quadrado

APÊNDICE VII - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE OS CONHECIMENTOS E O GRUPO ETÁRIO

APÊNDICE VII

TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS E GRUPO ETÁRIO

Quadro I- Tabela de contingência entre B3 “*Alguns contraceptivos só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis nos centros de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem permissão dos pais*” e o grupo etário (n=108).

			B3- Alguns contraceptivos		Total
			Correcto	Incorrecto	
Idade	15 a 19 anos	Observado	13	50	63
		Esperado	18,6	44,4	63,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,6	2,6	
	20 a 24 anos	Observado	16	19	35
		Esperado	10,4	24,6	35,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,6	-2,6	
Total	Observado	29	69	98	
	Esperado	29,0	69,0	98,0	

Quadro II- Tabela de contingência entre B12 “*Actualmente é impossível curar o vírus do herpes*” e o grupo etário (n=108)

			B12- Actualmente é impossível curar:		Total
			Correcto	Incorrecto	
Idade	15 a 19 anos	Observado	6	58	64
		Esperado	9,8	54,2	64,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,2	2,2	
	20 a 24 anos	Observado	9	25	34
		Esperado	5,2	28,8	34,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,2	-2,2	
Total	Observado		83	98	
	Esperado	15,0	83,0	98,0	

APÊNDICE VIII - DIFERENÇAS ENTRE OS CONHECIMENTOS E A RELIGIÃO

APÊNDICE VIII

DIFERENÇAS ENTRE CONHECIMENTOS E RELIGIÃO

Quadro I- Diferenças entre Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência e a Religião			
Conhecimentos sobre Puberdade e Adolescência	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B1-Durante o período menstrual as raparigas- têm uma perda mensal de sangue proveniente do útero, que é normal	0,276	1	0,595
B7-Quando os rapazes entram na puberdade- perdem a “gordura de bebé” e tornam-se magros; o pênis torna-se maior; os testículos produzem esperma; a voz torna-se mais grave.	1,257	1	0,262
B11-Fisicamente- as raparigas, normalmente, amadurecem mais cedo que os rapazes	0,093	1	0,760
B14-Quando entram na puberdade, os adolescentes ficam mais interessados nas actividades sexuais porque- As hormonas sexuais estão a mudar; os <i>media</i> os incitam para o sexo; alguns dos seus amigos têm relações sexuais e esperam que eles também o façam.	1,194	1	0,275
B21-Para um rapaz as emissões nocturnas (sonhos molhados) significam que- está a viver uma parte normal do crescimento	1,571	1	0,210
B22-Para a Maioria dos adolescentes, as emoções (sentimentos)- parecem mudar frequentemente	1,109	1	0,292

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro II- Diferenças entre Conhecimentos sobre Sexualidade Humana e a Religião			
Conhecimentos sobre Sexualidade Humana	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B4-A sexualidade: faz parte de cada ser humano desde que nasce até que morra	0,775	1	0,379
B6-Quanto às necessidades sexuais: depende de cada homem e de cada mulher	0,614	1	0,433
B13-Quando os homens e mulheres estão fisicamente desenvolvidos: os testículos produzem milhões de espermatozóides em cada ejaculação	1,045	1	0,307
B15-A masturbação nas mulheres: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceiro(a)	0,551	1	0,458
B17-A masturbação nos homens: é uma prática sexual possível, mesmo quando se tem parceira(o)	0,868	1	0,351
B27A homossexualidade: é uma expressão da sexualidade humana	0,435	1	0,510

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro III- Diferenças entre Conhecimentos sobre Contraceção e a Religião			
Conhecimentos sobre Contraceção	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B3-Alguns contraceptivos- só podem ser adquiridos com receita médica; estão disponíveis no centro de saúde; podem ser comprados em farmácias; podem ser adquiridos por menores de 18 sem a permissão dos pais.	0,960	1	0,327
B9-O método contraceptivo que é menos eficaz na prevenção de gravidezes não desejadas é- coito interrompido	1,418	1	0,234
B16-Para usar um preservativo correctamente deve-se- deixar um espaço na ponta para o esperma; usar um novo sempre que a relação sexual ocorrer; segurá-lo enquanto se retira o pénis da vagina; verificar a data de validade.	1,478	1	0,224
B23-O método do calendário- significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar	4,227	1	0,040
B24-A pílula- tem que ser tomada 21 ou 28 dias para que faça efeito	0,902	1	0,342
B26-A pílula do dia seguinte- pode prevenir gravidezes indesejadas	1,316	1	0,251

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro IV- Diferenças entre Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Religião			
Conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B5-As pessoas que têm relações sexuais podem mais eficazmente prevenir uma IST, quando usam: o preservativo	1,054	1	0,305
B12-Actualmente é impossível curar: o vírus do herpes	4,694	1	0,030
B18-No geral, podem dizer: nenhuma das respostas anteriores	5,251	1	0,022
B19-O tratamento para IST's é melhor se: os dois parceiros forem tratados ao mesmo tempo	1,273	1	0,259
B20-A sífilis: é conhecida por poder causar cegueira, insanidade e morte	0,12	1	0,913
B25-A gonorreia: é uma infecção mais comum do que a sífilis; é uma doença que pode ser transmitida da mães para filhos durante o parto; torna muitos homens e mulheres estéreis (incapazes de terem filhos); é muitas vezes difícil de detectar nas mulheres.	0,226	1	0,634

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro V- diferenças entre Conhecimentos sobre Percepção de Risco e a Religião			
Conhecimentos sobre Percepção do Risco	Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
B2-É perigoso para uma mulher ter relações sexuais, quando ela- tem um parceiro sexual com sífilis	0,155	1	0,694
B8-Se um casal tem relações sexuais e não usa nenhum contraceptivo, a mulher pode ficar grávida- a qualquer altura do mês	0,620	1	0,431
B10-É possível uma mulher ficar grávida- na primeira vez que ela tem relações sexuais; se ela tem relações sexuais durante o período menstrual; se ela tem relações sexuais de pé; se o esperma se aproximar do orifício vaginal, mesmo que o pênis não entre no seu corpo.	0,028	1	0,866

*Teste de ind. Qui-quadrado

**APÊNDICE IX - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE OS CONHECIMENTOS E A
RELIGIÃO**

APÊNDICE IX

TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE CONHECIMENTOS E RELIGIÃO

Quadro I – Tabela de contingência entre B12 “*Actualmente é impossível curar o vírus do herpes*” e religião (n=108)

			B12-Actualmente é impossível curar		Total
			Correcto	Incorrecto	
Religião ou não	Religião	Observado	16	65	81
		Esperado	12,8	68,2	81,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,2	-2,2	
	Sem religião	Observado	0	20	20
		Esperado	3,2	16,8	20,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,2	2,2	
Total		Observado	16	85	101
		Esperado	16,0	85,0	101,0

Quadro II – Tabela de contingência entre B18 “*No geral podemos dizer*” e religião (n=108)

			B18- No geral podemos dizer:		Total
			Correcto	Incorrecto	
Religião ou não	Religião	Observado	48	37	85
		Esperado	52,7	32,3	85,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,3	2,3	
	Sem religião	Observado	19	4	23
		Esperado	14,3	8,7	23,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,3	-2,3	
Total		Observado	67	41	108
		Esperado	67,0	41,0	108,0

Quadro III- Tabela de contingência entre B23 “*O método do calendário significa que os casais não podem ter relações em certos dias do ciclo menstrual; requer que a mulher mantenha um registo de quando tem o seu período; é eficaz em menos de 80% das vezes; pode ser usado quando se quer engravidar*” e religião (n=108).

			B23- O método do calendário:		Total
			Correcto	Incorrecto	
Religião ou não	Religião	Observado	12	73	85
		Esperado	15,2	69,8	85,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,1	2,1	
	Sem religião	Observado	7	14	21
		Esperado	3,8	17,2	21,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,1	-2,1	
Total		Observado	19	87	106
		Esperado	19,0	87,0	106,0

**APÊNDICE X - DIFERENÇAS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE AS
ATITUDES SEXUAIS E O SEXO, CURSO, RELIGIÃO E GRUPO ETÁRIO**

APÊNDICE X

ANÁLISE ENTRE AS ATITUDES E O SEXO; CURSO; RELIGIÃO E GRUPO ETÁRIO

Quadro I : Análise das diferenças entre as Atitudes Sexuais e o Sexo			
Atitudes Sexuais/sexo	Valor teste	G.Liberdade	Sig.
Permissividade	6,798	103	0,00
Comunhão	0,132	97,81	0,895
Instrumentalidade	2,116	103,06	0,037
Práticas Sexuais	1,411	105	0,161

*Teste t-student

Quadro II: Análise das diferenças entre as Atitudes Sexuais e o Curso			
Atitudes Sexuais/curso	Valor teste	G.Liberdade	Sig.
Permissividade	6,463	103	0,00
Comunhão	0,230	100,63	0,818
Instrumentalidade	2,461	104	0,016
Práticas Sexuais	0,899	103,256	0,371

*Teste t-student

Quadro III: Análise das diferenças entre as Atitudes Sexuais e a religião			
Atitudes Sexuais/sexo	Valor teste	G.Liberdade	Sig.
Permissividade	0,699	103	0,486
Comunhão	0,764	104	0,446
Instrumentalidade	1,607	104	0,111
Práticas Sexuais	0,295	104	0,769

*Teste t-student

Quadro IV: Análise das diferenças entre as Atitudes Sexuais e Grupo etário			
Atitudes Sexuais/curso	Valor teste	G.Liberdade	Sig.
Permissividade	1,137	91	0,259
Comunhão	1,016	55,44	0,314
Instrumentalidade	0,512	92	0,610
Práticas Sexuais	1,359	93	0,178

*Teste t-student

**APÊNDICE XI - ASSOCIAÇÃO ENTRE OS COMPORTAMENTOS SEXUAIS E O SEXO,
CURSO, GRUPO ETÁRIO E RELIGIÃO**

APÊNDICE XI

DIFERENÇAS ENTRE OS COMPORTAMENTOS SEXUAIS E O SEXO, CURSO, GRUPO ETÁRIO E RELIGIÃO

Quadro I : Associação da Idade do primeiro Namoro com Sexo, Grupo etário, Religião e Curso				
D1- Que idade tinha quando começou a namorar pela primeira vez		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	2,225	82	0,029
	GRUPO ETÁRIO	3,660	79	0,000
	RELIGIÃO	0,608	82	0,545
	CURSO	2,225	82	0,029

*Teste T-student

Quadro II: Associação se Já Iniciaram Relações Sexuais com Sexo, Grupo Etário, Religião e Curso				
D5- já teve relações sexuais		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	0,890	1	0,345
	GRUPO ETÁRIO	9,995	1	0,002
	RELIGIÃO	1,947	1	0,163
	CURSO	1,177	1	0,278

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro III: Associação entre a Idade da Primeira Relação com Sexo, Grupo Etário, Religião e Curso				
D7- Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	1,634	69	0,107
	GRUPO ETÁRIO	4,131	66	0,000
	RELIGIÃO	0,194	69	0,847
	CURSO	2,011	69	0,048

*Teste t-student

Quadro IV: Associação entre se Foi a Primeira Vez para o Parceiro/a com Sexo, Grupo Etário, Religião e Curso				
D10- Foi também a Primeira vez para o seu/sua Parceiro/a		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	7,581	1	0,006
	GRUPO ETÁRIO	6,486	1	0,011
	RELIGIÃO	0,777	1	0,378
	CURSO	6,025	1	0,014

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro V: Associação se Foi Pressionado para ter Relações Sexuais com Sexo, Grupo Etário, Religião e Curso				
D11- Sentiu-se Pressionado Para Ter Relações Sexuais		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	1,648	2	0,439
	GRUPO ETÁRIO	1,893	2	0,388
	RELIGIÃO	0,887	2	0,642
	CURSO	0,960	2	0,619

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro VI: Associação a Prevenção da Gravidez com Sexo, Grupo Etário, Religião e Curso				
D15- Nessa primeira vez, tomaram algum cuidado para evitar a gravidez		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	2,002	1	0,157
	GRUPO ETÁRIO	1,646	1	0,199
	RELIGIÃO	0,407	1	0,524
	CURSO	2,002	1	0,157

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro VII: Associação entre Parceiros Ocasionais com Sexo, Grupo Etário, Religião e Curso				
E16- Teve relações sexuais com outra pessoa que não o teu/tua namorado/a		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	5,219	1	0,022
	GRUPO ETÁRIO	0,926	1	0,336
	RELIGIÃO	4,684	1	0,030
	CURSO	8,998	1	0,003

*Teste de ind. Qui-quadrado

Quadro VIII: Associação de N° de Parceiros Sexuais ao longo da vida com sexo, grupo etário, religião e curso				
E20- Considerando toda a sua vida, com quantas pessoas teve até agora relações sexuais		Valor Teste	Grau Liberdade	Sig.
	SEXO	1,867	65	0,075
	GRUPO ETÁRIO	0,151	62	0,881
	RELIGIÃO	1,837	65	0,071
	CURSO	1,862	65	0,067

*Teste t- student

**APÊNDICE XII - ANÁLISE DE DIFERENÇAS ENTRE A IDADE DO PRIMEIRO NAMORO E
O SEXO, CURSO E O GRUPO ETÁRIO**

APÊNDICE XII
ANÁLISE DE DIFERENÇAS ENTRE IDADE DO PRIMEIRO NAMORO E O
SEXO, CURSO E GRUPO ETÁRIO

Quadro I- Análise de Diferenças entre a Idade de Namoro e Sexo, Curso e Grupo Etário				
		Número	Mean	Std. Deviation
SEXO				
	Masculino	43	14,23	2,068
	Feminino	41	15,22	1,994
CURSO				
	Humanistas	41	15,22	1,981
	Técnicos	43	14,23	2,080
GRUPO ETÁRIO				
	15 a 19 anos	54	14,15	1,687
	20 a 24 anos	27	15,81	2,354

*teste t-student

**APÊNDICE XIII - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE O INÍCIO DAS RELAÇÕES
SEXUAIS E O GRUPO ETÁRIO**

APÊNDICE XIII

TABELA DE CONTINGÊNCIA ENTRE INÍCIO DE RELAÇÕES SEXUAIS E GRUPO ETÁRIO

Quadro I- Tabela de contingência entre “Já teve relações sexuais” e Grupo Etário

			Já teve relações sexuais		Total
			Sim	Não	
Idade	15 a 19 anos	Observado	37	33	70
		Esperado	44,5	25,5	70,0
		Resíduos ajustados standardizados	-3,2	3,2	
	20 a 24 anos	Observado	31	6	37
		Esperado	23,5	13,5	37,0
		Resíduos ajustados standardizados	3,2	-3,2	
Total	Observado	68	39	107	
	Esperado	68,0	39,0	107,0	

APÊNDICE XIV - ANÁLISE DA IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL E O CURSO E O GRUPO ETÁRIO

APÊNDICE XIV
ANÁLISE DE DIFERENÇAS ENTRE IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO
SEXUAL E O CURSO E GRUPO ETÁRIO

Quadro I- Análise de diferenças entre a Idade da Primeira Relação e Sexo, Curso e Grupo Etário				
		Número	Mean	Std. Deviation
CURSO				
	Humanistas	36	16,75	1,873
	Técnicos	35	15,91	1,616
GRUPO ETÁRIO				
	15 a 19 anos	37	15,54	1,325
	20 a 24 anos	31	17,16	1,899

*teste t-Student

APÊNDICE XV - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE SE FOI A PRIMEIRA VEZ PARA O PARCEIRO SEXUAL E O SEXO, CURSO E GRUPO ETÁRIO

APÊNDICE XV

TABELA DE CONTINGENCIA ENTRE SE FOI A PRIMEIRA VEZ PARA O PARCEIRO SEXUAL E O SEXO, CURSO E GRUPO ETÁRIO

Quadro I- Tabela de contingência entre “foi também a primeira vez para o seu parceiro/a” e o Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Foi também a primeira vez para essa pessoa	Sim	Observado	18	8	26
		Esperado	12,6	13,4	26,0
		Resíduos Ajustados standardizados	2,8	-2,8	
	Não	Observado	13	25	38
		Esperado	18,4	19,6	38,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,8	2,8	
Total		Observado	31	33	64
		Esperado	31,0	33,0	64,0

Quadro II- Tabela de contingência entre “foi também a primeira vez para o seu parceiro/a” e o Curso

			Curso		Total
			Humanistas	Técnicos	
Foi também a primeira vez para essa pessoa	Sim	Observado	9	17	26
		Esperado	13,8	12,2	26,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,5	2,5	
	Não	Observado	25	13	38
		Esperado	20,2	17,8	38,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,5	-2,5	
Total		Observado	34	30	64
		Esperado	34,0	30,0	64,0

Quadro III- Tabela de contingência entre “foi também a primeira vez para o seu parceiro/a” e o Grupo Etário

			Grupo Etário		Total
			15 a 19 anos	20 a 24 anos	
Foi também a primeira vez para essa pessoa	Sim	Observado	18	7	25
		Esperado	13,1	11,9	25,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,5	-2,5	
	Não	Observado	14	22	36
		Esperado	18,9	17,1	36,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,5	2,5	
Total		Observado	32	29	61
		Esperado	32,0	29,0	61,0

APÊNDICE XVI - TABELAS DE CONTINGÊNCIA ENTRE PARCEIROS OCASIONAIS E O SEXO, CURSO E RELIGIÃO

APÊNDICE XVI

TABELAS DE CONTINGENCIA ENTRE PARCEIROS OCASIONAIS E SEXO, CURSO E RELIGIÃO

Quadro I – Tabela de contingência entre “sexo ocasional” e o Sexo

			Sexo Ocasional		Total
			Sim	Não	
Sexo	Masculino	Observado	21	13	34
		Esperado	16,3	17,7	34,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,3	-2,3	
	Feminino	Observado	12	23	35
		Esperado	16,7	18,3	35,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,3	2,3	
Total	Observado	33	36	69	
	Esperado	33,0	36,0	69,0	

Quadro II- Tabela de contingência entre “sexo ocasional” e o Curso

			Sexo Ocasional		Total
			Sim	Não	
Curso	Humanistas	Observado	11	25	36
		Esperado	17,2	18,8	36,0
		Resíduos ajustados standardizados	-3,0	3,0	
	Técnicos	Observado	22	11	33
		Esperado	15,8	17,2	33,0
		Resíduos ajustados standardizados	3,0	-3,0	
Total	Observado	33	36	69	
	Esperado	33,0	36,0	69,0	

Quadro III- Tabela de contingência entre “sexo ocasional” e a Religião

			Sexo Ocasional		Total
			Sim	Não	
Religião ou não	Religião	Observado	21	31	52
		Esperado	24,9	27,1	52,0
		Resíduos ajustados standardizados	-2,2	2,2	
	Sem religião	Observado	12	5	17
		Esperado	8,1	8,9	17,0
		Resíduos ajustados standardizados	2,2	-2,2	
Total		Observado	33	36	69
		Esperado	33,0	36,0	69,0

**APÊNDICE XVII - ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À COMUNICAÇÃO COM OS
PROGENITORES**

APÊNDICE XVII

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS QUANTO À COMUNICAÇÃO COM OS PROGENITORES

Quadro I- Análise das Diferenças quanto à comunicação com os progenitores		
Progenitores	Z	Sig.
Pai	3,037	0,002
Mãe	1,000	0,318

* Teste de Mann-Whitney

APÊNDICE XVIII - ANÁLISE DE DIFERENÇAS ENTRE OS RECURSOS MOBILIZADOS E O SEXO, CURSO, GRUPO ETÁRIO E RELIGIÃO

APÊNDICE XVIII

DIFERENÇAS ENTRE RECURSOS MOBILIZADOS E O SEXO, CURSO, GRUPO ETÁRIO E RELIGIÃO

Quadro I: Análise de Diferenças entre os Recursos Mobilizados e o Sexo, Grupo Etário, Curso e Religião								
Fontes de Informação	Sexo		Grupo Etário		Curso		Religião	
	Z	Sig.	Z	Sig.	Z	Sig.	Z	Sig.
Amigo/amiga	1,730	0,084	1,527	0,127	1,052	0,293	0,211	0,833
Namorado/a	0,670	0,503	0,522	0,602	0,408	0,683	0,196	0,845
Pai	0,860	0,390	0,976	0,329	0,767	0,443	0,226	0,821
Mãe	3,176	0,001	0,407	0,684	3,580	0,000	0,836	0,403
Outro Familiar	0,708	0,479	0,313	0,754	0,802	0,423	0,277	0,781
Irmão/irmã	0,281	0,779	0,805	0,421	0,326	0,744	0,310	0,756
Professor	0,303	0,762	0,304	0,761	0,326	0,745	2,772	0,006
Profissional Saúde	2,023	0,043	2,316	0,021	1,311	0,190	2,330	0,020
Internet/linhas telefónicas	2,678	0,007	0,065	0,948	3,290	0,001	1,620	0,105

*teste Mann-Whitney