

ANA PAULA DA SILVA E ROCHA CANTANTE

**A SEXUALIDADE NOS JOVENS NA PERSPETIVA DOS
ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR:
DO CONCEITO À PRÁTICA**

Orientadora: Zaida de Aguiar Sá Azeredo Rebelo

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Educação**

**Lisboa
2013**

ANA PAULA DA SILVA E ROCHA CANTANTE

**A SEXUALIDADE NOS JOVENS NA PERSPETIVA
DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR:
DO CONCEITO À PRÁTICA**

Tese defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Doutor em Educação conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com o Despacho de Nomeação de Júri nº 521/2013 com a seguinte composição:

Presidente:

Professor Doutor Mário C. Moutinho- Reitor da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Vogais:

Professora Doutora Isabel Mendes - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Professor Doutor Luís Carvalho - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Professora Doutora Rosa Serradas Duarte – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Professora Doutora Sandra Queiroz - Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Mesericordias

Professor Doutor Wilson de Abreu - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Orientadora:

Professora Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo Rebelo- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Coorientadora: Professora Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins – Universidade Lusófona do Porto

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Educação**

Lisboa

2013

*Tudo muda quando muda o olhar
E voltamos a ver a vida com o
Encanto da primeira vez.*

Fr. Bernardo Domingues

2012

Dedico este trabalho às...

Minhas fontes de inspiração, pela luz irradiada

BÁ, XANINHO E PATTY

meus adoráveis filhos, que caminham rumo à autonomia de forma sadia,
apesar da menor atenção da mãe, mas com inteligência compreenderam as minhas
fragilidades e momentos difíceis e apoiaram-me incondicionalmente.

Muito obrigado pelas aventuras/ peripécias culinárias
e as devidas desculpas pelas minhas irritações.

Ao **LUÍS**,

..... , com amor.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho faz parte de um processo de desenvolvimento que se tem vindo a construir há já algum tempo. A sua concretização só foi possível com a preciosa colaboração de algumas pessoas a quem gostaria de deixar aqui o meu apreço e gratidão. Assim agradeço:

À minha orientadora Sr.^a Professora Doutora Zaida Azeredo, um muito obrigada pela permanente disponibilidade, afabilidade, amizade, competência, bem como pela orientação clara e objectiva. Continuo a contar consigo no meu futuro e estou-lhe eternamente agradecida.

À minha co-orientadora Sr.^a Professora Doutora Alcina Manuela Martins, um obrigada muito especial pela permanente disponibilidade, amabilidade, dedicação, bem como pela orientação precisa e assertiva, pelos estímulos e motivação, por ter acreditado em mim e me fazer acreditar que conseguia ultrapassar todas as crises e dificuldades e seguir o meu caminho. A minha gratidão por todos os ensinamentos, sugestões e competência com que me norteou. Continuo a contar consigo no meu futuro e estou-lhe eternamente agradecida

À Dr.^a Alexandra pela disponibilidade, carinho e estimulantes palavras, sempre bem acolhidas.

À Feliz, à Manuela e à Teresa Tomé, pela amizade, pelas sugestões/correções, pela disponibilidade, pelos incentivos carinhosos e constantes e pelas doses de autoestima.

À Delminda e Laurinda pela vossa presença, amizade, disponibilidade, apoio e ajuda.

Aos amigos e colegas da ESEP pelo apoio, incentivo, presença, partilha e amizade, a cada um, o agradecimento devido.

Ao pessoal não docente da ESEP, pelo apoio, disponibilidade, ajuda, destaco o serviço de informática, a Catarina pela preciosa colaboração, o Dr. Francisco, os colaboradores da biblioteca, e da reprografia.

A todos os estudantes de CLE, CPEEC e MEC que me apoiaram e que constantemente enviavam mensagens e *mails* de incentivo, “de energia positiva”, principalmente de carinho. Que cada um se reveja neste agradecimento.

A todos os estudantes que participaram neste estudo e os dirigentes das associações de estudantes, sem a vossa ajuda este trabalho não era possível, muito obrigada.

Aos peritos que se disponibilizaram para colaborar neste trabalho, muito obrigada, pelo vosso contributo que foi fundamental.

Um obrigada especial para a Alex (Alexandra Pereira), pelo seu precioso contributo, pelo carinho e dedicação, continue assim, conte sempre com a minha gratidão.

Aos meus amigos, de dispareas áreas e quadrantes, pessoas fantásticas que me foram dando incentivos, apoios e mimos, cada um com as suas particularidades se reveja neste muito obrigada, continuo a contar com a vossa amizade.

Às Ritinha`s, pelas poucas palavras, mas muitos olhares, pela preocupação com os meninos.

À Monica Duque, por toda a amizade, colaboração, partilha, carinho e disponibilidade, muito obrigada.

Ao Frei Bernardo, que sempre acreditou, pelas suas sábias, amigas, doces, carinhosas e estimulantes palavras, que muito estimularam o meu ego, pelo rosto de felicidade e alegria em cada obstáculo ultrapassado, por todo o carinho e por permitir ser sua amiga.

Ao Dr. Alberto Coelho (meu querido tio), pela revisão final do texto, pela ajuda, permanente disponibilidade, incentivo e carinho.

A TODOS os meus familiares, à `melhor família do mundo´, que tenho muito orgulho de pertencer. Agradeço a cada um o papel específico que cada um tão bem desempenhou neste processo. Todos foram peças importantíssimas na construção deste percurso, pois apoiaram-me, incentivaram-me e ajudaram-me a crescer. Como são muitos, permitam-me

que destaque os tios Óscar, Brando, titi Belita, Lu e Rosa, pela ajuda, preocupação e conforto. Os primos: Andreia/ João pelos jantares, boleias e recetividade, Vasquinho e Mariana pelas ausências, Teté/Sónia pela ajuda e apoio. Tia Amélia por todo o carinho. TODOS dão um colorido especial à minha vida. Preparem-se... porque as minhas ausências vão ser compensadas, continuo a contar convosco.

Aos meus queridos afilhados, Ni, Pedro Afonso, Pedro, João Pedro e Óscar, pela vossa compreensão pelas inúmeras ausências, pelo carinho, alegrias que me deram, por gostarem de mim. Sei que posso contar sempre convosco.

Aos meus queridos sobrinhos Ruca, Rui Pedro, Nokas e Bé e cunhados Jacobo, Rosália e Rui, uns por ajudarem e outros por não incomodarem.

Aos meus queridos irmãos, Mónica (sempre atenta e excelente no papel de mãe adoptiva e não só), o Pedro, (por tudo... e pelos registos e correções), a Lucinha (que a distância não foi problema) e à Berta (pela preocupação).

À minha MÃE, pela GRANDE mulher que é, preserverante e determinada e reforço os meus irmãos, todos são as minhas pedras basilares, sem o vosso amor incondicional era tudo mais difícil e complicado, continuo a precisar do vosso, amor, carinho, afecto, estímulo e ajuda.

A todos um grande bem-hajam.

Uma sentida homenagem:

Ao meu Pai pelo Grande Homem que foi e pelo orgulho que tinha de mim, a ele e ao Pai do Luís, aos dois, que tanta falta me fazem, pelo exemplo de vida, pelo que foram estão eternamente no meu coração. Ao tio Agostinho e tia Lena, que não tiveram oportunidade de ver o fim deste percurso, mas que ainda deram o seu contributo.

A Deus por me ter dado força, energia, alento, porque uma tese não se faz só com esforço e trabalho intelectual, mas também, com fé e parafraseando Max Plank "(...) à entrada do templo da ciência está escrito: deveis ter fé." Tenho fé e espero que após este percurso, fique mais reforçada.

RESUMO

Este estudo centra-se na problemática da sexualidade dos jovens, considerando a perspectiva dos estudantes do ensino superior. As transformações socioculturais, que têm vindo a acontecer nas últimas décadas, contribuíram para a mudança de paradigma da vivência da sexualidade. Centrados nas evidências científicas, procuramos investigar o impacto nas atitudes e comportamentos do conceito de sexualidade interiorizado pelos estudantes do ensino superior. A partir da reflexão sobre o conceito, as atitudes e os comportamentos analisamos percepções das vivências da sexualidade, tal como explicitadas pelos estudantes.

Trata-se de um estudo multimétodo, estruturado em dois momentos de investigação. No primeiro, assente numa abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas a seis peritos na área da sexualidade humana. No segundo, com uma abordagem quantitativa, foi aplicado um questionário, a 3633 estudantes do ensino superior, do distrito do Porto.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que o conceito de sexualidade, tal como perspectivado pelos estudantes, com as suas sub-dimensões, se encontra muito focalizado na dimensão biológica. Em acréscimo, embora as atitudes e os comportamentos influenciem a vivência da sexualidade, verificam-se diferenças significativas entre os sexos.

Como consequência do estudo efetuado, revela-se necessária a implementação de programas de educação para a sexualidade, para este nível de ensino.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade, jovens, atitudes e comportamentos sexuais, promoção da saúde.

ABSTRACT

The central theme of this study is the young adults' sexuality, considering the perspective of college students. In the past few decades the sociocultural changes led to a shift in the paradigm of living the sexuality. Focused in scientific evidence, we aim to investigate the impact that attitudes and behaviors have on the college students' concept of sexuality. Departing from the reflection about the concept, the attitudes and behaviors, we analyze the perception of the living of the sexuality, as explained by the students.

It's a multi method study, structured into two investigation moments. The first one is a qualitative approach, by interviewing six experts in the area of the human sexuality. The second one is a quantitative approach, using a questionnaire distributed by e-mail, constituting a sample of 3633 college students of Oporto district.

The results obtained allow us to conclude that the concept of sexuality, as envisaged by the students, its sub dimensions, is very focused into the biological dimension. In addition, although the attitudes and behaviors influence the living of the sexuality, there are statically significant differences between genders.

As a consequence of this study, there's a revealing necessity to implement sexuality educational programs, at this level of teaching.

KEYWORDS: Sexuality, Young Adults, Sexual attitudes and behaviors, health promotion.

RESUMEN

Este estudio se centra en la problemática de la sexualidad de los jóvenes, considerando la perspectiva de los estudiantes universitarios. Los cambios socioculturales de las últimas décadas contribuirán para una mudanza de paradigma de vivencia de la sexualidad. Centrados en la evidencia científica, buscamos investigar el impacto que las actitudes y los comportamientos tienen en el concepto de sexualidad interiorizado por los estudiantes universitarios. Partiendo de la reflexión sobre el concepto, las actitudes y los comportamientos analizamos las percepciones de la vivencia de la sexualidad, tal como explicado por los estudiantes.

Es un estudio multi método, estructurado en dos momentos de investigación. El primero es un abordaje cualitativo, entrevistando seis especialistas en el área de la sexualidad humana. El segundo es un abordaje cuantitativo, usando un cuestionario distribuido por e-mail a 3633 estudiantes universitarios del distrito de Oporto.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que el concepto de sexualidad, tal como previsto por los estudiantes y sus sub dimensiones, se encuentra muy centrado en la dimensión biológica. Además, aún que las actitudes y comportamientos influyen la vivencia de la sexualidad, existen diferencias significativas entre géneros.

Como consecuencia del estudio efectuado, se demuestra necesaria la implementación de programas educacionales de sexualidad, a este nivel de educación.

PALABRAS-CLAVE: Sexualidad, jóvenes, actitudes y comportamientos sexuales, promoción de salud.

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AAEP	Associação dos Estabelecimentos de Ensino Particular e Cooperativo
a.C.	Antes de Cristo
AIP	Amnistia Internacional Portuguesa
CAN	Reorganização do Centro de Apoio Nacional
CBES	Círculo Brasileiro de Educação Sexual
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças
CEP	Conferência Episcopal Portuguesa
CERC	Centro de Estudos de Religiões e Culturas
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIT.	Citado
CNE	Conselho Nacional da Educação
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CSP	Cuidados de Saúde Primários
d.C.	Depois de Cristo
DGS	Direção Geral de Saúde
<i>DNA</i>	Ácido desoxirribonucleico
EAS	Escala de Atitudes Sexuais
EpS	Educação para a Saúde
ES	Educação Sexual
EUA	Estados Unidos da América
FAP	Federação Académica do Porto
FMH	Faculdade de Motricidade Humana
FNAUP	Fundo das Nações Unidas para a População
GTES	Grupo de Trabalho de Educação Sexual
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
H	Homem
h	Hora
HPV	Papiloma Vírus Humano
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
M	Mulher

ME	Ministério da Educação
MES	Ministério do Ensino Superior
MGF	Mutilação genital feminina
Nº	Número
ODM	Objetivos do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
%	Percentagem
PAS	Projeto Aventura Social
PNSJ	Programa Nacional de Saúde dos Jovens
PNSR	Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PORDATA	Base de Dados Portugal Contemporâneo
PrS	Promoção da Saúde
RNEPS	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
Séc.	Século
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UCF	Unidades de Cuidados Funcionais
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
VAC	Valores, Atitudes e Comportamentos
VS	Versus
WAS	World Association for Sexology
WASH	World Association for Sexual Health
WHO	World Health Organization
X	Quadrado
YRBS	Youth Risk Behavior Surveillance

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
PARTE I - SEXUALIDADE... A VIAGEM - FASE CONCETUAL	28
CAPÍTULO 1 – OS DIFERENTES OLHARES DA SEXUALIDADE HUMANA	29
1.1 CONCETUALIZAÇÃO DA SEXUALIDADE HUMANA	29
1.2 PASSADO E FUTURO, MARCOS TEÓRICOS PARA PENSAR A SEXUALIDADE	33
1.3 A DIVERSIDADE CULTURAL NO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS COMO DIREITOS HUMANOS	47
1.4 LEITURA ATUAL DA SEXUALIDADE TENDO COMO REFERENCIAL OS RITUAIS DE PASSAGEM	50
1.5 COMO AS DIFERENTES RELIGIÕES LIDAM COM O TEMA DA SEXUALIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA ..	55
CAPITULO 2 - EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE: O TRAJETO ..	68
2.1 EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE NO MUNDO	69
2.2 PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE	77
2.3 EDUCAÇÃO PARA OS VALORES	80
CAPITULO 3 – DESCRITIVOS DA SEXUALIDADE	90
3.1 DIMENSÕES DA SEXUALIDADE	90
3.1.1 DIMENSÃO BIOPSIOLÓGICA	92
3.1.2 DIMENSÃO SOCIO-AFETIVA	94
3.1.3 DIMENSÃO ESPIRITUAL	100
3.2 MODELO CONCETUAL DE SEXUALIDADE INTEGRADORA DE VALORES COMUNS	103
CAPITULO 4- CONTINUO DESABROCHAR DO JOVEM	107
4.1 CONCEITO DE JOVEM	107

4.2 O DESENVOLVIMENTO HUMANO	112
4.2.2 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E PSICOLÓGICO	118
4.2.3 DESENVOLVIMENTO SEXUAL	128
4.2.4 DESENVOLVIMENTO MORAL.....	132
4.3 ABORDAGEM BIOECOLÓGICA	137
CAPITULO 5 – JOVEM UNIVERSITÁRIO E SEXUALIDADE... A DIGRESSÃO	145
5.1 ATITUDES E COMPORTAMENTOS	145
5.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO/ PREVENÇÃO.....	173
5.3 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	192
5.4 ESTILOS DE VIDA	197
5.5 EDUCAR PARA MUDAR	202
PARTE II – SEXUALIDADE... A VIAGEM DO CONCEITO À PRÁTICA: DA CONCETUALIZAÇÃO À OPERACIONALIZAÇÃO – FASE EMPÍRICA	222
CAPÍTULO 6 – A CAMINHADA NO TRILHO DOS <i>EXPERTS</i>	223
6.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	223
6.2 DA PERGUNTA DE PARTIDA AO DESENHO METODOLÓGICO	224
6.3 OBJETIVOS	227
6.4 HIPÓTESES	227
6.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	229
CAPÍTULO 7 - SEXUALIDADE, O BOM PORTO: MOMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	231
7.1 MOMENTO I: ENCONTRO COM OS PERITOS	231
7.1.1 ENTREVISTA EXPLORATÓRIA (SEMI-ESTRUTURADA).....	232
7.1.2 ANÁLISE DOS DADOS	234
7.1.3 RESULTADOS.....	235
7.2 MOMENTO II – O PERCURSO: AS VIVÊNCIAS DESVENDADAS.....	239

7.2.1 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: QUESTIONÁRIO (QCACSS)	240
7.2.2 SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	243
7.2.3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	244
7.2.4 RESULTADOS.....	245
7.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	282
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	302
BIBLIOGRAFIA	307
APÊNDICES	I
APÊNDICE I – CRONOGRAMA.....	II
APÊNDICE II – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	IV
APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO.....	VI
APÊNDICE IV – QUADROS ENTREVISTAS	XVIII
APÊNDICE V – AUTORIZAÇÕES.....	XX
APÊNDICE VI – RESUMO DADOS.....	XXII
APÊNDICE VII - MODELO BIOECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER ADAPTADO AO ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR.....	XXV
APÊNDICE VIII – ESCALA EAS.....	XXVII
APÊNDICE IX – AREAS DE FORMAÇÃO	XXX
APÊNDICE X – CONCEITO, COMPORTAMENTOS, ATITUDES	XXXI

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - As religiões e a população no mundo nos períodos 1900, 1980 e 2000.....	61
Tabela 2 - Evolução da atividade pré-marital	163
Tabela 3 - Estudos realizados com estudantes do ensino superior em relação às atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade	164
Tabela 4 - Resumo de dados de estudos realizados em Portugal a adolescentes (12-17 anos)	164
Tabela 5 - Fatores determinantes do comportamento sexual.....	177
Tabela 6 - Perfil dos participantes.....	234
Tabela 7 - Descrição do Questionário por temas	241
Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual dos estudantes do ensino superior segundo as variáveis biográficas.....	245
Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual da ocupação dos tempos livres.....	246
Tabela 10 - Associação da ocupação de tempos livre e o sexo	247
Tabela 11 - Áreas de curso.....	250
Tabela 12 - Concordância em relação a comportamentos de teor sexual	251
Tabela 13 - Mitos da Sexualidade.....	253
Tabela 14 - Valores para Sexualidade integradora	254
Tabela 15 - Componentes da Sexualidade	254
Tabela 16 - Categorias atribuídas ao conceito de sexualidade	255
Tabela 17 - Distribuição numérica e percentual de aspetos relacionados com a vivência sexual.....	256
Tabela 18 - Grau de importância dos diferentes parâmetros da vivência da sexualidade ..	258
Tabela 19 - Atividade sexual sobre efeito de consumos aditivos	259
Tabela 20 - Vivência da Sexualidade.....	261
Tabela 21 - Consumos.....	261
Tabela 22 - KMO and Bartlett's Test 1	263
Tabela 23 - KMO and Bartlett's Test 2.....	265
Tabela 24 - Fatores das atitudes sexuais.....	265
Tabela 25 - Correlações	266
Tabela 26 - Estatísticas descritivas.....	266
Tabela 27 - Comportamentos sexuais e diferentes visões do conceito de sexualidade	267
Tabela 28 - Comportamentos sexuais e as diferentes visões do conceito de Sexualidade	269
Tabela 29 - Atitudes segundo o sexo e diferentes visões do conceito de sexualidade.....	269
Tabela 30 - Atitudes segundo as diferentes visões do conceito de sexualidade	270

Tabela 31 - Conceito de sexualidade e o sexo.....	270
Tabela 32 - Conceito de Sexualidade e a área de curso.....	271
Tabela 33 - Conceito de Sexualidade e atitudes.....	272
Tabela 34 - Conceito e comportamento.....	273
Tabela 35 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados aos valores do estudante – I.....	276
Tabela 36 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados aos valores do estudante – II.....	277
Tabela 37 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados aos valores do estudante – III.....	278
Tabela 38 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados à religião.....	279
Tabela 39 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados à religião professada.....	279
Tabela 40 - Comportamentos aditivos e as atitudes e comportamentos sexuais.....	280
Tabela 41 - Atitudes, comportamentos e consumo de tabaco segundo o sexo.....	281
Tabela 42 - Consumo de substâncias e as atitudes.....	282

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Principais marcos teóricos sobre a Educação para a Sexualidade em Portugal no séc. XX.....	74
Quadro 2 - Principais marcos teóricos sobre a Educação para a Sexualidade em Portugal no séc. XXI.....	75
Quadro 3 - Análise das diferentes dimensões da sexualidade presentes em programas de educação para a sexualidade em alguns países do mundo.....	78
Quadro 4 - Relação emoção/comportamento	120
Quadro 5 - Quadro comparativo da Inteligência Emocional	123
Quadro 6 - Desenvolvimento dos jovens adultos segundo a teoria de Erikson, Vaillant e Levinson	125
Quadro 7 - Vetores de Desenvolvimento do Jovem Adulto	126
Quadro 8 - Visão de Sigmund Freud e Erick Erickson	130
Quadro 9 - Resposta Sexual Humana	131
Quadro 10 - Níveis e Estádios de Raciocínio Moral segundo Kohlberg	134
Quadro 11 - Teorias para a formação de atitudes.....	148
Quadro 12 - Evolução do Duplo Padrão Sexual.....	161
Quadro 13 - Padrões de Amor	171
Quadro 14 - Continuum de abordagens ao risco nas ciências sociais	174
Quadro 15 - Teorias de exposição ao Risco nos Adolescentes/Jovens	175
Quadro 16 - Uma possível estrutura de causalidade entre os Fatores de Risco e Proteção dos comportamentos sexuais	180
Quadro 17 - Fatores causais do comportamento sexual de risco dos jovens.....	181
Quadro 18 - Síndromes /Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Jovens.....	186
Quadro 19 - Marco concetual e político da saúde sexual e reprodutiva	196
Quadro 20 - Marcos Conceptuais da Promoção da Saúde	208
Quadro 21 - Evolução do conceito de EpS no séc. XX	211
Quadro 22 - Abordagens de PrS/EpS segundo Ewles e Simnett (1999) e Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	213
Quadro 23 - Paradigmas apresentados por Moreno, Garcia e Campos (2003).....	214
Quadro 24 - Modelos da Eps	217

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Componentes do Modelo de Ribeiro (2007).....	104
Figura 2 - Programa de educação para a sexualidade DIP3	105
Figura 3 - Relação entre os domínios do desenvolvimento e as respetivas variáveis de comportamento segundo Krebs.....	114
Figura 4 - Modelo estrutural para emoções básicas e derivadas	121
Figura 5 - As quatro facetas do constructo da inteligência emocional	122
Figura 6 - Componentes da Comunicação.....	149
Figura 7 - Construção das atitudes	155
Figura 8 - Teoria da Ação Refletida	157
Figura 9 - Modelo de Promoção do Comportamento Sexual Preventivo	218

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de Catell.....	263
Gráfico 2 - Valores e conceito de Sexualidade.....	275

ÍNDICE DE ORGANOGRAMAS

Organograma 1 - Modelo multidimensional do desenvolvimento humano de Krebs	114
Organograma 2 - Desenvolvimento da EpS.....	212
Organograma 3 - Desenho do Estudo	226

INTRODUÇÃO

A história da humanidade podia ser contada através da perspectiva da sexualidade. Na sua complexidade civilizacional, a sexualidade resulta das densas relações de poder, entre homens e mulheres. No Ocidente tem assumido um carácter instrumental, servindo para determinar procedimentos e estabelecer critérios que definem o socialmente aceite, o que está de acordo com as normas médicas e que pode ser considerado como lícito.

O estudo da sexualidade hoje em dia é realizado no âmbito das várias ciências por ser considerado pertinente e atual. Face às constantes modificações/ transformações da sociedade a nível social, tecnológico e cultural. Novas necessidades emergem e novos desafios surgem. Há mesmo um certo “ambiente sexual” que se manifesta nos mecanismos de sustentação da sociedade: a imagem do(s) corpo(s) e a sua exploração nos meios de comunicação social remete-nos para Foucault quando se refere à sexualidade como "grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, intensificação dos prazeres, incitação ao discurso, formação dos conhecimentos, reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder" (Foucault, 1994, p. 100).

É do contacto quotidiano com adolescentes e jovens adultos, da observação das suas vivências e anseios e do interesse em dar-lhes resposta como pessoas e como profissionais em formação, que se inicia um percurso de investigação na área da sexualidade. Os relatos, que chegam de organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), ou o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), sobre os comportamentos de risco, as exigências sociais que se colocam diariamente à nossa existência como indivíduos e como sociedade, a aceleração dos ritmos e dos tempos dedicados ao trabalho e a alteração do espaço e do significado da família, associado ao reajustamento do que são os papéis da mulher e do homem abrem caminho à necessidade de dotar os jovens de competências, para a vivência de uma sexualidade saudável. Tal pode ser feito através de uma educação para a sexualidade direcionada para a tomada de decisão consciente e responsável, tendo implícito os conhecimentos, as atitudes e os valores.

Em Portugal, têm sido seguidas as orientações dos países parceiros dos organismos internacionais a que pertence, nomeadamente ao nível da saúde, adotando nas suas políticas as diretivas que determinam a priorização da saúde sexual e reprodutiva.

A sexualidade é inerente a todo o ser humano, ao longo de todo o ciclo vital. Do seu percurso de vida o homem confronta-se constantemente com a sua sexualidade, se não por qualquer outro motivo, pelo menos pela sua inevitável vivência. No cruzamento de diferentes

áreas científicas, a sexualidade comporta desde o rigor científico à sensibilidade das artes, passando pelo sentimento e afetividade de muitas outras áreas. Também abarca diversas dimensões: biológica, psicológica, afetiva, social e espiritual, ou seja, engloba aspectos díspares que vão desde a experiência pessoal, às questões económicas e políticas a ela subjacentes e, assim sendo, a sexualidade é a mais universal e, igualmente, a mais pessoal e subjetiva das experiências humanas. Por tudo isso, não podemos refutar a importância e influência dos fatores sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos, todos eles intervenientes nas questões sexuais.

A sexualidade não se apresenta com um padrão uma vez que também não há modelo universal e, tão pouco único, da sua expressão e da sua vivência, sobretudo na adolescência e jovens adultos. Não há limite inscrito do permitido e do proibido num espaço de forma definitiva e eterna. A sexualidade varia de acordo com as convenções culturais que modelam as relações sociais e sexuais de adolescentes, adultos e idosos, assumindo formatos e significados bem distintos, de acordo com o contexto e a cultura em que os sujeitos estão inseridos. A sexualidade é uma forma de emancipação e de autonomia de ação para cada um de nós. São as nossas atitudes e escolhas que favorecem a nossa ética de vida pessoal.

A saúde sexual e reprodutiva é essencial para os indivíduos, casais e famílias e interfere no desenvolvimento social e económico das comunidades e das nações. A primeira estratégia mundial da OMS sobre o tema foi adotada pela 57^a Assembleia Mundial de Saúde (WAS) em Maio 2004, tendo como objetivo melhorar o nível de saúde sexual e reprodutiva. Para isso, considerou cinco aspetos de intervenção: promoção da saúde sexual; melhorar a assistência pré-natal, perinatal, pós parto e neonatal; fornecer serviços de alta qualidade a nível do planeamento familiar, incluindo para os casais com problemas de fertilidade; evitar abortos inseguros; luta contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (OMS, 2011).

A sexualidade, tem vindo a sofrer inúmeras transformações como variável pessoal, ou ao nível socioeconómico. Em resultado das transformações, podem gerar-se ambivalências e inseguranças que, associadas a crenças erróneas e desinformação, influenciam a vivência da sexualidade pelos indivíduos em geral e, em particular, pelos jovens. Assim, a educação para a sexualidade assume-se como um recurso fundamental na prevenção de problemas potenciais, recorrentes e emergentes.

A promoção de comportamentos saudáveis na juventude e a adoção de atitudes que previnam as condutas de risco previnem a ocorrência de problemas de saúde, tanto nessa fase do ciclo de vida como nas subsequentes. Segundo a OMS (2010a), por ano mais de 1,8 milhão de jovens entre 15 e 24 anos morrem em todo o mundo por causas que poderiam ser prevenidas. O aumento de IST, de gravidezes indesejadas, comportamentos

sexuais de risco como consumos aditivos, vários parceiros e parceiros ocasionais, tornou a sexualidade um problema epidemiológico emergente a nível mundial. Devido às suas repercussões na saúde pública, a FNUAP (2005) considerou os jovens um grupo vulnerável a nível da sua sexualidade e propôs que, a nível mundial, se promovesse a saúde sexual e reprodutiva. É essencial que os jovens vivenciem uma sexualidade saudável. Para tal, é necessário a implementação de programas de educação para a sexualidade, que os elucide na tomada de decisão. Para isso, torna-se fulcral capacitá-los para a aquisição de conhecimentos, assim como para as atitudes e os valores (FNUAP, 2005). Como os jovens de hoje são detentores de poder de decisão, a vários níveis, devem ser inquiridos, pois muitos dos comportamentos e atitudes que vivenciam e que iniciam nesta fase do ciclo vital revelam-se fundamentais para o seu futuro, para a qualidade de vida e refletem-se nos ganhos em saúde.

Estamos conscientes da importância que fatores culturais, sociais e económicos têm neste processo, mas não podemos esquecer os agentes de socialização e da influência que têm no desenvolvimento individual aos vários níveis: biológico, psicossocial, emocional, moral e sexual. Segundo DiClemente, Wingood, Crosby, Cobb, Harrinton, e Davies (2001), os valores e as atitudes transmitidas pelos pais podem influenciar o comportamento sexual dos jovens. Assim entre as fontes de informação segundo Bay-Cheng (2001), destaca-se a internet por ser um meio rápido e discreto de obter informação sobre sexualidade. Mas também a escola e os agentes educativos mantêm a sua influência. Todos estes agentes devem desenvolver sinergias, para que os jovens adquiram conhecimentos e competências, para a tomada de decisões responsáveis, de forma a assumirem comportamentos e atitudes assertivas, resultantes de uma educação dos afetos, que lhes permita prevenir riscos evitáveis, viver uma sexualidade saudável e terem mais qualidade de vida.

Esta realidade traduz-se num pulsar de inquietações perante os estudantes, que todos os anos chegam ao ensino superior e, em particular, à licenciatura na área da Saúde. Consequentemente, surgiu a necessidade de conhecer o conceito, os comportamentos e as atitudes que os estudantes do ensino superior têm em relação à sexualidade.

Em concordância, a nossa Pergunta de Partida é a seguinte:

- **Qual o impacto nas atitudes e comportamentos do conceito de sexualidade interiorizado pelos estudantes do ensino superior?**

Na operacionalização do estudo, optamos por uma metodologia de carácter quali-quantitativa (mista), conjugando entrevistas exploratórias a peritos sobre o tema e inquéritos por questionário a estudantes do ensino superior do distrito do Porto.

Estruturalmente, esta investigação desenvolve-se ao longo de duas partes:

Parte I - “Sexualidade... A longa viagem”- corresponde ao enquadramento teórico. É constituída por cinco capítulos, nos quais fazemos uma “viagem” pelos tempos e pelas díspares ciências do conhecimento sobre a sexualidade humana. É uma introdução ao tema com diferentes olhares.

No âmbito da revisão da literatura, no primeiro capítulo – Os diferentes olhares da sexualidade humana, concetualizamos a sexualidade, fazemos uma brevíssima resenha histórica salientando alguns marcos teóricos, da área da ciência biomédica, sociológica, psicológica, antropológica e filosófica, referenciando autores como Bozon (2004), Renaud (2001), Matos (2000), Lopez e Fuertes (1999), Foucault (1994), ou ainda Hogan (1980) e Freud (1974), entre outros. Emerge um leque de conceitos e marcos teóricos fazendo jus aos contextos onde estão inseridos. Continuamos com uma abordagem à diversidade cultural e aos direitos sexuais, fundamentada na Declaração Universal da Unesco (2002) e nas conferências mundiais da CIPD, da mulher e da plataforma de ação do Cairo (FNUAP, 1994) e os Objetivos do Milénio (ONU, 2000). Terminamos o capítulo com uma reflexão em torno da religião e sexualidade onde, muito sucintamente, referimos a relação das diferentes religiões na sociedade contemporânea com o tema da sexualidade (Teixeira, 2012; Borges & Braga, 2007; Murray, Ciarrocchi & Murray-Swank, 2007; Barkan, 2006; Mossoz-Lavau, 2005; Pargament, Magyar-Russel & Murray-Swank 2005).

O segundo capítulo é direcionado para a educação para a sexualidade, com referência não só a Portugal, mas com uma síntese sobre o historial da sua implementação, assim como dos diversos programas existentes pelo mundo. Estudiosos, governos e organizações não-governamentais são unânimes no interesse e nas vantagens da implementação de programas de educação para a sexualidade, tendo estes como finalidade o desenvolvimento das crianças e jovens (UNESCO, 2010; GTES, 2007a). É analisada a educação para os valores de acordo com a concetualização de vários autores.

No capítulo três focamos as dimensões da sexualidade, seguindo o modelo de autores como Bruess e Greenberg (2011) e Ribeiro (2006), que mencionam cinco dimensões: biológica, psicológica, afetiva, social e espiritual, fazendo uma descrição breve de cada uma delas. É essencial ter uma visão abrangente da sexualidade, para fazer a apresentação de um modelo concetual de sexualidade integradora de valores comuns, que sustenta o Programa de Desenvolvimento Integral da Pessoa (DIP 3), base do nosso estudo. Fazemos ainda uma abordagem à sexualidade e aos valores comuns.

Prosseguimos com o capítulo quatro concentrado no desenvolvimento do jovem, numa perspectiva sistémica. Delimitamos a faixa etária para o nosso estudo, apesar da dificuldade resultante de várias premissas de transição jovens/adultos. Por considerarmos ser um processo integral, referimos o modelo multidimensional do desenvolvimento humano

de Krebs *et al.* (1996), constituído pelos fatores psicossocial e percepto-cognitivo, biomecânico e biológico. Neste estudo, optamos pela organização de Rice (1992) que identificou quatro dimensões no desenvolvimento humano. Para agilizar o documento agrupamo-las, ficando a primeira o desenvolvimento físico e cognitivo; a segunda, o desenvolvimento emocional e psicológico. No entanto, acrescentamos uma terceira dimensão a sexual, considerando ser pertinente para a nossa investigação e ainda uma quarta, o desenvolvimento moral. Terminamos com a abordagem bioecológica.

O “Jovem universitário e sexualidade...a digressão” é o capítulo quinto, no qual fazemos uma abordagem às atitudes, aos comportamentos, ao tipo de relações românticas, às infeções sexualmente transmissíveis, aos consumos aditivos, e aos estilos de vida. Analisamos ainda como todas estas variáveis influenciam a saúde sexual e reprodutiva, tendo por finalidade a vivência de uma sexualidade sadia e responsável, com base em autores como Neto (2000), Katz (1960), Simon e Gagnon (1973), Antunes (2007), Matos e Gaspar (2005), Ramos, Carvalho e Leal (2005), Pais (1998), Alferes (1997,1996), Kirby e Lepore (2007), López e Fuertes (1999), Papalia *et al.* (2006) e a OMS (2007)

Abordamos ainda um subcapítulo – Educar para Mudar – onde falamos sucintamente de educação e das suas diferentes aceções, considerando que a etimologia da palavra e a sua duplicidade não são as principais dificuldades para delimitar a conceção de educação, sendo as controversas questões axiológicas, relativas ao que é e ao que deve ser o homem, singular e coletivo, o viver humano e o destino da humanidade, os obstáculos maiores, segundo Bianchi (2001).

Cientes da importância e da atualidade desta temática, iniciamos a parte II deste trabalho, que corresponde à pesquisa empírica do nosso estudo, na qual optámos por uma metodologia quali-quantitativa (mista) de cariz multimétodo. Esta segunda parte é constituída por dois capítulos. O capítulo seis – A caminhada no trilho dos *experts* e dos cooperantes – que é composto por seis etapas correspondendo a: justificação do estudo, abordagens metodológicas e procedimentos éticos.

O capítulo sete “Sexualidade: o bom Porto” é composto por quatro etapas. No momento I – Encontro com os Peritos – foram realizadas entrevistas exploratórias a peritos sobre o tema e foi utilizada uma abordagem qualitativa. No momento II – O percurso: As vivências desvendadas – foram aplicados inquéritos por questionário aos estudantes do ensino superior do distrito do Porto, numa abordagem quantitativa. Na terceira etapa é apresentada a discussão dos resultados. Na quarta etapa surgem as considerações finais e implicações para o futuro.

Apresentamos ainda, as referências bibliográficas e os apêndices dos documentos elaborados.

Este percurso, que foi longo e sinuoso, levou ao aprofundamento da temática em causa. Esperamos que os resultados possam contribuir para uma melhor vivência da sexualidade pelos jovens e para uma possível implementação de programas para este nível de ensino.

PARTE I - SEXUALIDADE... A VIAGEM - FASE CONCRETUAL

CAPÍTULO 1 – OS DIFERENTES OLHARES DA SEXUALIDADE HUMANA

“Um ser humano sem sistema sexual é tão incompreensível, quanto um ser humano sem pensamento. Há osmose entre sexualidade e existência. A sexualidade é todo o nosso ser.”
(Ponty, 1975, p.10)

A sexualidade humana é inerente à vida do ser humano e interfere nos seus pensamentos, atitudes, comportamentos ao longo do ciclo de vida.

A sexualidade tem diferentes constructos/olhares conforme a ênfase que as pessoas dão e que tem a ver com os seus percursos. Estes diferentes olhares são desiguais nas distintas áreas do conhecimento, concetualizando-a com dimensões, valores e normas diversas. Neste capítulo abordamos a concetualização da sexualidade, marcos teóricos, diversidade cultural, direitos sexuais, a forma como as diferentes culturas e as diferentes religiões lidam com a sexualidade.

1.1 CONCETUALIZAÇÃO DA SEXUALIDADE HUMANA

Sexualidade, sexualitatis, sexualidad, sexualité, sessualità, sexuality, Sexualität, seksyalite, seksualitet, seksualnost, spolnost Сексуальность, النشاط الجنسي, 性慾 iyag, seksuaalisuus, σεξουαλικότητα, कामुकता, מיניות seksualiteit, nemiség, seks, gnéasacht, kynhneigð, seksualiti, sesswalità, seksualitet, تمایلات جنسی, seksualnošć, ເຂົ້າໜົມ ອະວຍະ ລຸກຸຄະນຸ ສексуалност, kujamiiana, sexualitet, ஆண் பெண் பால் பண்பு, сексуалност, ເຂົ້າໜົມ Cinsellik, جنسیت.

Está enraizada no homem e é influenciada pela evolução das diferentes culturas, civilizações e religiões pelo que o seu conceito se tem vindo a alterar ao longo da história.

Ao analisarmos as definições propostas por instrumentos de uso corrente e acessíveis ao grande público como são os dicionários, encontramos algumas discrepâncias entre os conceitos. Assim no Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa de Cândido

Figueiredo (1970, p. 342), a sexualidade é definida como sendo “qualidade do que é sexual” e referindo sexual como “relativo ao sexo, que tem sexo, que caracteriza o sexo”. No Novo Dicionário da Língua Portuguesa (1986 p. 370), a sexualidade é definida como “a qualidade de sexual, conjunto de todos os fenómenos da vida sexual”. Passados catorze anos e o Dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora (Costa & Melo 2000, p. 1126) define sexualidade como as “características morfológicas, fisiológicas e psicológicas relacionadas com o sexo”. Para o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (2010, p.1410), sexualidade é o “conjunto de características morfológicas e fisiológicas e psicológicas relacionadas com o sexo; conjunto de fenómenos relativos ao instinto sexual, sensualidade”.

Analisando estes livros de consulta apercebemo-nos que houve uma evolução e cogitamos o quanto difícil deve ser para os léxicos elaborarem um conceito com rigor científico, pois é um conceito que tem a ver com o ser humano e a sua existência. Reconhecida a dificuldade ao nível das definições correntes e acessíveis ao grande público, partimos para a análise da dificuldade em se conceituar sexualidade por ser assunto complexo e controverso. De forma mais ou menos explícita foi encontrado na obra de alguns autores essa complexidade e é perceptível que o conceito de ‘sexualidade’ sofreu evolução ao longo dos tempos incluindo diferentes dimensões de acordo com a área de proveniência científica e cultural do seu autor.

Dada a nossa formação de base, destacamos o papel da OMS, enquanto organização internacional, para o estabelecimento de um conceito congregador para as várias áreas científico-culturais. Assim, a OMS em 1975 apresenta o seguinte conceito:

“Sexualidade é uma energia que nos motiva a procura de amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

Esta definição apesar de abrangente, contém algumas limitações e é pouco explícita em alguns contornos; porém, é provavelmente a definição mais divulgada no mundo. Consciente dessas limitações, a OMS lançou, em 2002, um desafio a diversos profissionais/peritos na matéria, no sentido de se obter uma nova definição de sexualidade, sexo, saúde sexual e direitos sexuais, da qual resultou o seguinte conceito:

“A sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, género, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (OMS, 2002, p.10).

Embora revisto por peritos de todo o mundo e considerado mais abrangente, a OMS não se reconhece neste novo conceito, continuando a ser o primeiro conceito, aqui mencionado, como o oficial. Apesar de reconhecermos que nem todas as dimensões da sexualidade estão contempladas, penso ser o primeiro conceito definido por esta instituição o que melhor exprime o que é a sexualidade.

Muitos foram os autores que, ao longo do desenvolvimento da história e da ciência, fizeram ecoar o seu conceito quando os seus espíritos se questionavam sobre o que é a sexualidade.

Embora não exista uma definição de sexualidade expressa por Freud (Bearzoti, 1994), foi com ele que ela começou a ser tema de estudo. A definição do conceito surgiu da compilação da sua obra. Por isso Bearzoti (1994, p.5) atribui o seguinte conceito a Freud:

“sexualidade é uma energia vital instintiva direcionada para o prazer, passível de variações quantitativas e qualitativas, vinculada à hemóstase, à efetividade e às relações pessoais, as fases de desenvolvimento da libido infantil, ao erotismo, à genitalidade, à relação sexual, à procriação e à sublimação.”

Para alguns autores, o conceito de sexualidade é eminentemente uma construção sócio histórica. Encontramos seguidores desta perspectiva: Bozon (2004), Bantman (1997), Giddens (1996) ou Foucault (1994), e autores portugueses como Saavedra, Nogueira e Magalhães (2010) e Ramos, *et al.* (2005).

Incontornável é referir que a sexualidade é o nome “dado a um dispositivo histórico (...) em que as estimulações dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles, das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e poder” (Foucault, 1994, p.100). Giddens (1996, p.17), seguindo esta ideia de Foucault, refere que, em sua opinião “a sexualidade é uma construção social, operando em campos de poder e não um mero conjunto de imperativos biológicos que podem ou não encontrar satisfação direta.”. Também para Bozon (2004, p. 7) a sexualidade é uma construção social, relevante na construção de novos modelos de relações e é algo que cada um de nós tem ou cultiva, deixando de ser uma condição natural adquirida, “a sexualidade funciona como um elemento maleável do self, um ponto de ligação essencial entre corpo, autoidentidade e normas sociais” e aparece como uma experiência pessoal, fundamental para a construção da pessoa. Bantman (1997, p. 28) afirma que a “sexualidade, mais do que qualquer outra relação humana, desabrocha em termos de uma cultura e de uma norma em vigor”.

A vivência do ser humano, toda a sua organização social, a cultura onde está inserido tem um cariz sexual, levando a que a sexualidade seja influenciada pela intersecção de várias dimensões – a cultura e os modelos culturais, o tempo e o lugar onde

vivemos, a educação recebida, a saúde física e psíquica, os processos da interação indivíduo/ambiente – assim como, pelos efeitos positivos de um incentivo e apoio emocional ajustados, tanto no ambiente familiar como na escola (Saavedra, *et al.* 2010; Ramos *et al.* 2005).

Outra perspectiva possível sobre a definição de sexualidade coloca o enfoque sobre o indivíduo, como é o caso de Renaud (2001), Matos (2000), Lopez e Fuertes (1999), ou ainda Hogan (1980).

Para Hogan (1980, p. 27), a “sexualidade é um processo complexo e intrínseco do ser e que extrapola o conceito de se caracterizar um fenómeno biológico, com a finalidade de diferenciar o macho da fêmea”. Para este autor, sexualidade é parte intrínseca do ser que está presente em todas as etapas do ciclo da vida, sob diferentes manifestações. Em algumas respostas evidencia-se que a sexualidade é muito mais do que o ato sexual em si, pois sexo conota um ato fisiológico e sexualidade, a totalidade do ser humano. Já Lopez e Fuertes (1999, p.8) assumem que:

“estamos perante uma pergunta difícil de responder: o que é a sexualidade, esta realidade que tanto nos motiva e condiciona, que pode impedir o adolescente de dormir, transforma a vida do enamorado, leva o adulto a fazer loucuras, enche os cartazes de cinema, ajuda a vender um produto, exercer violência sobre os outros ou fomentar vínculos afetivos extraordinariamente fortes”.

Para Michel Renaud (2001, p.41) a “sexualidade é precisamente força, força viva, pulsão de vida que, de todos os modos, quer manter a vida, protegê-la e reproduzi-la (...) força que se converte em sentido, uma força que se assume como forma consciente”. Na opinião do autor, a sexualidade é uma realidade presente na vida do ser humano em todas as suas dimensões: corpo, mente, afetos, ação e compreensão. Por sua vez, para Matos (2000, p. 67), “sexualidade é um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano”.

A “sexualidade desde sempre suscitou o interesse das várias áreas do saber e da expressão artística. Da literatura à expressão plástica, do cinema aos programas de televisão, dos discursos científicos às comuns conversas de café, a sexualidade faz-se sentir-se nas mais diversas atividades humanas, tendo servido como inesgotável fonte de inspiração ao longo dos tempos” (Ramos *et al.*, 2005, p.173).

Renaud (2001), refletindo sobre sexualidade, referencia o filósofo Ricoeur (1964, p.198-209), que a descreve como sendo “maravilha, errância e enigma”, significando com esta expressão a descoberta da vida que nos empurra para os outros mas também que pode ser “vívda num anonimato sem atenção ao rosto do outro” quando é procura desenfreada do prazer ou instrumentalização de outros corpos; mas também que é

equilíbrio, reconciliando “adequada e definitivamente o inconsciente e a consciência, a força vital inconsciente e o sentido conscientemente assumido na vida ética” (Ibidem).

Defenir o conceito de sexualidade, é, como vimos, uma tarefa árdua e complexa, pois esta assume um papel relevante na existência do homem envolvida num conjunto de dimensões e problemáticas que a torna matéria de estudo de várias áreas do saber. Concordamos com esta revisão bibliográfica que o conceito atual inclui visões que vão desde as artes até à filosofia, psicologia e às ciências ligadas à saúde.

1.2 PASSADO E FUTURO, MARCOS TEÓRICOS PARA PENSAR A SEXUALIDADE

*“Carícias aos sentidos dos perfumes e aromas
(...) cavaleiros andantes e príncipes encantados
Nuances, são Nuances”
(Cantante, L. Nuances, 1989)*

Ao abordarmos o tema da história da sexualidade, temos que recuar aos primórdios da civilização humana, apesar de o termo ter surgido pela primeira vez no séc. XIX. No período anterior fala-se de sexo, ou ‘sexus’ do latim e era definido como uma componente orgânica anátomo-fisiológica que distinguia o homem da mulher. “A sexualidade aparece ao ser humano como uma realidade assaz misteriosa que, desde os tempos mais remotos, mergulha num fundo mítico” (CNECV, 1999b, p.3).

Numa perspetiva histórica Masters, Johnson e Kolodny (1987) referem que em “(...) *la historia escrita de case 5000 años atrás, existe información muy limitada disponible que describa las actitudes y comportamientos sexuales en las diferentes sociedades antes de del año 1000 a.C.*” (Masters, et al.1987, p.10).

No entanto, a partir de várias leituras sobre as primeiras representações de reproduções sexuais, como a arte rupestre, verificamos a existência de uma norma sexual semelhante aos animais, ou seja, conforme a ‘lei da natureza’, as relações sexuais ocorriam em momentos oportunos. Estas primeiras reproduções do quotidiano primitivo destes homens revelam as suas observações e discriminação entre os sexos. Primeiro, através de animais com características sexuais relevantes, e, posteriormente, a reprodução de momentos sexuais de casais humanos e rituais em grupos.

Com o processo de reprodução e conseqüente crescimento dos grupos primitivos, surge a necessidade de subsistência e uma cooperação monogâmica, tanto mais que,

diante dos escassos recursos de sobrevivência para todo o grupo, a monogamia tinha, como primordial objetivo, garantir a vida dos seus descendentes.

Relativamente às representações dos órgãos sexuais do homem e da mulher da pré-história, estes atribuíam aos órgãos sexuais poderes sagrados. Realizavam diversas celebrações em honra dos órgãos masculinos e femininos representando o falicismo, que pode ser culto ao falo (pénis) ou Yoni (vulva). O termo 'falo' deriva do grego 'phallós', símbolo de fertilidade e força, sendo que, o poder do falo esteve sempre ligado a um deus, como por exemplo, mais tarde a Dionísio na Grécia e Baco em Roma. Registos arqueológicos comprovam que a celebração do sexo que acontecia por receio de perder o poder inexplicável de gerar vidas dos órgãos masculinos, ou seja, as celebrações eram formas de demonstrar o valor que realmente era imposto (Taylor, 1997).

A representação da vulva da mulher fazia-se através de estatuetas de mulheres nuas e desproporcionais, numa tentativa de representar estágios da reprodução, como o período de fertilidade e de gravidez. Temos como exemplo, a Vénus de Willendorf (uma estatueta com 11,1 centímetros) que apresenta a vulva, seios e barriga extremamente volumosos, levando a deduzir a existência de uma relação forte com o conceito da fertilidade.

Os elementos da natureza, também estavam associados à sexualidade. Por exemplo, a água e o frio representavam o sexo feminino e o fogo e o calor caracterizavam a masculinidade. Na verdade, os povos primitivos utilizavam os símbolos fálicos com grande liberdade.

Evoluindo para uma época mais representativa e complexa da sexualidade, no Antigo Egipto, os deuses do céu e da terra eram representados com símbolos eróticos (4000 a.C.). Aos homens era permitido ter várias parceiras sexuais e as mulheres eram consideradas como uma propriedade com valor sexual e reprodutivo. O casamento entre familiares era permitido e já utilizavam contraceptivos sob a forma de pessários, alguns feitos à base de excremento de animais (Masters, *et al.*, 1987). “Em múmias egípcias foram encontradas esponjas vaginais que tinham estado embebidas em vinagre e mel que se podem considerar antecessoras dos métodos barreira femininos” (Osswald, 2001, p.74).

Na Grécia Antiga, a sexualidade é vista como uma relação especial; as práticas sexuais consideradas como perversas passaram nessa época a ser consideradas de forma diferente, sendo por vezes declaradas com provas de amor. Existe uma maior atenção ao prazer mas associado às cortesãs, não às esposas, que estavam confinadas à continuidade da espécie. As mulheres não usufruíam de quaisquer tipo de direitos, pois eram encaradas como um ser de segunda classe (Giddens, 1996). Este conceito simplista

“do sexo foi, sem dúvida, intensificada por uma das maiores escolas da filosofia antiga – o estoicismo – cuja grande influência se deu entre 300 a.C. a 250 d.C.

Toda importância que, de maneira geral, os filósofos gregos reservavam à busca do prazer, foi radicalmente transformada por esta corrente de pensamento que passou a concentrar a sexualidade no casamento. Este torna-se uma concessão àqueles que não podiam abster-se de relações sexuais; (...) uma permissão para a satisfação da luxúria ou do prazer para aqueles que os consideravam indispensáveis” (Ceccarelli, 2000, p.21).

A cultura romana, em algumas classes sociais e em determinadas épocas, foi mais liberal, mas sempre com predomínio de uma cultura machista. Os romanos referiam-se às doenças dos órgãos sexuais como ‘*morbus indeces*’, estando conotado como uma indecência sexual.

Michel Foucault, em meados do séc. XX, considerou o sexo em todo o mundo greco-romano regido pela contenção e arte de administrar o prazer sexual.

Se nos reportarmos ao livro do Génesis, este refere que “Deus criou o Homem à Sua imagem: fê-lo à imagem de Deus, e criou-os macho e fêmea”; a sexualidade era descrita como pretendida por Deus e criada como algo de salutar. Na narração da criação não aparece qualquer menosprezo pela natureza sexual da humanidade. E Deus abençoou-os e disse “Crescei e multiplicai-vos”. O Antigo Testamento retrata os escritos dos escribas, sacerdotes, profetas que vão atribuindo importância à sexualidade, correspondente ao interesse que ela teve na vida dos grupos humanos que a escreveram – com grande enfoque no Amor Humano. As questões da sexualidade são vistas com um predomínio do homem perante a mulher e são enumerados alguns rituais interditos como: o incesto, a nudez e a homossexualidade. Mas o grande livro do Amor é o Cântico dos Cânticos com o seu enfoque no casamento monogâmico. O Novo Testamento é mais restrito em termos de sexualidade, limita-se ao elogio do casamento e à condenação do adultério e do divórcio.

Este período está associado à tradição judaico – cristã e à ligação entre o pecado e a ‘carne’, concomitantemente, repressão, interdição e negação sexual, estando a sexualidade confinada à reprodução dentro do casamento.

Embora a raiz dos valores ético-morais da cultura europeia se encontre, em parte, na tradição judaico-cristã, não se pode atribuir ao Cristianismo “o ascetismo em relação aos prazeres”, tendo apenas preservado um legado que hostilizava o prazer e o corpo (Ceccarelli, 2000). Tal legado pessimista, devia-se sobretudo a considerações médicas, e tem as suas origens na Antiguidade Clássica, como é o caso de Pitágoras que recomendava que as relações sexuais ocorressem de preferência no inverno, embora fazer sexo fosse prejudicial em todas as estações do ano; Hipócrates considerava que reter o sêmen proporcionava ao corpo a máxima energia e a sua perda, a morte; e para “Sarano de Éfeso, médico pessoal do Imperador Adriano, o ato sexual só se justificava para a procriação” (Ibidem).

Por volta do séc. III d.C. surge o Kama Sutra, escrito pelo indiano Mallanaga Vatsyayana, um estudioso de religião. Esta obra é um tratado, em sânscrito, com lições sobre amor e sobre o comportamento sexual humano.

No período que na Europa corresponde à Idade Média, a consolidação e difusão da fé cristã e dos seus princípios relativos ao desprezo do corpo contribuíram para a grande influência que os ensinamentos da Igreja Católica tiveram sobre a vivência da sexualidade, transmitindo-se novos conceitos de amor e de virtude e promovendo-se a castidade e a abstinência (Martins, 2003).

Ao longo dos séculos desenvolveu-se uma mentalidade fortemente misógina, em grande parte provocada pelo pensamento religioso que afirmava ser a mulher um instrumento do mal. Os escritos judaicos enumeram heróis que sucumbem à sedução feminina. Uma dessas vítimas foi Sansão, que pagará, com o seu sacrifício e com a morte, um sem número de filisteus seduzidos pela graça feminina de Dalila (Antigo Testamento).

Explorado este pensamento, a Idade Média adotou uma visão da mulher enquanto ser diabólico, baseando-se, sobretudo, nos escritos de S. Paulo e nos dos Doutores da Igreja. Tal caracterização comum levou a teorias de que era preferível “um fogo ardente do que de uma mulher jovem. Por causa da mulher, muitos homens estão mortos” (Pilosu, 1995, p. 60). Todavia, é essa mesma Igreja que apresenta uma posição dupla, de desconfiança e adoração, face à mulher, condenando a exposição do corpo e sublimando a Virgem Maria. A Igreja aconselhava as virgens e as viúvas a recolherem-se nos mosteiros, longe das tentações do mundo (Martins, 2003). Uma das grandes preocupações dos Teólogos foi fazer uma regulamentação sobre as práticas sexuais. Através dos Tratados da Vida Matrimonial, verificamos que as relações sexuais eram proibidas durante as festas do Natal, da Páscoa, do Pentecostes e das festas dedicadas ao culto de Maria, que foram crescendo ao longo da Idade Média. Para além do calendário litúrgico comum existiam outras proibições: menstruação da mulher, gravidez e 40 dias após o parto. Feitas as contas, verificamos que os casais, apenas poderiam usufruir de quatro a cinco relações sexuais durante um mês, gerando duas a três concepções num período de 4 anos (Le Goff e Truong, 2005 p. 479).

No Renascimento, mantinha-se a tradição de religião e moralidade cristã. Aparecem as primeiras referências à sífilis, doença que teve consequências a nível das práticas sexuais, surgindo assim um novo estilo de castidade. Os músicos e os poetas eternizam o amor através das suas obras. Jacques Bethercourt em 1527 utilizou, pela primeira vez, o termo doença venérea referindo-se a doença sexual; a medicina moderna começou a focalizar o seu estudo e a assumir discussões em torno das questões sexuais do homem moderno.

Em 1550, o italiano Gabriel Fallopius descobriu e descreveu o aparelho genital feminino apelidando alguns dos órgãos responsáveis pela reprodução, como por exemplo, trompas de Falópio, vagina e placenta.

A partir do séc. XVIII deu-se o período da multiplicação e heterogeneidades sexuais (Foucault, 1994). Com a revolução industrial houve mudanças a vários níveis: social, económico e cultural; concomitantemente, religiões, grupos sociais e área geográfica tiveram uma grande influência nas atitudes e comportamentos sexuais. Surge uma necessidade nova: formular um discurso sobre sexo não apenas moral, mas de racionalidade. O Estado sente então necessidade, não de liberalizar a sexualidade, mas sim de a regulamentar. Nesta época, existiram três premissas que regeram as atitudes e os comportamentos sexuais: direito canónico, pastoral cristã e lei civil (Ibidem).

Ao contrário dos Estados Unidos da América que tinham adotado uma atitude muito puritana relativamente ao sexo, a Inglaterra e a França apresentavam uma atitude muito mais complacente. Em meados do séc. XIX, já em plena época Vitoriana surge, de novo, a repressão sexual, motivada pela teoria da degenerescência de Morel, associada a especulações de comportamentos sexuais nocivos para a saúde, perpetuadas pelos médicos, conforme referem autores como França Pereira (2003), Giddens (1996), Foucault (1994).

Chegados ao final da centúria, surgiu um novo interesse científico pela sexualidade dando lugar à criação de uma nova disciplina – Sexologia. A sexualidade invade a área da ciência médica, tornando-se deslumbramento sobretudo para um grupo de médicos como Richard Von Krafft-Ebing, Magnus Hirschfeld, Scherenck-Notzing, Havelock Ellis, Sigmund Freud e outros investigadores como Alfred Charles Kinsey que lhe dedicaram grande parte da sua obra. Estes estudiosos dedicaram-se ao seu estudo e produziram teorias e trabalhos científicos que são uma referência ainda hoje na investigação nesta área do conhecimento, pois, embora tenha sido retratada por pintores e cantada por músicos e poetas, não foi objeto de estudo científico quase até ao séc. XX, período no qual se efetuaram as investigações em campo sobre o comportamento sexual humano.

Krafft-Ebing (1840-1902), psiquiatra forense alemão, considerado o pai da sexologia, publicou em 1886 o primeiro manual sobre sexualidade intitulado '*Psychopatia Sexualis*'. Realizou estudos sobre transtornos sexuais, recorrendo aos tribunais para efetuar a análise das perversões, atualmente denominados desvios sexuais: homossexualidade, sadismo, masoquismo e fetichismo. O autor considerou que a masturbação dava origem à degeneração e conseqüentemente aos desvios sexuais e condenava quase todos as práticas de atividade sexual, excetuando a procriativa.

Magnus Hirschfeld (1868-1935), outro psiquiatra alemão, especializado em homossexualidade fundou a primeira revista sobre patologia sexual. Hirschfeld foi o primeiro a distinguir adequadamente a homossexualidade de travestismo e a propor a reforma das leis penalizadoras dos homossexuais. Realizou um trabalho pioneiro de comportamento sexual, destruído pelos nazis, que mais tarde foi reformulado e desenvolvido por Kinsey.

Ainda na área da psiquiatria encontramos Albert von Schrenck-Notzing (1862-1929), que se preocupou em modificar a orientação sexual dos homossexuais com a ajuda da hipnose.

Havelock Ellis (1859-1939) escreveu, entre 1897 e 1910, os *Studies in the Psychology of Sex*, onde revelava pontos de vista modernos para a época, pois identificou o erotismo como uma arte de amor. Nos seus escritos pronunciava-se sobre as relações pré-matrimoniais, o controle da natalidade, a eliminação das leis criminais sobre a homossexualidade entre adultos e as alterações às leis do divórcio. Investigou quase todo o tipo de comportamentos sexuais e inventou os termos autoerotismo e narcisismo. A sua postura perante a sexualidade mereceu-lhe a admiração de muitos nessa época.

Sigmund Freud (1856-1939), conhecido pelas suas teorias sobre a personalidade e o desenvolvimento psicosssexual, contribuiu como sexólogo para a compreensão da sexualidade infantil e do papel do conflito sexual nas neuroses dos adultos. Dá-nos o seu conceito de líbido ou pulsão sexual como fator de motivação e organização dos comportamentos e do desenvolvimento psicosssexual. Via a adolescência como uma etapa do desenvolvimento psicosssexual, que se seguia à latência, altura em que todas as preocupações sexuais eram reprimidas dando lugar ao treino formal de capacidades sociais.

A problemática da adolescência para Freud consistia em encontrar maneira de exprimir os comportamentos eróticos formados primitivamente sem ofender o mundo externo. No entanto, foram diversos os posicionamentos científicos sobre este psicoterapeuta: para Lopez (2005), Freud é o autor com maior influência na tomada de consciência da importância decisiva da sexualidade na vida humana e para Menezes (1990), teve o mérito de descrever a continuidade do desenvolvimento sexual, da infância à vida adulta.

Os trabalhos de Freud, baseados em estudos de casos, influenciaram toda a cultura do séc. XX, tiveram grande impacto na psicologia do desenvolvimento e na psiquiatria clínica e deram lugar a uma corrente de pensamento chamada Psicanálise. Resultado das suas investigações publicou, em 1905, *Três ensaios sobre a sexualidade*, onde transmitia uma nova visão da sexualidade, distinta da genitalidade, que se torna uma nova dimensão médica – medicina psicossocial.

Ivan Bloch (1872-1922) realizou um corte epistemológico ao ampliar o campo de estudo da sexologia para além da medicina. Referia a necessidade de construção de uma ciência sexual mais abrangente, que incluísse os aspetos biológicos e psicológicos assim como as dimensões cultural, social e histórica da sexualidade (Vaz, 2003). Os estudos de Bloch relacionaram a sexologia com a antropologia e a etnologia e não apoiavam a teoria da degenerescência. Para o autor, as variações sexuais estavam relacionadas com a estrutura inerente do instinto sexual, que se caracterizava pela necessidade de mudança e pelo desejo de estimulação, essas características podiam explicar a psicopatologia sexual (Moreno-Jiménez, 1990).

Havelock Ellis (1859-1939), médico e professor inglês, conheceu muitas culturas e publicou trinta e dois ensaios intitulados *Estudos sobre a psicologia do sexo*. Baseando-se na pesquisa normativa recolheu muitas histórias de casos e documentou a enorme variação individual em termos do comportamento sexual normal. Enfatizou a variabilidade individual e o relativismo cultural, inaugurando uma nova leitura sobre a sexualidade. A sexualidade, apresentada como uma dimensão positiva que ocupa lugar decisivo entre as motivações humanas, é uma realidade complexa e rica que pode ser vivenciada de modos diferentes (Lopez & Fuertes, 1999).

Ellis foi o primeiro autor a colocar a resposta sexual feminina a par da masculina, o que não foi bem aceite numa sociedade onde predominava uma forte repressão sobre a sexualidade da mulher, e a criticar o conceito de 'normalidade' relativizando o seu valor. Rosen e Beck (1988), assim como a comunidade científica da época, não reconheceram a pertinência do trabalho de Ellis, talvez daí não haver referências alargadas aos seus trabalhos.

Nesta época, em Portugal, Egas Moniz (1874-1955) publicou uma obra de dois volumes dedicada à Vida Sexual (1901), focalizando-se prioritariamente na sexualidade dita 'normal' e nas suas variações culturais. Desta forma, os comportamentos sexuais tornaram-se objeto de uma abordagem científica, (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 1996). De referir que a "sexologia do início do século constituiu o primeiro corpo estruturado de considerações de ordem científica que reconhece claramente o valor da sexualidade na natureza e nos comportamentos humanos" (Vilar, 2003, p.95).

No séc. XX avolumaram-se as investigações em torno do comportamento sexual humano. Alfred Charles Kinsey (1894-1956), zoólogo da Universidade de Indiana, nos Estados Unidos, entre 1940 e 1950 apresentou trabalhos que forneceram importantes contributos a esta área de investigação. O seu interesse pela sexualidade humana revelou-se nos finais dos anos 30, quando lhe foi pedido para participar num curso de formação

matrimonial; no final, ele provou que os conhecimentos existentes sobre o comportamento sexual humano não usufruíam de rigor científico.

Em 1941, Kinsey, criou um departamento para investigação sexual no Instituto de Sociologia na Universidade Indiana e, em parceria com alguns colegas e colaboradores, desenvolveu técnicas de recolha de dados acerca do comportamento sexual. Cerca de 20 mil norte-americanos brancos responderam à pesquisa, sendo os resultados apresentados no Relatório Kinsey: *Sexual Behaviour in the Human Male* (1948) e posteriormente *Sexual Behaviour in the Human Female* (1953). Este estudo teve grande impacto nas sociedades ocidentais contribuindo para a libertação sexual da mulher.

Posteriormente, os movimentos liberal e operário contribuíram decisivamente para criar um novo contexto com maior liberdade de pensamento. O Movimento Operário critica a moral sexual, considerando-a mais um instrumento nas mãos da classe dominante para submeter os trabalhadores. É neste contexto que surge o Movimento Feminista, onde se destacaram Margueret Sanger (1879-1966), nos Estados Unidos e Stopes (1880-1959), na Inglaterra que defenderam o direito da mulher a viver a sexualidade sem se sentir obrigada a procriar e fomentaram a criação das primeiras clínicas dedicadas à contraceção (Lopez & Fuertes, 1999; Giddens, 1996; Foucault, 1994).

Wilhelm Reich (1896-1957) e a Associação Juvenil Sex-Pop, na Áustria e na Alemanha nos anos trinta, defenderam a necessidade de se fazer uma revolução sexual como parte fundamental da revolução social com a qual, além de se defender o direito dos jovens à sexualidade, pretendia-se que a sociedade oferecesse assistência, educação sexual e contraceção.

Durante a segunda Guerra Mundial, este processo foi quebrado temporariamente, sendo retomado mais tarde. Em muitos países foi reconhecido pelos próprios poderes públicos a necessidade de educação sexual no âmbito escolar e os cuidados de saúde na área do planeamento familiar.

William H. Masters (1915-2001), ginecologista americano, foi o primeiro a realizar estudos sobre a resposta sexual humana. Concomitantemente, desenvolveu trabalhos na área do diagnóstico e tratamento das desordens e disfunções sexuais.

Casou em segundas núpcias com Virgínia E. Johnson (1925-2013) e em conjunto dedicaram-se ao desenvolvimento de terapias sexuais. Resultantes das investigações surgiram duas obras *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970) que, sendo pioneiras, tornaram-se ícones nesta área do conhecimento.

A partir da década de 50, Kinsey e o casal Masters e Johnson criaram um novo campo de estudo – a Sexologia Humana, revolucionando todos os conhecimentos sobre esta temática. Inicia-se nova perspectiva sociológica. Neste sentido, a sexologia como ciência

interdisciplinar deve incluir a visão sociológica, conceito que impulsionou o aparecimento de estudos realizados com indivíduos 'normais', contrariamente ao que acontecia até aí em que focavam apenas indivíduos doentes ou condenados por delitos penais.

Kinsey (1998a), além do estudo de comportamentos, realizou também pesquisas sobre os processos fisiológicos na resposta sexual, utilizando técnicas de observação direta. Os seus estudos mais conhecidos são os relatórios sobre a sexualidade masculina (1948) e feminina (1953) nos quais relata as experiências realizadas em laboratório, com homens e mulheres, e a partir das quais tenta descobrir os comportamentos dos homens no âmbito do sexo e os factos que determinam as diferenças de comportamento entre os indivíduos e entre os vários estratos de população.

Já nesta época, Kinsey considerou a variabilidade dos comportamentos em função do sexo, da faixa etária, do nível social, da proveniência urbana ou rural e do ambiente religioso e dedicou atenção à adolescência. Os seus trabalhos foram continuados pelos seus colaboradores no Instituto com o seu nome e por outros investigadores americanos e europeus: Albert Reiss (1967) sobre as atitudes sexuais, Hunt Morton (1974) sobre os comportamentos sexuais e Michael Schofield (1960, 1961, 1962, 1973), Paul Simon (1972) e Coletti (1969) sobre as implicações sociológicas.

Estes estudos sociológicos foram os que mereceram maior ressonância e contribuíram para o conhecimento da frequência de cada um dos comportamentos sexuais e dos fatores que induzem as mudanças sociais. Autores como Vaz (2000) e Vasconcelos (1998) chamam a atenção para a necessidade de especificar a raça, o sexo, a idade e o nível educacional e profissional dos sujeitos em estudo. Estas variáveis continuam a ser as mais estudadas neste tipo de investigações

Masters, a quem se juntou Johnson, iniciaram em 1954 um projeto de investigação para estudar a fisiologia da resposta sexual humana. Usou o método de observação e experiência em laboratório em 694 voluntários e pretendeu conhecer a anatomia e a fisiologia da resposta sexual, avaliando o ritmo cardíaco, as mudanças verificadas nos órgãos sexuais, a contração de músculos, as alterações respiratórias e comparando as semelhanças das respostas fisiológicas femininas e masculinas. Este trabalho, para autores como Lopez e Fuertes (1999), Tiefer (1981) e Gomes (1980), apresenta pela primeira vez dados sólidos sobre a fisiologia de resposta sexual humana, onde se podem distinguir e delimitar as fases: excitação, planalto, orgasmo e resolução, que posteriormente foram úteis para a classificação das disfunções sexuais e a definição da conduta terapêutica.

Há, no entanto, autores entre os quais Bozon (2004) e Béjin (1987) que apontam limitações a este tipo de estudo que, por serem realizados em laboratório e com voluntários, não serão representativos da população e por vezes muito focalizado nas disfunções.

Apesar de haver contestação e críticas éticas, estes dados foram aceites pela comunidade científica, sobretudo no campo da sexologia, e pela sociedade em geral por terem sido obtidos a partir de rigorosa metodologia experimental.

O Instituto Masters e Johnson deu-lhes continuidade contribuindo para um melhor conhecimento da fase do desejo. Em 1970, o livro *Human Sexual Inadequacy* veio revolucionar os tratamentos das disfunções sexuais, ao apresentar um novo modelo de tratamento, a chamada 'Terapia Sexual', que origina o aparecimento de numerosas clínicas em todo mundo, embora particulares, para estudo e tratamento das disfunções sexuais (Lopez, 1999; Tiefer, 1981; Gomes 1980). Este novo tratamento envolve os dois membros do casal, com utilização de técnicas como o contacto corporal, comunicação, informação adequada para o tipo de problema. Este modelo posteriormente foi melhorado pela intervenção de Helen Kaplan (1929-1995) e Leslie Lo Piccolo, entre outros.

Money e Erhardt (1972) publicaram a obra "Homem e mulher, menino e menina: a diferenciação e dimorfismo de género identidade, desde a concepção até a maturidade", onde destacam os problemas na identidade sexual como a transsexualidade e as crises dos papéis sexuais tradicionais.

O filósofo Michel Foucault (1926-1984) Foucault (1988), na primeira parte de sua famosa trilogia *Histoire de la sexualité*, dá-nos uma panorâmica sobre a forma como a civilização ocidental, a partir do início do séc. XVII, se relacionava com temas relacionados com a sexualidade. Chegados a meados da centúria seguinte, acreditava-se que a sociedade começava a viver num crescente processo de 'repressão sexual'. É nesse período que o 'sexo bom, sadio, maduro e completo' se reduz ao casal monogâmico. Tudo o que está fora desse núcleo é considerado errado, doentio. Foucault (1988) vai chamar a essa fase de 'Hipótese Repressiva'. Até essa altura, a sexualidade raramente estava presente nos discursos do quotidiano. Antes, "as práticas sociais não procuravam o segredo; as palavras eram ditas sem reticência excessiva e, as coisas, sem demasiado disfarce; tinha-se com o ilícito uma tolerante familiaridade" (Ibidem, p. 9).

Chegados ao período conhecido como 'Era Vitoriana', diversos autores são da opinião que a sexualidade passou a ser tabu e as práticas sexuais reprimidas. Prendia-se, internava-se, matava-se aquelas pessoas que praticavam atos que fugiam à 'normalidade' sexual.

Na verdade, Foucault tem outra interpretação sobre o assunto. Para o filósofo, o que ocorreu desde o período vitoriano foi, ao invés de uma repressão, uma profunda incitação ao sexo. Em sua opinião, nunca se falou tanto sobre sexo, como nos últimos séculos. A própria Igreja Católica, por exemplo, ao reformular a prática da confissão no Concílio de Trento, foi parte desse contexto de incitação. É importante saber também que, a

partir de então, o discurso sobre o sexo passou a ter locais específicos; não se pode falar sobre sexo em qualquer lugar, mas sim no confessionário, nas clínicas médicas e psicanalíticas ou, no máximo, dentro do 'quarto dos pais'.

Assim, através dessa proliferação discursiva sobre o sexo, com uma dispersão das sexualidades, procurava-se assegurar institucionalmente o povoamento e uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora.

Nos anos 60 e 70, ocorreu a revolução sexual que trouxe mudanças a nível do comportamento sexual e das relações interpessoais. A emancipação da mulher, a independência económica, o aparecimento dos anticoncepcionais contribuiu para a modificação do conceito de mulher-objeto.

O sociólogo John Gagnon cunhou o estudo da sexualidade nas ciências sociais e com o professor William S. Simon, companheiro de pesquisas, desenvolvem um trabalho, publicado em 1973, *Sexual Conducts*, sobre a interpretação social das raízes do desejo sexual dos seres humanos. Para eles, o desejo sexual é o resultado de uma idiossincrasia individual das pessoas. Introduziram o conceito de 'script' sexual com o objetivo de valorizar o carácter construído da sexualidade. Publicaram a primeira teoria sociológica sobre o comportamento sexual, Teoria Social dos Roteiros Sexuais, que é o resultado de estudos que fizeram desde 1965 com estudantes universitários, comunidade homossexual e programas de educação sexual (Simon & Gagnon, 1973).

Em 1974, a homossexualidade deixa de ser considerada como doença mental e em 1979, nasce o primeiro bebé por fertilização 'in vitro'. Em Portugal, em 1974, ocorria a revolução dos cravos, que muito contribuiu para a mudança de valores, para maior permissividade e tolerância. A vida dos portugueses tornou-se mais complexa, e, com a adesão à União Europeia novos fenómenos sociais surgiram. A vontade de prosseguir a sua instrução e não só, leva o jovem adulto a abandonar os campos, ocorrendo a migração para as cidades. Dada a distância, o controlo parental e social sobre os comportamentos é reduzido, levando os jovens a ter condutas por vezes pouco salutares. Inversamente, o poder dos grupos de pares aumentou, exercendo grande influência na vida dos jovens adultos, particularmente na área da sexualidade. A este fenómeno associa-se a eficácia dos anticoncepcionais (sobretudo os orais) e a facilidade em serem obtidos.

A sexualidade, nos anos oitenta, abriu um novo campo para a investigação científica. Surge assim a WAS, e conseqüente publicação de revistas e a organização de congressos para o estudo e divulgação da temática, deixando "a sexualidade de estar reduzida ao secretismo. O seu estudo poderá melhorar, sem dúvida, a nossa qualidade de vida" (Lopez & Fuertes, 1999, p.46). No final dos anos oitenta do séc. XX, surge a epidemia do HIV/ SIDA, também conhecida como epidemia comportamental, sendo identificados

grupos de risco. A estereotipia relacionada com esta patologia, associada à promiscuidade sexual, pode ter novamente levado a mudanças de atitudes e comportamentos sexuais.

Assim, o interesse pelos estudos da sexualidade voltou à ordem do dia. A necessidade de pesquisas atualizadas sobre o tema levaram Gagnon e colaboradores a realizarem um diagnóstico sobre o comportamento sexual da população americana. O resultado foi publicado em dois livros, em 1994, um para a população em geral, *Sexo nos Estados Unidos*, e outro para as comunidades científicas, *A Organização social da sexualidade: práticas sexuais nos Estados Unidos*.

Gagnon no seu livro *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade* (2006), a grande contribuição dessa obra é a Teoria dos Roteiros Sexuais, que explica fenómenos do ponto de vista da saúde pública, como a epidemia HIV/SIDA. A teoria sobre as motivações da sexualidade refere que estas são eminentemente sociais, e não estão confinadas nem à biologia nem a determinações psíquicas. A sexualidade tem um sentido particular para determinados grupos de pessoas. Assim, segundo os autores, para se definir comportamentos sexuais padrões tem que se compreender/conhecer os contextos nos quais eles são produzidos. A teoria dos roteiros destina-se a todas as condutas sociais, não somente à sexualidade.

A Teoria Social dos Roteiros Sexuais, que compreende três níveis: intrapsíquicos, interpessoais e cenários culturais, é dirigida a várias áreas do conhecimento e ao papel do investigador na construção de estereótipos sobre os comportamentos e exerce grande influência nas pesquisas sobre comportamento sexual, nos projetos de orientação sexual, nas pesquisas sobre HIV/SIDA e o que se pode fazer em relação à educação sexual nas escolas. Por isso é um documento de estudo de nomes como Michel Bozon, Carole Vance, Gilbert Herdt, entre outros que, a partir de então, compartilharam dos mesmos ideais (Gagnon, 2006).

Nos anos 90 ocorreu a popularização da internet e o desenvolvimento de novas redes sociais 'online', o que teve influência nas relações humanas relativamente às estratégias de aproximações afetivas e sexuais. O termo comportamento de risco surge com frequência no léxico quotidiano e a monogamia seriada com sucessivas reorganizações familiares torna-se uma constante. A nível científico surge a terapia de reposição hormonal e o teste de DNA para esclarecimento de paternidade e a nível cultural surgiu um desafio ao dogma período menstrual: a possibilidade de as mulheres não menstruarem. O casamento começa a ser mais tarde: 25,7 anos; a maternidade também: depois dos 26,5 anos (INE, 2000) e a natalidade diminuiu: em Portugal, a taxa natalidade em 2001 é 1,6 filhos (INE, 2000).

Mudança de século e mudança de atitudes com a chegada de 2000, e a primeira década do séc. XXI. A globalização, o apogeu das tecnologias, das descobertas científicas, da mobilidade das pessoas, das viagens *'low cost'*, dos programas de mobilidade internacional que invadiram o ensino superior, da maior longevidade com mais qualidade de vida, supremacia da mulher a nível político, social, científico-tecnológico, económico e cultural acarretou muitas mudanças a vários níveis.

A maternidade passou a ser ainda mais tardia: depois dos 28,9 anos (INE, 2011); e a natalidade volta a diminuir: em Portugal, a taxa de natalidade em 2001 é 1,4 filhos (INE, 2011). O casamento surge mais tarde: 29,2 anos (INE, 2011), e emergem outro tipo de uniões. A mulher torna-se mais líder e tem também maior predomínio sexual.

Para os homens, são introduzidos no mercado o sildenafil – Viagra – (e outros), que trouxe novos contributos para discussão da sexualidade, sobretudo para as pessoas com disfunção sexual e idosos, bem como para a mulher/casal e a levornorgestrel – pílula do dia seguinte. Rosemary Basson, ginecologista, apresenta a sua teoria Sistema Circular, sobre a resposta sexual da mulher, em que o desejo não antecede obrigatoriamente a fase de excitação; a autora enfatiza o valor da intimidade como motivação feminina para a relação sexual e refere que muitas mulheres partem de um estado de neutralidade ao iniciarem o ato sexual sem suficiente entusiasmo e interesse. Na verdade desejam aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as envolva. Divide a resposta sexual da mulher em cinco fases:

“1- Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo. 2- Excitação subjetiva com respetiva resposta física, desencadeadas pela recetividade ao estímulo erótico, em contexto adequado. 3- Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo. 4- Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico. 5- Satisfação física e emocional, resultando em recetividade para futuros atos”, (Basson 2001, p.37).

Segundo este modelo, é o desejo de aumentar a intimidade afetiva com o companheiro que predetermina a mulher a avançar para a atividade sexual, em detrimento de mera função genital. Após estimulação, a mulher passa do estado neutral para o estado de excitação, estado este complexo pois é influenciado pelas construções mentais que a mulher tem como sendo excitante. Bem como do estímulo sexual e do contexto que está inserida, pois é essencialmente acionada por determinados pensamentos estimulantes, que abarcam os comportamentos entre companheiros, música, erotismo escrito ou visual, a comunicação assim como a estimulação corporal espontânea. Há contudo fatores como o compromisso, a partilha, o afeto, a permissividade e a propinquidade afetiva, que fundamentados na intimidade, estimulam a mulher a descobrir um modo de ficar excitada sexualmente.

Mattarazzo (1985), da leitura que faz dos diferentes períodos da história da sexualidade, organiza em 5 padrões culturais que apresenta numa escala, apontando diversos significados do sexo para diferentes pessoas. Nível 1: Sexo como algo ruim e pecaminoso. Deve ficar restrito. Nível 2: Sexo é bom, mas só deve existir depois do casamento e tem a finalidade de procriação. Nível 3: Sexo não é bom nem ruim, depende das circunstâncias e consequências. Nível 4: Sexo é bom em si mesmo e não depende de nada. Vale o momento, o aqui e agora. Nível 5: Anarquia sexual, onde tudo é válido. Sexo livre.

Nesta década surgiram, em todo o mundo, associações, fundações, organizações, de caráter particular e/ou público que se preocupam estudarem e investem para a vivência de uma sexualidade saudável.

Ao longo da história, como já foi referido, as diferentes civilizações vivenciaram costumes, valores, atitudes, comportamentos díspares e os seus efeitos influenciaram diretamente os preconceitos, ‘tabus’ e mitos que se criaram em torno da sexualidade. Atualmente as sociedades ocidentais têm uma visão mais alargada da sexualidade, vêem-na como algo natural que está intrínseco à natureza humana e como tal que não deve ser admoestada nem oculta, visão esta que é oposta à das gerações precedentes. A sociedade moderna não fixa fronteiras à sexualidade, ela está intrínseca no ser humano e é uma forma de expressão individual (Ramos e Carvalho, 2005; Bozon, 2004; Bantman, 1997; Giddens, 1996; Foucault, 1994).

As metamorfoses que a sexualidade sofreu ao longo da história são, de facto, não só visíveis como verdadeiramente revolucionárias (Giddens, 1996) e com a realização desta pesquisa, vou parafrasear William Simon (1996, p.2) “a verdade mais importante sobre a sexualidade é que pode não haver verdades importantes que sejam permanentes”.

Estamos na segunda década do séc. XXI. Perante a recessão mundial que estamos a viver o aparecimento do movimento ‘altermundalista’, contra a globalização, qual será a repercussão que irá ter a nível comportamental, atitudinal e da sexualidade nas atuais e vindouras gerações?

1.3 A DIVERSIDADE CULTURAL NO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS COMO DIREITOS HUMANOS

“(...) têm como finalidade proporcionar as condições e os meios necessários para a prática livre, saudável e segura das funções reprodutivas e da sexualidade”.

(UNESCO, 2010)

A Declaração Universal da UNESCO de 2 de Novembro de 2001 sobre a Diversidade Cultural, define cultura como:

“o conjunto dos traços distintos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos, que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e onde se englobam, para além das artes e das letras, os modos de vida, as formas de vida em comum, os sistemas de valores, as tradições e as crenças” (Unesco, 2002b, p.2).

A Declaração supracitada acrescenta que a cultura

“está no centro dos debates contemporâneos sobre a identidade, a coesão social e o desenvolvimento de uma economia baseada no saber e que, é fonte de trocas, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para a espécie humana, tão necessária como a biodiversidade para o conjunto dos seres vivos” (Unesco, 2002b, p. 3).

Com esta declaração, a UNESCO pretende que a diversidade cultural constitua uma herança comum da humanidade e que seja reconhecida e promovida ao serviço das gerações presentes e futuras. Tem como pilar fundamental a Declaração Universal dos Direitos do Homem que, como sabemos são universais, indivisíveis e interdependentes. Apesar de os Direitos Humanos serem universais na sua conceção como princípios orientadores, não são de aceitação universal, uma vez que para isso teriam de ser integrados na Constituição dos Estados de Direito – como é o caso da portuguesa, o que não acontece.

Tem como objetivos, entre outros, a) Proteger e promover a diversidade das expressões culturais (...); e) promover o respeito pela diversidade das expressões culturais e como princípios o respeito pelos direitos do homem e das liberdades fundamentais, expresso nos seguintes termos:

“A diversidade cultural não pode ser protegida e promovida senão quando os direitos do homem e as liberdades fundamentais, como a liberdade de expressão, de informação e de comunicação, bem como a possibilidade de os indivíduos escolherem as expressões culturais, estejam garantidas” (Ibidem).

Ninguém poderá invocar “as disposições da presente Convenção para atentar contra os direitos do homem ou contra as liberdades fundamentais consagrados pela Declaração Universal dos Direitos do Homem ou garantidos pelo Direito Internacional, ou

para limitar a sua aplicação” (Unesco, 2005, p.4). Pois como refere Abreu (2003, p. 28) “a diversidade cultural é uma das heranças da humanidade que deve ser preservada”.

Decorrente destas conferências e capacitados de que a diversidade cultural não pode ser protegida sem a efetiva implementação dos direitos culturais, foi criado um grupo de trabalho que redigiu a Declaração de Friburgo sobre os direitos culturais e que pretende o seu reconhecimento e a sua implementação em nível local, nacional, regional e universal. Proclamar diferentes culturas como sendo fundamentais para o desenvolvimento pessoal e concomitantemente para o desenvolvimento da comunidade, é também falar sobre sexualidade, género ou direitos sexuais e reprodutivos. Compreender a diversidade cultural além dos valores étnicos concedidos a uma visão inclusiva de diferentes culturas existentes, abre caminho para abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos, como potenciador das diversidades culturais, que são um conjunto de direitos assegurando que todas as pessoas têm a oportunidade de tomar decisões sobre a sua sexualidade, exercer livremente, sem pressão e violência, para decidir nomeadamente sobre o número de filhos que cada um quer ter, e a possibilidade de acesso aos cuidados de saúde reprodutiva.

A CIPD, no Cairo em 1994, realizou-se numa época de mudança demográfica e política e permitiu a presença das ONG como porta-voz da população civil. A baixa da natalidade, entre outros fatores, contribuiu para uma mudança de paradigma conduzindo ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como sendo fundamentais para o desenvolvimento das nações. Foi também identificado que os adolescentes e os jovens constituíam um grupo populacional negligenciado em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e foi lançado o alerta a todos os 179 países membros, à data, das Nações Unidas, para promoverem políticas e programas para o reconhecimento dos adolescentes e jovens como indivíduos com direitos relativos à sexualidade e reprodução.

Nessa cimeira, foi atribuído um papel primordial à saúde, pois como menciona Abreu (2003, p. 29), “os profissionais de saúde são agentes privilegiados para interpretar os princípios da diversidade cultural e líderes de opinião capazes de promover o respeito pela diferença”; aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, excedendo os objetivos meramente demográficos e focou-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD provocou uma transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos e os direitos reprodutivos, que foram definidos conforme constam no capítulo VII, da Plataforma de Ação do Cairo:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde

sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (FNUAP, 1994, p.17).

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), foram reforçados os pactos celebrados no Cairo, tendo sido definidos os direitos reprodutivos e os direitos sexuais como direitos humanos. Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos foram considerados independentes, fixando-se em texto oficial a separação entre a sexualidade e a reprodução. Os governos de 130, dos 189 países presentes, assumiram o compromisso de elaborar leis e programas nacionais relativos à população e ao desenvolvimento que contemplassem o cumprimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Os princípios de Cairo e Pequim opõem-se completamente à imposição de metas populacionais, concetivas e contraceptivas.

As medidas que foram assumidas no plano de ação da Conferência Internacional sobre a Mulher, foram reforçadas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e na Cimeira do Milênio (Nova Iorque, 2000, 2005 e 2010).

Na Cimeira do Milênio das Nações Unidas (Setembro de 2010), coincidiram esforços dos líderes de governos, das agências internacionais e das ONG, quando identificaram como assuntos principais, a contraceção, o planejamento familiar, os serviços de saúde para adolescentes e a violência sexual. Os relatórios oficiais sobre a respetiva implementação das medidas decididas no Cairo e Pequim, destacaram a centralidade dos direitos dos jovens em saúde e educação sexual e reprodutiva para a missão dos ODM e dos Direitos Humanos (DGS, 2012).

As desigualdades de género têm um impacto significativo na saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Os programas e serviços de saúde sexual e reprodutiva podem e devem ser estruturados de forma a dar às mulheres o poder de tomar decisões informadas sobre escolhas sexuais e reprodutivas ao longo da sua vida, conferindo-lhes autonomia sobre as suas vidas reprodutivas. O reforço do compromisso político e financeiro para o objetivo da saúde sexual e reprodutiva universal é imperativo, devendo incluir financiamento da pesquisa relevante (OMS, 2010b).

Para Rosaline Petchesky (1999), os direitos sexuais, embora abordados nos debates a nível internacional sobre o exercício dos direitos humanos, ainda são um conceito novo, relacionado com a vivência plena e consistente da sexualidade, gerando uma vida mais digna, tanto para os indivíduos como para as coletividades. Ao ser reconhecida a sua legitimidade, há a implicação de uma reformulação no campo dos direitos, para que sejam também consideradas as diferenças de género, etnia, idade e livre orientação sexual.

A conceção de direitos reprodutivos deve ir além da informação e da simples proteção da reprodução. É um conjunto de direitos individuais e sociais que deve interagir

em busca do pleno exercício da sexualidade e reprodução humana. Assim tem-se uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e culturais e uma ampliação das obrigações do estado na promoção efetivação e implementação desses direitos (Ventura, 2002).

Conforme refere Roberto Carneiro (2009, p.7),

“a consciência europeia da dignidade inviolável da pessoa humana, e do código de direitos do homem que dela decorre, é patrimônio civilizacional de toda a humanidade. Muito embora as culturas de inspiração oriental – mais sintonizadas com a superioridade dos direitos coletivos e grupais – rejeitem a matriz acentuadamente individualista da formulação daqueles direitos, a verdade é que eles têm feito caminho na ordem internacional como verdadeiro sustentáculo do desenvolvimento humano e do progresso das sociedades”.

O conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual saudável e segura e possam decidir, quando e que periodicidade, bem como o número de filhos que pretendem ter. Esta condição subentende o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a consultas de planeamento familiar. Podendo fazer as suas opções contraceptivas. Pressupõem, ainda, o acesso a serviços de saúde adaptados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e a oferta aos casais das melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais. Cabe aos serviços de saúde prestar cuidados em Saúde Reprodutiva oferecendo um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribua para a saúde e o bem-estar reprodutivos, das mulheres e dos homens ao longo das diferentes fases do seu ciclo de vida (DGS, 2012).

1.4 LEITURA ATUAL DA SEXUALIDADE TENDO COMO REFERENCIAL OS RITUAIS DE PASSAGEM

*“O mundo é um belo livro,
que bem pouco serve a quem não sabe ler.”*
(Goldoni, 1784, s.p.)

O homem é um ‘produto’ não somente de processo biológico, mas também da cultura vigente onde foi socializado, sendo herdeiro de um decurso acumulativo de experiências culturais dos seus antepassados. Em todas as sociedades o ser humano é em simultâneo criador e consumidor de uma cultura, para Hoebel e Frost (2011, p.16) “cultura é um sistema integrado de padrões de comportamento aprendidos, os quais são

características dos membros de uma sociedade, e não o resultado de uma herança biológica”, que abrangem todo o seu modo de vida quer a nível tecnológico quer a nível e ideológico.

Ao longo dos tempos foi reconhecida a importância das culturas e a influência que tiveram no desenvolvimento do ser humano; Linton (2000, p.86) faz a seguinte reflexão “sem a presença da cultura, o ‘homo-sapiens’ não seria mais que um ‘Simiidae’ terrestre, ligeiramente diferente em estrutura e ligeiramente superior em inteligência”, esta afirmação além de exprimir a consequência da cultura leva-nos a conjecturar se a cultura é o primordial componente que separa os homens dos demais animais, pois ela “não é geneticamente predeterminada e não é instintiva”, mas sim fruto “da invenção social e é transmitida e apreendida somente através da comunicação e da aprendizagem” (Hoebel & Frost, 2011, p.203).

Cada sociedade tem uma cultura específica/distinta, resultando em comportamentos característicos dos membros de uma sociedade díspares dos comportamentos característicos dos membros das outras sociedades, pois para Kroeber e Kuchkhohn (1952) cit. por Hoebel e Frost (2011, p.4), “a cultura consiste em padrões explícitos e implícitos de comportamento e para comportamento, adquiridos e transmitidos, por símbolos que constituem as realizações distintivas dos grupos dos humanos, inclusive suas incorporações em artefactos”. Para estes autores, o âmago principal da cultura consiste nas “ideias tradicionais e especialmente nos valores que se lhe atribuem, por outro lado os sistemas de cultura podem ser considerados como produtos de ação e também como elementos condicionantes da ação futura” (Ibidem).

Existem imensos conceitos de cultura, mas na impossibilidade de relatar todos podemos extrapolar e compreender a cultura como sendo, sistemas de modelos de comportamento socialmente transmitidos, formados por um enredado de componentes dinâmicas complexamente interligadas que foram desenvolvidas como resposta conjunta aos estímulos que encontraram no decorrer do tempo, sejam eles naturais, sociais ou intelectuais, historicamente por uma sociedade humana. É o complexo de conhecimentos, comportamentos, valores, crenças, técnicas, ideias desenvolvidas historicamente por uma sociedade e que são compreensíveis por seus membros, transmitidas e utilizadas socialmente. O ser humano desde o seu nascimento tem uma visão da realidade erigida historicamente pela sua sociedade, que lhe é apresentada pela cultura, que funciona “como lentes que os seres humanos usam para ver o mundo” (Benedict, 1972, p.19). Estabelece um sistema simbólico de percepção e constituição da realidade e um meio de sobrevivência no qual se utilizam as estratégias, extra-somáticas, proporcionando meios para o ser humano

se adaptar a uma enorme variedade de fenómenos e ambientes, isto permite que o homem se autodesenvolva socialmente (Nunes & Brandão 2007).

Não está estabelecido o que é biológico e o que é cultural nas diferenças de sexos para cada atividade (Hoebel & Frost, 2011). Cada sociedade impõe aos seus elementos viverem a sexualidade segundo normas, valores e regras construídas ao longo do processo histórico-cultural (Bruns *et al.*, 1995). Organizar o ciclo de vida por fases, atribuindo a cada uma diferentes *status*, poderes e papéis é uma construção cultural relativamente ao tempo e ao espaço, pois cada sociedade ao longo dos tempos prepara de acordo com os seus valores, crenças e normas a transição da infância/adolescência para jovens adultos/vida adulta segundo os rituais próprios dessa cultura com características por vezes muito peculiares.

Por outro lado, cada cultura, cada sociedade regulamenta de forma diversa os comportamentos sexuais, através dos costumes, da moral e das leis civis (López & Fuertes, 1999), sendo a sexualidade enquanto relação humana moldada por fatores históricos. Bantman (1997, p.7) afirma que:

“a sexualidade, mais do que qualquer outra relação humana, desabrocha e desenvolve-se em termos de uma cultura e de uma norma em vigor. É o caso das relações sexuais, de um modo geral, e também dos pormenores das práticas neste domínio. A masturbação foi combatida muito antes da era cristã. A homossexualidade foi venerada antes de ter sido considerada infame”.

As transformações que a sexualidade tem vindo a sofrer ao longo da história são, de facto, não só evidentes como “verdadeiramente revolucionárias” (Giddens, 1996, p.2).

As diferentes culturas vêem o casamento com diferentes olhos, com conceitos e costumes díspares, mas têm o mesmo objetivo, que é assegurar a continuidade da espécie. Porém há divergências que não se reduzem ao tipo de composição/estruturação do casamento. Também a idade é um fator interessante de analisar/comparar. A idade de casamento no leste Europeu é antes dos 20 anos. No Japão, Estados Unidos da América, nos países escandinavos a média tem vindo a aumentar e ocorre por volta dos 25,5.

Em Portugal, segundo dados do INE (2011), a idade média do casamento continua a aumentar, situando-se nos 34,1 anos para os homens e 31,6 anos para as mulheres (33,4 anos e 30,8 anos, respetivamente para homens e mulheres em 2009, e, 29,8 anos e 27,4 anos respetivamente para homens e mulheres, em 2001).

A educação sexual com que as diversas culturas presenteiam os seus membros, pode ser a tentativa de os preparar para os papéis que lhes vão ser imputados quando a sua comunidade considerar que têm maturidade sexual.

As culturas das sociedades ocidentais embora sejam consideradas mais permissivas e liberais, para Shaffer (2005, p. 166) a “maioria pode ser classificada de

restritiva”, pois a maior parte dos pais demite-se do seu papel de educador e deixa que sejam os irmãos mais velhos, os amigos ou mesmo o próprio a fazer a descoberta que pode até ser um choque.

Em muitas culturas, os jovens, quando estão na fase de aquisição de maturidade sentem-se diferentes e são vistos e tratados de modos diferentes. Há culturas, sobretudo as não industrializadas que têm instituído ‘rituais de passagem’ que são eventos solenizados, nos quais é comunicado à comunidade que esses jovens já são considerados adultos, ou seja, que transitaram para uma nova fase do ciclo de vida e estão prontos para serem reincorporados na vida comunitária (Gennep, 2011; Hoebel & Frost, 2011; Papalia *et al.*, 2006).

Dependendo da região do globo onde estão inseridos, esses rituais são mais ou menos agressivos e chocantes aos olhos dos ocidentais. Na África Oriental, os rapazes são levados para a mata e são despojados de tudo o que possa lembrar a infância inclusive roupa e cabelo. Na Indonésia, realizam-se entre outros, sessões de tatuagens; já na Polinésia e na Austrália, realizam-se rituais de subincisões e circuncisões, com a finalidade de ver reconhecida, pela comunidade a virilidade masculina.

Relativamente às jovens, são poucas as culturas que têm rituais de passagem. Os índios ‘cheyennes’ recebiam com pompa a menarca e era partilhada a notícia em toda a comunidade; já os povos da Columbia recebiam como uma ‘crise’, isolavam a menina que passava por provas específicas e privações de alguns alimentos. Na Ásia e em África é comum a Mutilação Genital Feminina, ritual que se pensa ocorrer ainda atualmente em 28 países africanos e também no Médio Oriente, Ásia, América, Austrália e Europa - nomeadamente em França, Itália, Holanda, Reino Unido e Portugal, resultantes das comunidades migrantes (AIP, 2007). Segundo Abreu (2011, p. 69) a MGF é visto como rito de iniciação pois a “mutilação marca a identidade da menina ou da mulher, no sentido em que incorpora a identidade atribuída”. Considera ainda ser um rito de passagem porque é “concretizada em momentos importantes para a vida sexual e social da mulher” (Ibidem, p. 71). Esta prática condenada pelo Ocidente é questionada por alguns defensores do relativismo cultural, pois consideram que “cada cultura possui o seu quadro de valores” e que as práticas e padrões culturais têm que ser avaliados no seu contexto (Ibidem). Corroboro com o supracitado autor, quando refere que esta prática de ritual de passagem nos “coloca perante uma situação limite, quer a nível do debate sobre padrões culturais e dignidade humana, quer a nível da violência e do estado de saúde das mulheres envolvidas” (Ibidem, p.72).

A menarca, na nossa civilização, já não é um acontecimento que traumatize as raparigas; contudo, para algumas também não é motivo de grandes alegrias devido aos

mitos que ainda em certas regiões lhe estão associados como: proibições, não poder realizar cuidados de higiene, não poder ingerir determinados alimentos, não realizar determinadas atividades físicas/ desportivas. Já a primeira ejaculação, por vezes, é motivo de reações contraditórias, pois os rapazes muitas vezes não estão preparados para a sua maturidade sexual.

Os 'rituais de passagem', para Hoebel e Frost (2011) não são coisas do passado, e algumas correntes da psicologia moderna reconhecem-lhes vantagens e consideram que a quase total ausência, na sociedade contemporânea é uma das principais causas do grande número de casos de jovens despreparados para as dificuldades da vida adulta, inadaptados à dura realidade do mundo e que, por essa razão, preferem existir como eternas crianças ou adolescentes (Genep, 2011). Contudo, atualmente nem todos os jovens parecem aceitar os rituais, mesmo nos recantos mais longínquos do planeta, pois muitos começam a pensar no seu futuro num mundo globalizado e evitam os rituais que deixam marcas visíveis, com receio de serem alvo de preconceitos ou de delimitações.

Sem rituais obrigatórios/impostos pela cultura vigente, os jovens procuram substitutivos. Alguns aderem às tradições, cumprindo à risca os rituais típicos dos tempos de seus bisavós, tais como a sequência noivado – casamento com o vestuário, a pompa e a circunstância de outrora. Outros envergam por um rumo antagónico, em aventuras perigosas e prejudiciais para a saúde, envolvem-se em manifestações de vandalismo, iniciam consumos aditivos de droga e outros, tornam-se delinquentes ou fundamentalistas religiosos. Outros porém, cometem apenas pequenas transgressões, como conduzir sem ter carta de condução. Há ainda aqueles que focalizam no seu corpo as atenções e realizam tatuagens, '*piercings*' e outros sinais exteriores, como forma de ser parte de um grupo e de ter escolhido passar por uma dor iniciática. Genep, (2011), associa a este último grupo, o que ela considera ser 'limites imagináveis', que é alguns casos de bulimia e anorexia e mutilação de partes do corpo com lâminas de barbear. Há autores que não revêem nestes tipos de rituais qualquer ganho nem transformação interior do indivíduo, não passando de meros adornos e adereços visíveis mas não associados a algo mitológico (Genep, 2011; Hoebel & Frost, 2011; Papalia *et al.*, 2006).

Perante este cenário, corroboro com Abreu (2003, p.30) que refere que "um grande desafio se coloca (...) como conciliar a necessidade de preservar os princípios do relativismo cultural com o que convencionamos designar no mundo ocidental de dignidade humana", pois menarca, virgindade, amamentação, menopausa, primeiras ejaculações e a modelagem corporal, são circunstâncias intrínsecas ao ser humano, porém com interpretações e significados diferentes nas diversas culturas, influenciando os rituais de passagem.

O caráter da versatilidade cultural, histórica e social da sexualidade, a percepção das representações da sexualidade e as transformações que surgiram na sexualidade através da história, conduziram para que a partir do séc. XIX, a sexualidade surja como objeto de estudo que se vai transformar em área científica. Ocorreu uma mudança na percepção social e cultural das relações com o corpo e o prazer, sendo este último alargado aos pensamentos, desejos e imagens sexuais, dando-se relevância à influência do cenário cultural onde o indivíduo está inserido, assim como a história e os valores, culturais e individuais, sobre a sexualidade.

1.5 COMO AS DIFERENTES RELIGIÕES LIDAM COM O TEMA DA SEXUALIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

“A sexualidade humana é historicamente uma realidade complexa e misteriosa que sempre se associou a um fundo mítico com três realidades: a Cosmo Vital, a Sagrada e a Humana”.

(Machado Caetano, 2010, p.12)

A sexualidade e a religião são duas dimensões que fazem parte do indivíduo e da sociedade, manifestando-se de formas mais ou menos lúcidas e mais ou menos ocultas e/ou dissimuladas. São incontornáveis e muitas vezes reconduzidas para um patamar sagrado que as torna próximas e distantes.

O termo religião tem a sua origem no Latim ‘religio’ e reporta-se a uma ligação da humanidade a algo ‘mais do que humano’. Factualmente, para Wulff (1997), existem pelo menos três designações de religião: “um poder supernatural com o qual os indivíduos estão comprometidos ou para o qual estão motivados; um sentimento presente no indivíduo que concebe tal poder e; os atos rituais levados a cabo em respeito a esse poder” (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson, & Zinnbauer, 2000, p.56).

Em estudos, surgem por vezes os termos ‘religião’ e ‘espiritualidade’ como sinónimos, o que origina uma interminável discussão epistemológica sobre esses conceitos. Assim neste estudo, utilizaremos o conceito de religião (religiosidade) mencionado por Miller e Thorensen (2003), no qual representa a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma determinada religião. A espiritualidade é uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um "Deus", sendo aquela responsável pela ligação do "eu" com o

Universo e com os outros, a qual também está além da religiosidade e da religião. Acrescento que é algo mais transcendental.

A religião, ao longo da história da humanidade, tem exercido grande influência sobre a vida dos seres humanos estando presente no seu cotidiano, sob diversas manifestações e formas díspares, em todas as sociedades estudadas. Autores como Pargament *et al.*, (2005) referem que a religião aparece como forma de motivação, de atribuição e fonte de significado real, podendo ser referida como fator relacionado com a capacidade de sobrevivência e resistência dos indivíduos, exercendo influência na saúde dos mesmos; pode ainda, ser vista como uma fonte de 'coping' e/ou 'stress'. A religião aparece como um elemento essencial de organização das sociedades, de manifestações culturais, de festividades, dos hábitos alimentares tendo mesmo repercussões na economia (Junqueira, 2004).

Existem vários estudos que evidenciam a relevância da prática de uma religião e da fé na manutenção e mesmo melhoria de condições de saúde das pessoas (Moreira-Almeida, Lotufo-Neto & Koenig, 2006; Koenig *et al.*, 2003, 2001). Estudos como os de Miller e Thoresen (2003) e George *et al.* (2000) associam mesmo de modo positivo, a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano. No estudo de Thege, Pilling, Cserháti, Kopp, (2012), concluíram que é um fator protetor da saúde. Há ainda estudos que associam a religiosidade com a prevenção de comportamentos de risco (Dalgalarondo *et al.*, 2004). Também tem influência na sexualidade. assim Duque (2008, p.82), refere que a sexualidade:

“é vista como «sagrada», na medida em que é vivida e sentida como elemento central e originário da existência e das relações que possibilitam a vida social. Um elemento fundamental e originário deverá ser, de certo modo, «intocável», isto é, não banalizável e não instrumentalizável a bel-prazer dos indivíduos e das circunstâncias históricas” (Duque, 2006, p.82).

Neste sentido, é perceptível o papel de evidência que a sexualidade tem nas diferentes religiões, porque “ordenam e religam todos esses elementos dispersos e às vezes antagônicos, com a vida pessoal e social, na medida em que os estruturam em crenças e em correspondentes rituais” (Ibidem, p.7). Resultando, em sentido oposto, na importância das “religiões – dos seus «mitos» e dos seus «ritos» – no processo de integração da sexualidade nas identidades pessoais e sociais” (Ibidem).

O ser humano, atualmente, é cada vez mais consciente da importância da sua dignidade como pessoa humana; manifesta-se e reivindica a liberdade e a idoneidade para se mover segundo a própria convicção, com liberdade responsável, não estando constrangido por coação, mas sim movido pela consciência do dever. Consciente desta importância, solicita que o poder público seja circunscrito juridicamente, de modo que a

liberdade das pessoas e das coletividades seja delimitada dentro de parâmetros que respeitem os direitos humanos. Nesta imposição de liberdade na sociedade humana, está incluído o livre exercício da religião na sociedade.

Decorrente desta necessidade, foi reconhecida a importância das religiões na vida do ser humano e o interesse sobre a liberdade de religião. Foi estabelecida pela Comissão de Direitos Humanos, na sua Resolução 1986/20 a nomeação de um relator especial sobre a intolerância religiosa. Esse relator é um perito independente nomeado pelo Conselho dos Direitos Humanos. Tem como objetivos “identificar os obstáculos existentes e emergentes para o exercício do direito à liberdade de religião e apresentar recomendações sobre as formas e os meios para superar tais obstáculos” (ONU, 2010, p.3). Como curiosidade, o primeiro relator foi o português Ângelo d'Almeida Ribeiro (1986-1993).

As diversas religiões que há no mundo defendem princípios díspares, contudo há algo comum a todas que é o sobrenatural que se mantém ao longo da evolução, apesar das alterações sofridas pelos diferentes contextos histórico-culturais.

Considerando que o mundo é uma “aldeia global” e que ultrapassa as fronteiras territoriais que as religiões não ficam confinadas a uma área geográfica e reconhecendo a sua importância na sexualidade, vamos fazer uma referência a cada uma. Contudo para facilitar a abordagem, adotamos a opção de agrupar as religiões tendo por base critérios geográficos de origem. Esta classificação não se refere à forma como tais religiões estão distribuídas hoje pela Terra, pois com a globalização e a fácil mobilidade do ser humano podemos, com raras exceções, encontrar uma grande parte de religiões na totalidade da Terra. Realçamos as que têm maior predomínio nas zonas onde surgiram e áreas limítrofes. As religiões nascidas no Oriente Médio, normalmente, são monoteístas e submetem os seus crentes a uma série de proibições e obrigações. Já as religiões nascidas no Oriente Distante são politeístas ou espiritualistas, não referem a existência de um deus, mas acreditam em forças espirituais, e são consideradas mais flexíveis quanto às suas normas morais. As religiões greco-romanas que nos séculos passados dominaram a Europa hoje são religiões ‘mortas’. Desta opção resultam os seguintes grupos: ‘Religiões abraâmicas’ - cristianismo, judaísmo e islamismo, predominante o cristianismo na Europa; ‘Religiões da Índia’ - hinduísmo, jainismo, budismo e siquismo; ‘Religiões da Ásia Oriental’ - confucionismo, taoísmo, budismo mahayana e xintoísmo; ‘Religiões africanas’ - religiões dos povos tribais da África Negra; e ‘Religiões da Oceânia’ - religiões dos povos das ilhas do Pacífico, da Austrália e da Nova Zelândia.

Vamo-nos focar nos dois primeiros grupos, Abraâmicas e da Índia, por serem as dominantes a nível mundial e por serem consideradas ‘tipo-ideal’. Esta designação é atribuída por Weber (2006), considerado um dos fundadores do estudo moderno da

sociologia, que debruçou as suas reflexões sobre a sociologia da religião, argumentou que a religião era uma das razões (não exclusiva) das culturas do Ocidente e do Oriente que se desenvolveram de formas diferentes. Ele mostrou como em simultâneo as religiões explicam a realidade, fundam uma ética, ou racionalidade com relação a valores, contribuindo assim para o desenho do indivíduo num quadro de valores que justifica as suas condutas dentro e fora da esfera religiosa.

O judaísmo é a mais antiga das três principais religiões monoteístas, paralelamente ao cristianismo e ao islamismo, e atualmente, tem aproximadamente 12 a 15 milhões de fiéis em todo o mundo. Para os judeus, Deus criou o universo e continua responsável por tomar conta dele. O livro sagrado é a Torá, ou, a Bíblia Hebraica. Muitos dos importantes momentos da vivência religiosa estão centralizados na vida doméstica, como o descanso semanal do shabbath e as privações relativas à dieta alimentar (Borau, 2008).

O cristianismo está presente em todos os continentes e divide-se em três grandes confissões. A Igreja Católica Apostólica Romana, que se estima ter cerca de um bilhão de crentes; o seu representante na terra é o Papa. A segunda confissão é a Ortodoxia oriental que é uma religião cristã, resultante de uma separação que ocorreu na Igreja Católica Romana no séc. XVI (d.C.). As principais igrejas são a Ortodoxa Russa e a Católica Ortodoxa, que partilham o mesmo chefe espiritual, o Patriarca de Constantinopla. A terceira confissão é a Protestante, que surgiu no séc. XVI a partir de divergências ideológicas dentro da Igreja Católica. O aparecimento desta última deve-se à Reforma Protestante liderada por Martinho Lutero que se revoltou contra as indulgências praticadas por parte do clero e contra os dogmas estabelecidos pela Igreja Católica.

O livro sagrado dos cristãos é a Bíblia. O clero tem obrigação da castidade, e os fiéis não devem ter atividade sexua pré-marital condena o adultério e o aborto. Sustenta que a escolha dos contraceptivos deve recair sobre os que respeitam as dimensões da sexualidade humana, fundamentados no valor do casal e vivência com dignidade da sexualidade humana. Apoia uma educação para a sexualidade integradora e defensora da vida (Ribeiro, 2006; Silva, 2006).

Os protestantes evangélicos aceitam o uso de métodos contraceptivos, mas são contra o sexo antes do casamento; condenam o adultério, o aborto e o homossexualismo, sendo considerado pecado; há liberdade quanto às variações sexuais, mas sexo anal é condenado; e as disfunções sexuais, são inaceitáveis. Para os protestantes pentecostais, prevalecem os mesmos axiomas. No entanto, as variações sexuais não são admitidas, somente o sexo vaginal; a masturbação não é rotulada como pecado, mas é desaconselhada; os casais que apresentam disfunções sexuais, devem aconselhar-se com o pastor que, se necessário, reencaminha o casal (Cherulli, 2007; Ceccarelli, 2000).

O islamismo, fundado por Maomé no séc. VII na Arábia, é a mais recente das religiões monoteístas. A sua influência estende-se pela África e a Ásia, do Atlântico ao Pacífico. Alá é o único Deus, Maomé seu profeta e o livro santo é o Alcorão. Atualmente calcula-se que tem cerca de 1,2 bilhão de seguidores espalhados por todos os continentes, sendo a maior concentração nos países árabes do Oriente Médio e do norte da África (Elias, 2000). Segundo Abreu (2003), para esta religião o desejo sexual “é normal e tão natural como o desejo de comer ou beber” e tem por fim a reprodução humana e o prazer. Para os muçulmanos há regras, a infidelidade e a homossexualidade são ilegítimas (Ibidem), assim como “sexo antes do casamento é proibido; há forte valorização da virgindade masculina e feminina; (...); são contra o aborto e uso de métodos contraceptivos; é proibido o adultério; é proibida a masturbação; vínculo sexo-reprodução é notório” (Cherulli, 2007, p.45).

A sexualidade é encarada como uma necessidade humana benéfica, porém também é considerada como um “potencial de corrupção/ promiscuidade, devido à tentação”, assim o desejo sexual é “considerado indesejável” por isso as mulheres usam a “cobertura do Awrat”, ou seja das partes do corpo suscetíveis de causar excitação sexual (Abreu, 2003, p. 127).

O hinduísmo é o nome dado a um conjunto de religiões e culturas que surgiram e ainda existem na Índia; é das religiões mais antigas do mundo. Os indianos acreditam que a vida familiar é um estado natural, onde há mais capacidade de serem felizes e realizarem as mais altas inspirações dentro da sua religião. Atualmente tem cerca de 750 milhões de fiéis, e a maioria deles vivem no país onde o hinduísmo surgiu. O hinduísmo é um conjunto de princípios, doutrinas e práticas religiosas conhecidas dos seguidores pelo nome sânscrito Sanatana Dharma, que significa a ordem permanente. Está fundamentado nos livros sagrados, os Vedas – conhecimento, em sânscrito –, e os quatro volumes contêm textos sagrados compostos de hinos de louvor e ritos. As suas características principais são o politeísmo e a crença na reencarnação.

Para os hindus, os casamentos, que conduziam à santidade do laço matrimonial, são rituais muito elaborados. Às donzelas candidatas a matrimónio era exigida rigorosa castidade, marca oficial da virgindade. A atividade sexual não procurava somente o prazer, mas também a transcendência da mortalidade humana (Cherulli, 2007; Ceccarelli 2000).

O budismo foi fundado pelo príncipe Siddartha Gautama, conhecido por Buda Gautama, no séc. VI (a.C.). Inicialmente foi considerado uma seita do hinduísmo, mas rapidamente se expandiu por todo o Sudeste Asiático, afirmando-se como religião, mas sem Deus. Buda negava a existência de uma entidade divina e negava que o homem tivesse alma imortal. O principal livro sagrado budista é o Tripitaka, livro compartimentado em três conjuntos de textos que compreendem os ensinamentos originais de Buda, além do

conjunto de regras para a vida monástica e ensinamentos de filosofia. (Silva & Homenko, 2002).

Preconiza que o sofrimento do mundo é causado pelo “desejo, e este, por sua vez, é determinado pela ignorância”; contudo seguindo as ‘pegadas’ de Buda e rompendo o elo do desejo, pode-se alcançar a libertação do ciclo eterno de morte e renascimento – ‘samsara’.

No Budismo, desde que não haja prejuízo físico para com outrem, é permitido tudo relativamente aos contraceptivos, variações sexuais, tipos de relacionamento, opções sexuais; em relação ao aborto, a orientação é dada no sentido de conhecer a importância da vida; recomendam também o tratamento das disfunções sexuais pois consideram que a meta do indivíduo é ser feliz. Todavia a prática de atividade sexual, tem que ser bem regradada e baseada em respeito e confiança mútuos (Salles & Ceccarelli, 2010, 2000; Cherulli, 2007). O líder desta confissão em Portugal diz que embora exista uma posição dos budistas tibetanos que refere que a relação sexual entre pessoas do mesmo sexo não é aconselhada para uma evolução espiritual, a questão não é moral: é apenas quanto à progressão espiritual, ao nível energético. Ele considera que, para a maioria das confissões, o casamento é um compromisso duradouro entre duas pessoas de sexo diferente, destinado a constituir família e um projeto de vida. Na base desta posição, garante, não está uma atitude homofóbica. Apenas a preocupação com o impacto social negativo que, acreditam, decorrerá da alteração do conceito de família (Borges, 2007).

As religiões predominantemente orientais como o Budismo, Taoísmo e o Confucionismo são fortemente reguladas pelas orientações religiosas que têm uma relação no que se refere à sexualidade; sem a força repressora, pois a sociedade oriental sempre foi muito mais livre que a ocidental. Focalizam-se sempre no “equilíbrio e complementaridade entre princípios opostos, simbolizados principalmente pelo ‘feminino’, yin, e ‘masculino’, yang. As mulheres têm um inexaurível suprimento de Yin enquanto o homem tem uma limitada quantidade de Yang” (Silva, 2008, p.5). No decorrer da atividade sexual estabelece-se o equilíbrio contrabalançado os dois papéis. A atividade sexual pré-nupcial é vista de uma forma neutra, ou seja, não é interdita nem incentivada, sendo uma questão sem valor. Quanto ao casamento, é condenado que se realize com indivíduos de outras religiões e o adultério também é condenável. São aceites várias práticas sexuais, exceto comportamentos sexuais inadequados, ‘orifícios impróprios’ tudo que seja comportamentos sexuais destrutivos ou obsessivos que são proibidos. Em termos de contraceção “tudo é permitido, desde que não haja prejuízo físico a outros” (Silva, 2008, p.17). Quando surgem disfunções sexuais, o sacerdote assume função de terapeuta, sendo o primeiro a ser consultado e cabendo-lhe a decisão de reencaminhamento (Borau, 2008; Cherulli, 2007).

Como verificamos existem muitas religiões, pelo que é difícil saber qual é a melhor para o ser humano? Esta foi a questão colocada por Boff (2001) ao Dalai Lama, aquando de uma entrevista e que ele lhe respondeu: “Não seria a que te faz mais compassivo, sensível, desapegado, amoroso, humanitário, responsável. A religião que conseguir fazer isso de ti é a melhor religião”.

O ser humano é um ser que procura o que considera ‘ser de valor’ e que lhe proporciona sentido à sua vida, Pargament *et al.*, (2005, p.667) consideram que a religião é “uma procura de significado de formas relacionadas com o sagrado”. Esta procura pode abranger distintos objetivos: paz de espírito; procura de um sentido para a vida; controlo; autodesenvolvimento; boa saúde. Para Hill et al (2000, p. 668), a procura “é um processo dinâmico que envolve descobrir significado, conservá-lo e transformá-lo quando necessário (...), o que torna a religião distinta de outros processos humanos é o envolvimento do sagrado nesta procura de significado”.

Ao longo dos tempos a importância atribuída à religião foi-se desvanecendo e se, no início do século passado, como se pode ver na Tabela 1, era fundamental e vista como “um meio de satisfação de necessidades sociais comuns a todos os seres humanos” (Pargament *et al.*, 2005, p.666). Atualmente surgem estudos que referem a diminuição do número de crentes – em particular católicos, assim como de frequência à igreja e diminuição da fé, sobretudo em determinados grupos sociais como os homossexuais, as pessoas que vivem em coabitação e os estudantes do ensino superior (Pargament *et al.*, 2005).

Tabela 1 - As religiões e a população no mundo nos períodos 1900, 1980 e 2000

RELIGIÕES	1900		1980		2000	
	(em milhões)	%	(em milhões)	%	(em milhões)	%
CRISTÃOS	558	34,0	1.443	32,0	2.020	32,0
MUÇULMANOS	200	12,4	723	16,5	1.201	19,2
JUDEUS	12	0,8	17	0,4	20	0,3
HINDUÍSTAS	203	12,5	583	13,3	859	13,7
BUDISTAS	127	7,8	274	6,3	359	5,7
REL. POP. CHINESA	280	23,5	198	4,5	158	2,5
ANIMISTAS	118	7,3	103	2,4	110	1,8
NOVAS RELIGIÕES	6	0,4	96	2,2	138	2,2
OUTROS	13	0,8	36	0,8	61	1,0
ATEUS	3	0,2	911	20,8	1.334	21,3
POPULAÇÃO MUNDIAL	1.620	100,0	4.374	100,0	6.260	100,0

Fonte: VERBO – Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura (Suplemento), 1998

A constatação de que as religiões foram perdendo poder não é recente, pois já se reporta às décadas de 50 e 60 do século passado, com o surgir da 'Teoria da Secularização', defendida por Weber, Durkheim e Marx. Estes autores defendem a ideia de que "a modernização leva necessariamente a um declínio da religião tanto na sociedade como na mentalidade das pessoas" (Berger, 2000). Posição antagônica é defendida por Beck (2010) e Giddens (1996) que afirmam que as inseguranças que as pessoas vivem, decorrentes da modernidade, levam à procura da religião, assim como de grupos de ajuda, terapias, alternativas para viverem numa sociedade de risco, sendo que a outra opção será enveredar por um caminho mais sinuoso como o alcoolismo, as drogas e a violência. Berger (2000, p.10) mencionou que o mundo contemporâneo "é tão ferozmente religioso, quanto antes, até mais em certos lugares".

Nos estudos causais sobre religião, Barkan (2006, p.410) refere que determinado fator conduz a menos crentes, mais pessoas sem religião, ou seja, "muitas vezes, a maior ou menor religiosidade de certos indivíduos pode levar a menos ou mais frequentes comportamentos ditos desviantes, como consumo de álcool e drogas, relações sexuais esporádicas". O autor refere que um grande número de estudos encontra uma associação inversa entre a religiosidade e vários tipos de comportamentos desviantes. Diz ainda que a maior parte desses estudos ocorreu com adolescentes, por isso não se deve extrapolar estes dados para os adultos. No estudo realizado por este autor, é analisada a relação entre a religiosidade e o número de parceiros sexuais entre jovens adultos/ adultos que nunca se casaram. As principais conclusões indicam que a religiosidade reduz o número de parceiros parecendo isto dever-se à desaprovação moral do sexo antes do casamento. A associação inversa entre a religiosidade e o número de parceiros varia entre categorias de gênero e raça. O autor sugere nas considerações finais ser necessário "abordar a importância teórica dos achados e áreas de esboço para futuras pesquisas" (Ibidem, p.415).

Atualmente, surgiram alguns estudos com o intuito de identificar possíveis causas para o declínio da religiosidade em algumas zonas demográficas. Focamo-nos nos estudos que envolvem jovens adultos, também por ser a faixa etária do nosso estudo. Uecker, Regnerus e Vaaler (2007) realçam alguns fatores sociais basilares como: possuir um curso superior; acontecimentos de vida significantes que ocorrem em determinadas fases do ciclo de vida podem explicar este declínio (casamento, parentalidade); ou desvios normativos como comportamentos de risco e/ou discrepantes das normas sociais. Porém, segundo os autores atrás referenciados, o desvio normativo associado à incoerência cognitiva, são os fatores mais pertinentes e explicativos da menor adesão à religião, e menos envolvimento nas atividades religiosas. Corroboram, citando Zaleski (2010), que sexo antes do casamento, assim como o consumo frequente de álcool e de substâncias psicoativas (Engs

e Mull, 1999), são fatores que surgem associados ao declínio da religião, pois, para eles, a doutrina e/ou diferentes credos, as expectativas e as tradições das diferentes religiões não se coadunam com os comportamentos que têm, sendo discrepantes.

Outra justificação é o facto de emergir um fosso entre o correto/incorrecto, ou seja, entre o comportamento considerado adequado para determinado contexto e o comportamento efetivo assumido e vivenciado que pode causar uma incoerência ao nível cognitivo, conflito interno do jovem adulto, levando-o a um abandono dos lugares de culto e consequentemente menor vínculo com a religião (Uecker *et al.*, 2007). A presença e frequência de um lugar público de culto requer, por parte dos jovens adultos, contínuas tomadas de decisão e de exposição à doutrina professada, contribuindo para um aumento desse conflito interno.

O declínio da frequência dos lugares de culto, das práticas religiosas assim como a diminuição da importância da religião na vida do indivíduo, é associado por Uecker *et al.* (2007), à variável de prática de coabitação. Segundo os autores, nesta situação, mais uma vez está presente a explanação da incoerência cognitiva porque, a vivência de uma situação de coabitação é um comportamento perceptível pela sociedade em geral, pois é algo público e que na maioria das situações difere das ideologias e/ou crenças difundidas pela religião que professa, determinando a influência na participação das atividades de culto e no interesse da adesão à religião. Contrariamente, a atividade sexual que é algo íntimo e fica no domínio do privado, logo não visível pela sociedade, tem menos influência sobre estes declínios.

O casamento, foi outra variável estudada e Uecker *et al.* (2007) sugerem haver uma disparidade em relação ao decréscimo da religiosidade e associam ao facto de um relacionamento com comprometimento, conduz a maior disponibilidade para adotar novos compromissos. Estes autores referem ainda que os jovens adultos casados, tem maior apetência para uma conexão com a religião.

Já Barkan (2006) aborda o facto de poder existir uma associação entre religiosidade e comportamentos sexuais, entre outros, mas não relativa à incoerência cognitiva, mas sim com o confronto da ideia que é errado ter relações sexuais antes do casamento.

Segundo Uecker *et al.* (2007) são vários os estudos que associam a educação superior como um fator para esse declínio; tal constatação, segundo os autores, não é nova pois já foi referenciada por Caplovitz, em 1977, e Cherckat, em 1988. Todavia no estudo que realizaram com estudantes do ensino superior dos EUA, esta constatação é menos proeminente, associando os autores ao facto de esta população estar mais preocupada com outras questões do seu quotidiano em detrimento da religião. Provavelmente, como

consequência da população não universitária estar mais predisposta para refletir sobre este tema, em detrimento dos universitários, que estão envolvidos nas suas complexas reflexões cognitivas.

Contudo, segundo Barkan (2006), na adolescência a religião tem maior impacto, pois nesta fase do ciclo de vida os adolescentes estão mais sensíveis/ impressionáveis e simultaneamente poderão ampliar o predomínio da religião nas suas vivências e a sua religiosidade poderá traduzir a vinculação aos pais e ambição de parentalidade.

Num estudo desenvolvido, Murray *et al.*, (2007) concluíram que a prática de uma religião pode ser retardadora de atividade sexual precoce assim como tem influência nas atitudes e comportamentos sexuais. Refere ainda que, a análise de vários estudos transversais e longitudinais, tem mostrado que a ligação a uma religião está relacionada com maiores taxas de abstinência sexual, adiamento do início da atividade sexual e menor número de parceiros (Murray *et al.*, 2007; Pargament *et al.*, 2005; Cantante, 2001; Hill *et al.*, 2000; Paul *et al.*, 2000). Para Murray *et al.* (2007) são poucos os estudos que se focalizam na investigação das relações entre a religião, as atitudes relativamente à sexualidade, ao sexo e os comportamentos/ práticas sexuais. Estes autores, citando Nelson (1987), referem que a conexão religião/ sexualidade na cultura ocidental tem períodos distintos relacionados com o desenvolvimento da sociedade. Consideram no primeiro período uma ‘incorporação da sexualidade nos mitos e rituais religiosos’, no segundo período, ‘o sagrado foi ganhando um cariz cada vez mais transcendental e a sexualidade foi separada dos mitos e confinada a uma menor parte da ordem terrestre procriação dentro do casamento institucionalizado’ e no terceiro período ocorreu ‘uma clivagem relativamente ao dualismo sexual’, o espírito detentor de características superiores em detrimento do corpo e dos seus impulsos carnis (Pais, 2001, p.16). Segundo o autor, Deus presenteou o homem com o corpo e a sexualidade a sua vivência. Murray *et al.* (2005) consideram ainda que este terceiro período é resultado da revolução – que ocorreu e ainda se mantém – de mentalidades e que os anos 80 e 90 foram os grandes percursos destas mudanças e que levaram algumas teologias recentes a expandir-se de forma a adicionar as relações sexuais em contextos de relações não conjugais de amor, contribuindo para que as atitudes em relação à sexualidade com a religiosidade mudassem no decorrer das épocas e estão em permanente mutação (Sawyer & Smith, 1996 *in* Murray *et al.*, 2005; Wilson & Medora, 1990 *in* Murray *et al.*, 2005).

Apesar das mudanças decorrentes ao longo dos tempos e das doutrinas existentes serem por vezes contraditórias entre si em relação as dimensões espírito/reliogidade e corpo/sexualidade, outros fatores como a mensagem divulgada por estas teologias através dos lugares de culto, pelos meios de comunicação utilizados – educação religiosa, programas televisivos, rádio, internet – e outros agentes sociais – pais, professores, pares –,

estão incumbidos da transmissão de crenças milenares, constituindo assim, a religião como uma das muitas potentes formas de socialização responsáveis pela interiorização de normas morais e de comportamento (Barkan, 2006). Concomitantemente, das pessoas mais envolvidas em atividades religiosas fica-se com a expectativa de menor envolvimento em comportamentos ditos desviantes, incluindo-se aqui os comportamentos sexuais de risco, resultantes do “receio de punição divina no caso de incumprimento, procura de retribuição divina, no caso de cumprimento das normas e reforço positivo no seio da comunidade religiosa à qual se pertence” (Ibidem, p.411). Podemos ainda acrescentar que poderá eventualmente estar associada a vergonha e o embaraço perante as pessoas da comunidade, resultantes do não cumprimento das normas instituídas, contribuindo assim para existência da relação entre religiosidade e menor grau de comportamentos desviantes (Barkan, 2006; Baier & Wright, 2001; Johnson, Jang, Larson & Li, 2001).

Murray-Swank *et al.* (2005), num estudo que realizaram em que analisaram a ‘santificação do sexo’ por parte de estudantes universitários, chegaram à seguinte conclusão: nestas duas variáveis é notória a existência duma relação; assim, os estudantes universitários que entendem o sexo como algo com características sagradas nas suas relações amorosas atuais vivenciam-no com maior satisfação sexual. Parece que, no contexto das relações amorosas, quando há crença de que Deus faz parte da relação sexual, esta aparece associada com mais reações afetivas positivas ao contacto sexual.

Em Portugal, em Abril de 2012, foi publicado um estudo sobre Identidades Religiosas em Portugal: representações, valores e práticas. O inquérito foi realizado pelo CERC da Universidade Católica e foi considerado um retrato religioso dos portugueses, apresenta os seguintes resultados: 79,5% são católicos; 2,3% são protestantes incluindo evangélicos; 1,4% outros cristãos; 1,3% são testemunhas de Jeová; 0,7% de outras religiões; 4,6% consideram-se crentes sem religião e 9,6% não crentes. O mesmo relatório refere ainda que:

“em 12 anos, houve um decréscimo (86,9 % vs 79,5%) da população que se declara católica e um incremento da percentagem das outras posições de pertença religiosa, com particular destaque para o universo protestante (incluindo os evangélicos) e aumentou, também, o número de pessoas sem religião (8,2% vs 14,2%)” (Teixeira, 2012, p.2).

Como o nosso estudo é realizado no Norte e com alunos do ensino superior, iremos expor os dados deste inquérito que, consideramos ter interesse para as nossas posteriores reflexões. Assim, a região norte destaca-se pelo facto de contribuir com o maior número de católicos - 43,6%, para o total da amostra, representando para a região 89,5%; seguido de não crentes - 5%; crentes sem religião - 2,8%; pertencentes a outras religiões - 2,6%. A variável ‘sexo/género’ na caracterização da amostra por classes de posição religiosa

permitiu concluir que a atitude de não filiação religiosa é preponderantemente masculina – os não crentes constituem mesmo o conjunto mais masculinizado” (Ibidem, p. 17). Os escalões etários têm diferentes influências nas posições religiosas, assim o escalão que se adequa ao nosso estudo é o dos 15 aos 24 anos, nele 61% são católicos; 25,1% não crentes; 7,2% outras religiões e 6,6% crentes sem religião. Quando questionados ‘Considera-se praticante ou não da sua religião?’, 56,1% dos católicos referem que sim e das outras religiões cerca de 75%. Segundo o autor, os valores supramencionados referem que

“a identidade religiosa exprime-se sob as formas mais tradicionais de manutenção de uma linhagem familiar ou de recomposição de uma disposição de lealdade face a uma socialização religiosa primária; mas esta via tradicional convive com as formas de expressão que sublinham as dimensões de convicção pessoal, mais próximas de uma cultura de afirmação do *self*” (idem, p.14).

Quanto ao grau de instrução, este apresenta-se subdividido em oito escalões, mas focalizamo-nos no nosso estudo e analisamos a Frequência do ensino superior que, do universo de católicos, 3% pertencem ao escalão por nós selecionado, analogamente para os crentes sem religião com 5,6%; outras religiões 9,1% e com maior valor os não crentes com 9,8% (Borges, 2007). Estes dados corroboram com estudos realizados noutros contextos, que esta faixa da população, estudantes do ensino superior, representa a maior percentagem de indivíduos não crentes. Alguns estudos (Bakan, 2006, entre outros) deixam a interrogação se a ciência terá algum contributo para esta realidade ou se tem origem em alguma irreverência e/ ou autoafirmação da própria fase de desenvolvimento, associada ao deslumbramento da descoberta, pois os valores para a faixa etária subsequente assim como para os já licenciados sofrem um acréscimo. A diversidade religiosa em Portugal não pode continuar a ser ignorada e, por outro lado, é fundamental conhecer as metamorfoses e os paradoxos da atividade religiosa contemporânea. Pensou-se que a modernidade iria afirmar-se à custa do recuo da religião, de um ‘desencantamento’ do mundo, porém muitos fenómenos já testemunham aquilo que se chama, de forma não muito ajustada, o ‘regresso do religioso’. Vivemos, de facto, na sua recomposição, individualização e globalização que se traduz por um ‘reencantamento’ do mundo e por um nomadismo espiritual, testemunhado na profusão de diversas espiritualidades (Frei Bento, 2011).

A relação da religião com a sexualidade, tem sido estudada em várias áreas da ciência. Sabe-se, que a mesma religião poderá levar a comportamentos sexuais díspares, relacionados com os contextos em que estão inseridos, dependente do género, *status*, nível de escolaridade, nível socioeconómico, pois são fatores que permitem “escapar mais facilmente das normas em vigor na religião de origem. Sabe-se, pelos estudos das ciências

políticas, que o liberalismo cultural é tanto mais elevado quanto mais alto o nível de escolaridade” (Lavau, 2005, p.385), será que se pode extrapolar para a religião?

Num estudo realizado por Lavau (2005), a autora dirigiu a sua pesquisa, entre outros aspetos, para a idade da primeira relação. Verificou que a religião desempenha um

“papel importante na determinação do momento em que se inicia a vida sexual: as jovens sem religião dão provas da maior precocidade sexual – 25,9% tiveram sua primeira relação sexual aos 15 anos ou menos, contra 6% das protestantes, 7,8% das muçulmanas e 19,5% das católicas” (Lavau, 2005, p.379).

Quando questionadas sobre o facto de estarem afastadas da religião poder contribuir para negligenciar os motivos de interdição que ainda podem pesar contra a sexualidade das mais jovens, a maior percentagem de respostas ‘nunca’ ou a ‘não responder à questão’, são das muçulmanas. Estas sabem que se devem conformar com a regra segundo a qual devem chegar virgens ao casamento. Para as que referiram que já tiveram relações sexuais, a idade média da primeira relação foi: 18 anos entre as católicas; 17,9 anos, para as protestantes; 19,6 anos, para as muçulmanas e 16,8 anos, para as sem religião. São várias as religiões que referem estar interdito ter relações antes do casamento; contudo são as muçulmanas que iniciam mais tarde, e é assumido pelas próprias que não é imposição só dos pais. Outra variável estudada foi o número de parceiros ao longo da vida que, segundo a autora, sofre também influência da religião. “Com efeito, 61,6% das muçulmanas só tiveram um parceiro em toda a vida, contra 20% das católicas e 14,9% das sem religião” (Lavau, 2005, p.382). Calculando-se o número médio de parceiros, para aquelas que tiveram relações sexuais no mínimo uma vez, verifica-se que o mesmo se eleva a 4,5 entre as católicas, 2,5 entre as protestantes, 1,4 entre as muçulmanas e 5,3 entre as sem religião. Parece haver, portanto, uma ligação bastante estreita entre a professar de uma religião e o número de parceiros sexuais que se teria no curso da vida.

Todas as religiões defendem uma moral ética que tem uma relação direta com os valores pessoais conducentes da sua vivência. Por outro lado, todas elas defendem uma sexualidade mais abrangente não apenas reduzida à genitalidade. A religião, a sexualidade e a ciência fazem parte do nosso quotidiano e é neste equilíbrio salutar, contemplativo, responsável, metódico e respeitante dos valores que devemos construir o nosso percurso para a vivência de uma sexualidade humana holística e humanizada.

CAPÍTULO 2 - EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE: O TRAJETO

“O homem no desenvolvimento da sua existência familiar e social percebeu o papel vital da sexualidade, como espaço e fonte de alegrias, conflitos, tristezas, esperanças.”

(Soares, 1985, p.37)

A preparação das crianças e dos jovens para a idade adulta foi sempre um desafio civilizacional estando muitas vezes o enfoque nas relações e na sexualidade humana. É desta preocupação que surge a definição de educação para a sexualidade como sendo uma abordagem “apropriada para a idade e culturalmente relevante ao ensino sobre sexo e relacionamentos, fornecendo informações cientificamente corretas, realistas, e sem pré-julgamento” (UNESCO, 2010, p.2).

O conceito de educação para a sexualidade, na perspectiva de Irvin (2000), contém uma abordagem mais ampla da sexualidade, que inclui o desenvolvimento sexual, as competências pessoais e interpessoais, os afetos e as influências sociais e culturais, por contraponto à educação sexual que, para os mesmos autores, se refere somente à dimensão biológica e médico-preventiva da sexualidade. A nossa escolha recai sobre a educação para a sexualidade pois pretendemos fazer um estudo abrangendo todas as dimensões atrás referidas. Contudo respeitaremos as opções dos autores, consoante a referência podemos falar de educação sexual/ educação para a sexualidade. Ao longo deste capítulo apresentamos várias perspectivas sobre este tema e abordamos a forma como a educação sexual ou para a sexualidade se enquadra em diversos contextos.

A Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade, documento redigido pela UNESCO (2010), contém as seguintes premissas:

- “A sexualidade é um aspeto fundamental da vida humana: possui dimensões físicas, psicológicas, espirituais, sociais, económicas, políticas e culturais.
- A sexualidade não pode ser compreendida sem referência ao género.
- A diversidade é uma característica fundamental da sexualidade.
- As regras que governam o comportamento sexual diferem amplamente entre culturas e dentro de uma mesma cultura. Certos comportamentos são vistos como aceitáveis e desejáveis, enquanto outros são considerados inaceitáveis. Isso não significa que esses comportamentos não ocorram, ou que devam ser excluídos da discussão no contexto da educação em sexualidade.”

Dada a importância que o tema assume atualmente, muitos são os países que implementaram e/ou alargaram os programas de educação para a sexualidade. Esta é uma forma de reconhecer a importância dos jovens estarem preparados e munidos com os conhecimentos e capacidades, para ao longo da sua vida, fazerem escolhas responsáveis,

pois estão sujeitos a maior exposição a materiais sexualmente explícitos, quer pelo acesso à Internet, quer através de outros meios de comunicação.

2.1 EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE NO MUNDO

“Não podemos assumir com êxito pelo menos relativo, a paternidade, a maternidade, o professorado, a política, sem que estejamos mais ou menos em paz com a sexualidade.”

(Freire, 1992, p.5)

A educação para a sexualidade pretende-se que seja, em simultâneo, instrução que forneça conhecimento e oportunidade para “explorar os próprios valores e atitudes e para desenvolver habilidades de tomada de decisão, comunicação e redução de riscos em relação a muitos aspetos da sexualidade” (UNESCO, 2010, p.2).

Esta aprendizagem, segundo Cordeiro (2003) é um processo contínuo ao longo de todo o ciclo vital e envolve componentes como o desenvolvimento físico, psicológico, erótico, genital e a relação diádica ou a experimentação, entre outros. Reconhecendo o papel que a sexualidade representa em diferentes dimensões da identidade, nas relações interpessoais e a sua relevância social, é perceptível que áreas como os afetos, os valores, a estrutura da personalidade, as competências sociais e relacionais dos indivíduos estejam identicamente associadas à sexualidade.

A educação sexual, para Ribeiro (2006, p.5), “é um processo amplo e refere-se a um dimensionamento sociocultural das manifestações e dos comportamentos sexuais dos indivíduos”. Já Pinto (2000a, s.p.), define-a como sendo

“um processo ao qual estamos sujeitos desde mesmo antes do nosso nascimento; é uma educação empreendida principalmente pela família e que nos dá os subsídios básicos para que nos reconheçamos como seres sexualizados e para que definamos nossos valores quanto à sexualidade e ao seu exercício”.

Para Cortesão *et al.* (1998, p.56), a educação para a sexualidade engloba

“não só a informação sexual, mas a discussão de valores do domínio sócio-afetivo que vão emergindo no processo de socialização que se faz através da família, da escola e de toda a envolvente social, valores que são veiculados de forma explícita ou implícita desde o nascimento.”

Pois, sem retirar a importância que a informação tem na educação para a sexualidade, ela não é equivalente a conhecimento. Por outro lado “o conhecimento, sem integração num sistema de valores, não é educação” (Dias *et al.*, 2002, p.25).

Para Dias *et al.* (2002), os programas da educação para a sexualidade são essenciais para promover a formação integral da pessoa humana e a sua realização

relacional, não devendo induzir comportamentos de experimentação sexual, mas antes proporcionar conhecimento adequado de forma a adaptar-se a comportamentos salutogêneos.

Segundo Sampaio (2009), a educação sexual deve ser um corpo coerente de informações credíveis, constituindo um complemento da educação informal ministrado pela família, amigos e *‘mass media’*, devem ter sempre em consideração a dimensão afetiva e ética do relacionamento que se foi construindo. O mesmo autor entende que a educação sexual não deve ser um conjunto de aulas e testes ou procedimentos não devendo também ser algo contrário à cultura familiar.

A educação para a sexualidade, enquanto processo de aprendizagem formal ou informal, é um conceito relativamente recente em termos históricos. As primeiras abordagens do tema e o primeiro esboço de debates situam-se no final do séc. XIX.

No final do séc. XIX a educação sexual surge no panorama das novas ciências. Os aspetos biológicos, psicológicos e sociológicos são associados à conceção de educação sexual, “proporcionam o desenvolvimento de uma ação pedagógica capaz de discorrer das dimensões subjetivas do comportamento às dimensões do fisiológico, psíquico e político-cultural da sexualidade” (Nunes, 1987, s.p.).

Desde o final do séc. XIX até aos nossos dias, a compreensão da sexualidade mudou “dramaticamente em resposta a pressões incluindo a invenção médica da homossexualidade, os movimentos pelos direitos *‘gay’*, a redefinição feminista de feminilidade, as pandemias de doenças venéreas e a idealização de atividades sexuais de todos os tipos” (Nelson & Martin, 2004, p.10). O conceito de educação sexual acompanha essas mudanças, estando em permanente evolução.

Até ao séc. XX, a educação sexual cingia-se ao meio familiar e, em alguns casos, à religião. As primeiras informações que os jovens auferiam da família e da igreja estavam, segundo Soares (1985), intimamente direcionadas pela ideia de pecado, isto é, que o sexo transportava em si riscos que podiam destruir o ser humano, a este facto não foi alheia a disseminação da sífilis.

Em pleno decorrer do séc. XX, a escola, no seu papel como agente socializador, torna-se o espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de educação sexual dirigida a adolescentes e jovens pois, “além de oferecer informações corretas e adequadas com envolvimento teórico dos educadores, também pode possibilitar questionamentos, discussões e reconhecimento de valores necessários ao amadurecimento dos adolescentes e jovens” (Brenneisen & Serapião, 2007, p. 450).

Em 1933 surge no Brasil a fundação do Círculo Brasileiro de Educação Sexual (1937), com o intuito de trabalhar a sexualidade nas escolas. Com o lançamento do livro

Programa de ação legislativa, Albuquerque propõe a organização de um plano nacional de educação sexual, considerando a ação educativa como uma perspectiva de desenvolvimento pleno do aluno. Contudo, a década de 60 é apontada, por muitos teóricos, como sendo o período inicial de implantação da educação sexual nas escolas no Brasil (Ceccarelli, 2000).

Na Suíça em 1942, a implantação da educação sexual nas escolas é uma recomendação do governo, mas só em 1956 se torna obrigatório o seu ensino (Alves, 2001).

A Educação para a Sexualidade faz parte dos currículos escolares de alguns países, do centro e norte da Europa, desde o século passado. Em 1950, a Noruega delibera a obrigatoriedade da educação sexual nas escolas.

Em 1943, o Ministério da Educação Inglês publicou um livro sobre Educação Sexual para as escolas e organizações Juvenis, no entanto, só em 1967 viria a assumir a educação sexual de crianças e adolescentes, mas com a cooperação dos pais.

Em 1958, em Itália, a educação sexual começa na escola, e em 1967 surge o Centro de Estudos para a Educação Sexual em Veneza. Na mesma ocasião, em Roma, surge o Centro Italiano de Sexologia. No fim da década de sessenta e início da década de setenta é implementada nos Estados Unidos a educação sexual nas escolas. Em 1968, os Ministros da Educação dos Estados Alemães impõem a educação sexual obrigatória em todo o país. No mesmo ano, no Brasil, surge o primeiro projeto de lei que torna a educação sexual obrigatória na escola, mas é rejeitado pelo Congresso (Soares, 1985). Em França, desde 1948 que se fazia o debate sobre educação sexual nos estabelecimentos de ensino, mas só depois de 1968 é que a informação sexual é implementada nas escolas. Três anos mais tarde a informação sexual ou educação sexual dão lugar à animação sexual, onde o educador passa a ser um animador. O papel deste animador seria “contribuir com informações adaptadas à maturidade das crianças e fazer de modo que cada uma, sem deixar de se exprimir, respeite a opinião de outrem” (Lejeune, 1982, p. 33).

Nas últimas décadas do séc. XX verificaram-se talvez as modificações mais profundas no que diz respeito aos valores, normas e práticas sociais relativas à sexualidade. Vivia-se então um contexto histórico de mudanças sociais que originaram o aparecimento de movimentos que também se interessaram e influenciaram indiretamente as questões relacionadas com a sexualidade.

Na Argentina, a Lei Provincial nº 3450, de 23 de outubro de 2000, que criou o Programa Provincial de Saúde Reprodutiva e Sexualidade Humana, substituindo a lei anterior, que tinha como prioridade principal a promoção da Educação Afetivo-sexual no âmbito escolar. Com essa lei o governo pretende que todos os habitantes usufruam livremente e de forma igualitária, informada e responsável do exercício dos direitos reprodutivos, como o planeamento familiar voluntário e responsável; a livre opção da

maternidade/ paternidade contribuindo para a realização da vida sexual. Simultaneamente, tem como finalidade planejar e implementar políticas de prevenção das IST e promoção de saúde das/os adolescentes, considerando este grupo como população de alto risco. Esta legislação preconiza o desenvolvimento de estratégias que reduzam as doenças de transmissão sexual, assim como garantir a proteção integral da gravidez para que todas as mães possam desfrutar da mesma e concomitantemente vivenciar o parto nas melhores condições possíveis, físicas, psicológicas e sociais, contribuindo para a redução da morbimortalidade materno-infantil. O artigo 8º determina que todos os estabelecimentos de ensino, começando no pré-escolar, incorporem o ensino de educação para a sexualidade (Suprema Corte de Justiça, 2000).

A sexualidade é um campo extenso para o trabalho educativo, pois trata-se de “um complexo de valores, modelos, comportamentos, padrões socialmente construídos de acordo com agentes específicos” (Nunes, 1987, p.116). No entanto, as primeiras ações educativas frustraram-se pela fragilidade conceitual histórica e ideologicamente imposta à sexualidade.

Há fatores que são essenciais para se fazer uma educação sexual de forma adequada, são eles: empatia com o assunto, tratá-lo com naturalidade e, o nível de conhecimento do educador sobre o tema deve ser suficiente para que a transmissão aos adolescentes/jovens seja clara (Costa *et al.*, 2001).

A partir da conferência do Cairo, referida no capítulo 1, várias foram as conferências/ declarações assim como os relatórios e documentos a nível mundial cujo enfoque é a sexualidade humana. Na compilação que se segue, são considerados os principais documentos de trabalho nesta área nos últimos 18 anos. Assim temos:

- O documento das Nações Unidas *Report of the International Conference on Population and Development*, aprovado no Cairo, em 1994;
- A *Declaração dos Direitos Sexuais* aprovada pela WAS, em 1999, no 14º Congresso Mundial de Sexologia, realizado em Hong Kong, República Popular da China;
- O relatório *Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción*, elaborado em 2000 pela WAS e *Organización Panamericana de la Salud* (OPS);
- A Declaração do Milénio, adotada pelos 189 Estados Membros da Assembleia-Geral da ONU, em setembro de 2000, onde foram aprovados os oito objetivos de desenvolvimento do Milénio (2000-2015);
- O relatório *Defining Sexual Health Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, da OMS, em 2002;

- A declaração de Montreal Saúde Sexual para o Milénio, aprovada no XVII Congresso Mundial de Sexologia da World Association for Sexual Health (WAS) em 2005;
- A declaração Prevenir con Educación aprovada na 1ª Reunião de Ministros da Saúde e Educação da América Latina e Caribe para deter o HIV e as IST na região, realizada na Cidade do México, em 2008, no quadro da XVII Conferência Internacional de SIDA;
- O documento Direitos Sexuais: Uma Declaração da International Planned Parenthood Federation (IPPF) aprovado em 2008;
- A resolução *Better Schools through Health*, aprovada na 3ª Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, realizada em Vilnius, Lituânia, em 2009;
- A declaração e o documento técnico *Salud Sexual para o Milenio*, publicado em 2009 pela (WAS) e Organización Panamericana de la Salud (OPS);
- O documento *International Guidelines on Sexuality Education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education* publicado pela UNESCO, em 2010, em parceria com a UNAIDS, UNICEF, OMS e UNFPA;
- O documento sobre o direito à Educação Sexual *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*, aprovado na 65ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em julho de 2010.

Com base nestes aspetos os governos dos países participantes devem assumir a responsabilidade da implementação de programas relacionados com esta temática.

Em Portugal, só se começa a falar de educação sexual na reforma de Veiga Simão que cria em 1971, por despacho, uma Comissão para o Estudo da Educação e Sexualidade, integrando elementos ligados à saúde pública e saúde escolar. Do trabalho produzido em relação à sexualidade, propunha uma compreensão alargada deste conceito, não a reduzindo aos comportamentos genitais. O texto produzido à época por esta comissão, surpreendeu pela sua ousadia e seu carácter ainda hoje atual. Esta Comissão cessou os seus trabalhos no início de 1973, mas no documento então produzido, ficou a recomendação de que os esquemas do corpo humano nos livros escolares não seriam mutilados. Esta mesma Comissão participou na preparação da Lei sobre coeducação, aprovada no início de 1973, dando origem ao ensino misto nas escolas públicas (Vaz, 1996).

Ainda na década de setenta, Portugal sofreu importantes transformações internas, associadas a influências de outros países. A sexualidade começou a ser tema nos debates público/ políticos. Decorrentes dessas transformações ocorreram mudanças sociais e culturais que interferiram na sexualidade humana, com repercussões ao nível legislativo. Nos Quadros 1 e 2, constam os principais marcos teóricos que ocorreram no presente século e no anterior.

Quadro 1 - Principais marcos teóricos sobre a Educação para a Sexualidade em Portugal no séc. XX

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
1977	-	Manuais escolares
1984	Lei nº 3/84 de 24 de Março	Lei que regulamenta a educação sexual e planeamento familiar: “Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humana” (p.1).
1985	Portaria nº 52/85	Regulamenta só o Planeamento familiar.
1986	Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro	Lei de Bases do Sistema Educativo, ponto 2 do artigo 47º: “Os planos curriculares do ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, (...), a educação sexual (p.19).
1987	Regulamentação da Lei 3/84	Ministro José Augusto Seabra, cria o gabinete de trabalho com o objetivo de elaborar uma proposta para a regulamentação.
1998	Despacho Conjunto nº 271/98 de 15 de Abril	Reorganização do CAN à RNEPS surge com a finalidade de incrementar a Educação Sexual em Meio Escolar e de apoiar o CAN nesta tarefa.
1998	Resolução nº 124/98	Plano de Ação Interministerial sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar onde é referida a promoção do “desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afetos e de valores na família, na escola e na sociedade”.
1998	Resolução nº 51/98	Educação Sexual e Planeamento Familiar.
1998	Decreto-Lei nº 115-A/98, 4 de Maio	Aprova o regime de autonomia, administração dos estabelecimentos públicos da Educação Pré-Escolar e dos Ensinos Básico e Secundário.
1999	Resolução do Conselho de Ministros nº 7/99 de 9 de Fevereiro	Aprova o Plano para uma Política Global da Família. Este plano preconiza um maior envolvimento da família na escola e refere a “necessidade de assegurar maior equidade no acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, por parte dos adolescentes e dos jovens”.
1999	Lei 120/99 de 11 de Agosto	Reforça “as garantias do direito à saúde reprodutiva” para a promoção a uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante e responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos.
1999	Despacho Ministerial nº15.587/ 99 de 12 de Agosto	Cria a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES).

Quadro 2 - Principais marcos teóricos sobre a Educação para a Sexualidade em Portugal no séc. XXI

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
2000	Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro	Regulamenta a Lei 120/99 e “clarifica algumas das possíveis estratégias de integração da educação sexual, como prática regular, no quotidiano das escolas. O artigo 1º, aponta formas explícitas de promover a educação sexual na escola: nos currículos com abordagens de carácter obrigatório.
2000	“Orientações Técnicas” - Outubro de 2000	“Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras”.
2001	Decreto-Lei nº 6/2001 de 18 de Janeiro,	A educação sexual é integrada no Currículo Nacional do Ensino Básico como temática transversal. A Educação Sexual integra matérias diversas que ganham um sentido único na organização do Projeto Curricular de cada Turma.
2001	Lei nº 12/2001 de 29 de Maio	Contraceção de emergência.
2001	Decreto-Lei nº210 /2001 de 28 Julho	Remete para o Ministério da Saúde a tutela da Saúde Escolar.
2004	Resolução da Assembleia da República nº 28/2004 de 19 de Março	As medidas de prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez.
2004	Plano Nacional de Saúde, 2004-2010 de 30 de Junho.	Volume I – Prioridades – “A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar Volume II – Orientações Estratégicas – Uma Juventude à Descoberta de um Futuro Saudável – “Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST; (...) áreas da sexualidade
2005	Despacho nº 19.737/2005 de 15 de Junho de 2005	“Educação Sexual nas Escolas”, do Conselho Nacional de Educação e aprovado em Sessão Plenária de 27 de Outubro de 2005. “Relatório Preliminar”, de 31 de Outubro de 2005, elaborado por um grupo de trabalho de educação sexual
2006	Protocolo 7 de Fevereiro de 2006,	Protocolo estabelecido entre os Ministérios da Educação e da Saúde, objetivo: serem desenvolvidas atividades de promoção da educação para a saúde em meio escolar. (...) Criação, nas Escolas Secundárias, de um gabinete de Apoio aos alunos no âmbito da educação sexual.
2009	Lei n.º 60/2009. D.R. n.º 151, Série I de 2009-08-06	Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar A valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;
2010	Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril	Ministérios da Saúde e da Educação regulamenta a Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto
2010	Resolução da Assembleia da República n.º 46/2010	Direito à informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao longo do seu ciclo de vida. Garanta a implementação da educação sexual em todas as escolas do ensino básico e secundário. Reforce a existência em todos os centros de saúde de consultas específicas para jovens.

Para o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES) (2007a) e autores de outras publicações, o processo global da Educação deve contemplar a educação para a sexualidade, sendo esta última uma vertente fundamental que deve estar associada à

Promoção da Saúde constituindo um a parte integrante do processo de promoção da saúde em meio escolar nas suas diferentes dimensões.

Já para o CNE (2009), a educação sexual é uma componente da formação pessoal e social, indo muito para além da educação para a saúde, pois há outras dimensões que necessitam de ser abordadas, como por exemplo, os afetos, as atitudes, os comportamentos, os valores e as relações interpessoais.

A sexualidade aparece como um dos “núcleos estruturantes da personalidade humana, que não se reduz a alguns momentos e comportamentos, mas é, pelo contrário, um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa” (CEPa, 2005, s.p.). Ela integra “componentes sensoriais e emotivo-afetivos, cognitivos, sociais, éticos e espirituais” (Dias *et al.*, 2002, p.19) adquirindo o verdadeiro sentido no “contexto de um projeto de vida que promova o conhecimento e aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro” (Ibidem, p.20). Ela deve ser, na opinião de Bastos (2003) parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade, assim como do processo educativo, pois contribui para a caracterização do homem e da mulher, a todos os níveis.

Apesar da legislação criada em Portugal relativamente à educação sexual, dois dos principais problemas que esses programas procuram combater mantêm-se - gravidez na adolescência e HIV/SIDA, talvez porque os programas tenham negligenciado a importância do género e da cultura de classe, étnica, regional e local. Tendo estes aspetos como pano de fundo, foi construído um programa de educação sexual assente nos pressupostos de que: (1) o duplo padrão sexual (DPS) que se inscreve, em homens e mulheres, diferentes formas de vivenciar o romance e o prazer/desejo, pode ser questionado e desconstruído; (2) as diferentes classes sociais e culturas étnicas e locais têm crenças diferenciadas acerca do DPS que importa compreender; (3) a promoção da autonomia, o combate ao preconceito e a informação/reflexão adequada são aspetos essenciais para a estruturação de comportamentos responsáveis no relacionamento sexual, estimulando comportamentos assertivos, a negociação e a tomada de decisão face ao uso do preservativo e ao controlo da natalidade e à sua vida sexual em geral.

2.2 PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE

*“Uma educação sexual abrangente
Dá oportunidade para que se explorem valores e atitudes
E se adquiram capacidades de decisão, comunicação
E redução de riscos
Sobre todos aspetos da sexualidade”.*
(UNESCO, 2010)

O GTES (2007b) considera que a Educação Sexual deve procurar não só atenuar os comportamentos de risco, que levem a uma gravidez não desejada e/ou as IST, mas também promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e sócio histórica. No relatório final apresentado por este grupo de trabalho (GTES, 2007a) é sugerido que os programas de ES elaborados e implementados pelas escolas não devem basear-se apenas numa vertente médico-sanitária, referindo que a escola deve proporcionar a possibilidade de os alunos desenvolverem um conjunto de atributos/ competências que lhes permitam encontrar uma conduta sexual que contribua para a sua realização como pessoa ao longo da vida.

Também a UNESCO (2010), no documento sobre as orientações técnicas para a educação para a sexualidade, propõe programas e menciona alguns objetivos a incluir nos mesmos os quais considera que se reforçam mutuamente: “aumentar conhecimentos e compreensão; explicar e esclarecer sentimentos, valores e atitudes; desenvolver ou fortalecer habilidades; e promover e sustentar comportamentos de redução de risco” (Ibidem, p.3).

Nesta perspectiva fomos analisar os conteúdos e as características de vários Projetos de ES implementados no mundo. Decidimo-nos pelos seguintes países: na Europa: Portugal, e Reino Unido; na Oceânia: a Austrália; na América: os Estados Unidos da América; na Ásia: o Japão e em África: África do Sul. Analisamos a ênfase atribuída às dimensões biológica e psicológica da sexualidade, por serem as únicas presentes em quase todos os programas, no sentido de perceber se são abrangentes, tal como evidenciado pelas mais recentes diretrizes da OMS (2002). Na Quadro 3 podemos analisar as diferenças entre programas dos países atrás referenciados e quais as dimensões que englobam.

Quadro 3 - Análise das diferentes dimensões da sexualidade presentes em programas de educação para a sexualidade em alguns países do mundo

DIMENSÕES DA SEXUALIDADE	PORTUGAL	REINO UNIDO	AUSTRÁLIA	EUA	JAPÃO	ÁFRICA DO SUL
BIOLÓGICA	Focalizado nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ME, 2008).	A ES tende a focar-se em aspetos biológicos." (Strange <i>et al.</i> , 2006, p.31).	Todos os programas escolares abordam mudanças na puberdade (...), e o sistema reprodutor (...)" (Milton, 2003, p.245).	(...) 86% dos distritos escolares com políticas de educação sexual promovem a abstinência (...)" (Collins & Feeney 2004, p.7).	(...) Todos os aspetos relacionados com a puberdade e a saúde (...)." (Castro-Vásquez & Kishi, 2002, p.471).	Todos os aspetos relacionados com a anatomia aparelho reprodutor. (Mulama, 2007)
FISIOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiologia da reprodução (DGE, 2009) • Fisiologia da reprodução (DGE, 2010). 	<ul style="list-style-type: none"> • "Prioridade à saúde sexual, com vista a evitar a gravidez adolescente (...)" (Corteen, 2006, p.95); • "Os tópicos referidos como os mais abordados pelos professores foram a contraceção (...)" (Strange <i>et al.</i>, 2006, p.37). 		<ul style="list-style-type: none"> • "Estes programas geralmente excluem informação básica sobre saúde sexual, relacionada com a puberdade e a reprodução, e pouca ou nenhuma informação sobre gravidez" (Starkman & Rajani, 2002,p.314). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pretende que os alunos compreendam os mecanismos da reprodução e o planeamento familiar" (Castro-Vásquez & Kishi 2002). 	Relacionados com reprodução e contraceção (Mulama, 2007)
PSICOLÓGICA/ AFETIVA	Adolescência e Relações interpessoais (DGE, 2008). Afetos e relações interpessoais - (DGE, 2009).	"Poucos alunos referiram ter realizado atividades de desenvolvimento de competências." (Strange <i>et al.</i> , 2006, p.40).	Todos os programas escolares incluíam responsabilidades, mudanças físicas e emocionais, relações interpessoais e responsabilidade, (Milton, 2003).		Sexo e assuntos íntimos não são incluídos no diálogo com os professores" (Castro-Vásquez & Kishi, 2002, p.473).	Tomada de decisão, assertividade, comunicação. Valores, atitudes responsabilidade. (Mulama, 2007)

Decorrente da análise do quadro 3 (adaptado de Marinho, S., Anastácio, Z., Carvalho, G., 2011) constata-se, que as dimensões: biológica e psicológica/ afetiva são as mais frequentes, mas nem todos os programas as integram.

Segundo Shaffer (2005) a educação sexual formal, quando aborda aspetos mais abrangentes do que a mera abordagem dos temas biológicos e da reprodução, pode ser uma intervenção bastante eficiente. Para este autor, os programas que têm como objetivos retardar o início de uma vida sexualmente ativa e de promover o uso de métodos contraceptivos têm maior taxa de sucesso se tiverem 'dupla abordagem', ou seja: 1) Ensinando adolescentes e jovens que a abstinência pode protegê-los de riscos médicos e psicológicos potencialmente elevados; 2) Fornecer informação sobre estratégias para resistir às pressões para terem relações sexuais bem como sobre contraceção. Este tipo de programas não incentiva o início de atividade sexual precoce.

Segundo a UNESCO (2010, p.2), vários estudos realizados demonstram que programas de educação para a sexualidade efetivos podem:

reduzir informações erróneas, aumentar conhecimentos corretos; esclarecer e fortalecer valores e atitudes positivas; aumentar habilidades de tomar decisões informadas e de agir segundo as mesmas; melhorar percepções sobre grupos de pares e normas sociais; e aumentar a comunicação com pais ou outros adultos de confiança.

Será importante deixar aqui como reflexão algumas linhas orientadoras consensuais para os atuais e/ou futuros programas educativos de países como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. Promover as vantagens em retardar o início da atividade sexual; disponibilizar informação adequada sobre sexualidade nas suas diferentes dimensões; adquirir aptidões pessoais de assertividade no âmbito relacional; transmitir a mensagem de que os riscos de IST podem ser prevenidos (Dias *et al.*, 2002).

Programas que tenham como preocupação atender a estas premissas e que respeitem estas características contribuem para que os jovens e os jovens adultos tenham maior preocupação em diminuir a frequência de atividade sexual sem proteção; tenham menos parceiros sexuais e aumentem o uso de métodos efetivos de proteção contra a gravidez indesejada e as IST e podem ainda contribuir para que os jovens tenham uma vida sexual mais informada, mais responsável e mais saudável.

O impacto dos valores culturais e das crenças religiosas sobre todos os indivíduos, em relação à sexualidade é ainda grande. Daí a importância da implementação de programas de educação para a sexualidade, abrangentes nas várias dimensões da sexualidade e culturalmente contextualizados.

2.3 EDUCAÇÃO PARA OS VALORES

Se me perguntassem quais os valores a assegurar no exercício da sexualidade,

Diria apenas estes:

- *A primazia absoluta no amor, condutor de todo o processo de relação;*
- *O sentido da vida, a viver e a comunicar noutras vidas;*
- *A dignidade da pessoa, de si próprio e dos outros;*
- *A riqueza da fecundidade, porque é dando que se recebe.*

Só assim é possível encontrar o amor plenamente humano, integral, fiel e fecundo, aquele que, no meu entender é o único que envolvendo a sexualidade global permite o caminho para a felicidade verdadeira.”

(Pinto, 1996, p.259)

2.3.1 CONCEITO DE VALORES

‘Valor’ é uma palavra de origem latina ‘valor’, definida de múltiplas formas a partir dos diferentes campos do conhecimento. No campo da Axiologia, disciplina da Filosofia que se ocupa dos valores, distinguem-se por isso três tipos: ‘valor ético’, referente a normas ou critérios de conduta de vida/convivência social, regulam e validam ações como coragem, honestidade e justiça, (...); o ‘valor estético’ está relacionado com o prazer da contemplação, valor de expressão, nomeadamente harmonia, belo, trágico (...); e o ‘valor religioso’ que representa a relação do homem com a transcendência, ou seja, sagrado, santidade, perfeição.

Para a Sociologia, o ‘valor’ é a “expressão de princípios gerais, de orientações fundamentais e primeiramente de preferências e crenças coletivas” (Johnson, 1997,p.249). O valor, no campo sociológico, expressa-se nas normas que determinam entre si a forma como os membros de uma determinada cultura se comportam.

Ao longo da civilização vários pensadores definiram valor, tendo a sua origem nos Gregos. Dado o contexto deste trabalho, não efetuaremos uma digressão histórica pelo conceito de valor, optando antes por referir alguns autores na área da antropologia – que é o campo epistemológico que mais interessa para esta reflexão.

O conceito de valor, segundo Gervilla-Castillo (1997), é relativamente complexo e, por vezes, passível de distorção. Valores são princípios e convicções basilares que fortalecem as crenças sobre o que tem valor e que atuam como guias do nosso comportamento. Não são ‘virtudes’ ou ‘atitudes’, são ideais com os quais avaliamos as

nossas crenças e ações considerando-as como sendo boas, justas, desejáveis e dignas do nosso respeito, como: amor, igualdade, justiça, liberdade, segurança, verdade, paz de espírito e felicidade. Estes valores são coincidentes, em parte, com os valores presentes nos direitos humanos, que também são ideais, atrás referenciados: Pessoa, Dignidade Humana, Liberdade, Igualdade e Solidariedade. Ao serem constituintes dos direitos humanos fundamentam uma série de direitos que devem ser reconhecidos para todos os seres humanos, independentemente da sua raça, nacionalidade, religião, sexo, idade ou condição social. É ainda coincidente com um principal objetivo da declaração dos direitos humanos, que pretende que através da “cooperação entre os povos seja criado um estado de felicidade entre os seres humanos, e que no futuro todos sejam iguais em dignidade e em direitos” (Lafer, 1991, p.34). Ou seja, que a felicidade faça parte do cotidiano de todos os seres humanos, num quadro de direitos e deveres e respeito pelos valores humanos. O mesmo autor (Idem, p.35), refere que na atual civilização, os direitos humanos não constituem uma consequência do desenvolvimento das ligações comerciais entre as populações, mas da “identificação de valores comuns às diversas sociedades e grupos de uma mesma sociedade, que sirvam como uma dimensão do direito suscetível de representar um universal”.

Devido a esta complexidade, muitas são as definições do que é um valor, que consideramos complementares.

Para Kluckhohn (1971, cit. por Curwin & Curwin, 2000, p.11) “um valor não é simplesmente uma preferência, mas uma preferência em que se crê e/ou se considera justificada – quer seja moralmente, como fruto de um raciocínio ou como consequência de um juízo estético”. Já para Zander (1990, cit. por Barragán, 2002, p.37) os valores são princípios éticos com que “sentimos um grande compromisso emocional”, usando-os na conduta quotidiana, mas “diferenciam-se destas por serem mais estáveis, mais centrais e poderem conter crenças. Existe, no entanto, um forte vínculo entre as nossas atitudes e o nosso sistema de valores, crenças e conhecimentos”.

Por seu turno, Rodrigues, Assmar e Jablonski (2000, p.127) consideram que as atitudes e os valores têm “componentes cognitivos, afetivos e predisponentes do comportamento”. Os valores são categorias gerais e existem em número reduzido, ou seja, poucos valores encerram muitas atitudes. Estas, por sua vez, são específicas. Valores são “eixos em torno dos quais giram os elementos essenciais, (...), orientam e comandam nosso comportamento, e afetam nossas experiências diárias (...), só lhe prestamos atenção quando sofremos um choque de valores” (Idem, p.128). Na mudança do milênio, Cortina (2000, p.28) relembra-nos que “los valores son cualidades que nos permiten acondicionar el mundo para que podamos vivir en él plenamente como personas”.

Na perspectiva de Dolan e Garcia (2006, p.28), os valores “são o núcleo da liberdade humana, na medida em que constituem escolhas estratégicas ou preferenciais por certas formas de comportamento em detrimento de outras, no sentido da sobrevivência ou qualidade de vida”. Ou seja, consideram que ao longo da vida, vamos aprendendo/tirando as lições/elações que sustentam, qual tipo de ação é o melhor para atingirmos determinados objetivos. Consideram ainda que “as nossas ações, e não apenas o que dizemos, revelam os nossos valores essenciais e verdadeiros” (Idem, p.29). Os valores que demonstramos através dos nossos comportamentos que são observáveis constantemente nas práticas, de forma consistente e continuada, são nomeados por estes autores como ‘vividos’ e ‘expressos’. Estes últimos são declarados através da escrita ou oralmente, mas nem sempre são coerentes com as práticas do indivíduo – encarados como valores recebidos, e não são usufruídos de uma forma consistente –, recordando o velho ditado popular, ‘olha para o que eu digo, e não para o que faço’. O paralelismo é imenso e no nosso quotidiano – na área da saúde/ educação - deparamo-nos com imensas pessoas que, relativamente à sua saúde e/ou comportamentos saudáveis, tendo o conhecimento e o discurso, apresentam, no entanto, um comportamento díspar.

O valor é algo que escolhemos, a maior parte das vezes livremente quando temos alternativas. Esta possibilidade de escolher confere um sentido dinâmico ao valor que, quando interiorizado, permite definir os objetivos de vida, dando-lhes pleno sentido, pois uma vez incorporados são guia e pautas de conduta das vivências, das escolhas e, concomitantemente, do projeto de vida. Segundo Frei Bernardo (2012, p.174), o “valor fundamenta-se e exprime a ontologia da realidade. Mas traduzidos os graus dos valores, eles correspondem aos do ser e respondem às aspirações humanas”. Nesta linha de pensamento, para Pereira e Freitas (2001, p.11) os valores são as “coisas em que acreditamos e conhecê-los permite objetivar o que queremos”.

Os valores manifestam-se nas condutas, nas opiniões que formulamos, e presidem às regras sociais, por isso estão presentes na nossa existência. Eles influenciam os comportamentos e as atitudes do ser humano e são muitas vezes o motivo de fazer ou desejar fazer algo, “ (...) acrescentam a estrutura da personalidade do indivíduo embora não sejam os únicos determinantes da ação humana. Contudo, é inegável a relação entre estes e as atitudes, uma vez que interiorizados ou não, dinamizam e condicionam determinado comportamento” (Silva, 2006, p.17).

No que diz respeito à classificação tipológica, Dolan e Garcia (2006) consideram que os valores podem ser divididos em três dimensões: ético-social, económico-pragmática e emocionais e de desenvolvimento. A dimensão ético-social comporta os valores relacionados com o comportamento e a atitude de um indivíduo, estando associados às

preferências por um tipo de atitude em relação a outro. Os indivíduos são influenciados para a aceitação desses comportamentos/ atitudes pelo meio em que se estão inseridos – moral. A dimensão económico-pragmática toma o valor como medida do significado ou importância de pessoas, objetos, ideias, ações, sentimentos ou eventos, em relação ao seu mérito, adequação, escassez, preço ou interesse, relacionando a importância casual que damos às coisas, e a nossa preferência por uma coisa em detrimento de outra. Nesta dimensão, incluem-se valores como eficiência e disciplina. A dimensão emocional e de desenvolvimento compreendem os valores relacionados com a confiança, liberdade e realização pessoal de um indivíduo, os quais conduzem à concepção de felicidade da pessoa em questão.

Araújo (2007) contesta a ideia de que os valores são inatos ou que resultam da influência do meio sobre o ser humano. Segundo o autor, os valores são oriundos de ações da pessoa sobre o mundo objetivo físico e socio-afetivo onde se depara. A partir deste pressuposto este autor refere que os valores são construídos com base na projeção de sentimentos positivos que o sujeito tem sobre objetos e/ou pessoas e/ou relações e/ou sobre si mesmo. Desta forma, o indivíduo pode “projetar sentimentos positivos sobre: objetos, por exemplo a escola; pessoas, por exemplo, um amigo ou o pai; relações, por exemplo a forma carinhosa com que o homem trata uma mulher, ou um professor os seus alunos; si mesmo, e aqui está a base da autoestima” (Idem, p.21).

Numa perspectiva de aproximação à psicologia, Araújo (2007, pp.19-20) relembra que Piaget identifica nos valores “uma troca afetiva que o sujeito realiza com o exterior, objetos ou pessoas”. Ainda Piaget considera que os valores e as avaliações que fazemos no quotidiano “pertencem à dimensão geral da afetividade e o valor é resultado, é construído com base nas projeções afetivas que o sujeito faz sobre objetos ou pessoas” (Idem, p.21).

Para além das circunstâncias culturais ou históricas, Carneiro (2009, p.59) afirma que “a defesa da vida, o respeito pelo ambiente, a honestidade como norma de conduta, a justiça na relação entre pessoas, surgem naturalmente como bens universais”, isentos de qualquer relativização. O mesmo autor (Idem,p.60) salienta o “apego a uma matriz comum de valores universais que atravessa crenças, filosofias, culturas e civilizações”.

O ser humano cria, um leque variado de valores que pode descobrir, incorporar e efetivar na sua vivência quotidiana, o que vai afetar a sua conduta, configurar e modelar as suas ideias e condicionar os seus sentimentos. Em consequência, os valores são compreendidos numa operação não intelectual denominada estima. O termo valor está relacionado com a própria existência da pessoa, afeta a sua conduta, configura e modela as suas ideias e condiciona os seus sentimentos. Estes três pilares de valores positivos constituem a base da tarefa educativa. Qualquer valor está vinculado à reação do sujeito

que o aprecia; diante do valor 'amor', uma pessoa pode reagir sublimando-o e outra, encarnando-o (Carreras *et al*, 2001). Por questão de hierarquização foram organizados em valores: morais, éticos, religiosos, materiais, vitais, estéticos e intelectuais (Carreras *et al*, 2001; Gervilla-Castillo, 1997). Contudo, a ponderação e avaliação da ordem dos valores é "pessoal, social, e evolutiva tendo aspetos estáveis e outros subjetivos com valorações históricas e circunstanciais, consoante a filosofia de vida e as circunstâncias sociais" (Frei Bernardo, 2012, p.174).

Todas as sociedades têm na sua génese valores que foram desenvolvendo e disseminando ao longo da sua história; alguns desses valores são intemporais e universais como o amor, a paz e a justiça. "Genericamente os valores têm a idade da Humanidade" (Frei Bernardo, 2010). Mas à noção de valor está associada uma pluralidade de significados.

Em cada período histórico, mas sobretudo nos nossos dias, pretende-se promover valores que sejam vetores de educação, cidadania, delicadeza, civilidade, instrução e que façam de cada um, um ser feliz, responsável e solidário, pois esse é o principal objetivo da nossa existência.

"Os valores não devem ser encarados como algo abstrato ou estanque, nem como um código de conduta imposto de fora para dentro. A educação em valores na família e na escola deverá incrementar a capacidade de discernimento dos alunos e consciencializá-los da importância das suas escolhas. Assim, a educação consolida os valores e virtudes já existentes nos alunos e incentiva a superação de erros e defeitos" (Martinelli, 1999, p.21).

Atualmente, além dos povos serem cada vez mais multiculturais também são mais multirreligiosos. O fenómeno da globalização faz chegar e interagir novos valores, ideias, padrões ou sistemas culturais, para os quais a maioria das culturas, ideologias e religiões ainda não estão preparadas, podendo conduzir a efeitos nocivos. Estas inter-relações poderão demonstrar a necessidade do diálogo e da procura de valores comuns.

No nosso quotidiano, qualquer que seja a situação, os valores marcam presença. Apesar de se falar em 'crise de valores' ou de 'ausência de valores' trata-se mais de saber de que forma estão a ser entendidos e praticados os valores quando falamos dos adolescentes, dos jovens, na crise que avassala o país e o mundo. Tudo isto permite-nos constatar que estamos em plena mutação social, cultural e tecnológica, a qual afeta de forma intensa a nossa sociedade.

Como refere Pedro (2002, p.1),

"num mundo moldado pela (tirania) da informação e comunicação global, pelas vertiginosas transformações técnicas e científicas, pelo renascer de diversos nacionalismos, pelo intensificar de novas formas de violência e de intolerância, pelos impactos ambientais, pelos mercados globais, pelo declínio dos grandes sistemas ideológicos que dominaram o séc. XX e o conseqüente enfraquecimento da democracia".

Torna-se difícil compreender, optar e aplicar os valores da mesma forma que há 50 ou 100 anos atrás. Todas estas transformações conduzem a diferentes tipos de socializações e, simultaneamente, a diferentes/novos valores e problemas.

Vivemos numa sociedade global. Sem tempo para apreciar o que a vida tem de belo, privamos os mais novos dos contactos com os mais velhos, com os idosos detentores de uma experiência de vida capaz de lhes oferecer referências positivas que os poderiam ajudar na construção da sua identidade. Em vez dessa experiência enriquecedora, facultamos uma educação fortemente estigmatizada pela interferência dos `media´ e das novas tecnologias. Crescer neste contexto torna-se problemático e contribui para o que alguns autores apelidam de ‘crise de valores’, como refere a reflexão de Brezinka (2007, p. 29).

“la crisis moderna es, ante todo, una crisis de orientación y una crisis de valoraciones: es una crisis de las convenciones y creencias, de las posturas valorativas y de las actitudes morales (...) de aquellas normas e instituciones sociales que se basan en el consenso, en la obediencia y en la servicialidad de los ciudadanos”.

A citada autora menciona ainda três causas que evidenciam a crise da modernidade (Ibidem, p. 29-31):

- a) O aumento e difusão dos conhecimentos da Ciências e da Natureza, que estimularam uma mentalidade científica, económica e calculadora, contribuindo para uma deterioração da mentalidade místico-religiosa;
- b) O incremento do nível de vida, que levou a que cada um tenha maior urgência de satisfazer as necessidades e interesses individuais, em detrimento de uma vida predisposta para as relações sociais;
- c) A expansão dos direitos humanos e das liberdades básicas, ou seja, a pluralidade de liberdades (quer sejam de opinião, de associação, de crenças, de religião) conduziu o Estado e a sociedade, a uma atitude de imparcialidade e de tolerância que favorece uma orientação nos valores.

Conclui Brezinka (2007, p.70) que “a crise de valores e a falta de vínculos são a raiz da crise educativa atual”.

As diferentes sociedades elegem um elenco de ‘valores coletivos’, os quais se pretende que sejam representativos do que é desejável. Cada sociedade atribui aos valores o papel de orientação e conservação da ordem e coesão social. Eles servem para reger as relações interpessoais através da orientação dos comportamentos individuais, consubstanciados através das normas/moral. A formação dos valores inicia-se na infância e continua durante a adolescência e juventude. Embora estejam socialmente proclamados, são os modelos – primeiro os pais, posteriormente restantes agentes educativos como

professores, funcionários, amigos, pares, restantes familiares, personalidades da comunidade e demais pessoas – que desempenham um importante papel na consolidação de um dado quadro pessoal de valores.

Rodrigues *et al.* (2000, p.107) apresentam uma associação entre pessoas e os valores, de acordo com a importância que atribuem aos seis valores seguintes:

“Teoria: pessoas que dão ênfase aos aspetos racionais, críticos, empíricos e que buscam a verdade. Estética: cuja ênfase se encontra no simétrico, no harmónico, na beleza de formas. Praticidade: a ênfase está na utilidade, no pragmatismo, nos enfoques de natureza económica. Atividade Social: ênfase para questões de natureza altruísta e filantrópica. Poder: ênfase para o exercício do poder em várias esferas (influência, dominância). Religião: pessoas que enfatizam o transcendente procurando um sentido para a vida”.

O paradigma da dualidade do ser humano, compreendido na tradição judaico-cristã do bem e do mal, orienta o Homem para funcionar numa sociedade organizada; para isso necessita de uma construção fundamentada em valores. Resultante da interlocução social e da partilha de estudo ético individual, surgem os valores que nascem e crescem na sociedade, sendo determinantes na sua estruturação e evolução, pelo que nunca podem ser totais e absolutos. Desta forma, surgem como atribuição de sentimentos característicos de emoções, podendo também ser consequência de uma racionalização de origem intelectual. Assim, o valor e o ser humano são indissociáveis, porque este é reconhecido pelas representações valorativas que faz, seja de si, ou do outro. Em consequência, concretiza-se uma comparação dos valores a experiências, com as quais vamos aprendendo ao longo do tempo. Estas apontam-nos a ação a realizar, de acordo com os nossos objetivos e valores principais e autênticos (Araújo, 2007; Dolan & García, 2006; Rodrigues *et al.*, 2000).

Quando a ação está relacionada com a sexualidade e/ou educar para uma sexualidade responsável, só quando compreendemos as motivações do ser humano na construção das suas próprias relações e na forma como vivencia a sua sexualidade, poderemos interpretar os ‘bons’ ou ‘maus’ comportamentos, contribuindo para uma vivência salutar e ausência de comportamentos de risco. A educação tem aqui um papel fulcral, seja como processo, seja como conteúdo, do que são os valores intrínsecos de cada indivíduo. Segundo Renaud (2001, p. 54), “a sexualidade não deixa ninguém indiferente; ela marca não só o corpo, mas a mente, não só a modalidade ou a tonalidade dos afetos, mas também a compreensão do real, assim como a afetividade do agir”.

Como menciona Meredith (1990, p.13), o desafio da educação para a sexualidade consiste em “definir um sistema nuclear de valores que combine a tolerância e a diversidade e igualdade social com uma compreensão e um respeito pelas expectativas sociais e a lei”. Sabemos que educação para os valores vem sofrendo modificações, então temos que,

verificar na realidade contextual quais são os valores para a vivência de uma sexualidade integradora.

Neste sentido, para Marques e Prazeres (2000) constituem valores essenciais da educação para a sexualidade os seguintes: a aceitação da sexualidade como uma fonte de prazer e comunicação e um elemento afirmativo de realização individual e das relações interpessoais; o reconhecimento ao longo do ciclo de vida; as distintas manifestações da sexualidade; o respeito pelo outro independentemente das suas especificidades físicas e da sua orientação sexual; promover a equidade de direitos e oportunidades entre os sexos; respeitar o direito à diversidade; a comunicação e o envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade; deve ser reconhecida – a aceitação do direito a uma maternidade/paternidade responsável, livre, e conscientes – uma informação adequada associada a autonomia e a liberdade de escolha são elementos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual; manifestações da sexualidade que envolvam a violência ou coação, ou relações pessoais de dominação e de exploração, devem ser alvo de repulsa – promover da saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.

Quanto à vivência, os valores são relativos, mas tornam-se absolutos quanto ao seu acesso que é sobretudo racional, nomeadamente se estivermos perante uma tomada de decisão (Pedro, 2002). Contudo, tem de se ponderar a existência do outro e a sua ‘paleta’ única de valores individuais.

O sistema de valores do ser humano é constituído por variáveis como: a educação, a formação religiosa, a orientação política, a ocupação, a casta e a classe social, entre outros. Não há contudo uma hierarquia imutável dentro destas variáveis assim como não existe um padrão, relativamente aos valores, isto devido à singularidade do ser humano e da sua personalidade. Fatores sociais, culturais e institucionais restringem as possíveis variações ao mínimo. Quando o tema é sexualidade e segundo Menezes (1990, p.16), “os valores sexuais referem-se ao significado que o sexo assume individualmente, determinando regras do comportamento sexual. Estes valores são dotados de alguma flexibilidade, alterando-se durante a adolescência, quando passam de restritivos para atitudes mais liberais”. O supracitado autor classifica os indivíduos de acordo com quatro padrões de comportamento sexual, que traduzem valores face a sexualidade, nomeadamente: abstinência – considera-se as relações sexuais erradas para ambos os sexos; permissividade com afeto – admite-se as relações para ambos os sexos no contexto de relação afetiva; permissividade sem afeto – admite-se relações sexuais para ambos os sexos, sempre que existir atração física, sem necessidade de laços afetivos; e padrão duplo – aceitam-se as relações somente para o sexo masculino.

Na sociedade atual, nos países ocidentais, o padrão mais aceite pelos adolescentes é 'permissividade com afeto' (Menezes, 1990, p. 28). Porém, compreende-se que quanto maior o pluralismo de uma sociedade, tanto maior a necessidade de uma condução responsável da própria vida e os valores são, de certa maneira, a autodefinição, a motivação e guiam todas as decisões que o indivíduo adota. Neste sentido, "nem essas práticas, nem os valores (...) surgem naturalmente no desenvolvimento do ser humano" (Perrenoud, 2005, p.92). Daí a importância da educação para os valores que deve ser adotada como uma função de desenvolver a reflexão, o espírito crítico e a descentralização, proporcionando "hábitos e ferramentas intelectuais que ajudem a compreender as implicações de nossa ação" (Idem, p.94). Isto é válido relativamente a princípios como:

- a) a **tolerância**: é um valor, na medida em que faz ultrapassar os interesses do Eu, desenvolvendo no sujeito atitudes "de comprensión y respeto a las creencias, opiniones, valores e conductas diferentes de las nuestras, de búsqueda de la verdad, de cooperación desde la disidencia, de diálogo" (Ortega *et al.*, 1996, p.22);
- b) a **convivialidade**: o multiculturalismo em crescimento nas nossas sociedades exige "aprender a viver juntos"; exige que se ensine a conviver com os "diferentes"; e criar alicerces para que essa convivência persista ao longo das diferentes fases do ciclo de vida (Cortina, 2000, p.82);
- c) a **solidariedade**: esta não é inata, nem é mero sentimentalismo, é o inverso, é um valor atribuído aos outros e que se afigura em experiências como "partilhar, ajudar, acompanhar, apoiar, aceitar, integrar, proteger, cuidar, preocupar-se" (Perrenoud, 2005, p.92);
- d) a **paz**: "Justiça e paz têm em vista o bem de cada um e de todos, pelo que exigem ordem e verdade. Quando uma é ameaçada, vacilam as duas; quando se ofende a justiça, põe-se em perigo também a paz." (João Paulo II, 1998);
- e) a **justiça**: "a justiça seja socialmente útil e mesmo socialmente indispensável, é uma evidência (...) ela é o respeito pela igualdade dos direitos" (Comte-Sponville, 1999 p.92);
- f) a **liberdade**: "ser libré empieza siendo una participación en la libertad colectiva" si no fuera libré, no podría ser responsable, y es evidente que me siento responsable, que tengo que elegir en cada momento que voy a hacer" (Cortina, 2000, p.207);
- g) e o **respeito pelo ambiente**: educar para a proteção do ambiente é educar para a cidadania, pois é educar "en la responsabilidad, a las responsabilidades" (Cortina 2000, p.45).

A educação para os valores, assim como a educação para a sexualidade, são cooperantes na formação pessoal, social e cultural do ser humano, sustentadas num

conjunto de valores como a liberdade de escolha, a autonomia, a assertividade, a responsabilidade que têm por base a informação ajustada. Estes valores são os pilares fundamentais para a tomada de decisão de atitudes e comportamentos saudáveis e responsáveis para a vivência de uma sexualidade integrante, integradora e salutar. Para isso, é essencial reconhecer o outro e compreender a importância do respeito pelo outro, pois só assim poderá haver aumento da probabilidade de modificação de comportamentos (Ricou, 2004).

Conforme já referimos, os valores são parte integrante do ser humano e possuem duas dimensões em simultâneo: uma, objetiva, de que os valores são fins, propósitos que regulam o comportamento do indivíduo; e outra, subjetiva, relacionada com as motivações e desejos e dependente da vontade sentimental e emocional que estimula as ações.

Os padrões sociais de uma época específica determinam o que tem valor, o que é considerado belo, digno e verdadeiro, de acordo com os modelos vigentes, regulando o juízo pessoal. Para a manutenção do equilíbrio do carácter do indivíduo, os valores são fundamentais, pois são os condutores dos comportamentos e gestores das tomadas de decisão. Eles põem ao dispor um conjunto de princípios que são interiorizados pelo indivíduo e que o estimulam a atuar de um modo mais ou menos previsível, estável, colaborando, de certa forma, na antecipação e previsão das atitudes e dos comportamentos, assim como das consequências que daí possam advir. Assim, podemos considerar, que o valor é basilar no procedimento do indivíduo, quer seja nos seus comportamentos, quer seja nas suas atitudes, tendo um papel fundamental na personalidade do ser humano.

CAPÍTULO 3 – DESCRITIVOS DA SEXUALIDADE

*“Foi o tempo que ocupei com a minha rosa
que tornou a minha rosa tão importante.”*

(Saint-Exupéry, 2010, p.74)

Estudar a sexualidade, implica conhecer todas as dimensões que a constitui, pois só assim podemos trabalhar a pessoa de forma holística. Neste capítulo pretendemos clarificar o papel e a importância de cada uma delas na vivência de uma sexualidade integradora. Sendo transversal à vida do ser humano, torna-se mais um processo que estrutura, organiza e comunica, fundamental à conduta sexual envolvendo fatores de natureza biológica, psicológica, social e cultural.

3.1 DIMENSÕES DA SEXUALIDADE

O termo sexualidade é abrangente, englobando várias dimensões da vida humana. Para Ribeiro (2008 p.6) é um conceito que é “encarado como uma dimensão que constrói o indivíduo em todas as suas componentes: a biológica, psicológica, afetiva, social e espiritual irá dando uma visão mais humanizadora desta dimensão da pessoa”.

A definição da OMS sobre sexualidade, já apresentada no primeiro capítulo, é integradora de várias dimensões. Já em 1975, o conceito de sexualidade era descrito como “ (...) uma energia motivadora (...) ”. O aparecimento desta definição provoca um corte epistemológico com o conceito defendido até aí, que é sexualidade = sexo = ato sexual, reduzindo-a e focando-a na genitalidade, valorizando ou enfatizando apenas a dimensão biológica.

Posicionamo-nos com autores como Bruess e Greenberg (2011), Ribeiro (2006), Duque e Moser (2001) e Renaud (2001), na consideração que a sexualidade é intrínseca ao ser humano e enraizando-se em todas as vertentes da sua vida. Não se limitando a nenhuma área específica, é um elemento peculiar constituinte da natureza humana.

Para Renaud (2001, p.41) a sexualidade é uma realidade presente na vida do ser humano em todas as suas dimensões: corpo, mente, afetos, ação e compreensão. O autor acredita que a sexualidade é a forma como cada indivíduo se expressa, comunica, sente, dá e recebe prazer com os cinco sentidos do seu corpo.

Os autores Bruess e Greenberg (2011) referem que há muitos fatores que influenciam a sexualidade humana, mencionam as dimensões biológica, psicológica, cultural

e ética como sendo essenciais para a base da compreensão da sexualidade humana e de uma vivência saudável.

Duque (2006) enumera as dimensões que considera ser as que melhor descrevem a sexualidade como um parecer pluridimensional. O autor reforça a ideia que a sexualidade marca todo o nosso ser, abordá-la em etapas ou fragmentações é corromper e restringir o Homem. Assim, considera ser sete as dimensões da sexualidade que como complementares que são não se podem separar:

- a) **Biológica** – Plano físico (determinantes genéticos, neurológicos, hormonais, anatómicos e fisiológicos). Se a sexualidade fosse meramente biológica, reduziríamos a sexualidade a uma mera necessidade biológica, ao genital ou ao sexo. É-se sexuado sempre e em todos os nossos atos;
- b) **Sensual** – Valor sensível que a junção entre os dois seres suscita e está relacionada com a dimensão anterior. O toque, a sensibilidade da pele, o envolvimento da pessoa;
- c) **Psíquica** – Reconhecimento de si como sujeito responsável e respeito pelo outro. Abrange as áreas do afeto, relação interpessoal, capacidade do outro dar sentido à sua vida;
- d) **Erótica** – Desejo, atração sexual, a busca do outro;
- e) **Cultural** – Linguagem e símbolos que permite expressar ritos e gestos verdadeiros, dentro de uma sociedade com uma cultura própria;
- f) **Social** – Relação interpessoal;
- g) **Ética e Moral** – Normas que devem ter como base o respeito pelos que vivem na mesma sociedade.

Moser (2001) refere que para se falar de sexualidade tem que se falar do corpo físico e do corpo espiritual, fazendo assim uma abordagem biológica, social, cultural, política, psicológica, espiritual e ideológica.

Os investigadores têm a preocupação de não reduzir a sexualidade à genitalidade, ou seja, a uma função meramente biológica. Há preocupação em enumerar as várias áreas em que o homem se move e em que a sexualidade está presente. A sexualidade permanece entranhada de uma conceção muito ligada ao coito, e por vezes não envolvendo ou criando outras atitudes, comportamentos ou práticas também prazerosas. O diálogo envolto de palavras carinhosas e excitantes, uma cumplicidade, tudo isso faz parte da expressão sexual.

Dando ênfase à definição de Ribeiro (2008), a qual tomamos como modelo/ base conceitual deste estudo, vamos explanar cada uma das cinco dimensões da sexualidade por ela defendida.

3.1.1 DIMENSÃO BIOPSIOLÓGICA

*“Levo nos olhos a tua imagem brando fulgor
Levo a saudade deixo esta trova ao teu amor
Põe um sorriso, não te entristeças se a tuna parte
Que o estudante eterno amante virá cantar-te”.*
(Linda Donzela, Orfeão Universitário Porto)

A dimensão biológica é, provavelmente, a que está presente em todos os conceitos de sexualidade, pois mesmo nos mais reduzidos é esta dimensão que é referida. Para Masters, *et al.* (1987) esta dimensão da sexualidade é a mais fácil de compreender e delimitar.

Quando se fala de sexo em termos biológicos, pensa-se no gâmeta feminino e no gâmeta masculino como referências aos órgãos sexuais/genitália, que distinguem o macho da fêmea e são responsáveis pela reprodução. Associados ao sexo estão também os caracteres sexuais distintos, os quais sofrem grandes alterações em consequência do desenvolvimento físico a partir da adolescência. Nessa fase do ciclo de vida, os caracteres sexuais secundários manifestam-se nos corpos humanos moldando-os à silhueta de homem e mulher.

O desenvolvimento sexual humano, desde a concepção até ao nascimento é controlado por fatores biológicos, de forma a possibilitar a reprodução. Este facto deve-se à influência que determinadas hormonas, como a testosterona e os estrogénios, têm na maturação, no funcionamento do aparelho sexual e reprodutor e, conseqüentemente, no desempenho e comportamento sexual.

A “finalidade desta dimensão prende-se com o relacionamento da anatomia e da fisiologia do aparelho reprodutor com a função sexual e a relação direta com a aquisição da capacidade reprodutora, percebendo e valorizando a natureza e a sua harmonia” (Ribeiro, 2008, p.7).

A dimensão biológica é essencial para promover a continuidade da espécie humana. É essencial ter conhecimento de como o corpo funciona; conhecer a anatomia e fisiologia do corpo humano, papel das gónadas femininas e masculina, assim como o ritmo e os indicadores biológicos do ciclo feminino da reprodução. A testosterona desempenha um papel determinante nos aspetos psicoafectivos como o desejo, a atração e o prazer sexual e o próprio ato sexual e vários estudos têm incidido sobre o seu papel no processo de formação do desejo e do comportamento sexual (Hirsch, 2000; López & Oroz, 1999).

Contudo, não podemos resumir a sexualidade à genitalidade, e não ver a sexualidade como tendo uma dupla função: a de personalizar e a de socializar (Vasquez, 1998).

O termo 'ser humano' não é apenas biológico, porque a realidade que designa não é meramente biológica. Pois todas as dimensões se interrelacionam, mas a dimensão biológica, dada a relevância que tem nos domínios do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, no controle da fertilidade, na reprodução, nas IST, na resposta sexual, no desenvolvimento e na aparência física, provavelmente é a que tem maior predomínio sobre as outras. No entanto, estas “ (...) são apenas uma parte da sexualidade e não seria correto defender a ideia de que a compreensão da sexualidade se limita às dimensões biológicas do relacionamento sexual” (CNECV, 1999, p.39).

As modificações físicas na adolescência e juventude são socialmente inferidas pelas reações do próprio adolescente e das pessoas que o rodeiam. O adolescente e o jovem adulto vivenciam um turbilhão de sentimentos contraditórios. Uma imagem distorcida do corpo muitas vezes leva a comportamentos desajustados. Isto reflete-se nas atitudes, nos comportamentos e nas emoções que o jovem exterioriza.

A dimensão psicológica é aquela que contempla emoções, experiências, autoconceito, imagem corporal, motivação, expressividade, atitudes, pensamentos desejos, fantasias e comportamento, através da representação da sexualidade humana. Pretende analisar como estas manifestações se desenvolvem e o modo como se expressam no jovem adulto.

Conforme salienta Ribeiro (2008, 2006), o conhecimento desta dimensão ajuda a distinguir e a aprender a gerir os vários tipos de emoções e de sentimentos, bem como a fomentar capacidades de autoestima e autocontrolo e o processo de sensibilização para uma sexualidade responsável e saudável. As influências presentes nesta dimensão são muitas: os pais, os professores e os amigos condicionam as atitudes sexuais iniciais e futuras.

As forças psicológicas da sexualidade são importantes porque permitem o desenvolvimento do ser humano como ser sexual auxiliando-o na construção da sua identidade. O jovem adulto é frequentemente confrontado com a necessidade de tomada de decisão acerca do estilo da sua vida sexual e relacional, repercutindo-se na sua autonomia, responsabilidade e independência. Erikson defende que desenvolver relacionamentos íntimos é a tarefa crucial do jovem adulto, pois é neste período que as pessoas estabelecem laços que podem prolongar-se pela maior parte das suas vidas adultas, com relações baseadas em amizade, amor e sexualidade (Papalia *et al.*, 2009).

Matos, Reis e Ramiro, (2003) e López e Oroz (1999) criticam o discurso sobre juventude que enfatiza a 'crise' de modo negativo. Para estes autores, todos os processos de desenvolvimento, incluindo a adolescência e juventude, são individuais, diferenciados e transitórios. Por isso, podem existir, na mesma faixa etária, jovens em níveis de desenvolvimento diferentes que vivem, experienciam e revelam atitudes desiguais neste período e, concomitantemente, emoções distintas.

3.1.2 DIMENSÃO SOCIO-AFETIVA

*“Pedes-me a paz, dou-te o mundo.
Louco, livre assim sou eu (Um pouco mais...)
Solta-te a voz lá do fundo, Grita, mostra-me a cor do céu.”*
(Abrunhosa em Se eu fosse um dia o teu olhar, 1996)

A dimensão social é o somatório das influências sociais e culturais que afetam a nossa forma de ser, sentir e viver, a sexualidade. Fatores como leis, estrato socioeconómico, religião, informação dos 'media', cultura, herança étnica, etnia, pares, família, vizinhos e amigos influenciam esta dimensão (Bruess & Greenberg, 2011; Greenberg *et al.*, 2011). A sociedade, assim como a cultura onde um indivíduo está inserido, influencia o estilo de vida e o comportamento sexual. As leis, as crenças, os 'tabus' e as pressões da família e do grupo de pares regulamentam as sociedades. Quando decorre o processo de socialização, estes fatores não só ditam normas, condutas e regras, como também regulamentam a sexualidade humana. Bozon (2004) refere que a sexualidade humana não é um dado da natureza, mas é construída socialmente, no contexto cultural em que está inscrita. Mudanças sociais que originaram o aparecimento de movimentos sociais também influenciaram indiretamente as questões relacionadas com a sexualidade.

Para Paulo Freire (1975), os movimentos sociais do séc. XX podem ser considerados uma das variadas expressões populares em relação às questões sexuais, a partir de análises pedagógicas progressistas de autonomia. “O engajamento libertário, contra as imposições morais à sexualidade, promoveu uma revolução cultural e histórica nas transformações conceptuais das questões sexuais na sociedade” (Freire, 1975, p.59). Ou seja, fruto dos movimentos anarquistas que surgiram, alteraram o conceito de sexualidade e o modo como algumas sociedades começaram a vivenciar a sexualidade. “Quanto mais se lhes imponha passividade, tanto mais ingenuamente, em lugar de transformar, tendem a adaptar-se ao mundo, à realidade parcializada nos depósitos recebidos” (Idem, p.60).

O indivíduo, no seu processo de socialização, vivencia vários contextos onde estão presentes diferentes atores e instituições. As “instâncias básicas de socialização – família, escola, igreja – são codificadoras de valores permanentes e imutáveis na peregrinação do tempo: gratidão, amizade, deveres, direitos, respeito, reconhecimento” (Carneiro, 2009, p.63). À escola, enquanto agente de socialização, é-lhe atribuída a responsabilidade de desmistificar socialmente a problemática sexual, em torno dos sentidos e valores sexuais entre os grupos sociais contemporâneos, contribuindo assim para a formação plena e cidadania (Freire, 1975). A escola “não deve nem pode substituir a família, no que se refere à educação sexual, ela deve ter um papel complementar e de consolidação da educação dada pela família” (Ribeiro, 2007, p.2). A família tem, sem dúvida, “um lugar primordial na educação sexual dos filhos, mas a sexualidade, porque também é social e cada vez mais está presente na rua, necessita duma intervenção e discussão na escola, ao longo de todo o trajeto escolar dos jovens” (Ribeiro, 2006, p.12).

A sexualidade está presente, conforme refere Louro (2001), em todos os momentos escolares, quer nas simples brincadeiras de recreio como os jogos de ‘esconde – esconde’ ou ‘verdade ou consequência’ e brincadeiras de ‘médicos e enfermeiras’, quer nos primeiros enamoramentos que frequentemente assolam os estudantes, quer seja na arquitetura, na sala de aula, no arranjo dos pátios de recreio, ou nos regulamentos elaborados para vigilância dos alunos. Para Foucault (1994), a sexualidade é tratada de maneira superficial e é imune à reflexão e ao excesso de informação que muitas vezes é transmitido, pautando-se pelo retalhamento do conhecimento.

As famílias, muitas vezes, não se sentem preparadas nem possuem formação ou informação para abordar este tema com os filhos, o que resulta na passagem desta função da família para a escola. Desta forma, a escola torna-se o espaço de eleição para que os jovens possam debater os mitos, ‘tabus’ e preconceitos sobre a sexualidade e, concomitantemente, constitui o lugar onde podem adquirir e/ou ampliar os seus conhecimentos sobre a própria sexualidade. Contudo a família tem “uma dupla responsabilidade: dar resposta às necessidades dos seus membros e da sociedade em que coexiste e se desenvolve” (Abreu, 2005).

Dada a importância que tem vindo a ser atribuída à sexualidade e à saúde do indivíduo e da comunidade, o ministério da educação nomeou o GTES para regular a implementação do programa de educação sexual nas escolas.

A sociedade civil também tem um papel regulador, emitindo normas, princípios e valores que se pretendem universais em relação ao comportamento sexual e que estão ajustados à cultura vigente. Contudo, por vezes, não são sobreponíveis a determinadas etnias, com especificidades muito peculiares. Todos os processos sociais perturbadores

e/ou revolucionários do comportamento sexual, como a violência, o abuso sexual e o aumento das explicitações pornográficas, invadem a estrutura social e interferem na sexualidade. Não é possível conter os avanços teóricos da revolução sexual e práticas das manifestações socioculturais. Nunes (1987, p.16) “critica a educação sexual pautada no traçado biológico e ressalta a importância da subjetividade para subsidiar uma abordagem teórica da sexualidade, afirmando que a sexualidade, de maneira privilegiada, é este terreno híbrido entre o pessoal e o social.”

Para Mendes (1998, p.25) a sexualidade é “uma forma de nos expressarmos com os outros, em relação com o outro, logo marcadamente social, não passará a expressão desse sentimento em primeiro lugar pelo núcleo familiar, no sentido da célebre frase ‘a família educa, a escola ensina’?”

A família é “uma unidade básica a partir da qual se desenvolvem outras. É uma estrutura institucional em permanente mudança, que se processa através dos seus membros” (Azeredo, 2008, p. 88). É sabido que “numa perspectiva histórica a família existe desde os primórdios da humanidade, porém o seu conceito não é o mesmo em todas as épocas e culturas. (Azeredo, 2011, p.88). Todavia, “as funções da mesma têm-se mantido através dos tempos” (Ibidem), porém algumas dessas funções passaram “a ser exercidas pelos dois” membros do casal e não “exclusivamente por um deles (...) como seja a função da socialização dos seus membros e as funções económicas, entre outras” (Ibidem). Azeredo (Idem, p. 89), menciona ainda que a “função reprodutiva, outrora tão importante e sobreposta à função sexual, após o surgimento da contraceção eficaz e de revolução silenciosa da mulher, passaram a ser duas funções distintas.”

Como primeiro agente de socialização, a família tem um papel preponderante na educação/formação dos seus filhos, ao longo do ciclo de vida, a todos os níveis, inclusive da sexualidade: “a ela está entregue a responsabilidade de cuidar, de amar e de educar os seus filhos, para que se tornem adultos autónomos, equilibrados e promotores de intervenções positivas na sociedade” (Ribeiro, 2008, p.2). Segundo Teixeira (2010, p.31) “o processo de socialização na família tem como objetivo que os descendentes acolham um determinado sistema de normas, valores e crenças que os pais consideram importantes”, ou seja, “transmissão de valores e normas de comportamento social ainda perduram no âmbito da família” (Idem, p.30).

As aprendizagens que ocorrem no meio familiar, sejam elas através da observação, dos comportamentos ou dos modelos, são fundamentais e preditivas sobre as atitudes e comportamentos dos jovens em matéria da sexualidade. Estas têm grande influência, pois é o exemplo e é essencial a sua participação e envolvimento na educação para a sexualidade

dos seus descendentes. Contudo, não podemos menosprezar o peso que a cultura que advém dos seus antecessores tem nas suas crenças e preconceitos.

Segundo Silva (2006) é na família que se realizam as primeiras relações de afeto, de apego e de sociabilidade que vão influenciar as fases posteriores do ciclo de vida, sobretudo nas suas dimensões afetiva, amorosa e sexual. A qualidade dessas primeiras relações, com o pai e a mãe, biológicos ou sociais, outros familiares e restantes figuras de apego, vai interferir no desenvolvimento global das crianças e jovens a vários níveis, ao longo da sua vida. Para Teixeira (2010, p.27) “o maior empenhamento da família centra-se na resposta às necessidades afetivas dos seus membros e em os compreender (...) a família será a primeira fonte de amor, aceitação, suporte e aprovação”. Por sua vez, Azevedo (2011, p, 89) chama a atenção para o facto de que na “família a afetividade e a sexualidade assumem hoje tal importância no funcionamento do subsistema conjugal que quando desaparecem condicionam a existência da família”.

Também os amigos são importantes na socialização e fazem parte do processo de desenvolvimento do ser humano, contudo têm significados e papéis diferentes ao longo do ciclo de vida. Na adolescência e juventude surgem novos tipos de necessidades e desafios e os amigos, providos de características únicas e peculiares, exercem um papel impar. É a fase do desabrochar para a sexualidade, todo o universo que a envolve sobretudo os amigos e/ou grupos de pares são eleitos, para facultar conhecimentos (por vezes dúbios) para proporcionar suporte emocional e para ajudar a superar as dificuldades nesta área. Nesta fase, segundo Papalia *et al.*, (2006) os adolescentes e jovens passam mais tempo com os amigos e menos tempo com a família. Entretanto, os valores fundamentais da maioria dos adolescentes e jovens permanecem mais parecidos com os dos seus pais, o que geralmente se percebe. “Mesmo quando os adolescentes procuram a companhia e a intimidade com seus pares, pretendem dos pais uma “base segura” da qual possam experimentar suas asas” (Idem, p.493). É o início da construção da sua autonomia e consequentemente da tomada de decisão que é tão importante para a vivência da sua sexualidade.

Outro elemento que, culturalmente, é relevante no processo de socialização é a religião. Independentemente dos credos que as pessoas professam, a religião, como já foi referido tem para os seres humanos uma importância expressiva. Ela tem influência sobre as atitudes e os comportamentos e, consequentemente, sobre a sexualidade humana. Conforme já mostrámos neste percurso de revisão da literatura, é essencial conhecer a visão da religião sobre a sexualidade numa perspectiva histórica, de forma a facilitar o conhecimento em relação a valores, atitudes, enigmas, receios e conflitos.

Na atual sociedade, os *mass-média* são determinantes pois o ser humano é constantemente confrontado com imagens eróticas e/ou de cariz sexual na televisão, nos filmes e programas ‘*reality show*’ e mesmo *spots* publicitários, nos *outdoors*, nas revistas que fornecem uma mensagem ou imagem desacertada e mesmo (des)informada da sexualidade, bem como das redes virtuais. Vários estudos (Mozer *et al*, 2007; Matos *et al*, 2005; Collins *et al.*, 2004) referem que os jovens passam cada vez mais horas a ver televisão e a ‘navegar’ na *net* não havendo uma supervisão adequada pelos progenitores. Estes estudos associam a essa exposição o comportamento sexual e a precocidade do início da atividade sexual. O jovem ao passar muitas horas a ‘navegar’ na internet, criando um novo tipo de relações sociais, muitas vezes sem uma adequada filtração. Tem acesso à mais díspar informação escrita e audiovisual, que nem sempre é oriunda de fontes credíveis e isentas, podendo ter nos jovens um impacto que pode ser nefasto a um desenvolvimento salutar.

De acordo com os contextos socioculturais, a rede vizinhança/comunidade tem papéis diferentes. O tipo de mitos e lendas, as crenças e as práticas tradicionais e folclóricas que professam podem condicionar a forma como a sexualidade é percecionada e vivenciada na comunidade.

Conforme referido, a família e a escola assumem papel de destaque na educação para a sexualidade, com a

“responsabilidade de estarem atentas, de intervirem numa forma coerente e em perfeita sintonia, com a finalidade de criarem condições para que as nossas crianças e adolescentes possam ter um crescimento e desenvolvimento verdadeiramente humano. Que o ambiente educativo lhes permita um desenvolvimento integral” (Ribeiro, 2007, p.1).

Cada sociedade determina que as pessoas vivam a sexualidade segundo normas, valores e regras construídas ao longo do processo de socialização resultante do desenvolvimento histórico-cultural.

A dimensão afetiva está relacionada com uma manifestação do espírito, através de sentimentos como a paixão, a amizade, o amor e a simpatia, sendo influenciado pela educação e pelas aprendizagens que o ser humano concretiza, ao longo do ciclo de vida.

Braconnier e Marcelli (2000) justificam uma oscilação afetiva, característica da adolescência e juventude, pelo facto de nestes períodos os indivíduos se confrontarem com o aparecimento de novos afetos e emoções. Alguns autores associam como causas passíveis dessa oscilação a reação que os jovens podem manifestar a diferentes estímulos, a sensibilidade à novidade e a sua disponibilidade para experienciar novas emoções.

“A educação dos afetos inscreve-se numa tarefa da constituição de um mundo autenticamente humano”, ou seja, “ a sexualidade e a afetividade educam-se e aprendem-

se. Mas para o fazermos temos que encontrar pontos comuns” (Ribeiro, 2008, p.1). Esses pontos comuns devem ser partilhados por todos os agentes com quem o adolescente e o jovem adulto estabelecem vinculação e que o ajudam a interiorizar/assimilar um conceito de sexualidade multidimensional.

O Homem é um ser de relação e comunicação, logo precisa de convivência e de vinculação. Segundo Bowlby (1980) para todas as pessoas, em qualquer idade, é mais fácil desenvolver as aptidões pessoais quando sentem que alguém os pode ajudar face a dificuldades encontradas. “A pessoa em quem se confia proporciona a base segura a partir da qual o seu (a sua) companheiro(a) pode atuar” (...) “a vinculação acompanha os seres humanos desde o berço à sepultura” (Idem, p.129).

É na adolescência e início da idade adulta que a vinculação inclui, muitas vezes, relações de natureza sexual. López e Oroz (1999) defendem que o indivíduo pode adotar um caráter particularmente sexual. Consideram ainda, que há dois tipos de vinculação nestas fases do ciclo de vida do homem: a de natureza social e a de natureza sexual.

A primeira, de natureza social, inicia-se na infância e tem o seu apogeu na adolescência e juventude. Segundo os autores, está organizada em três fases: o apego, a amizade e a empatia. López e Oroz (1999) consideram ser estes os afetos básicos do homem e descrevem-nos da seguinte forma: o ‘apego’ é a necessidade de estar junto dos outros, de pertencer a uma família, a um grupo de pares, é um afeto que proporciona segurança, proteção e sentimento de pertença. A ‘amizade’ facilita uma vinculação possante, pois proporciona a criação de relações com amigos e mesmo redes sociais que são instrumentos imprescindíveis para os adolescentes e jovens adultos se inserirem na sociedade e desenvolverem os seus projetos pessoais e coletivos. Forma-se a partir dos três anos de idade, esta competência de estabelecer laços de amizade.

A ‘empatia’ é um intermediário afetivo que se encontra nas relações de caráter social e nas relações de caráter sexual, motivo pelo qual é essencial desenvolver esta capacidade, de ser capaz de compreender o outro (López & Oroz, 1999; Alferes, 1997).

López e Oroz (1999) descrevem a segunda vinculação, de natureza sexual, como sendo o desejo, a atração e o enamoramento que, segundo os autores, exprimem os afetos sexuais. O ‘desejo’ pode ser compreendido como um sentimento, uma tensão psicossomática envolvida em fantasias de natureza sexual, uma vontade em abraçar e ser abraçado, uma intenção de acariciar e ser acariciado, um intento de se entregar ao ato sexual e uma necessidade em procurar satisfação sexual (López & Oroz, 1999; Alferes, 1997). A dimensão biológica, como pudemos constatar atrás, tem grande influência sobre o desejo, mas são as dimensões: psicológica e social que o modelam, pois o desejo sexual não é encarado como um ‘instinto incontrolável’, mas sim uma força orientadora e

impulsionadora na busca de contacto, que pode ser controlado, reorientado, inibido e até mesmo aumentado (Alferes, 1997). Na 'atração' está subjacente o desejo, mas focaliza-se no 'objeto desejado' que adquire propriedades eróticas capazes de provocar um interesse particular (López & Oroz, 1999; Alferes, 1997). No domínio das relações é frequente as pessoas sentirem-se atraídas por outras que lhes sejam semelhantes ou idênticas ao nível da aparência física, da atratividade, da inteligência e da saúde física e mental, concomitantemente em relação ao estatuto socioeconómico, religião e nível de educação (Alberoni, 2007; Papalia *et al.*, 2006; López & Oroz, 1999; Alferes, 1997).

O enamoramento está associado à teoria triangular do amor, segundo a qual este sentimento é constituído por três elementos: intimidade; paixão e compromisso. Papalia *et al.*, (2006) referem que Sternberg (1986) considera que a intimidade abarca a autorrevelação e corresponde ao elemento emocional; a paixão baseia-se em impulsos internos que traduzem o despertar fisiológico em desejo sexual e corresponde ao elemento motivacional; o compromisso é a decisão de amar e ficar com o ser amado, corresponde o elemento cognitivo.

Há autores que defendem que na sociedade atual a relação entre amor e sexualidade é complexa (Alberoni, 2007; Papalia *et al.*, 2006; López & Oroz, 1999; Masters, *et al.*, 1987). Alberoni (2007) considera ainda que a intimidade é um elemento chave do sexo com amor, consistindo numa experiência afetuosa e comunicativa entre o casal e descreve a relação entre sexo e amor, explicando as diferentes formas de sexo com e/ou sem amor: sexo impessoal, sexo violento e sexo pessoal, baseadas numa relação emocional íntima.

Como refere Renaud (2001, p.54) “a sexualidade não deixa ninguém indiferente; ela marca não só o corpo, mas a mente, não só a modalidade ou a tonalidade dos afetos, mas também a compreensão do real, assim como a efetividade do agir”. A sexualidade é um modo de comunicar afetos e emoções que se concretiza nas relações pessoais, logo uma sexualidade sem uma relação afetiva não é construtora da personalidade humana.

3.1.3 DIMENSÃO ESPIRITUAL

“Para amar, basta só dar um pouco de ti...”

(Cantante, L. Só mais um dia, 1998)

A dimensão da espiritualidade é entendida por diferentes autores, entre os quais citamos Ribeiro (2008), como tendo uma dimensão própria, ou integrada numa grande

dimensão, como na abordagem de Bruess e Greenberg (2011), que a consideram dentro da dimensão psicológica. Em ambos os casos, envolve questões éticas sobre a sexualidade.

Para Bruess e Greenberg (2011, p.6) “qualquer que seja a fonte das nossas atitudes éticas, cada um de nós enfrenta decisões que afetam e, por sua vez, são afetadas pelo nosso conceito de sexualidade”. Para Bruess e Greenberg (2011), nesta dimensão a sexualidade tem uma origem mais pragmática e humanista. Para Ribeiro (2008) esta dimensão transcendental/espiritual deve permitir escolhas construtivas de relações compensadoras e estáveis.

A espiritualidade está presente na nossa cultura. Como refere Junqueira (2004, p.16) a espiritualidade não está “apenas no seio das religiões, está nas buscas humanas, nas mudanças sociais, como um paradigma da civilização, num aparente confronto entre a tecnologia, robotização, e os anseios humanistas, no cenário nacional e internacional”. Ainda o mesmo autor, ao refletir na espiritualidade no séc. XXI, utiliza o pensamento de Dalai Lama para sustentar que a “Espiritualidade é aquilo que produz no ser humano uma mudança interior (...) a prática espiritual e, conseqüentemente, a prática da ética são as da transformação, do aperfeiçoamento do estado geral do coração e da mente” (Ibidem). Portanto, a espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração do progresso, de um sentido pleno e de capacidade de auto- transcendência do ser humano.

Para Victor Frankl (1989), a ‘essência do ser’ do homem encontra-se na espiritualidade, pois homens e animais têm a dimensão biológica, psicológica e social. Porém, o homem na sua integridade tem mais a dimensão noética que é o que o torna diferente dos outros animais e que o faz transcender, pois permite-lhe tornar dos significados e valores uma fração elementar da sua existência. Nas vertentes abordadas (biopsicológica e socioafetiva) o ser humano está condicionado. Nesta (espiritual) encontra a liberdade e o sentido para a vida, que vai influenciar nas escolhas. A dimensão noética é a vivência humana dos valores. Para o autor é esta dimensão que faz com que cada pessoa seja um ser único, com vivências de infinitas experiências; momentos únicos e insubstituíveis. A vivência da dimensão espiritual está associada à vivência da liberdade e da responsabilidade. Esta não se reconhece com um “caráter moralista pelo qual o indivíduo se obrigaria a agir de acordo com normas introjetadas”, (Coelho Junior & Mahfoud, 2001, p. 2), mas sim como “a capacidade de responder, isto é, pela liberdade atuante no momento em que o homem responde ou se posiciona diante das circunstâncias presentes” (Ibidem). Ou seja, pressupõem uma liberdade para a tomada de decisão perante o mundo, que está intrínseca a cada ser humano.

Frankl (1993), ao falar da dimensão espiritual, evidencia a existência, na vertente ‘ser-responsável’ e ‘ser humano consciente da sua responsabilidade’, não remetendo para a

liberdade de contextos biológicos, psicológicos e sociais, a que todo o indivíduo está subordinado, mas para a liberdade, para uma tomada de decisão perante os diferentes contextos e circunstâncias quotidianas ou extraordinárias (Coelho Junior & Mahfoud, 2001).

A espiritualidade é definida como uma construção que envolve todo o ser humano, um processo que naturalmente envolve a sexualidade do indivíduo. A integração da sexualidade e da espiritualidade é nada mais do que a integração do próprio ser humano. A sexualidade humana está associada às vivências individuais, à forma como cada um resolve os problemas com que é confrontado, decorrentes destas vivências, e ao modo como justifica as escolhas efetuadas em relação ao seu comportamento sexual. Todos estes aspetos coexistem na dimensão ética.

Numa sexualidade responsável está presente a capacidade de escolha, baseada na liberdade individual que deve ser consciente e livre. É precisamente no exercício dessa liberdade que se colocam as questões éticas no domínio da sexualidade (Alberoni, 2007; López & Oroz, 1999).

Como referenciado anteriormente, os meios cultural e social podem influenciar a sexualidade, contudo as condutas do ser humano regem-se por valores pessoais universais. Na visão holística do ser humano está implícita a vivência da sexualidade no seu todo. Contudo, “a ética da sexualidade implica que o ‘bem’ do ser humano, no que diz respeito ao seu comportamento sexual, repouse na ligação livremente assumida entre a vida do corpo, a afetividade e a mente” (CNECV, 1999, p.35).

Os valores e princípios ético-morais como a privacidade, a intimidade e a confidencialidade estão profundamente vinculados à sexualidade humana, emergindo em qualquer uma das suas dimensões. O mesmo sucede com a própria interligação entre conhecimentos, atitudes e comportamentos, no domínio da saúde sexual e reprodutiva, a qual está eivada de elementos de natureza ético-moral.

Na área da sexualidade, a maior dificuldade em aferir referenciais éticos é encontrar modelos que não resultem de um agrupamento de crenças que interfira na decisão e que respeite a paridade. O ser humano “está genética e espiritualmente ‘condenado’ a viver em sociedade e em família. Estas regem-se por normas que são a decantação cultural de percursos densos de vida que, geralmente, atravessam gerações e anos de convivência civilizacional” (Carneiro, 2009, p.21). Todas as dimensões influenciam e são influenciadas pelas outras, porque o homem vive em sociedade, submerso em tudo o que isso acarreta.

3.2 MODELO CONCEPTUAL DE SEXUALIDADE INTEGRADORA DE VALORES COMUNS

*“A sexualidade não deixa ninguém indiferente;
ela marca não só o corpo, mas a mente,
não só a modalidade ou a tonalidade dos afetos,
mas também a compreensão do real,
assim como a efetividade do agir.”*
(Renaud, 2001, p.54)

A apresentação do modelo conceitual de sexualidade integradora de valores comuns foi feita por Ribeiro (2006). Segundo a autora, ancora na “evidência científica que o desconhecimento acerca de assuntos relacionados com a sexualidade é responsável pela experimentação sexual, o desconhecimento sobre o jogo das emoções que pertencem à sexualidade leva a comportamentos de risco e o amadurecimento afetivo só se faz se for explicitamente trabalhado e integrado no contexto da construção dum projeto de vida” (Ribeiro, 2008, p.5).

O seu enfoque tem sido a educação para a sexualidade e a necessidade de implementação de um Programa de Desenvolvimento Integral da Pessoa (DIP 3), modelo patenteado. Esse programa aborda três componentes: biológica, psicoafectiva e projeto de vida. Tem como objetivos: abordar o conceito de sexualidade nas cinco dimensões; viver a sexualidade por etapas; gerir as emoções e integrar os valores. Autora ao implementar este programa, pretende que os jovens/adolescentes venham a adquirir competências em sexualidade, ou seja, que sejam detentores de conhecimentos, reflitam sobre eles para que possam tomar decisões por antecipação. Sugere que, nas diferentes fases do ciclo de vida, há contextos próprios. Especifica ainda, os agentes que devem intervir neste processo, nomeadamente pais, professores, profissionais da saúde e outras entidades em parceria. Refere também que este programa não pretende mudar, mas estruturar comportamentos, (Ribeiro, 2007).

Elegemos o modelo conceitual de sexualidade integradora de valores comuns, DIP3 de Ribeiro (2008), como referencial para o nosso estudo, pelo facto de referir que a vivência da sexualidade implica a atribuição de inúmeros valores que correspondem a diversos quadros referenciais. Considerando o conceito de sexualidade apresentado e enquadrando-o ao longo do ciclo vital, refere a autora que “encontramos um grupo de valores que consideramos que poderão servir de plataforma de consenso para a estruturação dum modelo conceitual de sexualidade integradora de valores comuns” (Idem, p.5).

A autora (Ibidem) assumiu os seguintes valores como sendo os valores comuns do seu modelo teórico:

- I. Responsabilidade – referida às decisões e às escolhas pessoais;
- II. Relação de paridade – como o olhar para o outro ao mesmo nível;
- III. Intimidade - vinculada ao ato sexual;
- IV. Respeito por si e pelo outro – como norma da convivência a dois;
- V. Fidelidade ao projeto de vida – ligada aos objetivos pessoais e às tarefas a desenvolver para os atingir;
- VI. Liberdade – como componente essencial numa vivência autónoma aceitando-se e desenvolvendo o que se é.

Considera ainda Ribeiro que “este quadro de valores transporta um manancial de aspetos a ter como base nos programas a estruturar” (Idem, p.6).

Para operacionalizar este modelo, Ribeiro (2008) considera ser fundamental a utilização de uma estratégia concertada, sob a forma de um programa de educação para a sexualidade, de forma a se tornar viável a compreensão da mensagem. Para isso, sugere a organização dos conteúdos em três grandes componentes, tendo, cada um, um peso equitativo em termos de duração e ênfase, mas prezando uma sequência lógica e uma gradação de interiorização, articulação, e continuidade. A tríade de componentes foi estruturadas em:

Figura 1 - Componentes do Modelo de Ribeiro (2007)



A autora recomenda que o referido programa deve dar “ênfase ao treino de competências em cada componente, com especial atenção à tomada de decisão, à autoestima e ao autocontrolo, associadas à gestão das emoções, perspetivando os momentos de confronto” (Ribeiro, 2008, p.7). Para a aplicação do programa, deve-se ter como pilar estratégico duas indicações, sendo a primeira relativa ao facto dos conteúdos a desenvolver até aos 10 anos deverem ser referenciados ao contexto familiar – contexto pai, mãe, filhos e casa, “por serem referências estruturantes para a criança; a partir da adolescência referenciada num contexto de projeto de vida” (Ibidem). A segunda indicação diz respeito à necessidade de ter presente que a educação da sexualidade “se faz com

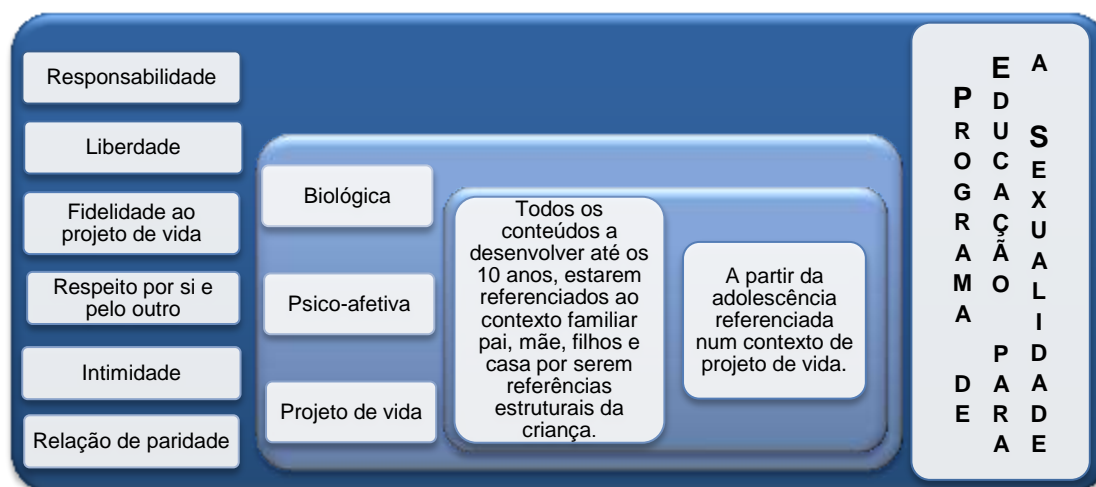
tempo, ao longo do tempo, para o tempo e em tempo útil. Sempre em momentos descontraídos, sem formalismos e mostrando aos alunos, que o centro da razão de ali estarmos são eles” (Ibidem).

Entende a autora, que um programa de educação para a sexualidade é composto por, valores, componentes e pilares, como se pode ver na Figura 2.

Um programa pensado e estruturado nestes moldes apresenta a sexualidade com um conceito mais abrangente, mais holístico, levando à rutura do paradigma redutor da sexualidade. É um modelo integral concebido para desenvolver novas estratégias que permitam um treino de competências de vida contribuindo para o desenvolvimento integral do ser humano.

Neste entendimento, “é na gratuidade dos encontros e na reciprocidade das partilhas generosas que a Educação para os valores e a consciência da aquisição de sentido germinam” (Carneiro, 2009, p.42). A sexualidade é um campo extenso para o trabalho educativo, pois trata-se de “um complexo de valores, modelos, comportamentos, padrões socialmente construídos de acordo com agentes específicos” (Nunes, 1987, p.116).

Figura 2 - Programa de educação para a sexualidade DIP3



Toda a educação tem necessariamente um quadro ético de referência. Educar, no seu sentido mais amplo, é sempre e de alguma forma promover a educação para os valores, sejam estes quais forem e seja qual for o processo utilizado (Silva, 2006; Alberoni, 2000; Marques & Prazeres, 2000). Em programas de educação para a sexualidade, a educação de valores é tão importante como a apresentação de conteúdos técnico-científicos.

Dada a sua relevância têm sido muitos os investigadores que se dedicam a esta temática. Para Gervilla-Castillo (1997) a questão dos valores e contravalores, dependendo da polaridade, é inerente à condição humana, pois qualquer ação, por mais simples que seja, possui sempre alguma conotação valorativa. Filósofos como Sócrates, Platão e

Aristóteles, atribuíram grande importância ao estudo dos valores, dedicando especial atenção à reflexão sobre a liberdade, justiça, verdade, sabedoria e amor, como valores necessários para uma vida honesta e para o bom funcionamento da sociedade (Gervilla-Castillo, 1997). Como tem sido descrito, os valores são essenciais para a vivência de uma sexualidade integradora e saudável.

CAPÍTULO 4 – CONTÍNUO DESABROCHAR DO JOVEM

*“Foi por saber
Que amei, quando te vi
Dois corações, num só bater
Que te escrevi,
No meu mar d'ilusões”.*

(Verdes Anos Música: Carlos Paredes, Letra: Mário Fernandes)

Neste capítulo refletimos sobre o processo de desenvolvimento numa perspectiva sistémica. Tal reflexão exige a análise de conceitos provenientes de diferentes áreas do conhecimento/ científico, de modo a contemplar as dimensões: física, cognitiva, emocional, psicológica e sexual. Ainda que todos os indivíduos se desenvolvam de uma forma única, há padrões semelhantes em todos os seres humanos.

Começamos por nos debruçar sobre o conceito de jovem, seguido de a noção de desenvolvimento humano e alguns constrangimentos colocados quando optamos por esta ou aquela perspectiva ou dimensão. Ocorre uma relação entre o desenvolvimento/ processo e o comportamento/produto e essa inter-relação é que vai definir o estágio de desenvolvimento em que o indivíduo se posiciona. Enquanto o desenvolvimento é observado como uma relação que tem a ver com o tempo passado, presente e futuro, o comportamento é definido pelo ato ou resposta no presente, no momento em que ocorre.

4.1 CONCEITO DE JOVEM

*“Mocidade, Oh! Mocidade, Louca, ingénua e generosa
E faminta de ilusão, Que nunca sabe os motivos
De quanto queira o capricho, Ou lhe diga o coração”*
(Música Amores de Estudante, letra de Diamantino Pombo)

O termo 'jovem' deriva do latim '*juvene*' que significa em idade juvenil, moço, novo, enquanto 'juventude' deriva de '*juventute*', que significa quadra da vida em que se é jovem; sem rigidez em termos de parâmetros etários, é situado por alguns autores (Ferreira, 2008; DGS 2005; OMS/UNFPA/UNICEF, 1999) de modo diferente entre os 15 e os 25 anos. A adolescência, a juventude e o início da vida adulta são caracterizados por alguns investigadores como sendo um período tumultuoso, instável e desconcertante. Stanley Hall (1962, cit. por Papalia *et al.*, 2006, p.320) descreve os adolescentes e jovens como

“emocionalmente instáveis e mórbidos. É a idade do inebriamento natural sem necessidade de intoxicação que levou Platão (427 a.C. - 347 a.C.) a definir a juventude como embriaguez espiritual. É um impulso natural para experimentar estados psíquicos ardentes e inflamados e caracteriza-se pela emocionalidade (...) a instabilidade e as flutuações são características neste período”.

Em termos do desenvolvimento humano, a adolescência caracteriza-se por modificações físicas sublimes – engloba o início da atividade reprodutiva –, cognitivas – emerge o pensamento formal –, sociais – a construção da identidade – e emocionais – abertura às relações interpessoais significativas fora do ciclo familiar. Por sua vez, a juventude, como primeira fase da vida adulta, por um lado diligencia a consolidação das tarefas de desenvolvimento da adolescência, por outro é o assumir de novas funções e modificações desenvolvimentais no domínio cognitivo, pessoal e relacional. Atualmente, na maior parte das sociedades, não existe um ritual ou um acontecimento que determine a passagem do adolescente a um estatuto de adulto. O tornar-se adulto mais cedo ou continuar jovem depende da cultura na qual o jovem adulto está inserido, do tipo de transição, bem como da preparação para a ocupação de funções/ atribuições que a sua comunidade considera serem as competências necessárias para um novo ‘*status*’ (Marchand, 2001).

Sendo a juventude uma fase do ciclo de vida que todo o ser humano atravessa, esta constitui, segundo uma visão sociológica, um fenómeno social e cultural que, em simultâneo com as transformações físicas e biológicas ligadas ao corpo, deve também ser contextualizada nessas dimensões. Nessa perspectiva, na sociedade contemporânea, “as construções simbólicas também devem ser incluídas em tal processo interpretativo acerca do conceito de juventude” (Torres, 2006, p.39). Por isso, aceitar a existência da “diversidade de práticas coletivas entre os jovens supõe o entendimento de que não existe apenas uma juventude e sim (juventudes) marcadas por relações sociais, culturais, simbólicas e históricas, analisadas em contextos sociais específicos” (Ibidem). Assim, esta fase é marcada por um conjunto de transformações, diretamente influenciadas pelo contexto sociocultural.

Na sociedade ocidental existe uma série de acontecimentos normativos, como a transição para o ensino superior que muitas vezes resulta no afastamento da família nuclear, a fundação de um espaço autónomo onde provavelmente pela primeira vez o jovem será responsável por si próprio, o desenvolvimento de relações íntimas com os seus pares, quer de carácter amoroso quer de amizade, o fim da educação formal e início da atividade profissional, e a parentalidade (...) todos estes acontecimentos são muito marcantes para o jovem adulto e podem ser e/ou não considerados como fases de transição para o estado de adulto (Arnett, 2007; 2006, 2000; Tavares, *et al.* 2006).

Posição idêntica é assumida por Collins et al. (2004), quando mencionam que os temas proeminentes para os jovens adultos em desenvolvimento são a autonomia, projeto de vida, independência financeira, demonstração de competência social, ajustando relações amorosas com relações de amizade, ligando colegas, parceiros e amigos, organizando o trabalho com a formação/educação e coordenando a carreira com a vida social. Normalmente, o jovem adulto planeia um projeto de vida com autonomia financeira, ou faz um percurso no sentido de adquirir essa independência, mesmo quando ainda vive em casa dos pais. Em simultâneo, continua a apostar na educação e/ou formação avançada, a ter vida social e sobretudo precisa de ter a capacidade de realizar introspeção avaliativa e, se necessário, reformular.

Corroborando esta conceção, surgem autores como Guerreiro e Abrantes (2005) e Pais (1998) que associam ao jovem adulto um conjunto de funções e atividades a nível da responsabilidade – assumir uma vida profissional, encargo habitacional e uma vida conjugal e/ou familiar – e autonomia – económica/financeira. Conforme os jovens adultos vão assumindo estas funções, vão adquirindo o *status* de adulto. Para Teixeira (2010, p.33), “estes marcadores da idade adulta usualmente estão presentes na geração mais nova, quando deixa a casa da família”. Porém, desde os anos oitenta do séc. XX, surgiu um novo fenómeno social que se alargou a vários países e que foi alvo de interesse por parte dos políticos, comunicação social, religião, sociedade civil e particularmente as famílias. Trata-se do “atraso na idade dos indivíduos saírem da casa paterna, comprovado através de dados estatísticos que se foram produzindo. Estes dados mostram que os filhos se mantêm dependentes dos pais, na casa da família, durante muito mais tempo que num passado recente” (Ibidem).

Os modelos culturais deslocaram-se das imagens tradicionalmente privilegiadas da família e dos ancestrais para se assentarem em novos padrões e, como realça Morin (1997, p.152), “o novo modelo é o homem em busca da sua autorrealização, através do amor, do bem-estar e da vida privada”.

Com este novo fenómeno deparamo-nos com situações díspares em alguns países, como Portugal. Por um lado, normativamente são considerados adultos, a partir dos 18 anos, com alguma autonomia/responsabilidade civil; por outro, ainda não concluíram o processo de transição que é típico para aceder a esse estatuto. Segundo Teixeira (2010) e Guerreiro e Abrantes (2005), podem estar condenados a ser ‘jovens para sempre’. Em Portugal estão identificados os principais fatores que contribuem para este fenómeno: aumento da escolaridade (maior número de jovens que frequentam o ensino superior, em 1991 era de 11%; em 2006 de 27%); tardia inserção no mercado de trabalho, decorrente da formação avançada, associada ao aumento do desemprego (em 1980 era de 7,8% e em

2012 de 15,3%), necessitando do apoio da família para subsistirem; adiamento da conjugalidade e parentalidade (a taxa de nupcialidade em 1981 era 7,7%; e em 2010 de 3,8%, a taxa de natalidade em 1981 era 16,2% e em 2010 de 9,5%); a idade média de maternidade do primeiro filho passou de 27,2% anos em 1991, para 30,6%, anos em 2010. Todos estes fatores contribuem para o prolongamento da permanência dos jovens em casa dos pais, o que aumentou o encargo da família com os jovens adultos de 59,6% para 76,3% nos anos 1991 vs 2001, respetivamente. Este último fator, para alguns autores, constitui um dos mais importantes diferenciadores e um indicador social atual bem como um poderoso símbolo de uma nova 'adulter' (Molgat, 2007). Os fatores retratados e os dados apresentados são explicativos do retardamento da entrada na idade adulta e podem ser uma base de trabalho para os que manifestam preocupação e/ou interesse nesta temática (Teixeira, 2010; Ferreira, 2006; Pais, 1998).

Estão, assim, identificadas algumas razões primordiais enfrentadas pelos jovens para atingirem o *status* de adulto. Estas 'dificuldades objetivas' são aceites pela sociedade e pelas famílias, propondo-se fazer sacrifícios para que os seus filhos obtenham autonomia, independência económica e conjugalidade. Associado a estas premissas, temos o facto de a etapa do desenvolvimento do jovem adulto ser relativamente recente no desenvolvimento humano, contribuindo assim para o aumento da dificuldade de delimitar a faixa etária específica entre a adolescência e a idade adulta, de forma de se poder obter um estudo e assim contribuir para obtenção das características psicológicas desta etapa do ciclo de vida.

Vários são os autores e organizações que, de acordo com as suas fundamentações e opções, têm apresentado demarcações/limites para a faixa etária correspondente à fase do ciclo de vida 'jovem adulto'. Assim, OMS/UNFPA/UNICEF (1999) definem jovens como o período entre 10-24 anos, enquanto a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) considera criança como sendo abaixo de dezoito anos. Contudo, e como são apenas indicadores, são submetidos a ajustes, resultantes de múltiplos fatores. Para Arnett (2007, 2006, 2000) e Tavares *et al.* (2006), o período que decorre entre os 18 e os 25 anos de idade é considerado de jovem adulto, é uma fase do ciclo de vida em que ocorrem múltiplas e importantes mudanças a nível cognitivo, comportamental e de personalidade, que se repercutem nas condições de natureza pessoal, social e cultural vivenciadas pelo jovem. É uma etapa de decisões importantes e de resolução de problemas. É também a etapa, a nível desenvolvimental, em que surgem estruturas físicas, cognitivas e sociais que serão o suporte para as etapas subseqüentes, como tomadas de decisão que irão ter repercussões em relação ao bem-estar na sua vida. Exemplos: saída de casa dos pais; primeiro emprego; estabelecimento de relacionamentos amorosos; constituir família (Feldman, 2001; Bee, 1997). A DGS, no PNSJ, determina como população alvo os jovens

com a “idade compreendida entre os 10 e os 24 anos” e atribui as designações de adolescentes aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e de jovens aos indivíduos que têm entre 15 e 24 anos (DGS, 2005). Como base de trabalho para a elaboração deste programa esteve a documentação mais relevante produzida pela OMS.

Nos vários estudos sobre a população juvenil, não se verificou a existência de uma faixa fixa que limita esta fase do ciclo de vida; dependendo das áreas do conhecimento, os estudos vão incorporando justificações para ajudar a definir e a fundamentar as opções. Contudo, constata-se que a faixa etária varia de estudo para estudo com uma amplitude de 2 a 5 anos. Teixeira (2010, p.35), referenciando “a Condição Juvenil Portuguesa na Viragem do Milénio, um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005” menciona que “os limites sociológicos da juventude não são exclusivamente determinados pela idade dos indivíduos, a ‘população jovem’ foi demograficamente definida, considerando o critério de natureza etária”. A autora refere que, em termos operacionais, para esse estudo foi considerada ‘juventude’ a faixa etária entre os 15 e os 29 anos de idade. A justificação advém do facto de o valor mais baixo ser coincidente com o término da escolaridade obrigatória e início da vida ativa e o valor superior coincidir com a entrada na vida adulta, após ultrapassadas as etapas preconizadas pela sociedade.

Decorrente do exposto, inferimos que não são consensuais as premissas da transição de jovens adultos para adultos, assim como não é possível estipular uma faixa etária rígida à qual corresponda esta fase do ciclo de vida. Contudo, sabemos que algumas condicionantes, como o ingresso/frequência no ensino superior que, segundo Keniston (1965, citado por Monteiro, Tavares e Pereira 2009), é o adiamento da entrada no mundo do trabalho, associado a menos tempo de contacto com os pais, o questionar de novos paradigmas e tarefas distintas, são fatores que distinguem esta faixa etária.

O desenvolvimento do jovem adulto envolve, enquanto pessoa inserida no meio universitário, o fomento da estabilidade, da autonomia, da maturidade, da identidade e o desenvolvimento pessoal e interpessoal. Tendo por base estas premissas sustentamos o nosso estudo, uma vez que é na área da educação/ saúde e que também nos ocupamos destas faixas etárias, assim cruzamos com a idade legal de maioridade, que em Portugal são os dezoito anos, (a idade que permite votar, tirar carta ou constituir família, sem necessitar de autorização paterna, e coincide com a entrada no ensino superior para uma grande percentagem de alunos) e a uniformização do ensino superior no espaço europeu, com o Tratado de Bolonha, que prolongou a permanência no ensino superior até aos 25 anos. Por isso, é nossa opção, quando mencionamos jovens adultos, aludirmos ao período de vida que se situa entre os 17 e os 25 anos de idade.

A característica específica desta fase é a aproximação da integração plena na sociedade dos adultos, o que exige a assunção de um conjunto de funções de desenvolvimento que têm grande influência na aquisição das competências necessárias para a realização plena em termos pessoais, sociais e profissionais. A exposição a um novo ambiente educativo ou profissional dá origem a novos questionamentos das crenças existentes e proporciona uma época de descoberta de si mesmo. As novas práticas podem motivar novos padrões de pensamento, da mesma forma que proporcionam interrogações de suposições e valores anteriormente sustentados. Assim, as observações supracitadas levam a inferir que esta fase do ciclo vital corresponde a uma fase de transformações nas capacidades física, psicológica, biológica, social, cultural e intelectual. É nesse contexto que este estudo foi concretizado, procurando indagar aspetos que envolvem tais mudanças.

4.2 O DESENVOLVIMENTO HUMANO

*O amor é que é essencial. O sexo é só um acidente.
Pode ser igual ou diferente. O homem não é um animal:
É uma carne inteligente, embora às vezes doente.”*
(Pessoa, 1935, p. 414)

O desenvolvimento humano é transversal à vida do homem. É um processo que integra todas as mudanças pelas quais “o ser humano passa desde a concepção até ao final da sua existência; essa área emergente tem potencial para ser uma base teórica para todas as discussões que têm o movimento humano enquanto objeto de estudo” (Krebs *et al.*, 1996, p.21).

Os investigadores Dixon e Lerner (1992), referidos por Fonseca (2005, p.39), através da análise pormenorizada das teorias desenvolvimentais, concluem que os sistemas teóricos fundamentais, elucidativos do desenvolvimento humano, estruturam-se em “torno de paradigmas que enfatizam princípios básicos, de natureza filosófica e científica, a partir dos quais assistimos à organização de diferentes modos de conceber e de explicar o desenvolvimento humano, dando origem a famílias de teorias desenvolvimentais”.

Na primeira metade do séc. XX, alguns cientistas como Jung, Erikson e Bühler estudaram o desenvolvimento humano como um sistema contínuo, um sistema evolutivo que ocorre ao longo da vida do indivíduo, contrariando as investigações realizadas até a época, que reiteravam que o desenvolvimento ocorria durante a infância e a adolescência. Contudo são nestas fases do ciclo de vida, que todos os aspetos do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial se cruzam. Está ainda preconizada a ocorrência de mudanças

expressivas a nível social e emocional, assim como situações decorrentes do ensino superior o que fundamenta a necessidade de indagar as intercorrências do seu desenvolvimento.

Assim o desenvolvimento humano é uma área de estudo que investiga e interpreta as relações entre os seres humanos, os seus contextos de desenvolvimento e os processos de mudança pelos quais o indivíduo passa durante-toda-a-vida. Daí a necessidade de conhecer estas modificações para se poder intervir. Para Krebs e seus colaboradores (1996) o desenvolvimento humano centra-se no estudo destes processos de mudança, estando implícito a inter-relação desenvolvimento e comportamentos humanos.

Embora o comportamento não possa ser segmentado, pois todas as partes são importantes e agem juntas, é possível assegurar qual a característica que se evidencia em determinado momento, tornando-se assim a componente dominante. Krebs *et al.* (1996) referem, como exemplo, uma situação desportiva na qual o comportamento motor é o dominante, mesmo que, em todos os movimentos, a intenção e a carga emocional e cultural do indivíduo estejam presentes. Logo, o desenvolvimento e o comportamento devem ser compreendidos na sua totalidade. Assim, o comportamento tem de ser analisado como uma atividade inerente a todas as dimensões do desenvolvimento. A Figura 3 identifica qual a dimensão do desenvolvimento que se encontra em evidência, de acordo com o comportamento do indivíduo.

Os investigadores (Idem, p.22) afirmam que o desenvolvimento, por ser um processo “longitudinal irreversível, inclui uma fase ascendente, caracterizada por ganhos e aumentos, uma fase mais ou menos estável, caracterizada pela manutenção e equilíbrio dos atributos pessoais, e uma fase de decadência, caracterizada pelas perdas e diminuição das potencialidades humanas”.

Figura 3 - Relação entre os domínios do desenvolvimento e as respectivas variáveis de comportamento segundo Krebs



Fonte: Krebs *et al.*, 1996, p.15

Krebs em 1987 construiu um modelo multidimensional do desenvolvimento humano, alterado em 1996, como mostra o Organograma 1, fundado na relação de interdependência dos fatores que o norteiam.

Organograma 1 - Modelo multidimensional do desenvolvimento humano de Krebs



Fonte: Krebs, 1996, p. 28

O modelo é composto por quatro fatores distribuídos em duas diagonais: uma denominada psicopedagógica, constituída pelos fatores psicossocial e percepto-cognitivo, e a outra denominada biomédica, constituída pelos fatores biomecânico e biológico. Em qualquer situação, ambas as diagonais estarão presentes, mesmo que em intensidades diferenciadas.

Logo, na medida em que ocorrem mudanças intensas, onde valores, hábitos e concepções se vão redimensionando, o ser humano torna-se mais complexo e passa a exigir dos estudiosos novas posturas e novos conhecimentos face às novas descobertas.

O desenvolvimento humano é multidimensional e interdisciplinar. Estes princípios estabelecem que as diferentes dimensões devem manter uma relação de interdependência entre si, o que mostra que cada dimensão possui uma identidade ou características próprias e, simultaneamente, há envolvimento com as características das outras. Para o nosso estudo, adotamos e adaptamos a organização de Rice (1992) que identificou quatro dimensões no desenvolvimento humano, sendo a primeira o desenvolvimento biológico/físico; seguido do cognitivo; emocional, e a última, o psicossocial. Dada a temática da nossa investigação acrescentamos uma quinta dimensão: a sexual. Para facilitar a leitura vamos agrupá-los.

4.2.1 DESENVOLVIMENTO FÍSICO E COGNITIVO

*“A primavera da vida é bonita de viver,
Tão depressa o sol brilha como a seguir está a chover (...)
Vejo-me à noite ao espelho, o corpo sempre a mudar,
De manhã ouço o conselho que o velho tem pr'a me dar (...)
Não vês como isto é duro, ser jovem não é um posto,
Ter de encarar o futuro com borbulhas no rosto.
(Veloso e Tê em `Não há estrelas no céu`, 1990)*

O crescimento, durante a fase de jovem adulto, constitui uma base importante do desenvolvimento humano, dado que as escolhas feitas neste período, definem e condicionam a sua vivência em sociedade. É nesta etapa que uma grande parte dos jovens cria a sua autonomia e independência e toma decisões que vão ter influência nas fases seguintes do ciclo de vida a nível da saúde, da felicidade e do sucesso. Há ainda a considerar fatores como os estilos de vida, o nível socioeconómico, o nível de instrução que também têm influência no percurso de vida. É um período em que os jovens são postos `à prova`, pois com a entrada na faculdade ou com o primeiro emprego, muitas vezes são

forçados a sair da casa dos pais e todos os dias “eles testam e ampliam as suas habilidades físicas e cognitivas” (Papalia *et al.*, 2006, p.370).

Os jovens estão no seu apogeu e o que comem, o que bebem, o que fumam, o exercício físico que praticam, como lidam com o *stress* são alguns aspetos que influenciam o seu desenvolvimento físico no presente e no futuro. Apesar de tudo e, em geral, “os jovens adultos constituem a faixa etária mais saudável” (Ibidem). Normalmente não ficam doentes e, quando ficam, são geralmente patologias muito simples como constipações. Sendo um grupo saudável, apresenta como principal causa de morte, em Portugal, os acidentes rodoviários (INE, 2011).

A saúde é o reflexo de um estilo de vida, fruto das escolhas que os jovens adultos fazem, não é resultante de uma ‘questão de sorte’ e a ligação entre comportamento e saúde determina o tipo de relações existentes entre os aspetos físicos, cognitivos e emocionais de desenvolvimento do ser humano. Contudo, não basta reconhecer os bons hábitos de saúde, porque há fatores como a personalidade, as emoções e o ambiente social que têm grande influência e podem conduzir a um comportamento menos saudável (Papalia *et al.*, 2006, p. 371). Por isso, os jovens são confrontados constantemente com campanhas de intervenção preventiva, a fim de promover comportamentos salutareos.

O sexo também tem influência sobre o desenvolvimento físico, uma vez que os homens e as mulheres lidam de modo diferente com a saúde e sofrem influência diversa, devido à sua natureza genética e hormonal. Contudo nos países mais desenvolvidos, nomeadamente europeus, fatores como os estilos de vida não apresentam grande diferença de género, entre os jovens.

A adolescência é uma fase do ciclo vital, na qual surgem mudanças expressivas no desenvolvimento físico. Papalia *et al.* (2006) denominam esta fase de ‘Estirão de crescimento’, devido ao seu crescimento rápido.

É resultado de uma complexa conexão entre fatores genéticos/biológicos e educacionais, independentemente do ritmo, todos os adolescentes transitam para um estado de maturação física. Todavia a componente genética é preponderante e a sua interferência a nível da produção hormonal vai condicionar o desenvolvimento físico.

Nas fases posteriores da adolescência e juventude, os jovens despertam para a sexualidade de uma forma particularmente intensa, vivenciando as primeiras paixões e a agudização do desejo sexual (López & Fuertes, 1999). Neste período, o jovem pode manifestar uma elevada impulsividade.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, a transição da adolescência para o estado adulto é sujeita a fatores como a exposição a novos contextos, nomeadamente educacional/escolar associada, por vezes, à deslocação do ambiente familiar e a formação

de novos amigos/pares, o que nos leva a questionar sobre a influência que esta transição tem sobre o pensamento, cognição e inteligência, entre outros.

Os estudos realizados por Perry (1970, cit. por Papalia et al., 2006, p. 380) com estudantes universitários comprovaram que o seu pensamento “progredia da rigidez para a flexibilidade e derradeiramente para os compromissos livremente escolhidos”. É referido ainda que os estudantes, quando ingressam no ensino superior, trazem ideias rígidas sobre a verdade, eles ‘não conseguem imaginar qualquer resposta que não seja a resposta certa’; logo, quando são confrontados com uma variedade de ideias, começam a aperceber-se que há pontos de vista divergentes, o que os leva a aceitar a sua própria incerteza. Esta fase orienta-os para uma visão relativista do conhecimento, assim como dos valores. Começam a ter uma visão diferente do mundo, a aceitar pontos de vista diferentes, a contactar com culturas e com valores diferentes e sobretudo a reconhecer que a sua opinião é tão válida como a de outra pessoa, como, por exemplo, o pai ou o professor. Eles conquistam o “comprometimento no relativismo” (Ibidem), ou seja escolhem os seus valores, têm as suas crenças e fazem os seus próprios juízos, em prejuízo da incerteza e a averiguação de outras possibilidades válidas.

Papalia *et al.* (2006) comparam o pensamento relativista ao pensamento pós-formal de Piaget. O pensamento dos jovens adultos é mais flexível, aberto, adaptativo e individualista, baseia-se na intuição e na lógica, aplica as vivências e experiências adquiridas na resolução de situações ambíguas e caracteriza-se pela capacidade de lidar com a incerteza, a inconsistência, a contradição a imperfeição e o compromisso. Com este enunciado, foram muitos os estudiosos que se debruçaram sobre o assunto e assim surgiram diversos trabalhos envolvendo este estágio. Destacamos os trabalhos desenvolvidos junto de estudantes do ensino superior para identificarem como é que eles chegavam ao conhecimento. Para isso, aplicaram testes de personalidade para medir traços vistos como sendo tipicamente femininos e os masculinos. Concluíram que as mulheres têm tendência para o conhecimento subjetivo ou intuição, enquanto os homens pendiam mais para os métodos de procedimentos. Se os teóricos pós-formais estiverem certos “os jovens adultos e os adultos podem sair mal em questões e tarefas que não lhes sejam significativas ou que não reflitam as suas experiências” (Orr e Lusez, 1994 cit. Por Papalia *et al.*, 2006, p.381).

Nos adolescentes e nos jovens adultos as principais aquisições a considerar nesta fase são ao nível do pensamento lógico, que deixa de estar confinado ao concreto e observável. Assim tornam-se idealistas e estão aptos a elaborar raciocínios sistemáticos e dedutivos, o que lhes permite fazer escolhas perante várias soluções.

4.2.2 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E PSICOLÓGICO

“As emoções são excelentes exemplos das causas fictícias às quais comumente atribuímos o comportamento. Corremos por causa do ‘medo’ e brigamos por causa da ‘raiva’, ficamos paralisados pela ‘ira’ e deprimidos pelo ‘pesar’.”
(Skinner, 1953, p.175-176)

As emoções estabelecem a posição do ser humano face ao meio ambiente, aproximando-o de certas pessoas, objetos, estratégias de ação e ideias enquanto o afasta de outras. Algumas das emoções básicas são padrões inatos, que nascem com a pessoa e não requerem aprendizagem. Contudo, a expressão ou a inibição das emoções, ao longo do ciclo de vida, dependem do desenvolvimento cognitivo do indivíduo e do contexto cultural em que vive. O comportamento emocional, é uma das características que nos distingue dos restantes animais e tem sido alvo de discussão científica nas últimas décadas, devido à sua importância na vivência humana.

O estudo científico das emoções e sua influência no processamento cognitivo ao longo dos tempos foi escasso (Plutchik, 2002). Todavia, nas últimas décadas surgiu um interesse especial do seu estudo, focando sobretudo expressões faciais que acompanham uma emoção e que, em simultâneo, transmitem o estado afetivo e as intenções da pessoa. Também surgiram estudos que relacionam a influência dos estados afetivos com o desenvolvimento cognitivo. As emoções são complexas (Vigotsky, 2004) e qualquer uma delas representa diferentes expressões de sentimentos e afetos.

O desenvolvimento emocional refere-se ao apego, à confiança, à segurança, ao amor e à afeição. Engloba a aquisição do autoconceito, da autonomia, de comportamentos que fogem à regra, de *stress* e de distúrbios. Integra ainda várias aptidões intelectuais e conhecimentos, tais como aptidões sociais, a valorização da arte e da cultura, o funcionamento emocional geral, ou quaisquer conceitos que são subjetivos, desempenhando um papel no desenvolvimento da inteligência normal.

A inteligência e emoção continuaram a ser estudadas como áreas distintas, dentro da ciência psicológica, até à primeira metade do séc. XX. A segmentação colocava a pesquisa como raciocínio abstrato, promovendo os primeiros testes de inteligência, em oposição às primeiras investigações sobre emoção. A dúvida mantinha-se na tentativa de descobrir se eram as respostas fisiológicas que precediam as emoções ou o oposto. Perante esta perplexidade, as pesquisas identificaram diversos tipos de inteligência, entre os quais começou a emergir a identificação da inteligência social (Mayer *et al*, 2001).

Na segunda metade do séc. XX, a inteligência e a emoção começaram a ser estudadas de uma forma integrada numa nova área de conhecimento, a neurobiologia, e os investigadores passaram a procurar normas sobre o que as emoções significavam e como surgiam.

A importância e o reconhecimento durante o último século desta nova área científica, em parte devido ao trabalho do cientista português António Damásio, conduziu à análise do desenvolvimento emocional paralelamente ao desenvolvimento cognitivo, mas esta ligação ainda não está estabelecida. António Damásio (2008), afirma que a emoção é desencadeada por determinado estímulo dando origem a um 'programa de ações', diferentes conforme o tipo de emoção que provocam: alteração na expressão facial e corporal ou no sistema endócrino – estratégias ativas. Contudo, falar da emoção apenas como um programa de ações e restrito pois existem também as estratégias cognitivas, "certos estados mentais que fazem parte do programa completo de ações" (Damásio, 2008).

A compreensão das emoções nas relações dos jovens adultos e adultos torna-se, central. A emoção é desencadeada pela representação que cada indivíduo faz dos acontecimentos, o que envolve reações dos variados sistemas corporais, pois a expressão emocional é fundada em mecanismos genéticos. A emoção é um canal de comunicação entre pessoas e ajudam o ser humano a adaptar-se a situações desiguais e diversidades do meio envolvente. Esta capacidade de adaptação contribui para aumentar as condições de sobrevivência e a regulação das interações sociais.

Corroboramos com Delafosse (2004) que, numa revisão da literatura sobre emoções, também destaca as dificuldades de uma definição que abarque esse conceito multifacetado. Reafirma-se ainda o facto de, frequentemente, surgir confusão em relação ao uso indiscriminado dos termos 'emoções', 'afetos' e/ou 'sentimentos' e 'paixões'. A autora (2004, p.2) considera que as emoções são constituídas por três componentes: "1º- os afetos, que indicam a qualidade da experiência psíquica sem conteúdo, 2º- a expressão emoção, que se refere aos aspetos comportamentais – gestos, mímicas, choro (...) – e aspetos fisiológicos; 3º- os aspetos representativos, imagens associadas às emoções".

Como o desenvolvimento emocional está muito relacionado com o intuitivo, estudos recentes começaram a indagar a importância da compreensão emocional, relacionando-a com outras componentes como o bom funcionamento social (Southam-Gerow & Kendall, 2000), o sucesso académico (Trentacosta, Izard, Mostow & Fine, 2006) e maior competência social quando definida por aceitação pelos pares (Arsenio & Cooperman, 2000).

Embora a emoção não seja compreendida como uma reação única, mas como um processo que envolve múltiplas respostas, é cada vez mais assumida por vários autores,

entre os quais Atkinson, Smith, Bem e Nolen-Hoeksema (2002), que definiram a emoção como uma condição complexa que aparece como reação a certas experiências de caráter afetivo.

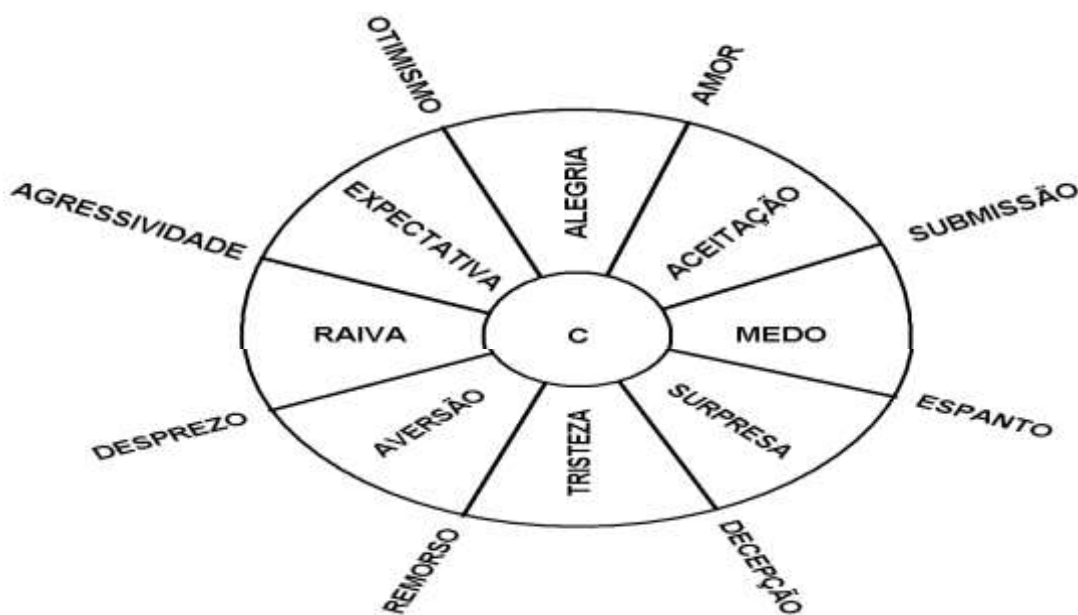
A definição de Levenson (1999) aponta as emoções como sendo factos instantâneos que originam alterações comportamentais em diversas áreas do funcionamento psicológico e fisiológico. Ou seja, consistem num conjunto de respostas inatas, mas cuja expressão pode variar em função da cultura, facilitando a adaptação a certas situações ou problemas ligados à sobrevivência que os seres humanos vêm enfrentando, desde sempre. Por esse motivo, LeDoux (1996) considerou as emoções como um aspeto favorável evolutivo ao longo do tempo e Plutchik, (2002) refere que há uma relação da emoção com o comportamento, tal como se pode analisar no Quadro 4.

Quadro 4 - Relação emoção/comportamento

EMOÇÃO	COMPORTAMENTO
EXPRESSÃO NÃO-VERBAL	<ul style="list-style-type: none">• Eriçamento dos pelos;• Vermelhidão da pele;• Suor;• Posição dos ombros;• Ritmo do movimento do corpo.
EXPRESSÃO VOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Emoções: alegria, raiva e medo são caracterizadas pela altura, volume alto e tempo acelerado; tristeza foi descrita como baixo volume e tempo lento.
EXPRESSÃO COM GESTICULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Os gestos são entendidos como gírias visuais;• Servem para expressar estados emocionais;• São aprendidos, não são inatos.
EXPRESSÃO FACIAL	<ul style="list-style-type: none">• Músculos da face movimentam-se em diversas direções;• Estão também envolvidos na expressão facial os músculos das sobrancelhas, da testa, das pálpebras e do pescoço, embora estes possuam menor liberdade de direções.

As emoções primárias segundo Plutchik (1997), são: alegria, aceitação, medo, surpresa, tristeza, aversão, raiva e expectativa. Cada emoção é provocada por um grupo característico de estímulos, a que se segue uma continuidade entre compreensão e estados afetivos. O resultado é a manifestação dum comportamento que pode produzir certo efeito no ambiente. Utilizando um modelo circunflexo, pode visualizar-se a estrutura das emoções básicas tal como representado na Figura 4. A letra 'C', no centro, indica uma ideia do conflito que é produzido quando emoções opostas ou não-similares ocorrem simultaneamente. Observa-se também que as emoções básicas se podem organizar, obtendo-se como resultado uma emoção mais complexa, como é o caso de medo e surpresa, por exemplo, que se combinam para formar o espanto ou susto (Plutchik, 2002).

Figura 4- Modelo estrutural para emoções básicas e derivadas



Fonte: Adaptado (Plutchik, 2000, p.64)

Como conjunto organizado as emoções têm um caráter funcional e adaptativo e são programadas gradualmente no cérebro para enfrentar situações e problemas que ameaçam a sobrevivência do organismo. Como diz LeDoux (1996, p.34) elas fazem parte da “sabedoria evolutiva”. Na sobrevivência humana, existem vários tipos de emoções que estão associadas a situações específicas.

As emoções constituem, assim, uma inteligência permanente pré-programada no cérebro para tratar de problemas existenciais essenciais. As pessoas possuem maior ou menor capacidade para lidar com as informações emocionais no processo adaptativo, isto é, a base da inteligência emocional, que é referida como sendo a capacidade de processar as informações emocionais e usá-las favoravelmente no processo adaptativo (Mayer & Salovey, 1999); diz respeito ao reconhecimento do estado emocional em si mesmo e nos outros, bem como ao reconhecimento de expressões emocionais deturpadas.

Para estes autores, a inteligência emocional pode ser dividida em quatro níveis: capacidade de perceber as emoções, a capacidade de usar as emoções para facilitar o pensamento, o conhecimento emocional e a capacidade de regulação emocional, como se pode observar na Figura 5.

Figura 5 - As quatro facetas do constructo da inteligência emocional



Fonte: Mayer e Salovey (1999, p.19)

A inteligência emocional é a capacidade de reconhecer e compreender emoções e de as utilizar para facilitar o pensamento, usar o conhecimento emocional e de regular as emoções em si e nos outros (Goleman, 1996). Encontra-se associada à utilização destes processos em benefício do ser humano, na adaptação aos desafios impostos pelos diferentes eventos do quotidiano. O jovem adulto, durante o amadurecimento, vivencia experiências sobre seu humor e as suas emoções, o que contribui para uma reflexão sobre os seus próprios sentimentos. Este processo constitui uma oportunidade para o jovem aprender com seus sentimentos uma vez que permite ao indivíduo monitorizar e obter bases sólidas para escolhas em diferentes situações (Mayer & Salovey, 1999), possibilitando e contribuindo para que ele organize conceitualmente a sua vida (projeto de vida). A partir deste constructo, Goleman (1996) propõe um modelo, subdividido em cinco domínios, que coincide com a organização de Bar-On (2002), como se pode observar no quadro 5.

Quadro 5 - Quadro comparativo da Inteligência Emocional

DOMÍNIOS SEGUNDO GOLEMAN			DOMÍNIOS SEGUNDO BAR-ON	
DOMÍNIO DAS PRÓPRIAS EMOÇÕES	Consciência que o indivíduo tem de si mesmo	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconfiança • Capacidade para reconhecer um sentimento • Controlo do sentimento • Autonomia sobre a própria vida 	Aptidões intrapessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconsciência emocional • Autorrealização • Independência • Autorrespeito e assertividade
LIDAR COM AS PRÓPRIAS EMOÇÕES	Capacidade que a pessoa tem para lidar com seus sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Conforto • Libertar das emoções negativas 	Aptidões interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade dos relacionamentos • Empatia • Responsabilidade social
MOTIVAR-SE	Dispor das emoções para se atingir uma meta	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-motivação • Otimismo • Criatividade • Autocontrolo emocional (controlo da impulsividade) • Adiar o prazer para alcançar uma recompensa maior 	Adaptabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de resolução de problemas • Teste de realidade • Flexibilidade
RECONHECER EMOÇÕES NOS OUTROS	A empatia como sendo a capacidade	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer sinais subtis que exprimem o que as outras pessoas querem ou precisam 	Gestão do stress	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidade do indivíduo para gerir os seus impulsos • Ser tolerante ao stress
LIDAR COM RELACIONAMENTOS	Competência para lidar com as emoções dos outros	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipa • Popularidade • Liderança 	Humor geral	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidade • Otimismo

Fonte: Elaborado a partir de Goleman (1996) e Bar-On (2002)

Goleman (1996) associou à inteligência emocional a responsabilidade por todas as formas de sucesso obtidas pelas pessoas, as quais não seriam explicadas pelos testes de inteligência tradicionais. Para Bar-On (2002), os resultados importantes na vida de uma pessoa podem ser decorrentes da inteligência emocional, incluindo outros fatores como traços de personalidade e motivação.

Todavia o desenvolvimento psicológico só pode ser compreendido quando analisado na dimensão social, cultural e individual. A construção individual só faz sentido com a participação do outro e do meio social, o que torna imprescindível a relação intersubjetiva, pois é nesse espaço relacional que há a possibilidade do conhecimento. De facto, apenas o ser humano pode educar outro ser humano.

Muitos são os estudiosos nesta área do conhecimento, dos quais destacamos Freud, Watson e Piaget, assim como as teorias que emergem dos seus trabalhos. Há autores que consideram que a personalidade pára de se desenvolver quando o indivíduo cessa o seu

desenvolvimento físico, outros consideram que a personalidade se desenvolve em todos os ciclos de vida, ou seja, não é estanque num determinado período da vida.

No estudo da psicologia do desenvolvimento, a etapa desenvolvimento de jovem adulto é relativamente recente, (Tavares *et al.* 2007). A delimitação da faixa etária específica entre a adolescência e a idade adulta, integraram as dificuldades, já referidas, para se obter um estudo pormenorizado das características psicológicas desta etapa do ciclo de vida.

A juventude e o início da idade adulta, como já vem sendo referido, sofrem alterações a vários níveis e a sua personalidade também se modifica, em resultado das atitudes culturais, mudanças sociais, escolhas e estilos de vida, incluindo o estilo de vida sexual com as opções em casar-se, manter-se solteiro, ter filhos ou não e constituir ou manter amizades.

Para Erikson (1998), a personalidade não cessa com o desenvolvimento da puberdade. Continuando a verificar-se mudanças nos seres humanos ao longo da vida adulta. Assim na fase da 'intimidade vs isolamento' de Erikson, e a mais importante do início da vida adulta, os jovens adultos precisam de estabelecer profundo comprometimento pessoal com os outros; é essencial para eles não se sentirem isolados ou introvertidos. Ao mesmo tempo necessitam de algum espaço de reserva, para facilitar alguma introspeção. O 'senso ético' que adquirem com a resolução das necessidades conflituosas acerca da intimidade, competitividade e distanciamento, para o autor, é a 'marca do adulto'.

É a 'virtude' do amor que dá contributos para a solução de conflitos, "devoção mútua entre parceiros que escolheram compartilhar suas vidas, ter filhos e ajudá-los a conquistar o seu próprio desenvolvimento saudável"; o autor considera fundamental esta fase pois, segundo ele, a audácia de não realizar este "impulso procriativo natural", pode causar danos graves no desenvolvimento (Erikson, 1998, p.222).

Apesar das críticas que a consideram uma teoria reducionista, o trabalho de Erikson foi motivador de outras investigações importantes como as de Vaillant (2001) e Levinson (1986). Vaillant – desenvolveu pesquisas com estudantes universitários e concluiu que as vidas são moldadas primeiro pela adaptação às circunstâncias e posteriormente pela qualidade do relacionamento – e, Levinson centra a sua teoria na "estrutura de vida, em desenvolvimento consistindo no que a pessoa considera ser mais importante: pessoas, lugares, coisas, valores, sonhos e emoções que as tornam importantes". A comparação entre os três autores pode ser observada no Quadro 6.

Quadro 6 - Desenvolvimento dos jovens adultos segundo a teoria de Erikson, Vaillant e Levinson

ERIKSON	VAILLANT	LEVINSON
Intimidade vs isolamento (20 aos 40 anos): Resolver as necessidades conflitantes de intimidade, competitividade e distância para entrar num relacionamento heterossexual amoroso com o objetivo final de oferecer um ambiente favorável para crianças.	Idade de estabelecimento (20 aos 30 anos): Libertar-se da denominação dos pais e conquistar autonomia; encontrar o cônjuge; criar filhos, desenvolver e aprofundar as amizades.	Fase de ingresso na idade adulta (17 aos 33 anos): construir uma estrutura de vida provisória.
		1. Transição adulta inicial (17 aos 22 anos): Mudar-se de casa dos pais; tornar-se mais independente.
	Idade de consolidação (20 aos 40 anos): Consolidar a carreira, fortalecer o casamento; não questionar metas.	2. Ingresso na estrutura de vida do adulto jovem (22 aos 28 anos): Escolher uma ocupação; casar-se; fixar casa e família; seguir um “sonho ”e encontrar um mentor.
		Transição (28 aos 33 anos): Reavaliar o trabalho e os padrões familiares; criar as bases para a estrutura de vida seguinte.

Fonte : Papalia et al., 2006, p.402

Os modelos normativos de crises/ conflitos – defendidos por Erikson, Vaillant e Levison –, sugerem que em cada fase do ciclo vital, as pessoas são acometidas de crises ou funções particulares que têm intercorrências com o desenvolvimento humano.

Outro autor que fundamentou a seu trabalho partir da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson foi Chickering que construiu uma teoria na qual considera que, no jovem adulto, a tarefa principal é a construção e a solidificação da identidade. O referido investigador considera que o desenvolvimento psicossocial e a experiência proporcionada pelo ensino superior se processam por estádios, que ele denomina de vetores – um vetor descreve um processo dinâmico que o jovem deve percorrer no sentido da construção da sua individualidade –, enumerando sete, como sendo os pilares do desenvolvimento psicossocial do jovem adulto. A proposta inicial foi reformulada em conjunto com Reisser em 1993 e no Quadro 7, apresentamo-la com a adaptação realizada por Tavares et al (2007).

Quadro 7 - Vetores de Desenvolvimento do Jovem Adulto

VETOR	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS NO JOVEM ADULTO
DESENVOLVER O SENTIDO DA COMPETÊNCIA	Articulação de três grupos de competências: intelectuais, físicas/motoras e interpessoais.
GERIR AS EMOÇÕES	Consciencialização, integração e flexibilização do controlo emocional.
DESENVOLVER A AUTONOMIA EM DIREÇÃO À INTERDEPENDÊNCIA	Desenvolvimento de estratégias promotoras da autonomia, quando confrontado com situações estranhas – aquisição de maturidade.
DESENVOLVER A IDENTIDADE	Processo complexo e multifatorial resultante da integração de novas experiências, sensações, sentimentos, emoções e valores.
DESENVOLVER AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	Capacidade de desenvolver relações interpessoais mais estáveis e próximas, através da tolerância, do respeito e da aceitação das diferenças individuais.
DESENVOLVER O SENTIDO DA VIDA	Formulação de planos de ação, tomadas de decisão e estabelecimento de prioridades pessoais e profissionais, num sentido cada vez mais preciso e autónomo.
DESENVOLVER A INTEGRIDADE	Aumento da capacidade para lidar com a relatividade inerente aos valores – interiorização de um conjunto de valores reguladores do comportamento do jovem estudante.

Fonte: Adaptado de Tavares *et al.*, 2007

Para os autores, é durante a frequência do ensino superior, sob a influência de fatores psicológicos, biológicos e sociais que estes vetores atingem o seu máximo e quanto mais estimulante, diversificado e desafiante for o ambiente académico melhor será o desenvolvimento psicossocial (Chickering & Reisser, 1993). É associado ao vetor ‘desenvolver a identidade’, a etapa do salto para a entrada na idade adulta, pois estes autores consideram haver ‘precedências’, ou seja, é necessário que o jovem supere um vetor para evoluir para o subsequente.

Chickering e Reisser (1993), num estudo que realizaram com estudantes do ensino superior, inferiram as seguintes premissas, relacionadas com os diferentes vetores: os estudantes dos dois primeiros anos revelavam maior envolvimento nas funções dos três primeiros vetores e os estudantes dos dois últimos anos estavam mais embrenhados com as funções dos quatro últimos vetores. Entendem ainda que, nos jovens em que o vetor identidade está mais desenvolvido, estes têm mais estabilidade emocional, bem-estar e autoconfiança e, concomitantemente, maior viabilidade de efetuarem uma saída de casa menos transtornante.

Destas premissas podemos conjecturar que o ensino superior tem um grande impacto, tanto a nível cognitivo, como nas dimensões afetivas e sociais do estudante. Esta teoria vem fundamentar o desenvolvimento das competências de natureza intrapessoal e interpessoal, e permite-nos inferir que a estabilidade, a autonomia, o sentido de competência, a identidade e a interdependência são elementos-chave para uma perceção

do processo de adaptação e de permanência no contexto universitário. Embora seja alvo de críticas, uma vez que a sua abrangência implica alguma falta de exatidão e lacunas em relação à especificação dos comportamentos e atitudes que descrevem cada vetor do desenvolvimento (Ferreira & Medeiros, 1997), esta teoria é considerada por nós como essencial para a promoção da aptidão e do potencial dos estudantes universitários. Por isso, podem ser refutadas aquelas perspectivas que consideram que no ensino superior se deve distinguir, meramente, a transferência de informação e o desenvolvimento cognitivo. Assumindo que o ambiente académico é simultaneamente desafiador e acolhedor e fomentará o desenvolvimento dos seus estudantes, esta teoria – que considera o desenvolvimento em múltiplos aspetos: emocionais, interpessoais, éticos e intelectuais –, mostra ser um instrumento imprescindível para a compreensão das funções de desenvolvimento, esclarecendo as questões e preocupações com as quais os jovens estudantes são confrontados quando chegam ao novo contexto.

Presentemente, é crescente a conceção de que inteligência e emoção consistem em funções de adaptação do homem ao meio. A inteligência é referida como a capacidade do ser humano de resolver uma situação de modo adaptativo. Essa aptidão, contudo, não se constitui num constructo único, mas subdividido. As emoções são uma importante fonte de informação sobre a forma como a pessoa se relaciona com o mundo e consigo mesma. Assim, como cada ser humano ostenta uma maior ou menor capacidade em lidar com informações puramente cognitivas, também apresenta diversidades individuais ao manejar informações emocionais. O constructo pressupõe que a integração entre inteligência e emoção é um elemento chave para o funcionamento adaptativo (Primi, 2002; McGrew & Flanagan, 1998; Salovey & Mayer, 1990).

A importância da compreensão das emoções e a sua influência ao longo do ciclo vital do ser humano, é um tema de estudo relativamente recente na história da psicologia. Esta relevância surge com o crescente interesse pelo desenvolvimento social e emocional dos indivíduos ao longo da vida, mais preponderante nas primeiras fases do ciclo de vida, por parte dos pais, professores, educadores, psicólogos e investigadores de várias áreas do conhecimento. Apesar de muito centrado no sucesso académico e nas conquistas, torna-se um foco de atenção, pois tem implicações e efeitos, refletindo-se na vida adulta. O desenvolvimento emocional é um aspeto central do desenvolvimento do ser humano, sendo transversal a todos os domínios no decurso do ciclo de vida, desde a infância até à idade adulta; conjuntamente com o desenvolvimento cognitivo, são essenciais para que os indivíduos possam ter uma vivência de forma ajustada e adaptada.

O jovem adulto sofre muitas mudanças com o ingresso no ensino superior: saída de casa dos pais, novos contextos, novas culturas e o confronto com novos conhecimentos,

novas experiências. Todos estes fatores contribuem para que vivencie alterações emocionais. Tantas novidades em tão pouco tempo, certamente podem provocar surpresa e confusão. O jovem adulto no seu novo estado de 'quasi independência' reconhece as responsabilidades crescentes e acrescidas, associadas aos impulsos sexuais, por vezes ainda misteriosos e em descoberta. Para suportar tantas mudanças apoia-se em modismo e ideias mais rígidas e críticas, que, numa fase difícil, pode criar conflitos internos e desencadear problemas emocionais.

4.2.3 DESENVOLVIMENTO SEXUAL

*“Estar mesmo atrás de ti, ver-te da minha carteira
sei de cor o teu cabelo, sei o shampoo a que cheira
já não como, já não durmo, e eu caía se te minto
haverá gente informada, se é amor isto que sinto”*
(Veloso e Tê, 'Primeiro Beijo', 2002)

No desenvolvimento sexual do indivíduo, além do aspeto biológico e o sexo a que ele pertence, estão também presentes as representações mentais – não só as individuais mas também as apreensões involuntárias dos próprios pais, assim como a influência do ambiente e da cultura a que o indivíduo pertence. Assim sendo, entende-se a sexualidade do jovem adulto como resultante de um processo de desenvolvimento sistemático partindo de distintos aspetos, desde o biológico, ao cultural, social, afetivo e às representações mentais.

É quando habitualmente é feita a eleição do companheiro amoroso, pois segundo Erikson (1998) incrementar relacionamentos íntimos é a tarefa crucial do adulto jovem. Tradicionalmente é nesta fase que o ser humano estabelece relacionamentos baseados na amizade, amor e sexualidade, os quais se prolongam pela maior parte das suas vidas adultas. A intimidade, concebida como pertença, é inerente à necessidade de pertencer a alguém, de formar relacionamentos estáveis, fortes, íntimos e amorosos e é motor do comportamento humano, pois interfere com a mente, com o corpo e com o estado de espírito.

Os estudos que mais se destacam nesta área continuam a ser os de Freud, Erikson, Carl Jung e Alfred Adler. Para além de serem os que mais se distinguiram também foram os que deram mais contributos para o esclarecimento do processo de desenvolvimento psicosexual humano (Brandão, 2007; Sprinthall & Sprinthall, 1994). Dada a natureza da nossa investigação, limitamo-nos a uma breve apresentação de alguns

conceitos indicados por Freud (1974) e por Erikson (1998) que ajudam a compreender o desenvolvimento sexual no jovem adulto no âmbito do nosso trabalho.

Freud sustenta que o comportamento humano não é dirigido apenas por sistemas conscientes, mas especialmente pela ação dos sistemas inconscientes. Para este autor, a pulsão sexual instintiva, que apelidou de libido e a mais primária de todos os sistemas, é uma energia própria dos comportamentos do ser humano que está presente desde o nascimento. Já para Erikson é essencial conhecer as singularidades do desenvolvimento psicosexual, relacionadas com o jovem adulto/ adulto, de forma a explicitar a essência das decisões com as quais o jovem é confrontado em relação à sexualidade.

Neste estudo interessam em particular os períodos correspondentes à faixa etária 'Adolescência (12-20 anos) – Fidelidade', identificado como quinto estágio; e o sexto para o período de vida 'Jovem/idade adulta (20-45 anos) – Amor'. Referenciamos o pensamento de Erikson para percebermos o sistema de formação da identidade no jovem adulto, assim como o estabelecimento das relações afetivas.

Freud (1974) e Erikson (1998) postularam o desenvolvimento sexual em várias fases. Vamo-nos focalizar nos períodos correspondentes à faixa etária do nosso estudo, observável no quadro 8.

Quadro 8 - Visão de Sigmund Freud e Erick Erickson

SIGMUND FREUD	ERICK ERICKSON
Período genital (12-18 anos).	<u>Identidade vs Confusão:</u> Crise de identidade (Equivalente à adolescência): “Sou o que sou”.
Ocorre um amadurecimento físico que proporciona ao sujeito a possibilidade efetiva de concretizar sua sexualidade genital.	É neste período que ocorre a aquisição final da identidade.
Uma característica típica deste período é a revolta juvenil contra a autoridade, e em primeiro lugar a dos pais.	Neste momento o adolescente já deve começar a fazer escolhas importantes que demarcam a sua entrada na vida adulta, principalmente nas áreas afetiva e profissional.
O grupo oferece ao jovem adolescente uma possibilidade de identificação múltipla assim como uma descentralização do interesse voltado para si próprio.	–
–	<u>Identidade vs Isolamento</u> (Equivalente ao jovem adulto) “nós somos o que amamos”.
–	Nesta fase coexistem o desejo de intimidade e a necessidade de privacidade.
–	A busca da intimidade com o outro não ocorre necessariamente na área sexual o jovem quer alguém com quem compartilhar ideologias.

Fonte: Elaborado a partir Freud e Erickson, 1974, 1998

Na ótica freudiana, o estágio dos 12-18 anos é caracterizado por um aumento de energia pulsional que conduz à procura de um companheiro sexual, à reativação dos interesses sexuais e à descoberta de uma nova excitabilidade da zona genital, na masturbação e nas relações sexuais a dois. Os obstáculos resultam da reativação do ‘complexo edipiano’ e da urgência de se desembaraçar dele. Por isso, propende a despegar-se da família nuclear, para procurar a sua autonomia e, simultaneamente, cada vez mais procura os seus pares (Brandão, 2007).

O quinto estágio de identidade – ‘Identidade vs Confusão’ está associado sobretudo à adolescência; é nele, segundo Erikson (1998), que o adolescente alcança uma identidade psicossocial, o que exige que ele compreenda o seu papel no mundo e tenha a percepção da sua individualidade. A vertente da confusão da identidade é: a perda de laços familiares e falta de apoio no crescimento; expectativas parentais e sociais divergentes do grupo de pares; dificuldades em lidar com a mudança; falta de laços sociais exteriores à família e o insucesso no processo de separação. A tarefa essencial do estágio ‘Identidade vs Isolamento’ é o estabelecimento de relações íntimas, amorosas e de amizade, duráveis com outras pessoas. A vertente negativa é o isolamento dos que não conseguem estabelecer compromissos nem troca de afetos com intimidade.

O desenvolvimento sexual do indivíduo é um processo que compreende um conjunto de dimensões dentro de contextos biológicos, socioeconômicos e culturais. Contudo, a dimensão biológica exerce uma enorme influência sobre as restantes dimensões. Esta circunstância é resultante da intervenção que determinadas hormonas têm na maturação e funcionamento do aparelho sexual e reprodutor e, simultaneamente, no comportamento sexual. Aspetos marcadamente psicoafetivos, entre os quais o desejo, o prazer, a atração e o ato sexual são fortemente condicionados por fatores neuroquímicos (Hirsch, 2000; López & Oroz, 1999). A resposta sexual humana é uma sucessão racional e sistemática de acontecimentos fisiológicos, cuja finalidade é preparar os corpos para o encontro amoroso. Os órgãos sexuais internos e externos sofrem modificações intensas, no seu estado normal, na forma e na função, contribuindo assim para o sucesso do ato sexual, originando reações que constituem o Ciclo da Resposta Sexual Humana, cujas fases se podem observar no Quadro 9.

Quadro 9 - Resposta Sexual Humana

	MULHER	HOMEM
DESEJO	Estímulo ou impulso que leva a procurar uma experiência sexual ou a sentir-se receptiva a ela.	Estímulo ou impulso que leva a procurar uma experiência sexual ou a sentir-se receptiva a ela.
EXCITAÇÃO	Lubrificação vaginal;	Ereção do pénis;
	Expansão e dilatação do canal vaginal na sua parte posterior;	Alisamento, intumescimento e elevação das bolsas escrotais
	Ligeira elevação do útero;	Ligeira elevação dos testículos em direção ao períneo;
	Aumento do diâmetro da glândula e do corpo do clitóris; Possível aumento longitudinal quando estimulado de forma direta;	Possível ereção dos mamilos.
	Intumescimento e dilatação dos pequenos lábios;	
	Separação, elevação e alisamento dos grandes lábios (nulíparas); Maior intumescimento e menor separação nas mulheres múltíparas;	
	Aumento do tamanho das mamas e ereção dos mamilos.	
PLANALTO	Desenvolvimento da plataforma orgásmica; Novo aumento da amplitude e da profundidade da vagina;	Aumento do diâmetro da glândula do pénis;
	Elevação do corpo do clitóris e retração em direção à parte anterior do púbis;	Aumento do tamanho dos testículos e uma maior elevação destes;
	Maior elevação do útero;	Emissão de 2 ou 3 gotículas das glândulas de Cowper;
	Maior vasodilatação dos grandes lábios;	Possível ereção dos mamilos;
	Alteração da cor dos pequenos lábios: de vermelho vivo a cor de vinho escuro ou de rosado a vermelho vivo;	Reação de rubor que pode estender-se a todo o corpo;
	Maior aumento das mamas e da auréola;	O aumento do ritmo respiratório e cardíaco e da pressão sanguínea;
	O aumento do ritmo respiratório e cardíaco e da pressão sanguínea;	Miotomia.

	Reação de rubor que pode estender-se por todo o corpo; Miotomia.	
ORGASMO	Contrações no corpo do útero;	Contrações dos órgãos genitais internos (emissão);
	Contrações da plataforma orgástica (intervalos de 0.8 segundos);	Contrações expulsivas em toda a uretra peniana (intervalos de 0.8 segundos);
	Contrações involuntárias de outros grupos musculares;	Contrações involuntárias de outros grupos musculares;
	Maior aumento do ritmo respiratório e cardíaco e da pressão sanguínea.	Maior aumento do ritmo respiratório e cardíaco e da pressão sanguínea.
RESOLUÇÃO	Retorno gradual das alterações fisiológicas ao estado de repouso.	Retorno gradual das alterações fisiológicas ao estado de repouso.

Fonte: Lopez, 1999, p. 99

O modelo apresentado no quadro anterior, é conhecido pelo modelo EPOR e é fruto das investigações realizadas pelo ginecologista Williams Masters e a psicóloga, Virginia Johnson. Foi publicado em 1966 e 1970 na *Human Sexual Response* e *Human Sexual Inadequacy*. Em 1979, a este modelo foi acrescentada uma primeira fase ‘O desejo sexual’ pela psiquiatra Helen Singer Kaplan que, na publicação *The New Sex Therapy* realçou a ausência do desejo sexual na proposta EPOR, e assim complementou esse ciclo, justificando que o desejo é “um fenómeno subjetivo comportamental de extrema complexidade, o primeiro degrau da fisiologia sexual para o qual concorrem uma série de fatores subtis, tais como o pensamento, a imaginação, a receptividade do parceiro” (Kaplan, 1999, p.43). Atualmente permanece como padrão na compreensão da resposta sexual humana.

A sexualidade humana e tudo o que ela envolve impõem uma reflexão sobre os diferentes papéis do homem e da mulher em relação à resposta sexual humana, para a vivência de uma sexualidade completa. Assim, o desejo, a excitação, o prazer e a resolução são parte integrante da resposta sexual humana, assentando num contexto social, cultural e temporal específico, pois a função sexual não é uma marca biológica, mas uma condição do desenvolvimento da personalidade e da cultura.

4.2.4 DESENVOLVIMENTO MORAL

“A sexualidade não deixa ninguém indiferente; ela marca não só o corpo, mas a mente, não só a modalidade ou a tonalidade dos afetos, mas a compreensão do real, assim como a afetividade do agir.

(...) A sexualidade não se acrescenta ao ser humano, mas atravessa-o a par e passo.”

(Renaud, 2001, pp.39-41)

O desenvolvimento moral tem sido alvo de estudo de muitas teorias evolutivas do séc. XX, desde a psicanálise até às teorias de aprendizagem. Autores como Fowler (cit. em Papalia *et al.*, 2006), Shaffer (2005), Vigotsky (2004), Kohlberg (1992), Piaget (1983) e Gilligan (1982) assumem e defendem pressupostos distintos acerca deste processo, nomeadamente no que diz respeito à interiorização de normas, de construções socioculturais e processos cognitivos de raciocínio.

Entende-se por moral o conjunto de normas que regulam o comportamento do homem em sociedade, e estas normas são adquiridas pela educação, pela tradição e pelo quotidiano. Vasquez (1998, p. 84) define-a como um “sistema de normas, princípios e valores”; e é de acordo com este sistema que se regem “as relações mútuas entre os indivíduos ou entre estes e a comunidade” (Ibidem). Ou seja, é um conjunto de princípios ou ideais definidos culturalmente que ajudam o ser humano a distinguir o que está certo – bem – e o que está errado – mal – e assim agir voluntária e conscientemente em conformidade.

O desenvolvimento moral, como dimensão do desenvolvimento psicológico, está centrado em três grandes correntes teóricas: a teoria psicanalítica, a teoria da aprendizagem social e a corrente do desenvolvimento estrutural, tendo a maior parte das investigações efetuadas nesta área destacados autores como Piaget (1983) e Kohlberg (1992). Destacam-se ainda duas conceções teóricas nitidamente diferenciadas sobre o desenvolvimento moral: a cognitivo-desenvolvimental e a ‘internalista’. Esta última considera o desenvolvimento moral como a aprendizagem do comportamento socialmente aceite e a aquisição e interiorização das normas sociais.

Nesta investigação optamos, como base concetual de desenvolvimento moral, pelo trabalho de Kohlberg (1992), pois ele desenvolveu a teoria sobre adolescentes/jovens adultos dando prosseguimento ao que Piaget já tinha descoberto (Menin, 2003), e que, segundo Azevedo (1995, p.1), é o “sistema de estádios de desenvolvimento moral, atualmente mais prestigiado no mundo da psicologia”. Na realidade, Kohlberg construiu uma teoria intensa sobre o desenvolvimento moral, da qual emergem muitos pressupostos pedagógicos que influenciaram a sua perceção. A sua teoria organiza-se na apresentação de dez dilemas morais hipotéticos que expressam valores em conflito, os quais são apresentados às pessoas para reflexão sendo esta a sua metodologia de trabalho.

A teoria de Kohlberg é definida por Azevedo (1995, p.1) como uma “teoria de desenvolvimento cognitivo, inspirada no modelo piagetiano, à qual é atribuída uma base fenomenologista, estruturalista e construtivista”. Kohlberg, inspirado pela fenomenologia, analisa os juízos e comportamentos morais a partir da auto-visão, ou seja, no domínio da moralidade, tem de se conhecer as causas inerentes ao indivíduo. A perspectiva

estruturalista distingue a estrutura ou forma de juízo moral e o conteúdo, atendendo a que “são as estruturas formais que apresentam padrões desenvolvimentais com regularidade e generabilidade tais que permitem falar de estádios de desenvolvimento” (Colby & Kohlberg, 1987, p.7). Os autores têm mais interesse na forma como os sujeitos raciocinam em relação aos temas morais expostos, do que no modo como fortuitamente agiriam. De acordo com a teoria construtivista, Kohlberg estudava as pessoas como agentes sobre o mundo, aptas a cogitarem acerca dele, em concordância com um estágio de desenvolvimento relacionado com a sua história pessoal (Azevedo, 1995). Kohlberg desenvolveu estádios morais em analogia com o que Piaget fez para o domínio intelectual/cognitivo. A sua carreira foi dividida em quatro períodos de produção, cada um com a sua especificidade; destacamos aqui a terceira, que compreende o período de 1978 -1984 quando o investigador elaborou programas de educação moral para as escolas e universidades.

Kohlberg propôs três níveis de desenvolvimento moral e cada nível foi subdividido em dois estádios específicos de raciocínio moral, como se pode analisar no Quadro 10.

Quadro 10 - Níveis e Estádios de Raciocínio Moral segundo Kohlberg

NÍVEL	ESTÁDIO	ORIENTAÇÃO MORAL	PERSPETIVA SOCIO-MORAL
PRÉ-CONVENCIONAL	1	Orientação para o castigo e para a obediência.	Não distingue nem coordena perspetivas; só há uma correta, a da autoridade.
	2	Orientação calculista e instrumental; pura troca, hedonismo e pragmatismo.	Distingue perspetivas, coordena-as e hierarquiza-as do ponto de vista de uma segunda pessoa.
CONVENCIONAL	3	Orientação para o bom menino e para uma moralidade de aprovação social e interpessoal.	Distingue perspetivas, coordena-as e hierarquiza-as do ponto de vista de uma terceira pessoa afetiva e relacional.
	4	Orientação para a manutenção da lei, da ordem e do progresso social.	Distingue perspetivas, coordena-as e hierarquiza-as do ponto de vista de uma terceira pessoa imparcial e institucional.
PÓS-CONVENCIONAL	5	Orientação para o contrato social, o relativismo da lei e o maior bem do maior número.	Distingue perspetivas, coordena-as e começa a hierarquizá-las do ponto de vista de uma terceira pessoa moral e racional.
	6	Orientação para os princípios éticos universais, reversíveis, prescritivos e autoescolhidos.	Distingue perspetivas, coordena-as e hierarquiza-as segundo um ponto de vista moral, racional e universal.

Fonte: Kohlberg (1969) cit. por Lourenço, 2006, p.96

Para Lourenço (2006, p. 97), os três níveis correspondem a três tipos distintos de ligações entre o indivíduo e as regras morais e expectativas da sociedade. Já os estádios reproduzem uma “determinada filosofia ou orientação moral e um determinado modo de distinguir, coordenar e hierarquizar as diferentes perspetivas ou valores em confronto perspectiva sócio moral”. Realça ainda que cada estágio se caracteriza por “determinadas operações de justiça” e exemplifica os diversos tipos de justiça: a justiça por igualdade, por universalidade, por equidade, por reciprocidade e por tomada de perspectiva prescritiva.

Cada estágio é determinado em relação com uma expectativa sócio moral que corresponde à partilha de opiniões dos indivíduos, numa relação ou num grupo.

No âmbito da teoria de Kohlberg (1992), o desenvolvimento moral para as crianças e adolescentes é um processo racional que acompanha a maturação cognitiva, enquanto, que, para os jovens, o autor considera que eles desenvolvem o julgamento moral à medida que abandonam o pensamento egocêntrico e se tornam capazes de pensamento abstrato. Já no início da idade adulta, a maior parte das vezes, os julgamentos morais, aparecem mais complexos com a experiência e a emoção a desempenharem um papel cada vez mais importante (Papalia *et al.*, 2006).

No âmbito do nosso estudo, vamos-nos focalizar no ‘Nível Convencional’ e sobretudo no ‘Nível Pós-convencional’, pois são os mais direcionados para a faixa etária que pesquisamos. Assim, no ‘Nível Convencional’, um grande número de adolescentes e adultos já interiorizou as regras e expectativas sociais. O sujeito moral pensa as questões morais em concordância com o que é socialmente aceite e compartilhado e tem percepção dos seus deveres, direitos e respeito pela ordem deliberada. Em termos da perspectiva sócio moral, o indivíduo que está neste nível considera-se inserido na sociedade.

O ‘Nível Pós-convencional’ é o nível de moralidade em que a consciência individual supera as normas sociais estabelecidas, ou seja, os princípios éticos universais, como o direito à vida, são considerados mais importantes do que as normas morais e sociais vigentes. As pessoas que estão neste parâmetro, que são uma minoria de ‘adultos’ com mais de 20/25 anos, entendem a relatividade das normas.

Na perspectiva sócio moral, entende-se que a sociedade só faz sentido se assegurar os direitos fundamentais de todos. Kohlberg (1992) considera o estágio 6 dos princípios éticos “universais, reversíveis e prescritivos”, entendendo-o como ideal supremo de desenvolvimento moral, o que orienta as decisões morais. É o estágio do respeito pelas pessoas e a tomada de consciência do valor e da dignidade das mesmas (Lourenço, 2006; Papalia *et al.*, 2006; Azevedo, 1995).

Para Kohlberg (1992) a experiência influencia a moralidade pós-convencional, totalmente baseada em princípios, e, até aos 20 anos uma grande parte das pessoas não atinge este nível e mesmo depois desta idade há possibilidade de algumas nunca o atingirem. Os jovens adultos, quando estão fora de casa, por exemplo na faculdade, são muitas vezes confrontados com duas experiências que incandescem o desenvolvimento moral, que é o facto de se depararem com “valores conflituosos e a responsabilidade pelo bem-estar dos outros” (Papalia *et al.*, 2006, p. 385). Esta situação conduz a uma reflexão e uma reavaliação dos critérios que considera ser justos e certos (Lourenço, 2006; Papalia *et al.*, 2006; Azevedo, 1995).

Mesmo os jovens adultos que têm a capacidade de pensar por si, só têm que fazer a transição do modelo convencional contando com as suas experiências que são decifradas num determinado contexto cultural.

Então o desenvolvimento moral corresponde a um sistema racional que conduz ao desenvolvimento cognitivo, os adolescentes /jovens adultos desenvolvem o seu juízo moral conforme vão abandonando o pensamento egocêntrico e começam a pensar abstratamente. Já na idade adulta os juízos morais, por vezes, são complexos, pois englobam as experiências anteriores e as emoções, com uma atribuição essencial, as quais têm um papel fundamental no avanço para o terceiro nível moral, a moralidade pós-convencional, que é praticamente baseada em princípios. Grande parte dos indivíduos só por volta dos vinte anos é que atinge este nível, pois ele implica a existência de uma perceção cognitiva relativa a princípios morais elevados.

A diversidade moral e o pluralismo com que somos atualmente confrontados e os divergentes papéis que somos convidados a desempenhar no nosso quotidiano conduzem-nos a uma discrepância nos julgamentos morais que realizamos em relação à sexualidade e aos valores intrínsecos a ela associados. Pois do mesmo modo que não se pode falar da sexualidade reduzindo-a à genitalidade também não se pode falar de 'neutralidade moral', quando se abordam comportamentos sexuais: como diz Marques e Prazeres, (2000 p. 27-28). "Uma pretensa 'informação sexual', reduzida às componentes biológicas e preventiva da sexualidade, nem é desejável, nem é isenta de referências éticas e morais (...)".

Todavia, estes valores devem possibilitar ao ser humano uma conduta autónoma, adotando escolhas conscientes e responsáveis nos distintos contextos quotidianos e que, conjuntamente permitam manifestar respeito pelos que nos rodeiam, resultando num relacionamento positivo e satisfatório para todos.

Kohlberg e Piaget estão de acordo quanto à importância de proporcionar relações cooperativas entre crianças, jovens e adultos jovens, como construção de uma moralidade autónoma. Poder discutir as regras, normas e leis que nos constroem, poder reconstruí-las e debatê-las com quem usa argumentos cada vez mais ricos, moralmente falando, tudo isto é central para o desenvolvimento moral.

Cada ser humano é um ser único que, durante o seu desenvolvimento físico, cognitivo, psicossocial, emocional e moral atravessa processos muito semelhantes, mas também com diferenças significativas, principalmente no desenvolvimento sexual. As características genéticas de cada indivíduo, as suas vivências, as suas sensações e emoções tornam-nos distintos. O controlo dos impulsos mais primários, em prol da evolução e da civilização, tem sido uma tarefa árdua do ser humano. Talvez seja essa determinação

que nos distingue dos outros seres vivos e tem contribuído para a nossa sobrevivência como espécie.

4.3 ABORDAGEM BIOECOLÓGICA

*“Não te encostes à parreira
Que a parreira larga pó
Encosta-te à minha beira
Sou solteiro e durmo só”.*
(Cabra Çega, ‘Maneio’, 2013)

Na teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1987), a compreensão do comportamento reside na estabilidade e mudanças das interações estabelecidas pelo sujeito com o meio, numa perspectiva ecológica. Ou seja, independentemente da idade, género ou cultura, o desenvolvimento do ser humano ocorre num sistema complexo, afetado por múltiplos fatores do meio ambiente, ao longo do ciclo de vida, sofrendo influências do contexto onde está vinculado e identificado.

Assim, o Modelo Ecológico parte da premissa de que o desenvolvimento do indivíduo é influenciado não somente pelos atributos individuais, mas também por todos os sistemas contextuais em que se encontra integrado.

O desenvolvimento, segundo esta perspectiva, é um fenómeno contextualizado e contínuo, que ocorre num tempo e num espaço determinado, com interinfluência entre as características individuais do ser humano e a estrutura dos cenários ambientais. (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Nesta perspectiva, o cenário potencia “uma conduta progressiva que possui um momento próprio e que tem um significado ou intenção para os que participam no contexto” (Bronfenbrenner, 1987, p. 65).

Na teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), Bronfenbrenner (1996) destaca a importância e a influência dos ambientes ecológicos. Segundo o autor, a análise destes espaços de interação possibilita o acesso às oportunidades de crescimento, aos momentos de estabilidade e instabilidade dos contextos, nos quais as pessoas estão inseridas, considerando as interações afetivas e as relações de poder na dinâmica interpessoal.

Ao longo das sucessivas reformulações, os seus principais conceitos foram revistos em relação à sua importância na compreensão do desenvolvimento humano. No primeiro modelo, o ambiente era o foco principal, pois o autor considerava que o contexto em que a pessoa está inserida e a forma como ela o apreende, é fundamental para compreender o

desenvolvimento. Com a Teoria dos Sistemas Ecológicos (1992), o autor contemplou de forma mais detalhada os aspetos do desenvolvimento vinculados à pessoa. Esta evolução originou uma expansão da compreensão do desenvolvimento, passando a ser considerados quatro aspetos interrelacionados: pessoa, processo, contexto e tempo (modelo PPCT). Sucessivas alterações deste modelo, deram origem ao Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano, atualmente denominado de Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Nesta teoria, surgem reforçadas as características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento e surge o constructo teórico “processos proximais”, percebido como “formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano” (Bronfenbrenner & Morris, 1998, p. 994).

Assim, a perspectiva ecológica de desenvolvimento humano, evidencia que cada **pessoa** se desenvolve na interação com o meio (**contexto**) onde atua (microsistema) e que, por sua vez, é influenciado por um sistema de relações e inter-relações (exossistema, mesossistema e macrosistema), sendo ainda o **processo** e o **tempo** componentes fundamentais desse desenvolvimento. A interação entre a pessoa e o ambiente incluiu os contextos e as relações e é esta a grande inovação desta teoria, embora igualmente teorize sobre pessoa e ambiente.

Assim no modelo PPCT, temos:

Pessoa: como um ser biológico e psicológico, que interage constantemente com seu contexto e é produto deste processo de interação, tendo esta uma compreensão espiral, multicausal e processual, que provoca alterações nas duas partes envolvidas. Bronfenbrenner (Idem), refere-se ao fenómeno de relutâncias e modificações que surgem na vida do ser humano em desenvolvimento, durante a sua existência. Ou seja, expansões e aproximações entre a pessoa e os diversos elementos do contexto, que se influenciam reciprocamente, contribuem para o desenvolvimento humano. É uma influência não linear e dinâmica e que se vai alterando qualitativamente ao longo do tempo. Esta abordagem tem em atenção as convicções do ser humano, o nível de atividade, o cariz, as motivações e metas, considerando-as características da pessoa em desenvolvimento. Segundo o autor, são fatores com impacto na vivência e nos contextos onde o indivíduo se insere. Associa ainda características pessoais como cor da pele, o género, que pode ter influência como os outros lidam com o indivíduo em desenvolvimento, assim como os valores e expectativas que se tem na relação social. Trata-se de condições que influem no processo de desenvolvimento. Contudo, nenhuma característica, por si só, pode influenciar o desenvolvimento.

Bronfenbrenner e Morris (1998) enumeram três tipos de características da pessoa que podem influir e modelar a trajetória do desenvolvimento humano:

- 1- **disposições** que podem colocar os processos proximais em movimento e continuam sustentando a sua operação; podem favorecer, porém isso depende também de outras forças e recursos; como exemplos dessas características temos a curiosidade, a iniciativa e a responsabilidade. Também podem retardar ou dificultar o acontecimento dos processos proximais, exemplos dessas, são a impulsividade, distração, apatia, insegurança e timidez.
- 2- **recursos** bioecológicos de habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento; não se relacionam com a disposição seletiva para a ação;
- 3- características de “**demanda**” (características da pessoa), que desencadeiam ou não reações do contexto social, que pode impedir ou favorecer a operação de processos proximais; a forma de interação pode trazer implicações para o curso de desenvolvimento da pessoa.

Processo: é considerado o mecanismo mais primário e envolve interações próprias entre a pessoa em desenvolvimento e o meio circundante. Funciona como motor do desenvolvimento e o seu poder varia em função do contexto, das características da pessoa e nos períodos de tempo que ocorre. Está relacionado com as ligações entre os diferentes níveis e é constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Ou seja, o ser humano, para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente necessita de ter uma participação ativa em interação recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. As formas duradouras de interação no ambiente imediato referem-se a processos proximais, que são interações contínuas e progressivamente mais complexas. Podem conduzir a dois resultados de desenvolvimento: a competência e a disfunção. A competência refere-se à aquisição e posterior desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, que orientam o comportamento da pessoa em direção a situações e domínios crescentemente avançados de desenvolvimento. A disfunção diz respeito à dificuldade da pessoa em manter o comportamento e a integração do comportamento nas variadas situações e domínios de desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Resumindo, os processos proximais, vivenciados com complexidade e regularidade são capazes de, em conjunto com as características da pessoa, favorecer seu desenvolvimento.

Contexto: no desenvolvimento humano o ambiente tem um papel determinante, em termos físicos, sociais e culturais. É uma condição e/ou evento que ocorre fora do organismo, que pode influenciar e/ou ser influenciada pelo pessoa em desenvolvimento. Ou seja, a pessoa tem uma percepção psicológica do ambiente e este interfere no modo como ela se desenvolve. A relação entre pessoa e ambiente é multidirecional, e os dois elementos inter-influenciam-se. Contudo, o ambiente não é apenas uma fonte de estimulações que

sugere respostas independentes, pois a pessoa tem um papel ativo e intencional, não é um elemento isolado. O contexto corresponde à interação entre quatro níveis progressivamente mais abrangentes, e que operam de forma concertada, influenciando o desenvolvimento humano que são: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (Bronfenbrenner, 1996). Em todos os níveis podem-se observar características impulsoras de desenvolvimento, que são os recursos materiais, físicos e sociais, a estabilidade desses recursos, e o modo como se apresentam, organizado ou desorganizado.

O **microssistema** define-se como o conjunto de relações entre a pessoa em desenvolvimento e o meio circundante imediato que contém a pessoa. É o padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa em desenvolvimento, num determinado contexto, ou seja, com outras pessoas, objetos ou símbolos, ocorrendo interações progressivamente mais complexas. Caracteriza-se como um contexto no qual ocorrem as atividades diárias da pessoa. A pessoa em desenvolvimento é influenciada pelas conexões entre as pessoas que o compõem.

O **mesossistema** é caracterizado pelas ligações e processos que acontecem entre dois ou mais ambientes que contêm a pessoa em desenvolvimento. Ou seja, é um modelo no qual o comportamento e/ou o desenvolvimento é considerado como uma função de processos que ocorrem em dois ou mais ambientes, ou das relações entre esses ambientes. A capacidade de um ambiente (a casa, a escola ou local de trabalho), de funcionar como um contexto para o desenvolvimento, é visto como dependente da existência e natureza das conexões sociais, entre os ambientes, incluindo participação conjunta, comunicação, e a existência de informação em cada ambiente sobre o outro (Bronfenbrenner, 2005). As transições à entrada da pessoa em novo contexto ecológico são uma das possíveis interações representadas pelo mesossistema. O contributo da transição para o desenvolvimento da pessoa advém dela se envolver com novas atividades e novos tipos de estruturas sociais (Idem). Consequentemente, desempenha novos papéis e altera o modo como os outros sujeitos a tratam, como agem com ela, o que fazem e até mesmo como eles pensam e se sentem.

O **exossistema** refere-se aos contextos que não envolvem de forma direta o indivíduo e no qual este não participa, mas cujos acontecimentos influenciam ou podem ser influenciados pelo contexto em que o indivíduo está inserido.

O **macrosistema** consiste no nível mais abrangente e integra a cultura, os padrões ideológicos e de organização social e que influenciam ou podem influenciar transversalmente os sistemas anteriores. Consiste no padrão de características do micro, meso e exossistema de uma dada cultura, subcultura ou outra estrutura social. Nele situa-se o que se refere aos sistemas de crenças, recursos, oportunidades, estilos de vida, opções

de curso de vida e padrões de mudança sociais inseridos nos sistemas. Segundo Bronfenbrenner (2005), o macrosistema é representado por padrões similares de estilos de vida e ideologias, que se refletem nas metas e práticas de socialização. Logo, as condições de vida experienciadas por um determinado grupo específico, seja socioeconómico, étnico ou religioso são propensas a serem idênticas. Como exemplo, podemos referenciar as políticas públicas, pois inserem os seus cidadãos em um determinado modelo de serviços.

A capacidade de desenvolvimento da pessoa é restringida pelas condicionantes existentes de uma cultura em um determinado tempo histórico. Para Bronfenbrenner e Morris (1998), desenvolvimento refere-se à estabilidade e modificações nas características biopsicológicas do ser humano ao longo do curso de vida e das gerações, sendo tão importantes quanto as características de uma mesma pessoa no tempo.

O **Tempo** permite examinar a influência de mudanças e continuidades no desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida. É a ligação das múltiplas dimensões de temporalidade. Assim, Bronfenbrenner estruturou o conceito de cronossistema (aspecto temporal relacionado com as transições que vivemos no curso de nossas vidas). Este possibilita analisar as influências no desenvolvimento da pessoa e as mudanças (e continuidades) ao longo do tempo no ambiente no qual a pessoa vive. Esta inclusão sugere a identificação da mudança constante e da impossibilidade de desenvolvimento, sem o estabelecimento de processos interacionais. As interações ocorridas no cronossistema exercem uma influência cumulativa nos processos significativos de desenvolvimento humano.

Considera também que há dois tipos de transições: **normativas** (eventos do curso normal da vida, como entrada na escola, puberdade) e **não-normativas** (eventos não esperados, como divórcio, mudanças de residência). Essas transições são importantes, pois podem servir como uma força que impulsiona a mudança desenvolvimental, isto, porque afetam o desenvolvimento dos processos familiares.

O jovem, ao ingressar na faculdade, num novo contexto, como estudante universitário, pode alterar as suas atitudes, expectativas e padrões de relacionamento entre pares, familiar e comunidade. Assim, assume o centro do sistema com todas as suas características, interagindo com o nível **microssistema**, o mais próximo, pois consiste na base de todo o processo de desenvolvimento humano. Integra as relações com o seu ambiente imediato, representadas pela participação, pelo equilíbrio e poder, pela reciprocidade desenvolvida quer com a família, quer com os seus pares e com a comunidade educativa da faculdade, ocupação de tempos livres e organizações desportivas. Nesses ambientes, o jovem desenvolve determinados padrões de atividades e papéis sociais, numa interação face-a-face em ambientes com características físicas, sociais e

simbólicas particulares, progressivamente mais complexas em interação com o meio ambiente, interagindo com outros contextos.

Neste nível, os jovens devem avaliar e caracterizar o padrão de atividades, papéis e relações sociais experienciadas, em desenvolvimento num determinado ambiente, tendo implícito as suas vivências e dando destaque ao modo como essa realidade é percebida (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Segundo Sardinha, Matos e Loureiro (1999), os jovens valorizam os pais como fonte de socialização primária, pois facultam modelos e reforçam de uma forma positiva ou negativa, crenças, atitudes, valores e comportamentos relacionados com a saúde, com atitudes mais ou menos permissivas, sendo desta forma elementos chave a incluir neste processo educativo.

O contexto **mesossistema** compreende as interligações e processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes que englobam o jovem em desenvolvimento. Indica as ligações entre dois ou mais microsistemas, nos quais o jovem está envolvido, de forma mais ou menos ativa, e as suas inter-relações. Estas são análogas às relações que estabelece entre a escola e a família e vice-versa. Neste nível, temos as interações entre a família, a escola e o grupo de amigos.

A nível do **exossistema**, um contexto mais alargado, estão as estruturas sociais, que influem os contextos imediatos em que o jovem se encontra, mesmo que estes não participem nelas diretamente. Entre outros, temos o contexto de trabalho dos pais, os média, os sistemas de comunicação e transportes, as redes informais de comunicação, os serviços de saúde, a rede de segurança social. Há ligações e processos entre os ambientes, nos quais podem ocorrer eventos que podem influir sobre os processos, dentro do ambiente imediato que contém o jovem (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Neste nível, pode-se avaliar a influência de alguns contextos na adesão e /ou manutenção de determinados comportamentos de saúde.

O **macrossistema** consiste no padrão externo dos microsistemas, mesossistemas e exossistemas próprios de uma determinada cultura, subcultura ou outro contexto social maior. Pode ser considerado como a estrutura social de uma cultura e inclui o sistema de crenças, recursos, riscos, estilos de vida, estruturas, oportunidades, opções de vida e padrões de intercâmbio social que estão compreendidos em cada um dos sistemas. O macrossistema influencia, positiva ou negativamente, o jovem e abrange o quadro social global em que este está incluído. É dinâmico e está em constante movimento (Bronfenbrenner, 1996).

O **cronossistema** inclui a dimensão temporal no contexto de vida, compreendendo as mudanças e os eventos surgidos ao longo do tempo e a sua influência no jovem. A dimensão cronológica, relacionada com as características próprias da fase do ciclo de vida

do jovem, é importante, pois nesta fase de desenvolvimento as situações de risco são encaradas com um otimismo utópico e entendidas como longínquas no tempo, em consequência de crenças na invulnerabilidade pessoal, própria desta fase de vida.

O tempo é um fator que influencia a pessoa e os grupos ao longo dos tempos. Bronfenbrenner (2005) aponta as suas dimensões:

- 1) **microtempo** sempre que se observa a persistência do jovem no decurso de atividades molares (comportamentos contínuos que possuem um momento ou tensão própria e são percebidos pela pessoa como tendo um significado ou intenção);
- 2) **mesotempo** – durabilidade e frequência do evento, mesmo quando a pessoa transita de um microsistema para outro;
- 3) **macrotempo** percebido como marco histórico e social e que se prolonga pelas gerações.

Para Elder (1998, cit. por Bronfenbrenner, 2005), existem quatro princípios presentes ao longo do ciclo vital:

Primeiro - o desenvolvimento do curso de vida do indivíduo está englobado e é formatado pelos contextos e eventos que surgem na época histórica de vida da pessoa.

Segundo – o sincronismo entre as transições biológicas e sociais, aludidas com a idade e as expectativas de papéis determinados culturalmente têm influência sobre o desenvolvimento humano.

Terceiro – os diferentes membros de uma família têm vidas interdependentes, mas a reação de um membro a um evento afeta o desenvolvimento dos diferentes familiares.

Quarto – as escolhas pessoais e os seus comportamentos retratam o seu próprio tempo e influenciam o desenvolvimento pessoal.

O desenvolvimento humano é decorrente de um processo co-extensivo ao ciclo de vida de compromissos entre o indivíduo e o ambiente. Assim, segundo Bronfenbrenner (1987), o desenvolvimento humano só é compreensível dentro do contexto natural pessoa-ambiente, onde ocorre o comportamento. Afirma, ainda, que o organismo humano deve ser concebido como um todo funcional, um sistema integrado, no qual vários processos psicológicos (afetivos, cognitivos, emocionais e sociais) operam numa interação mútua coordenada.

Este modelo, resumido no Apêndice VII (Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner Adaptado Ao Estudante Do Ensino Superior) vem completar a abordagem feita sobre o desenvolvimento do jovem. Permite contemplar um conjunto de dados que vão ajudar na compreensão dos comportamentos, atitudes e valores dos estudantes do ensino superior, no seu percurso para a autonomia, quer de uma forma individual, quer grupal. Os diferentes ambientes podem interferir no seu desenvolvimento e nas sucessivas transições, porque o jovem adapta-se através de intercâmbios com os sistemas mais imediatos (família) ou mais

distantes (ensino superior). Contudo, os diferentes sistemas devem manter um equilíbrio dinâmico, para que o jovem adote decisões em relação à sua vida, promovendo um desenvolvimento saudável e contribuindo para melhor saúde coletiva em comunidade, aumentando assim a qualidade de vida.

Os estudos sobre o desenvolvimento do estudante universitário, de acordo com diversas perspectivas teóricas, salientam a necessidade deste possuir e desenvolver competências pessoais e sociais, fundamentais à criação e desenvolvimento de relacionamentos maduros e fidedignos, significativos para a consolidação da identidade (Chickering & Reisser, 1993). Para Bronfenbrenner (1996), o desenvolvimento ocorre quando o jovem adulto é confrontado com novos desafios, responsabilidades, expectativas e papéis. Quando os desafios são compatíveis com os seus recursos (competências, nível de suporte e apoio), o jovem consegue enfrentá-los e resolvê-los adequadamente, num processo pessoal de desenvolvimento.

Já para Chickering e Reisser (1993), para que ocorra o desenvolvimento é fundamental que surjam desafios apropriados ao seu nível de maturidade. Neste parâmetro, o meio ambiente desempenha um papel decisivo no ajuste do indivíduo, influenciando a qualidade do seu desenvolvimento. Para se envolver e interagir é necessário, por um lado, possuir competências e, por outro, acreditar nelas, para haver uma interação dinâmica e recíproca entre indivíduo e meio ambiente.

É ainda essencial a disponibilidade de apoio que pode ser da família, dos amigos, dos pares, dos docentes, da instituição que acolhe o jovem adulto e da própria capacidade do indivíduo para procurar. Para Astin (1997) é igualmente importante proporcionar, ao estudante, estímulos académicos e sociais, no sentido da promoção da aprendizagem e do desenvolvimento. Daí a importância do jovem em envolver-se nas atividades académicas e sociais proporcionadas pela instituição que o acolhe, num ambiente socializador. Quanto mais envolvido estiver, mais positivo será o seu autoconceito. O jovem estudante é um sujeito ativo dinâmico, que cria e recria, de modo progressivo, o meio onde se insere e contribuindo para o seu desenvolvimento.

CAPÍTULO 5 – JOVEM UNIVERSITÁRIO E SEXUALIDADE... A DIGRESSÃO

As representações sociais que giram em torno da sexualidade são múltiplas. Falar de sexualidade significa muitas vezes falar de repressão, poder, preconceito, interdição do corpo, desejo, paixão, prazer, vida, morte, mitos, crenças, IST, conhecimento, atitudes, comportamentos, projeto de vida a dois. Neste capítulo vamos abordar o conceito de atitude, comportamento e conhecimento e o modo como interferem com a sexualidade. Abordaremos ainda os comportamentos de risco, como as IST e os consumos aditivos. A saúde sexual e reprodutiva, as relações românticas, a intimidade e as vivências, também serão alvo de pesquisa/reflexão. Terminamos com uma abordagem ao estudante universitário e o seu mundo e, a relação com os seus pares e os estilos de vida saudáveis e o educar para mudar.

5.1 ATITUDES E COMPORTAMENTOS

*“Não são as nossas atitudes que mostram quem realmente somos;
são as nossas escolhas.”*

(Rowling J., 2000)

A atitude no quotidiano do ser humano pode assumir diferentes significados, conforme o contexto onde está inserido, pois no dia-a-dia é utilizada indiscriminadamente quer seja para designar um comportamento, um pensamento ou uma posição corporal. Independentemente desta abordagem simplista, começou a ser alvo de estudo e surgiu o conceito moderno, originário de várias áreas do conhecimento.

Gordon Allport, no seu primeiro livro de psicologia social em 1935, demonstra o interesse do estudo das atitudes para contemplar disposições exploradas pela psicologia da personalidade. O facto de as atitudes abrangerem as orientações do ser humano relacionadas com vários aspetos ambientais, as outras pessoas, a cultura e a sociedade, fez com que o conceito de atitude se tornasse um dos preferidos pela Psicologia Social no séc. XX (Allport, 1966). O referido autor relacionou duas características principais de atitudes: elas têm sempre um objeto de referência; fazem com que os indivíduos se aproximem ou se afastem deste objeto, representando assim uma relação dinâmica. (Ibidem).

As atitudes, são relatadas como algo que é adquirido pelo ser humano, isto é, o indivíduo não nasce com atitudes pré-definidas, mas estas evoluem em função das

vivências e experiências pessoais. Contudo, devido a influências externas, as atitudes estão suscetíveis às mudanças, têm durabilidade variável e ostentam uma dimensão afetiva.

Uma atitude, segundo Ajzen (1988), é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento. Para Eagly e Chaiken (1993, p.1), é “uma tendência psicológica que é expressa através da avaliação de uma entidade particular com algum grau de favor ou desfavor”. Já para Rodrigues *et al.* (2000), a atitude é um resultado direto do método de conhecimento do meio social que circunda o ser humano, através de sentimentos em relação a objetos e pessoas que tem proximidade; definindo-a como sendo “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto” (2000, p.98). Para Hogg e Vaughan (2005, p.150), é "uma organização relativamente duradoura de crenças, sentimentos e tendências comportamentais no sentido de objetos socialmente importantes, grupos, eventos ou símbolos". Definir as atitudes como um pressuposto, é considerá-las variáveis elucidativas da relação entre estar e o comportamento que o ser humano manifesta (Vala & Monteiro, 2006).

Embora seja difícil, definir a concepção de atitude, é muito comum pelo facto de ser um constructo intermediário entre o modo de agir e a tendência dos indivíduos, assumindo um papel do ato do comportamento face a um fenómeno ou objeto claramente identificado. As atitudes têm a ver com as tendências do comportamento e não são diretamente observáveis, ou seja, não é uma condição esclarecedora da relação entre a situação em que as pessoas se encontram e o comportamento. Relaciona-se com os processos de dedução sobre os processos psicológicos internos do indivíduo feita a partir dos seus comportamentos.

As atitudes podem-se expressar transversalmente por um julgamento e/ou uma resposta avaliativa considerada numa vertente dicotómica, favorável ou desfavorável, com posições e intensidades extremadas que se traduz em respostas cognitivas, afetivas e comportamentais. A cada uma destas respostas estão associados atributos e, Rodrigues *et al.* (2000), declaram que a atitude é composta por três componentes ou elementos que estão inter-relacionados entre si na sua constituição, em relação a todo objeto desta atitude, assim temos as:

- a) **Atitudes cognitivas** – que são a expressão de pensamentos, informações, opiniões – que se formam ao longo da existência do homem – ou crenças, que fazem a ligação do objeto de atitude aos seus atributos ou consequências e exprimem uma avaliação mais ou menos favorável – carga positiva, negativa ou neutra. Precede à avaliação uma representação cognitiva desse objeto. A

representação cognitiva formada pode ser vaga – afeto ou carga em relação ao objeto é pouco intensa – ou errada – não influencia a intensidade do afeto ou carga –, mas pode contudo, conduzir a uma atitude negativa, neste caso formando um preconceito. Esta componente está relacionada com o desenvolvimento de estados emocionais positivos/negativos e com a sua mudança, portanto, informações discordantes originam incoerência cognitiva. A tentativa de repor a coerência está na base da mudança de atitude. Exemplo desta situação é quando a incoerência provoca mal-estar emocional que surge de múltiplos modos na nossa vida, é o caso de: quando se tem um comportamento que é discrepante das atitudes; quando se faz algo com o qual não se concorda; quando se toma uma decisão e não temos a convicção se foi a mais íntegra.

- b) **Atitudes afetivas** – que se referem às emoções e sentimentos provocados pelo objeto de atitude. Esta componente é considerada a que melhor descreve as atitudes. Os componentes cognitivos e afetivos da atitude tendem a ser congruentes entre si. Quando isso não ocorre ou surge uma alteração, começa um processo de reparação, conduzindo assim a uma reorganização atitudinal, através da mudança na componente não alterada. Existe uma correlação entre o cognitivo e o emocional, e, através da alteração da componente cognitiva sobre as coisas, é possível modificar conscientemente as atitudes tornando-as mais positivas, e assim permitir um bem-estar emocional. Exemplificando, existe uma interdependência entre as informações e o sentimento que se tem sobre elas, e com alteração / revisão das crenças, informações, opiniões alteram-se as atitudes de forma a restabelecer o bem-estar emocional.
- c) **Atitudes comportamentais** - que se relacionam com os comportamentos ou intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar. É a componente da atividade e resulta da concordância da cognição com o afeto, que estimula o comportamento, ou seja uma disposição para a ação.

As atitudes podem ser consideradas como bons preditores de comportamento expresso devido ao seu caráter impulsionador da ação, dado que existe uma relação entre atitude e comportamento.

Para Vala e Monteiro (2006), quase tudo pode ser objeto de atitudes, reportando-se estas a objetos específicos presentes ou a algo que os recorda.

Para Katz (1960) as pessoas mantêm as suas atitudes pelo facto de estas se apresentarem ao nível das motivações psicológicas e não ao nível do acaso de acontecimentos e circunstâncias exteriores. Assim, este autor preconiza que as atitudes podem realizar duas funções: 1) a instrumental, ou avaliativa, referente a avaliação da relação de custos/benefícios da atitude; nesta situação o ser humano normalmente decide-se pela atitude que lhe possibilite conquistar a melhor integração social, maximizando as recompensas sociais e, minimizando as punições; 2) simbólicas, ou expressivas, referente à aplicação das atitudes como modelo de transmissão de valores ou da identidade da pessoa, consentindo proteger-se contra conflitos internos ou externos e assim resguardar a sua imagem.

De realçar ainda que um conjunto de opiniões sobre um determinado assunto concentra-se para formar uma atitude sobre esse tema.

As atitudes são um processo fundamental, através do qual o ser humano elabora e determina a sua vivência e modo de atuação no seu contexto. Pode-se por isso pensar nas atitudes como modelos/referências que possibilitam atuar perante os valores. Segundo Neto (2000), existem cinco teorias para a formação de atitudes que têm sido alvo de estudo dos investigadores, que são as que se pode analisar no Quadro 11.

Quadro 11 - Teorias para a formação de atitudes

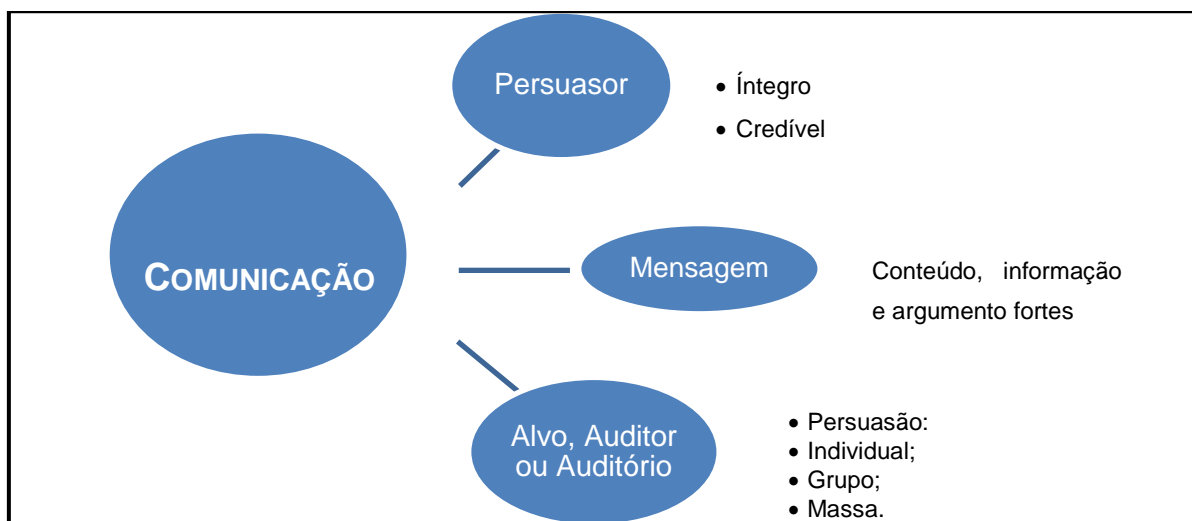
TEORIA		ATITUDE
CONDICIONAMENTO CLÁSSICO	<ul style="list-style-type: none">• Associação de um estímulo neutro a outro que provoca uma resposta. O estímulo inicial deixa de ser neutro e provoca a resposta sem necessidade do segundo.	<ul style="list-style-type: none">• Resposta avaliativa condicionada por objetos do meio;• É possível condicionar as atitudes.
CONDICIONAMENTO OPERANTE	<ul style="list-style-type: none">• Ênfase do papel do reforço na formação da atitude.	<ul style="list-style-type: none">▪ Privilegia-se as que sejam alvo de reforço pela sociedade e abandona as desaprovadas.
APRENDIZAGEM SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">• Aquisição de respostas por observação, aprendizagem e imitação de modelos.	<ul style="list-style-type: none">• Formam-se pela observação das atitudes de outras pessoas, por quem se tem grande admiração.
APRENDIZAGEM POR EXPERIÊNCIA DIRETA	<ul style="list-style-type: none">• Experiência direta do fenómeno a estudar.	<ul style="list-style-type: none">• Podem-se formar e mudar quando de se estabelece contacto direto com as pessoas e as realidades que nelas intervêm.
OBSERVAÇÃO DO PRÓPRIO COMPORTAMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Observação do próprio comportamento.	<ul style="list-style-type: none">• A auto- percepção do comportamento pode alterar as atitudes.

O autor aborda ainda a 'Mudança de Atitude', como uma componente importante para a mudança e a estabilidade. Atualmente o ser humano é 'assediado' e bombardeado permanentemente através dos meios de comunicação social, de organismos de múltiplas origens, por pedidos para adesão a campanhas, referendos, partidos políticos, tudo isto com

o objetivo de influenciar o outro para ter o mesmo tipo de visão ou de opinião. Para Kendler (1974) citado por Neto (2000), este fenómeno de 'pressão' chama-se persuasão que é a capacidade de argumentar perante o outro na tentativa de influenciar a sua atitude. Este tipo de comunicação, esquematizado na Figura 6 que se segue, é composto por três itens: o persuasor, que tem que ser íntegro e suficientemente credível perante o auditório; a mensagem, que tem que ter conteúdo, informação e argumento fortes; e o alvo, auditor/auditório, que tem três dimensões: a persuasão individual, de grupo e de massa.

Quando a persuasão é individual, um indivíduo tenta persuadir outro, como, por exemplo, quando um rapaz tenta convencer uma rapariga a sair com ele; diz-se que a persuasão é de grupo quando se tenta persuadir, por exemplo, uma turma; e é de massa quando se tentar mudar de atitude uma sociedade, como, por exemplo partidos em campanha.

Figura 6 - Componentes da Comunicação



As atitudes têm um papel muito importante no quotidiano do ser humano, elas têm várias funções, destas são consideradas básicas as funções: - instrumental ou de ajustamento, - ego-defensiva, - expressão de valores e a de conhecimento. Na primeira, a função instrumental ou de ajustamento tem como pressuposto o reforço e a punição, a atitude é formada tendo em conta a recompensa que poderá obter. A segunda, ego-defensiva, está relacionada com a proteção própria, ou seja, protege o indivíduo distorcendo a realidade se esta se apresentar incongruente com a sua autoimagem e os seus valores. A terceira, expressão de valores, faz o indivíduo expressar atitudes apropriadas aos seus valores pessoais e ao autoconceito. A última, de conhecimento, pretende dar significado e ser organizadora de perceções, (Katz, 1960). Está aliada à tarefa de adaptação social, ou seja, é através das atitudes que os indivíduos exprimem os seus valores, permitindo que os

seus pares os reconheçam e formem grupos de conveniência estáveis e harmoniosos. Para este autor, as atitudes têm ainda um papel 'heurístico' pois permitem adotar um comportamento mais adequado a cada experiência vivenciada, abreviando o tempo de processamento das informações necessárias à manifestação das condutas sociais. Assim as atitudes ajudam a determinar qual a pessoa que se escolhe para namorar ou a música que se vai ouvir entre as múltiplas hipóteses de escolha.

As atitudes estão também associadas a diversas manifestações, como crenças, valores e opiniões, e envolvem avaliações de objetos sociais (Saucier, 2000). De acordo com Fabrigar e Wegener (2010), as atitudes são avaliações gerais e duradouras que variam de um extremo positivo a um extremo negativo, dos objetos presentes no mundo social, o que abrange pessoas, grupos, comportamentos etc. Nesse sentido, "elas integram as cognições e afetos sobre tais objetos" (Crano & Prislin, 2006, p.349). Múltiplas técnicas foram desenvolvidas para mensurar as atitudes. As investigações nessa área evoluíram sempre à procura de modelos mais sofisticados e capazes de explicar os processos psicológicos responsáveis pela formação e mudança de atitudes, assim como pela relação entre atitudes e comportamento. Nos discursos correntes ouvem-se expressões 'formação de atitudes' e 'mudança de atitudes' mas embora "sejam frequentemente usadas em conjunto, elas encontram-se, na realidade, vinculadas a processos distintos" (Ibidem). Porque a formação de atitudes acontece de modo não consciente, através de uma aprendizagem reflexa ou mediante a exposição a estímulos afetivos vivenciados como positivos. Já a mudança de atitudes, acontece, por norma, de modo consciente que é explicada, hoje, pelos modelos de processos duais (Fabrigar & Wegener, 2010), que lideram a pesquisa na área de persuasão.

Como ocorre então a mudança de atitude? Se os 'recetores' estiverem motivados e as mensagens forem convincentes e abrangerem argumentos consistentes, assentes na realidade e organizados de modo lógico e racional, serão capazes de gerar mudanças atitudinais baseadas nesses argumentos, as quais provarão ser duradouras e resistentes a mudanças. Se, pelo contrário, os 'recetores' estiverem desmotivados ou se não tiverem capacidade razoável para adequadamente processar as mensagens, recorreram a indicativos periféricos e mais facilmente acessíveis – da fonte, da mensagem ou da situação – para processar as mensagens. Nestes casos, por vezes recorrem a norma do consenso e, simplesmente, concordam com a maioria; contudo, nestes casos as mudanças atitudinais são, menos estáveis e resistentes à mudança. Para Crano e Prislin (2006), os modelos duais sustentam que a fonte e a mensagem têm funcionalidades distintas e interagem com a motivação e a aptidão na configuração do processo de mudança de atitudes, ou seja, as

mudanças de atitudes dependem da motivação e aptidão do ser humano para produzir informações indispensáveis à mudança.

A relação entre as atitudes e o comportamento é outra área de investigação. Estudos recentes evidenciam que determinadas características organizacionais das atitudes são responsáveis pela maior ou menor capacidade de estas preverem o comportamento (Fabrigar & Wegener, 2010). Quanto aos pressupostos que se tem aferido desta relação, refere Ferreira (2010) na linha de Schwarz, que costuma emergir maior consistência entre juízos atitudinais e comportamento quando os dois tipos de respostas se apoiam em 'inputs' ou 'informações similares'.

Ainda Ferreira (2010) refere que atitudes mais automáticas costumam prenunciar comportamentos mais espontâneos e que, atitudes mais determinadas costumam prenunciar comportamentos mais conscientes. Analogamente, mudanças de atitudes apoiadas em "processos lógicos, motivados e conscientes apresentam maior probabilidade de influenciar o comportamento" (Crano & Prislin, 2006, p. 352). Atualmente, o progresso encaminha-se no sentido de mensurar as atitudes e os investigadores cada vez mais optam por medidas que captam as avaliações mais automáticas e não conscientes – medidas implícitas, como os testes de associações de palavras, por exemplo. Os estudos caminham para o esclarecimento das circunstâncias em que as atitudes são formadas e modificadas, assim como as ligações com o comportamento.

As atitudes têm um papel determinante no comportamento. Relacionado com o nosso estudo merecem-nos mais atenção as atitudes relacionadas com a sexualidade dos jovens adultos, pois estas motivam a adoção de determinados comportamentos sexuais. Segundo Alferes (1997) e Domínguez *et al.* (1996), a componente mental do comportamento sexual começa a delinear-se após a ação de estímulos, internos ou externos, com propriedades eróticas que podem ou não estar baseados na aprendizagem. Essa atividade mental consiste na interligação de diversos processos mentais de diferentes naturezas, com ação distinta. Assim, temos: processos afetivos, informativos e imaginativos – fantasias – que estão mais associados aos estímulos; processos fisiológicos, expectativas e processos, avaliativos – atitudes e valores – que estão mais associados às respostas comportamentais abertas. Os referidos autores entendem as atitudes como predisposições, mais ou menos estáveis, para que o ser humano se comporte de determinada maneira quando confrontado com determinada situação. Existe uma correspondência entre atitudes e valores, assumindo que as atitudes podem ser ensinadas e aprendidas.

Para Neto (2000) as atitudes e os comportamentos variam de acordo com as gerações e as culturas e, nas últimas décadas nas sociedades ocidentais, as atitudes sexuais dos mais jovens consentiram uma mudança permanente com um crescimento da

permissividade, sobretudo em questões como a importância de casar virgem e a homossexualidade. Essa mudança que interfere nas atitudes, assim como nos valores dos jovens adultos tornando-os diferentes dos seus pais e avós; eles são mais liberais no pensamento sobre sexualidade. Mas estão, em consonância com os jovens de épocas passadas ao considerarem que o sexo casual e exploratório é condenável, mesmo que tenham vivenciado essas experiências, eles consideram, em contradição aos jovens de épocas passadas, que a relação sexual pré-nupcial com amor que antecede o casamento é aceitável. Contudo só 25% dos jovens sexo masculino e 48% das jovens evocam os sentimentos como a principal razão para iniciar a atividade sexual (Shaffer, 2005; Laumann, Gagnon, Michael e Michaels, 1994).

Vários estudos têm evidenciado a diferença entre as diversas culturas e gerações das atitudes e comportamentos assim como dentro dos dois sexos que contribuiu para interações diferentes dentro da sexualidade. Assim, a atitude é um agente imprescindível para a adoção de determinadas interações sexuais. Outros estudos debruçaram-se sobre as atitudes sexuais analisando o seu desenvolvimento na sociedade contemporânea e as relações com variáveis como religião, educação, consumos aditivos entre outras, tendo concluído que existem algumas correlações entre elas (Uecker *et al.*, 2007; Barkan, 2006; Bozon, 2004; Zaleski, 2000; Engs e Mullen 1999). Apesar dos múltiplos estudos, não têm emergido variáveis explícitas que associem aos jovens as atitudes que eles atualmente aderem, diferentes das gerações precedentes, e o porquê dessa descontinuação. Contudo, uma variável tem-se mantido imutável, embora com valores cada vez mais próximos, ao longo das gerações que é a dos rapazes iniciarem atividade sexual mais cedo do que as raparigas (Matos, 2010; Cantante, 2001; Pais, 1998; Alferes, 1996).

O primeiro estudo realizado sobre atitudes e comportamentos sexuais é atribuído a Kinsey no final dos anos 30 do séc. XX, que durante duas décadas entrevistou mais de dez mil indivíduos, sendo que dos dados emergiram os seguintes resultados: cerca de 85% das mulheres tiveram uma relação pré-marital, e cerca de 25% tiveram um caso extraconjugal, revelava ainda a existência de preconceitos e 'tabus' relacionados com masturbação, relações extraconjugais e homossexualidade (Kinsey, 1998a). Este estudo foi muito criticado. Até aos anos 80 deparamo-nos com uma cada vez maior permissividade em questões relacionadas com atitudes sexuais, altura em que surge HIV/Sida e partir daí surge um declínio.

Atualmente a maior mudança está relacionada com a idade do início da atividade sexual que cada vez ocorre mais cedo para os dois sexos (Matos, 2010; Cantante, 2001; Alferes, 1997). Mas a principal mudança advém do 'padrão duplo', pois, atualmente, a ideia de que determinadas práticas estavam associadas ao género foi desmerecendo, porém, não

foram abolidas. Num estudo realizado a estudantes universitários nos fins da década de noventa nos EUA, foi revelado que estes consideravam que uma mulher que tivesse vários parceiros sexuais era mais imoral do que o homem que tivesse o mesmo comportamento. Contudo, nas sociedades ocidentais a disparidade tende a ser menos evidente. Todavia, não podemos menosprezar as normas sexuais atualmente vigentes que cada vez parecem ser mais nebulosas e provocam confusão nos jovens adultos. Eles têm que decidir e fazer as suas escolhas num leque variado, disperso, confuso, desregrado e contraditório com que são apresentados, o que não é nada fácil. Estão numa dicotomia, têm os pais, educadores e preceptores evocando os valores para a tomada de decisão e enumerando as vantagens do adiamento do início da atividade sexual, assim como os perigos das IST (Infeções sexualmente transmissíveis). Por outro lado, têm os 'media' com as cerca de 12 000 imagens de comportamentos e insinuações sexuais que observam anualmente na televisão, muitas vezes promíscuas, paralelamente com estímulos dos pares e outros para serem aceites e populares. Tudo isto pode induzi-los ao início da atividade sexual e simultaneamente a comportamentos de risco. Como se não bastasse, sobrevém o comportamento sexual dos irmãos mais velhos, funcionando como acréscimo de mais um ingrediente para a 'balbúrdia total', induzindo para a ocorrência mais precoce da atividade sexual (Papalia *et al.*, 2006; Shaffer, 2005).

Em Portugal, os trabalhos realizados por Ramos e Carvalho (2005) e Alferes (1997) centram-se igualmente no estudo das perceções do modelo do duplo padrão de moral sexual, principalmente entre adolescentes e jovens adultos. Da análise dos resultados verifica-se a existência de mudanças atitudinais entre os jovens e adolescentes, convergindo para uma moralidade sexual mais igualitária entre os dois sexos. O trabalho realizado por Ramos e Carvalho (2005), com estudantes universitários do sexo feminino de uma universidade em Lisboa, tinha por finalidade compreender as atitudes dessas estudantes relativamente à presença de um DPS; os autores concluíram que a maior parte das alunas inquiridas sustentam que a permissividade social, em relação à sexualidade, seja igualitária entre homens e mulheres, percecionaram ainda, nos outros, e na sociedade envolvente a valorização do DPS.

Há no entanto diferenças entre as práticas sexuais dos rapazes e das raparigas; assim, nos rapazes as experiências sexuais iniciais raramente ocorrem num contexto interpessoal, com expectativas de envolvimento emocional duradouro ou contínuo, enquanto as raparigas são mais vulneráveis e sensíveis a envolvimento emocional. O comportamento sexual dos rapazes tende a ser relativamente instrumental ou orientado para objetivos, menor compromisso relacional, enquanto as raparigas subordinam mais a atividade sexual à expressividade e sensibilidade, o sentimento, o afeto, o compromisso

relacional. As mulheres são mais conservadoras, em termos de atitudes, do que os homens sobretudo no que respeita à virgindade e a culpabilidade em relações sexuais sem compromisso normal (Cantante, 2001).

No início dos anos 80, os rapazes e raparigas aproximam-se em termos das suas atitudes sexuais, tornando-se mais permissivos; as atitudes mais conservadoras aparecem associadas aos mitos sexuais e à culpa. No entanto, estas atitudes e comportamentos mais permissivos, sofreram alguma inversão no final da década de 80 e na década 90 sobretudo no que respeita ao sexo pré-matrimonial, mostrando-se ambos os sexos mais conservadores, facto a que não será alheio o evento social da HIV/SIDA. Os rapazes, no entanto, esperam ter comportamentos sexuais mais íntimos em fases precoces do relacionamento, ao passo que as raparigas continuam a associar intimidade e compromisso, adiando esses comportamentos para as fases posteriores do relacionamento.

Após recolha de informações de vários estudos, Lerner e Spanier (1980) cit. por Lerner (2002) concluem: os rapazes tendem a ter a sua primeira relação sexual mais cedo do que as raparigas; o primeiro parceiro sexual dos rapazes não é a namorada mas resulta de encontro casual, enquanto na rapariga é alguém com quem está afetivamente comprometida; é menos provável que um rapaz volte a ter relações sexuais com a sua primeira parceira, o que não acontece com as raparigas; a primeira relação sexual é menos planeada nos rapazes do que nas raparigas; os rapazes comentam a experiência mais cedo, tanto com colegas, como com adultos, e têm maior probabilidade de verem o seu comportamento reforçado; os rapazes relatam uma menor culpabilidade por verem o seu comportamento reforçado. Conclusões idênticas surgem no estudo de Cantante (2001).

As atitudes na área da sexualidade têm uma importância especial que decorre do envolvimento de todos os indivíduos nos referentes atitudinais. Assim a atitude perante a sexualidade é uma condição fundamental para a adoção de determinadas interações sexuais. Hendrick e Hendrick (1987) previnem para o caso de existirem variedades expressivas entre os distintos estilos de amor e as atitudes perante a sexualidade mediatizando as relações afetivas que a pessoa mantém em relação a própria sexualidade, o que evidencia o carácter indispensável das atitudes sexuais na vivência da sexualidade. Todavia são inúmeros os autores, dos quais destacamos Matos *et al* (2011), Alberoni, (2007), Papalia *et al.* (2006), Cantante (2001), López e Oroz, (1999), Alferes (1996), Hendrick e Hendrick (1987), Master e Johnson (1966) e Kinsey (1998b) que alegaram que os homens propendem a demarcar os desejos e comportamentos sexuais dos sentimentos e procedimentos amorosos, mais que as mulheres, pois estas demonstram mais laços afetivos e mais amor, vendo a sexualidade como uma forma de comunicação de afetos e emoções que se materializam nas complexas relações intra e interpessoais.

Não obstante, um episódio único e singular pode conduzir a uma determinada atitude, operacionalizando a atitude que uma pessoa tem sobre sexualidade, que foi formada ao longo das diversas fases do ciclo vital, vai influenciar/condicionar as suas escolhas em termos da vivência da sua sexualidade. Porém, convém não esquecer que um comportamento desajustado pode acarretar danos irreversíveis para toda a vida. Também, agentes como a comunicação social e mesmo a internet têm grande influência na construção de atitudes.

Os conhecimentos em relação a um dado objeto, as experiências adquiridas pelo sujeito ou mesmo com os outros, são influenciadores do desenvolvimento das atitudes. Assim sendo, na adolescência/ juventude o jovem é confrontado com diversas fontes de informação: os pais, os professores, o grupo de pares, os amigos, os/as namorados/as e os meios de comunicação social que lhes transmitem informações e que são muitas vezes determinantes para as suas atitudes. Concomitantemente, a atitude é uma determinante do comportamento, mas ao contrário deste, é uma abstração, pelo que pode ter diversos predicados, pois além do seu conteúdo, pode possuir intensidade que provém do interesse, preocupação ou conhecimento que as pessoas possuem em relação a um determinado objeto (Vala & Monteiro, 2006; Oppenheim, 2000; Rodrigues *et al.*, 2000).

As atitudes têm diversos procedimentos que podem ser persistentes, superficiais e facilmente instáveis, modificando-se em função das circunstâncias externas. Também, outras atitudes podem ser incómodas devido à sua relação com o processo moral/componente moral, contudo um conjunto de atitudes sobre um determinado tema é consequência do sistema de valores e princípios que essa pessoa possui sobre esse assunto. Infere-se assim que o sistema de valores e princípios estão localizados num avatar ainda mais profundo que as atitudes, conseqüentemente mais resistente à modificação ou alteração.

Figura 7 - Construção das atitudes



Sintetizando, as atitudes (Figura 7), são formadas a partir de fontes informadoras como pais, grupo de pares, amigos, comunicação social, e aprendizagem social através da observação e imitação de comportamentos de 'modelos'. O condicionamento operante efetua-se por atitudes aprovadas pela sociedade em detrimento das desaprovadas, estão na base do comportamento e como são apreendidas podem ser mudadas. Logo, influenciam o modo como o ser humano age no seu quotidiano desempenhando um papel fundamental no seu comportamento, ou seja, ajudam os jovens adultos a definir a sua identidade, a escolher o seu grupo social e a organizar o seu pensamento e comportamento. Por isso, podem ser consideradas preditores do comportamento e incentivador da ação, levando à existência de uma relação entre a atitude e comportamento. As atitudes em relação à sexualidade são condições determinantes para aceitação e regulam a ocorrência de determinados comportamentos sexuais.

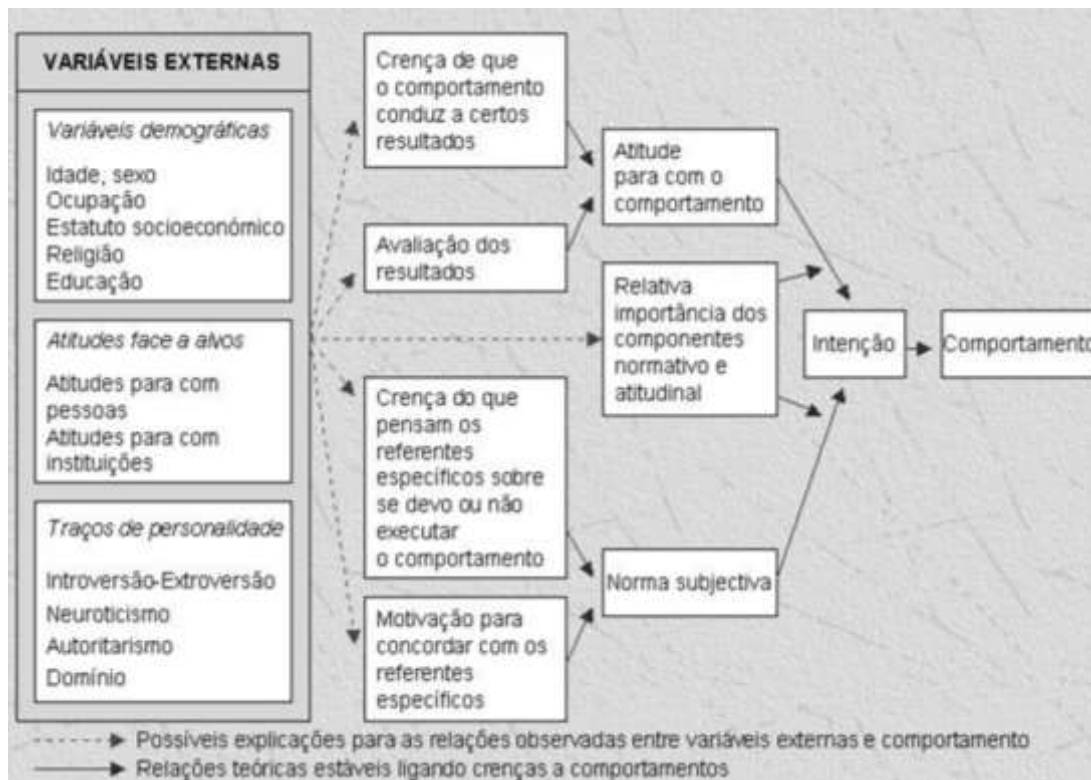
O comportamento é influenciado pela sexualidade e esta influencia a vida do ser humano. O jovem adulto também consente essa influência e vai manifestá-la na sua vivência através do seu modo de estar, de se relacionar com os outros, de exprimir os seus valores e sentimentos, das suas envolvências, atitudes, compromissos e permissividades.

Masters, *et al.* (1987) fazem uma distinção entre a noção de 'ato sexual', entendido como uma manifestação de carácter essencialmente genital, e o 'comportamento sexual', que compreende, não somente os atos sexuais, como também todo o sistema de valores, atitudes e condutas que a pessoa possui em relação à sua sexualidade.

O comportamento do ser humano é movido por intenções que são planos de ação e respetivo grau de motivação; estas têm propensão para vaticinar, com certa exatidão, o comportamento da pessoa, ou seja, o que o indivíduo irá fazer; todavia sofrem influência de fatores externos. Como atrás constatamos, a atitude influencia o comportamento mas é apenas uma das variáveis que interfere com os comportamentos, pois há outros fatores que contribuem para o aumento ou diminuição da consistência entre atitude e comportamento. Esta oscilação pode ser explicada pelo princípio de compatibilidade ou correspondência de Fishbein e Ajzen (1975); Ajzen, (1988): o nível de correlação obtido depende do grau de compatibilidade entre atitude e comportamento. Fishbein e Ajzen (1975; Ajzen, 1988), desenvolveram a Teoria da Ação Refletida que tem como objetivo prever o comportamento dos indivíduos numa determinada situação. O pressuposto elementar desta teoria considera que os indivíduos adotarão um comportamento específico se perceberem que este os levará a resultados positivos. Os autores pretendem estudar a dimensão da ação humana que é deliberada e intencional. Assim sendo, o comportamento é concebido enquanto resultante de uma intenção que é determinada pela atitude em relação a esse

comportamento, a qual, por sua vez, sucede das crenças sobre o comportamento considerado, como se pode observar na Figura 8.

Figura 8 - Teoria da Ação Refletida

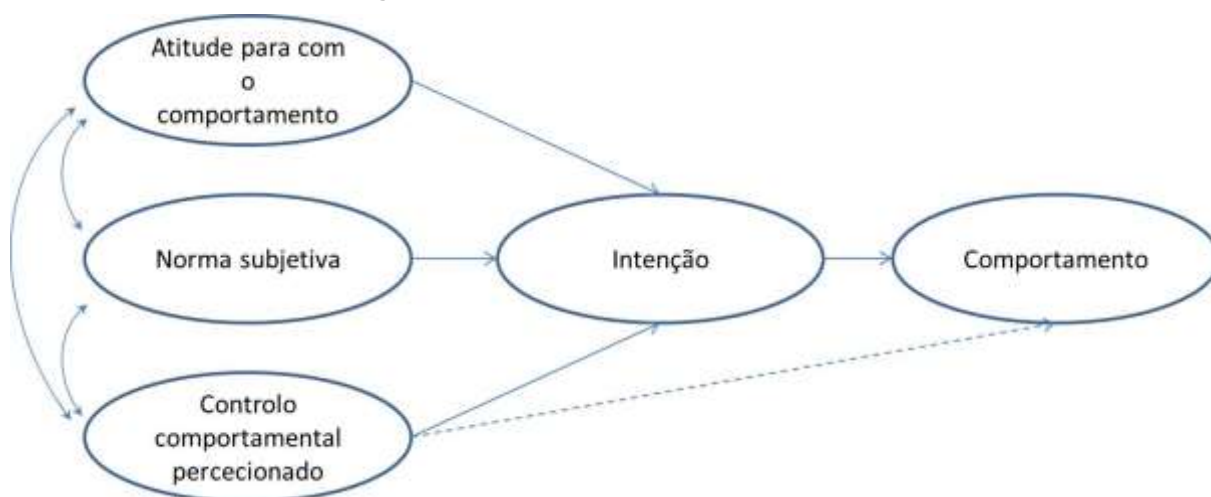


Fonte: Teoria da Ação Refletida, Modelo de Ajzen, & Fishbein 1980

O comportamento do indivíduo é diretamente influenciado pela intenção comportamental que é a vontade para escolher ou não esse comportamento, ou seja, as atitudes interferem no comportamento através da sua interferência sobre as intenções. A teoria avoca que o ser humano constrói as suas intenções após reflexão sobre a sua atitude e a sua norma subjetiva que é a pressão social para desempenhar ou não determinado comportamento. Assim forma a sua atitude repercutindo sobre as consequências do seu comportamento e forma a sua norma subjetiva após reflexão sobre a aceitação ou reprovação dos outros indicativos em relação ao seu comportamento. Quanto mais o indivíduo acredita que a realização do comportamento conduz a um resultado positivo ou que previne um negativo, mais presumivelmente a atitude desse indivíduo será favorável em relação a esse comportamento (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). O conjunto de variáveis externas está relacionado com os fatores considerados externos ao modelo pois, segundo os autores, a sua análise não tem em conta variados fatores que os cientistas têm evocado para explicar o comportamento porque são características da personalidade, variáveis demográficas e outros fatores, como a função social.

Este modelo continuou a ser trabalhado por Ajzen (1988), que propõe a teoria do comportamento planeado e apresentando-a como sendo mais vasto do que a teoria anterior. A diferença está, segundo o autor, na introdução de uma nova variável – o Controlo comportamental percebido - o qual influencia a intenção, ficando assim neste modelo três determinantes conceptuais independentes da intenção. Esta nova variável refere-se “à facilidade percebida ou dificuldade de realização do comportamento” e assume-se como sendo “reflexo das experiências passadas, bem como dos impedimentos e obstáculos antecipados” (Ajzen, 1988, p.132). Todavia, o controlo percebido, que é a crença que o indivíduo possui sobre a facilidade ou a dificuldade de desempenhar o comportamento, para além de influenciar a intenção conjuntamente com a atitude e a norma subjetiva, pode influenciar diretamente o comportamento, neste caso acontece quando o indivíduo percebe que tem controlo sobre o desenvolvimento do comportamento. Na Figura 9 apresenta-se a Teoria do Comportamento Planeado.

Figura 9 - Teoria do comportamento planeado



Fonte: Adaptado de Fishbein & Ajzen (1980)

Vamos operacionalizar esta teoria usando como exemplo um caso de comportamento de saúde: um jovem não iniciou atividade sexual porque tem intenção de iniciá-la quando tiver um projeto de vida; as suas intenções são influenciadas pelas suas atitudes positivas em relação a uma vivência saudável da sua sexualidade, ou atitudes negativas em relação às IST e gravidez não desejada e, pela pressão social para viver uma sexualidade livre de riscos. Por outro lado, as suas atitudes são influenciadas pelas suas crenças sobre os resultados de não correr riscos, pela sua avaliação dessas crenças, mas também a sua estimativa que, por exemplo, ter comportamento de risco entrará em conflito com o seu desejo de viver uma sexualidade saudável e a sua reação emocional de nojo que

por sua vez agirá diretamente sobre as suas intenções em relação aos comportamentos de risco. A suscetibilidade do jovem à pressão social também é influenciada pelas suas crenças; assim ele persistirá com o seu comportamento de não risco se acreditar que as pessoas que ele quer que o aceitem que ele não tenha comportamentos de risco.

É uma teoria alternativa que abarca os comportamentos que não estão completamente sujeitos ao controlo da vontade. Tem que se atender ao controlo que a pessoa tem, crenças de controlo, sobre os recursos as oportunidades e as capacidades necessárias à execução dos comportamentos. Ou seja, o controlo comportamental percebido foi introduzido para se poder perceber os comportamentos que não dependem totalmente da vontade dos sujeitos. Este modelo pressupõe que a relação entre as atitudes e os comportamentos é mediada pela intenção, variável dependente da norma subjetiva, ou seja, pressupõem que os contextos normativos, apesar de não contribuírem diretamente para a formação das atitudes, têm influência na relação entre elas e os comportamentos.

Atualmente, nas pesquisas sobre atitudes e comportamentos, o modelo de Fishbein e Ajzen assume grande importância. Assim, e atendendo às críticas e às várias adaptações de que tem sido alvo, é um modelo muito estudado e é o que vai ao encontro do nosso estudo. Por isso, decidimos não alargar a pesquisa para outras teorias visto que a diferença de outros estudos é a análise das atitudes face a um comportamento e não um objeto.

Em estudos realizados sobre padrões de comportamentos sexuais do adolescente em diferentes culturas a nível mundial, Ford e Beach (cit. por Sprinthall & Collins, 1999), concluíram que os fatores sociais e culturais assumem um papel importante no aparecimento e desenvolvimento da sexualidade durante a adolescência e juventude e questionam de que forma os padrões de comportamento foram apreendidos. Então, segundo López e Fuertes (1999), para compreender o comportamento sexual individual é necessário atender, também, aos processos envolvidos na gradação que vai desde o estímulo sexual até aos comportamentos do indivíduo.

O ser humano, como ser racional, está capacitado para controlar o comportamento sexual, pelo que deve ter consciência de que não pode impedir a existência de alguns desejos sexuais, instintos, que podem por vezes ser contraditórios à forma de ser ou de pensar do indivíduo e/ou por não serem aceites pela sociedade, como já referimos, tem a capacidade de os controlar. Todavia, também sabe que nem todos os comportamentos sexuais são desejáveis quer por questões sociais, quer em termos de saúde, pois alguns conduzem a riscos irreversíveis.

As razões que justificam um determinado comportamento sexual, que classificam se uma determinada atividade é permitida e especificam os motivos, e quem são os

possíveis parceiros sexuais no interior de uma dada cultura estão especificadas nos '*scripts* sexuais'.

Como já referimos, Simon e Gagnon (1973) inseriram o conceito de '*script* sexual' com a finalidade de desvalorizar a imagem construída da sexualidade, considerando-o enquanto significado partilhado pelos atores sociais, organizadores dos comportamentos sexuais, que definem as situações de interação, geram expectativas relacionais e sinalizam as respostas 'incongruentes'. Os '*scripts*' descrevem, dentro de determinada cultura os prováveis parceiros sexuais assim como a atividade sexual consentida e descrevem os intuitos e causas que fundamentam um determinado estilo no comportamento sexual. Então de acordo com a cultura e o período histórico os padrões de comportamento sexual que regulam a vida sexual do ser humano, podem assumir significados diferentes (Richardson & Robinson 1997). Na teoria dos '*Scripts Sexuais*' (Gagnon 2006; Simon & Gagnon, 1973) estes são guias ou esquemas mentais que encaminham as ações e proporcionam determinadas diretrizes, ou seja, explicam como o comportamento sexual se transforma em conduta sexual.

Os comportamentos sexuais estão em concordância com os parâmetros culturais, assim, os *scripts* sexuais são arquitetados dentro de cada cultura e orientam os padrões de comportamento sexual, atendendo às regras sociais próprias de cada contexto cultural e o período histórico ao qual se reporta.

Como sabemos, as regras e as orientações têm sofrido mudanças. Consciente de que estas interferem nas mudanças comportamentais da sexualidade Ira Reiss (1960), desenvolveu o conceito de Duplo Padrão Sexual. Fruto de várias investigações que esta autora realizou sobre o paradigma de padrões sexuais, considerou ser "um conjunto de normas sociais que determinam a prática de comportamentos sexuais diferenciados segundo o sexo, sendo que aos homens seria concedida uma maior liberdade sexual". Assim sendo, Reiss (1960), reconheceu quatro tipos de padrões sexuais: abstinência, duplo padrão, permissividade sem afeto e permissividade com afeto. Neste modelo, somente o duplo padrão determina um comportamento distinto para homens e mulheres, os restantes podem ser considerados '*padrões sexuais singulares*', porque assumem comportamentos sexuais análogos para ambos os sexos.

Assim, nos diferentes períodos surgiram diferentes visões do DPS, cujo conceito se operacionaliza em três premissas: comportamento sexual; avaliação dos homens e das mulheres que praticam determinados comportamentos sexuais, como '*sexo*' casual com muitos parceiros; e preferências pessoais relativas às características sexuais de um hipotético parceiro sexual. Estas são as bases que fundamentam ou não a permissividade

sexual exclusiva do homem em relação à mulher. No quadro 12 apresentamos a evolução nas últimas décadas.

Quadro 12 - Evolução do Duplo Padrão Sexual

DUPLO PADRÃO SEXUAL	ANOS	COMPORTAMENTO		AUTORES
		HOMEM	MULHER	
PRÉ- MARITAL (TRADICIONAL)	<60	<ul style="list-style-type: none"> • Permissividade exclusiva de relações sexuais antes do casamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos liberdade; • Sentimento de culpa severa; • Restrição na prática de determinados comportamentos sexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bettelheim (1989); • Hite (2002); • Reiss (1964).
PRÉ- MARITAL (CONDICIONAL)	60 – 70	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidade pré-marital pode ser vivida por ambos os géneros desde que exista um envolvimento afetivo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Alferes (1997); • Gentry (2009); • Herold & Mewhinney (1993); • Milhausen & Herold (1999); • Vasconcelos (1998).
		<ul style="list-style-type: none"> • Prática de relações sexuais sem envolvimento afetivo implícito. 		
PADRÃO SEXUAL SINGULAR	> 80	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdade de oportunidades sexuais, ou seja, as mesmas atividades sexuais 		<ul style="list-style-type: none"> • Alferes (1997); • Gentry (2009); • Mark & Miller (1986); • Milhausen & Herold (1999, 2001).
PERCEÇÃO DA EXISTÊNCIA A NÍVEL SOCIAL	> 99/00 (novo conceito)	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de comportamentos sexuais apropriados em função do género, e tendem a julgar negativamente quem contraria o padrão normativo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Mark & Miller (1986); • Milhausen & Herold (2001).
ACEITAÇÃO PESSOAL DE UM PADRÃO SEXUAL: A HIPÓTESE DO DUPLO PADRÃO SEXUAL OU DO PADRÃO SEXUAL SINGULAR	proposto por Mark e Miller)	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de um <i>script</i> caracterizado por um padrão de comportamento sexual singular, embora o modelo de permissividade sexual esteja assente em valores morais conservadores 		<ul style="list-style-type: none"> • Hendrick & Hendrick (1987); • Mark & Miller (1986); • Milhausen & Herold (1999, 2001); • Weinberg, Lottes & Shaver (2000).

Fonte: Adaptado de Reiss (2001)

Ao longo dos tempos, nos diversos estudos realizados os resultados foram convergindo para uma maior permissividade e igualdade dos sexos em termos da atividade sexual. Contudo, decorrente de vários fatores externos, pode-se encontrar nestas mesmas investigações resultados que mostram a presença, ainda que por vezes seja muito insignificante, de atitudes pessoais que aprovam o DPS, daí surgirem controvérsias. Decorrente também de algumas controvérsias, Milhausen e Herold (2001) referem que alguns resultados apontam para a presença de um padrão sexual invertido, que se qualifica pelos comportamentos sexuais praticados pelos homens serem menos permissivos; dito de

outro modo, os homens são sentenciados mais negativamente do que as mulheres pela prática de designadas atividades sexuais. A estes últimos autores associam-se Sprecher, McKinney e Orbuch, (1991) e todos consideram que estão na presença de um novo script sexual. Hendrix, Rueb e Steel (1998) ao estudarem o comportamento sexual no local de trabalho conferiram que, na apreciação pessoal de cada inquerido em relação ao assédio sexual no local de trabalho, mostra aceitação de um padrão sexual invertido, uma vez que os homens que praticaram o assédio sexual são julgados mais negativamente do que as mulheres.

A classe social, a etnia e determinados contextos históricos podem interferir neste padrão, pois há estatísticas que sugerem enormes discrepâncias no comportamento sexual de raparigas de diferentes etnias. Segundo Hayes (1987), cerca de 40% das raparigas afro-americanas tiveram relações sexuais por volta dos 17 anos, enquanto isso acontece apenas a 25% das euro-americanas e 24% das de origem latina. Existem também divergências no progresso e fantasias do comportamento sexual com as mulheres afro-americanas que parecem ter mais fantasias românticas do que as euro-americanas (Welsh, Rostoski & Kawaguchi, 2000). Para Bozon (2004), embora as trajetórias sexuais e afetivas dos homens e das mulheres se tenham aproximado bastante nas últimas décadas, as pesquisas sobre os comportamentos sexuais realizadas nos anos noventa referem diferenças sistemáticas nas respostas, que representam diferenças de comportamento, mas, sobretudo, significações ou estilos de envolvimento com a sexualidade divergentes. Ambos os sexos têm pontos de vista díspares em relação à moral sexual: enquanto dois terços dos homens corroboram com o facto de se poder 'ter relações sexuais com alguém sem ser apaixonado, a mesma percentagem de mulheres desaprovam esse pensamento. Em relação: 'ter aventuras sexuais durante o casamento'; 'a atração sexual leva forçosamente a envolver-se com alguém' e que 'pode haver amor sem fidelidade', ou que 'as infidelidades passageiras reforçam o amor' a maioria dos homens aceita estas premissas ao inverso das mulheres. As mulheres, em maior percentagem que os homens ficam chocadas com as 'trocas de parceiros' e com a pornografia. Quando questionados sobre o número de parceiros com os quais se envolveram sexualmente durante a sua vida, há grande divergência com valores bastante superiores declarados pelos homens em relação às mulheres. Verificando-se este comportamento em todos os países (Bozon, 2004, 2005). A reforçar estas diferenças e simultaneamente a persistência do duplo padrão sexual, surgem vários autores entre os quais Bozon, (2004), Almeida, (2003), Vasconcelos, (1998) e Pais, (1998; 2001), que referem que a forma como se pensa na mulher condiciona a avaliação acerca do número de parceiros sexuais que têm ou a facilidade com que se entregam a uma relação sexual.

Em Portugal a partir dos anos 90 começaram a surgir estudos que fazem esta abordagem: Antunes (2007); Matos *et al* (2006); Ramos e Carvalho (2005); Pais (1998); Alferes, (1997, 1996) e é notória a existência de uma relevada confluência entre as atitudes dos dois sexos, tanto ao grau de importância atribuído ao prazer sexual, como à faixa etária encarada como sendo adequada para a primeira relação sexual, o que indica um crescimento na evolução do padrão sexual singular. Existem contudo, ainda alguns casos que coincidem com DPS condicional.

Shaffer (2005) fez uma análise de várias pesquisas realizadas com os jovens estudantes ao longo do séc. XX, quanto ao início da atividade sexual antes do casamento e constatou o que está compilado na tabela 2:

Tabela 2 - Evolução da atividade pré-marital

Ano da Pesquisa	1925/ 1965 (%)	1966/1973 (%)	1974/1979 (%)	1988/1990 (%)	1995 (%)
Masculino	25	37,5	55	60	55
Feminino	10	37	42	55	50

Na análise do quadro verificamos que, ao longo das décadas, a percentagem de jovens estudantes que inicia a atividade sexual vai aumentando, com exceção da última pesquisa apresentada em que diminui. Todavia a maior mudança ocorre no sexo feminino que tende a ficar em termos percentuais, semelhante ao do sexo masculino.

Estudos realizados a estudantes do ensino superior concluíram que 70 a 80 % já tinham iniciado atividade sexual (Shaffer, 2005). Para as raparigas, a intimidade física e emocional caminham em paralelo, pois para elas a atividade sexual só tem sentido num contexto de amor, provavelmente é a razão de relações mais estáveis (Shaffer 2005; Papalia *et al.*, 2006). O autor refere ainda que atualmente não existem grandes diferenças na atividade sexual entre grupos sociais e faz associação do início precoce da atividade sexual com: o consumo de álcool e outras substâncias, os seus pares se forem sexualmente ativos exercem poder de grupo e o nível socioeconómico baixo.

Com o intuito de facilitar a análise reunimos numa tabela a compilação de alguns estudos com variáveis sobreponíveis com às do nosso estudo. Assim na Tabela 3, apresentamos estudos realizados com estudantes do ensino superior em relação às atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade.

Tabela 3 - Estudos realizados com estudantes do ensino superior em relação às atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade

			Alferes (1997)	Javier <i>et al</i> (2006)	Ribeiro (2006)	Falcão Júnior (2007)	Matos (2010)	Fernandez <i>et al</i> (2013)
País			Portugal	Espanha	Portugal	Brasil	Portugal	Espanha
N.º total estudantes			587	403	560	303	3278	397
%	Com atividade sexual	Total	-----	-----	40,3	69,6	83,3	40,3
		♂	-----	89,3	40,3	89,3	88,6	40,3
		♀	-----	59,5	30,8	59,5	81	
Anos	Idade: Início da atividade sexual	-----	14 M=21,7	18 M=71,5	15-17	16-18	16-18	
%	Parceiro: Afetivo/Amoroso		-----	-----	59,8 ♂ 91,6 ♀	75,8	26,1	26,1
	N.º parceiros: vários		-----	-----	41,4	M=89,5	6,3	6,3
	Uso de contraceptivos		-----	68	95,2	65,6	60	60
	Fontes informação		-----	50,4 Pares	84,2 Amigos	51,2 Amigos	34 Amigos	34 Amigos
	Religião		-----	62	59,6	62,4	73	73

Na análise da tabela 3, podemos constatar que são essencialmente os amigos aqueles que transmitem informações sobre a sexualidade e que nos diferentes países não há uma grande variação sobre a idade de início da atividade sexual.

Na Tabela 4, apresentamos o resumo de dados de estudos realizados em Portugal a adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 17 anos. Nesses estudos, realizados no decorrer de quase uma década, verificamos que a idade de início da atividade sexual tem vindo a diminuir nos últimos anos.

Tabela 4 - Resumo de dados de estudos realizados em Portugal a adolescentes (12-17 anos)

			Cantante (2001)	Carvalho <i>et al</i> (2006)	Ribeiro (2006)	Santos (2008)	Matos <i>et al.</i> (2010)	
N.º total estudantes			505	467	1519	680	5050	
%	Com atividade sexual	Total	28	26,8	26,3	35,8	21,8	
		♂	60	39,7	15,5	41,7	25,7	
		♀	40	13,7	10,8	31,8	16,8	
Anos	Idade: Início da atividade sexual	♂	15	M=16	M=14	M=15,49	M=14	
		♀	16					
%	Tabaco		21,3	17	CAS	SAS	13,4	11,1
					38,5	11,5		
	Álcool		76,6	7,12	CAS	SAS	42,6%	40,0
					80,7	57,5		

	Drogas	12	9,2	CAS 21,5	SAS 15,8	-----	8,8
	Uso de Contracetivo	48	32,1	83,5		M=80,1	M=82,5
	Relação sexual sob o efeito de álcool ou drogas	-----	-----	1,8		-----	12,7

O conceito de duplo padrão sexual que está associado à diferença que homens e mulheres manifestam, em relação à permissividade dos comportamentos sexuais, e nas motivações para a vida sexual e amorosa vai desmerecendo no decorrer dos vários estudos aqui apresentados ao longo desta última década, caminhando em direção a um padrão sexual singular que, pressupõe a existência de uma igualdade sexual.

Em estudos realizados com adolescentes verifica-se que, cada vez mais, os rapazes começam mais cedo a atividade sexual: 68,2% contra 52,1% de raparigas; e conjecturam que virão a ter mais parceiras sexuais do que as raparigas e que, por harmonia, a taxa de virgindade é mais acentuada nestas últimas (Vasconcelos, 1998; Alferes, 1997).

Segundo Monteiro e Raposo (2005), uma investigação realizada recentemente caminha em sentido análogo mencionando o facto de os jovens do sexo masculino iniciarem, em média, a sua vida sexual mais cedo e possuírem maior número de parceiros/as sexuais do que as jovens do sexo feminino. Salientam ainda que, dos que já iniciaram a atividade sexual, para a maioria dos rapazes este início aconteceu antes dos 16 anos (33,6%), enquanto para as raparigas ocorreu já depois dos 16 anos (11,4%). Portugal é o país onde a diferença entre os sexos, quanto ao início da atividade sexual, é mais acentuada.

Todavia, têm surgido vários estudos com adolescentes e verifica-se esta tendência de diminuição da idade de início da atividade sexual, ocorrendo cada vez mais precocemente (Matos & Gaspar, 2005; Lopes, 2004; Taquette, Vilhena & Paula, 2004; Vasconcelos, 1998; Alferes, 1997). Mas as alterações não se limitam à idade de início da atividade sexual, aumenta também o tempo de prática sexual ativa o que pode exponenciar o número de parceiros sexuais por pessoa e conjuntamente aumenta previsivelmente a exposição pessoal ao risco. Os rapazes iniciam mais cedo que as raparigas e têm mais parceiras, factos que levam Matos e Gaspar (2005), Vasconcelos (1998) e Alferes (1997) a confirmar assim a presença do DPS. Corroborando esta conceção, um estudo comparativo de vários países da Europa, em relação aos jovens portugueses, referia que aos 15 anos de idade, 30,2% dos rapazes e 20,3% das raparigas se afirmavam como sexualmente ativos (Avery & Lazdane, 2008).

Em relação à motivação para a vida sexual, estudos realizados com estudantes universitários/as referem variadas razões, como: adquirir experiência sexual, sentir-se

atraente, impressionar os seus pares, ganhar aprovação de um parceiro ou parceira e promover a intimidade numa relação significativa (Impett & Peplau, 2003). Apesar desta multiplicidade, os homens universitários parecem mais interessados do que as mulheres em impressionar os seus pares e as mulheres mais interessadas em agradar a um parceiro ou em fomentar a intimidade de uma relação. Estas divergências parecem contudo diminuir nas relações em que existe um compromisso (ibidem). A literatura enfatiza que a maior parte das jovens procuram o amor, a intimidade e o compromisso enquanto os rapazes valorizam o prazer físico e o poder sexual.

Em diversos estudos realizados com estudantes do ensino superior em diferentes países apontam para o seguinte cenário: Alves e Lopes (2008) avaliaram o conhecimento, atitudes e práticas em relação aos anticoncepcionais, sendo que 86% afirmam que usam preservativo no momento da penetração, 17,6% referem que se conhecerem bem o companheiro não necessitam de usar preservativo e ainda que, em 43,6% dos universitários deste estudo, as relações não eram planeadas. Fernandes *et al.* (2001) indicam que 87,6% teve a televisão como principal fonte de informação em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas preventivas de IST. Num estudo realizado por Ramos e Carvalho (2005), que pretendia analisar as atitudes e comportamentos sexuais desempenhados por cada sexo, os autores apontam que a maioria das jovens indagadas aprova um 'script' sexual descrito por um padrão de comportamento sexual singular, aplicados aos dois sexos, embora tenham a perceção de existirem julgamentos que valorizam o duplo padrão sexual, efetuados pelos outros indivíduos. Antunes (2007), num estudo que realizou sobre atitudes e comportamentos sexuais, aferiu que existe uma maior permissividade em relação à atividade sexual sem compromisso e ao sexo ocasional; refere ainda que os estudantes que não utilizavam um anticoncepcional, estão mais empenhados com a satisfação e prazer físico, e não manifestavam preocupação em relação a contraírem uma IST e/ou gravidez não desejada. Manifestam maior liberdade sexual, maior permissividade e uma alteração dos valores e das normas sociais e, no que concerne à sexualidade, têm um interesse diferente do passado e por conseguinte altera as atitudes sexuais dos jovens constituindo por vezes risco para a saúde dos jovens adultos.

Alferes (1997) no seu estudo em que aplicou a escala das atitudes sexuais (EAS), refere que os rapazes apresentam valores mais elevados em relação à permissividade e sexo impessoal e as raparigas apresentavam atitudes sexuais mais responsáveis. Já Antunes, que também utilizou a EAS, verificou diferenças significativas em todas as dimensões de EAS ($p < 0,05$) em relação a ambos os sexos, e as raparigas apresentam valores superiores ao dos rapazes na única dimensão das práticas que engloba os itens planeamento familiar e educação sexual. Assim os rapazes apresentam valores mais

elevados nas atitudes mais permissivas - sexo ocasional, sem compromisso, diversidade de parceiros, sexo de partilha e utilitário.

Paiva e Figueiredo (2005) num estudo realizado com 318 estudantes universitários, refere que 98,5% são heterossexuais, 83,4% tem uma relação tipo 'namoro', 7,5% dizem tratar-se de uma relação "sem compromisso", para 73% dos estudantes há envolvimento sexual.

Wellings *et al.* (2006) numa análise do comportamento sexual em 59 países não mencionam uma tendência universal para uma iniciação sexual mais precoce mas mencionam uma evolução do casamento cada vez mais tardio que conduz a maior atividade sexual pré-marital.

Os resultados do Inquérito Nacional da Juventude (2007) recolhidos pelo YRBS nos EUA (Eaton, 2007) sobre comportamento de risco, monitoriza seis categorias de prioridades de saúde entre jovens e jovens adultos, incluindo comportamentos que contribuem para as lesões acidentais e violência, uso de tabaco, álcool e outras drogas; comportamentos sexuais que conduzem a gravidez indesejada e IST, incluindo HIV; comportamentos alimentares não saudáveis e inatividade física, indicou que 75,0% dos estudantes bebiam álcool e que 4,4% tinha usado anfetaminas. Refere ainda que 47,8% dos estudantes já tiveram relações sexuais e 61,5% dos sexualmente ativos atualmente tinham usado um preservativo na última relação sexual – valor ligeiramente inferior ao mesmo inquérito em 2005 - 62,8%, e superior 2002 - 58% – ; 47,8% dos alunos nunca tinha tido relação sexual. Em relação aos consumos, 20,0% fumavam cigarros, 75% já beberam bebidas alcoólicas. O número de jovens que utilizou drogas e álcool durante a atividade sexual foi de 22,5% – 2005 - 23,3%; 2002 - 25,6%.

Zhou (2010), num estudo realizado em Pequim, refere que a maioria dos estudantes universitários não tinha conhecimento sobre saúde reprodutiva. Os dados mostraram que 58,7% poderiam aceitar relações pré-maritais, e 29,7% tinham atitude negativa em relação a contraceção e 18,5% mantinham a atividade sexual. Refere ainda que são maior número os rapazes que tem relações sexuais ($\chi^2 = 73,374$; $p < 0,001$) em relação às raparigas, e que 43,1% deles tinha engravidado a namorada e 49,3% das raparigas entre aquelas que têm relações sexuais tiveram gravidezes indesejadas.

Num estudo realizado em quatro universidades na Turquia, Boratav & Çavdar (2012) referem que os resultados transmitem um instantâneo da vida sexual de estudantes naquele país na encruzilhada do secularismo e costumes tradicionais muçulmanos. A fonte principal de transmissão de mensagem eram os amigos do mesmo sexo para os homens e dos pais para as mulheres, mas ambos receberam mensagens mais restritivas do que as

mensagens permissivas. Os homens tiveram mais namoradas e parceiras sexuais do que as mulheres.

Já um estudo realizado na Suécia por Ahmed *et al.* (2003) refere que 23,4% eram sexualmente ativos. A maioria, 84,2%, tinha ouvido falar de contraceção; 32,3% tinham uma atitude positiva em relação a ela. A principal fonte de informações relatadas pelos entrevistados foram “os media”, 69,3%. Entre aqueles que tinham vida sexual ativa, cerca de 42% tiveram relação sexual desprotegida. Entre os que tiveram relação sexual desprotegida, 75% nunca tinha usado anticoncepcionais. Participantes sexualmente ativos tiveram atitude significativamente melhor para a contraceção do que os participantes sexualmente inativas (OR bruto de 0,33 (0,15-0,71)), mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confusão como idade, região, religião, etnia, estado civil, departamento e educação familiar e renda (adj. OR 0,36 (0,15-0,86)).

No Canadá, Fisher e Fisher (2002) referem que relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas levam a encontros ocasionais. Já James *et al.* (2011) estudou a etnia, religião, conhecimento sobre HIV e atitudes, e se outros fatores demográficos estão associados com o exercício de relações sexuais não protegidas em 666 estudantes universitários solteiros. Aproximadamente 50% dos entrevistados tiveram atividade sexual e 32,2% não se protegeram nos últimos 6 meses. Ser mais velho, ter um relacionamento por mais de 6 meses, maior conhecimento do HIV, atitudes mais fortes que apoiam o uso de preservativos, foram associados com o exercício de atividade sexual não protegida. Entre os sexualmente ativos a religião era o único preditor de se envolver em atividade sexual não protegida e a etnia, que é muitas vezes considerada uma variável importante na pesquisa em saúde sexual, não parece estar associada a atividade sexual não protegida.

Em Inglaterra, num estudo com 1110 universitários realizado por Gunby *et al.* (2012) que tinha como objetivo comparar os estudantes do sexo masculino e feminino em relação ao seu conhecimento e atitudes sobre o álcool e atividade sexual e identificar fatores associados com ser vítima sexo não-consensual sob efeito de álcool. Um terço dos entrevistados referiram ter sexo não-consensual sob o efeito de álcool e destes, 82,2% eram bebedores de risco em comparação com 62,9% que beberam em níveis mais baixos ($p < 0,001$). Existiram diferenças entre homens e mulheres, e entre aqueles que tinham e não tinham praticado sexo não-consensual sob efeito de álcool, assim como, em relação às avaliações de culpabilidade em cenários que envolve a relação com álcool.

Nos EUA, muitos têm sido os estudos realizados com universitários em que uma das variáveis é a atividade sexual. Holman & Sillars (2012) estudaram a comunicação dentro das redes sociais como potenciadora de atividade sexual de alto risco (considerada não planeada e sob o efeito de álcool); o autor considera que o script mais referido pelos

estudantes foi o que sugere alto risco na atividade sexual. Já Dermen & Thomas, (2011) num estudo que pretendia verificar se um programa de intervenção sobre a redução do consumo de álcool se diminuía os comportamentos sexuais de risco. Os resultados sugerem que intervir para reduzir o consumo de álcool pode não reduzir o comportamento sexual de risco entre estudantes universitários, mas que, uma breve intervenção motivacional visando o comportamento de risco, pode ter utilidade para reduzir a frequência de relações sexuais desprotegidas nesta população. Moore *et al.* (2011) estudaram a importância de um programa de intervenção em educação sexual e concluíram que resultou em maiores ganhos de conhecimento para o estudante quando a aprendizagem era baseada em discussão, observando situações de infecções sexualmente transmissíveis, e ouvindo experiências da vida real sobre as consequências de sexo sem proteção. Num estudo realizado por Orchowski (2012), refere-se que o uso de álcool e comportamento sexual de risco são problemas significativos nos campos universitários. Usando um desenho prospectivo, o autor estudou a relação entre uso de álcool e consequências sexuais e concluiu que, 29% dos homens e 35% das mulheres indicaram alguma forma desta associação durante o último ano do ensino secundário, e que a taxa aumentou 6-7% no primeiro ano da faculdade – 36% dos homens e 41% das mulheres.

No trabalho que Shin, Park, e Cha, (2011), realizaram na Coreia do Sul, com 5789 universitários, concluíram que os alunos que receberam educação sexual em diferentes momentos durante a escolaridade tiveram influências diferenciais sobre as atitudes sexuais e sobre os indicadores de saúde sexual. Consideram ainda que baixou a percentagem do duplo padrão sexual.

Caetano *et al.* (2010), no Brasil, referem que 97,3%, dos 447 universitários eram solteiros e apresentavam os seguintes resultados para homens vs mulheres: coito vaginal foi praticado por 69,7% vs 48,4%; o sexo oral por 64,5% vs 43,7% e sexo anal em 18,4% vs 14,1%. O uso de um preservativo durante o sexo vaginal foi praticado por 80,4% dos homens e 74,8% de mulheres e durante o sexo anal por 47,8% dos homens e 30,0% mulheres. Conhecimento sobre a transmissão de IST foi superior a 90% para HIV, sífilis, herpes genital, gonorreia e, 63%-76% para Papiloma Virus Humano (HPV) e verrugas genitais, 30%-34% para *Trichomonas* e apenas 16% para *Chlamydia*. Apenas 25% -34% sabiam que o HIV pode ser transmitido pela amamentação; 56%-60% sabiam que o HIV pode ser transmitido pelo sexo anal. Os autores consideram ainda que muitos alunos envolvem-se em comportamentos de alto risco sexual com múltiplos parceiros e o uso de preservativos de forma inconsistente.

Foram vários os estudos realizados no nosso país como os de Almeida, (2003), Pais (1998) e Sampaio, (1987). O que envolveu maior número de participantes foram os

realizados em parceria com HBSC. Trata-se de um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende caracterizar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nas várias etapas das suas vidas. Fazem parte deste estudo 44 países, entre os quais, Portugal. É realizado de 4 em 4 anos por uma rede europeia de profissionais ligados à saúde e à educação e que, no nosso país, é feito através da equipa Aventura Social e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (Matos *et al.*, 2011, 2010, 2006, 2003; 2000). Em 2010, em Portugal, responderam ao questionário HBSC 5050 jovens, dos quais 47,7% são rapazes e 52,3% raparigas, situando-se a média de idades nos 14 anos. De realçar que a análise dos resultados do nosso estudo irá ser comparada com o estudo HBSC/OMS realizado com os estudantes do ensino superior em 2010 no qual participaram 3278 estudantes.

A sexualidade, como vem sendo referido ao longo deste trabalho, surge como uma componente estruturante do ser humano. Como tal não pode ser reduzida a comportamentos nem a determinadas circunstâncias, pois propicia a necessidade de relações românticas com maior ou menor intimidade e que potenciam o desenvolvimento de emoções.

O homem desde o início dos tempos tem demonstrado interesse em conhecer a natureza dos sentimentos que vive, mostrando-se especialmente atraído pela força que o levou a estabelecer relações afetivas com indivíduos da mesma espécie. Este interesse em relacionamentos íntimos foi sobejamente abordado na literatura ao longo dos tempos, sendo tema fundamental de muitas obras e autores, levando-os ao estudo das relações afetivas- a observação, a descrição e a explicação – ao longo do ciclo de vida e ultimamente mais focalizado nas relações românticas e nos vínculos de natureza sexual.

Estes laços emocionais que o ser humano estabelece pretendem promover as relações de sobrevivência e responder a três necessidades do ser humano: necessidade de segurança emocional, necessidade de pertencer a uma comunidade e a necessidade sexual, esta última focalizada no desejo, na atração e paixão, ou seja, no amor romântico e o enamoramento que são vínculos de natureza sexual (Lopez, 2005).

O amor e o enamoramento são experienciados pelo ser humano de forma diferente, envolvendo muitas dinâmicas. Apesar de muito estudado, continuam a ser tema de discussão científica e assunto literário.

Fundamentados na amizade, no amor e na sexualidade, jovens adultos têm a tarefa de desenvolver relacionamentos íntimos, pois Erikson (já referido atrás), refere que é nessa fase do ciclo de vida que as pessoas constituem relacionamentos duradouros. Na atual sociedade, sabemos que tanto as amizades como os amados e os parceiros sexuais não são eternos para alguns, pois a dinâmica da sociedade parece estender-se para a

intimidade e torná-la mais `liberta´. Contudo, a maioria dos jovens adultos consideram os relacionamentos como o ponto central da sua existência.

Assim associam à intimidade o sentido de pertença e, a necessidade de pertença leva o ser humano à procura de relações estáveis, sólidas, amorosas e íntimas e, promotoras de um comportamento humano saudável. Todavia as relações íntimas produzem emoções que podem ser positivas ou negativas. Paralelamente as pessoas têm tendência a meditar preferencialmente sobre os amores e/ou os amigos do que nos demais e, quando não se estabelece esta teia de relações e ficam privadas da amizade e do amor as pessoas estão mais suscetíveis de desenvolver problemas de saúde físicos e/ou mentais do que os outros (Papalia *et al.*, 2006).

A teoria triangular do amor de Sternberg (1986) considera que o amor é constituído por três elementos que são: a intimidade, a paixão e o compromisso. Descreve a intimidade como o elemento emocional que envolve a auto-revelação que favorece o vínculo conjuntamente com os afetos e a confiança. A paixão como o elemento ‘motivacional’, para os impulsos internos que são a tradução do despertar fisiológico em desejo sexual. O compromisso é o elemento cognitivo, é o responsável pela resolução de amar e de permanecer com o amado. As relações e o tipo de amor que o casal vivencia é influenciado pela presença e/ou ausência dos diferentes elementos assim como o grau atribuído a cada um. O autor enumerou ainda oito tipos de amor, como se pode analisar no quadro 13.

Quadro 13 - Padrões de Amor

TIPO DE AMOR	DESCRIÇÃO
AUSENTE	Todos os 3 componentes do amor - intimidade, paixão e compromisso - estão ausentes. Isso enquadra a maioria dos relacionamentos pessoais, os quais são simplesmente interações casuais.
GOSTA	A intimidade é o único componente presente. Existe proximidade, compreensão, apoio emocional, afeto, ligação e calor. Nem a paixão e nem o compromisso estão presentes.
APAIXONADO	A paixão é o único componente presente. Esse é o “amor à primeira vista”, uma forte atração física e sexual, sem intimidade ou compromisso. Isso pode aparecer repentinamente e sumir da mesma forma, ou em determinadas circunstâncias, pode às vezes durar muito tempo.
AMOR VAZIO	O compromisso é o único componente presente. Isso é muitas vezes encontrado em relacionamentos de grande prazo que perderam tanto a intimidade quanto a paixão, ou em casamentos arranjados.
AMOR ROMÂNTICO	Paixão e intimidade estão presentes. Os amantes românticos sentem-se fisicamente atraídos um pelo outro e emocionalmente ligados. Contudo, não estão comprometidos um com o outro.
AMOR COMPANHEIRO	Intimidade e compromisso estão presentes. Essa é uma amizade de longo prazo, comprometida, que muitas vezes ocorre em casamentos nos quais a atração física desapareceu mas no qual os parceiros se sentem próximos um do outro e tomaram a decisão de ficar juntos.
AMOR ILUSÓRIO	Paixão e compromisso estão presentes, sem intimidade. Esse é o tipo de amor que leva a um namoro tempestuoso, no qual o casal forma um compromisso com base na paixão sem dar a si mesmo o tempo necessário para desenvolver e intimidade. Esse tipo de amor geralmente não dura, apesar da intenção inicial de se comprometer

AMOR CONSUMADO	Todos os três componentes estão presentes nesse amor “completo”, almejado por muitas pessoas, principalmente nos relacionamentos românticos. É mais fácil atingi-lo do que preservá-lo. Qualquer um dos parceiros pode mudar o que ele ou ela quer do relacionamento. Se o outro parceiro mudar também, o relacionamento pode perdurar de forma diferente. Se o outro parceiro não mudar, o relacionamento pode dissolver.
---------------------------	--

Fonte: Sternberg, 1985 (in Papalia *et al.*, 2006, p. 412)

Os três componentes do amor coligam-se arbitrariamente e originam oito tipos de relacionamentos de amor.

Segundo López e Fuertes (1999) o ser humano não tem apenas apetência sexual instintivamente pré-programada, mas tem, também, necessidades e capacidades afetivas que frequentemente se associam à atividade sexual. A afetividade que até ao período da adolescência era circunscrita à família, passa a orientar-se mais intensamente noutra sentido; as relações alargam-se a outros amigos, amigas e a outros adultos.

Com o despertar da adolescência e juventude, segundo Ribeiro (2008), os jovens têm de saber viver os momentos de confronto: namoro, saídas à noite, excessos nos consumos. É essencial nesta fase o “treino de competências individuais” (Ibidem, s.p.). Surgem em turbilhão as emoções, a vida afetiva, o instinto sexual e a capacidade de reprodução. Em termos empíricos diz-se que as ‘hormonas andam aos saltos’, mas em termos científicos, é comprovado em muitos estudos, que a sexualidade se manifesta intensamente e o jovem faz associação sexualidade e afetividade (Miguel, 1994). Surge o desejo de estabelecer uma relação afetiva com outrem, alguém, para ele, especial. Quando é correspondido formam um par tradicionalmente apelidado de namoro. Dependendo do par, este namoro geralmente é vivenciado intensamente, com grande ênfase, perspectivando a sua eternidade, mas, na opinião de Miguel (1994), são raros os que terminam em casamento. Considera ainda que o namoro constitui:

“um aspeto muito importante no desenvolvimento afetivo dos adolescentes: pelo reforço da identificação feminina ou masculina; pela maior segurança que obtém pelo facto de se sentirem amados; pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer em tornar mais feliz o outro” (Idem, p.18).

O relacionamento afetivo é um período de viver as emoções. Os sentimentos devem ser construídos numa relação de paridade e respeito, que permita a vivência da sexualidade como intimidade inserida num projeto de vida com liberdade de escolher os objetivos e os valores, sempre envolvido da responsabilidade das escolhas, como o referido no DIP3.

Estas condições podem interferir no percurso de uma vida saudável, logo devem ser alvo de programas de intervenção numa perspectiva preventiva.

5.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO/ PREVENÇÃO

“A educação para os valores e para uma sexualidade responsável deve, desde cedo, elucidar os jovens sobre a problemática das doenças sexualmente transmissíveis e o modo de as prevenir”.

(Nunes, 2006)

Nos últimos anos, os comportamentos de risco vivenciados pelos jovens tornaram-se um problema de saúde pública e uma área de interesse para os investigadores. Isto deve-se ao facto destes comportamentos – passíveis de prevenção em interação com fatores sócio-ambientais – se incluírem as principais causas de morbilidade e mortalidade dos jovens.

Dada a natureza dos jovens adultos, estes consideram-se como sendo um grupo invulnerável, que gosta de desafios e de desafiar regras e de experimentar o limite, muitas vezes enveredando por comportamentos que põem em risco a sua saúde e a sua integridade física. Em consequência, segundo Alves (2008) e López e Fuertes (1999), os jovens passam a constituir, em termos de comportamentos sexuais, um grupo de alto risco e compete à sociedade estar alerta e implementar programas educacionais promocionais e integradores de modo a envolvê-los e assim responsabilizá-los para a vivência de comportamentos que não comportem riscos.

Segundo Beck (2010), o termo risco terá sido inicialmente utilizado para se referir às águas não mapeadas e às surpresas que daí podiam advir, resultantes dos percursos da natureza e dos deuses. Neste sentido, terá surgido no léxico inglês oriundo de uma palavra Portuguesa ou Espanhola, estando associado a uma viagem que, inerente à circunstância, acarreta emoção e aventura e que por analogia se pode comparar com o nosso estudo em que os jovens estão numa fase do ciclo de vida que fazem uma ‘viagem’ com todos os riscos inerentes nessa transição.

Neste contexto, associado ao não controlável, estava excluída a falha e a responsabilidade humana. Beck refere ainda que, com o desenvolvimento da ciência probabilística e estatística, uma nova noção de risco surgiu e assim no séc. XIX deixou de ser da responsabilidade exclusiva da natureza e já aparecia associado ao homem e aos seus comportamentos, atitudes e liberdades, nas relações entre si e a sua envolvência na sociedade. Este novo conceito de risco mudou a forma de olhar o mundo em todas as suas dimensões e, é como se fosse possível com as novas ferramentas (cálculo e estatística) transformar o mundo em algo determinável e controlável.

No final do séc. XX, Mary Douglas (1992) menciona o risco como algo associado com perigo e o alto risco como perigo eminente. Esta mudança de paradigma apresenta

uma abordagem calculista e o risco passa a ser associado a resultados imprevistos ou indesejados. Hoje o conceito é utilizado em diferentes áreas e contextos. Todavia sobrevivem definições específicas de perigo – são ameaças que estão envolvidas na procura de resultados desejados – e risco – estimativa sobre o perigo –, conforme refere Giddens (1996). Este autor recorda ainda que a modernidade é uma cultura de risco, não no sentido que a vida social seja mais arriscada que outrora, mas a forma como está organizado o mundo social em resultado do processo de modernização. E, em sintonia com Beck (2010), ambos alegam que, na atualidade, as decisões são menos racionais e mais arriscadas devido à falta de conhecimentos sobre os resultados. Sabemos, contudo, que o risco é inerente à vida, empiricamente diz-se que ‘a vida é um risco’, faz parte da existência do homem, porém, também sabemos que o homem pode adquirir conhecimentos para os contornar e/ou evitar.

Lupton (1999) menciona um referendo ao risco na perspectiva das ciências sociais como se pode observar no Quadro 14.

Quadro 14 - Continuum de abordagens ao risco nas ciências sociais

POSIÇÃO EPISTEMOLÓGICA	TEORIAS E PERSPETIVAS ASSOCIADAS	PERGUNTAS CHAVES	AUTORES
REALISTA: O risco é uma ameaça, dano ou perigo, objetivo que existe e que pode ser medido independente dos quadros socioculturais, mas que pode ser distorcido ou preconcebido por meios de quadros socioculturais de interpretação.	<ul style="list-style-type: none"> • Perspetivas técnico-científicas • A maior parte das teorias das ciências cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os riscos que existem? • Qual a resposta cognitiva ao risco? • Qual a gestão do risco? 	Douglas <i>et al.</i> (Antropólogos)
CONSTRUCIONISMO FRACO: O risco é uma ameaça, dano ou perigo, objetivo que é inevitavelmente mediado por processos socioculturais, mas que nunca pode ser conhecido isolado desses processos.	<ul style="list-style-type: none"> • A perspetiva da sociedade em risco. • O estruturalismo crítico. Algumas abordagens psicológicas • A perspetiva simbólica-cultural. • O estruturalismo funcional, a psicanálise e a fenomenologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a relação entre o risco e as estruturas e processos de alta modernidade? • Como é que o risco é entendido nos diferentes contextos • Porque é que alguns são considerados riscos e outros não? • Quais as psicodinâmicas de resposta ao risco? • Qual o contexto do risco? 	Ulrich Beck e A. Giddens (Sociólogo)
CONSTRUCIONISMO FORTE: Nada é um risco por si só, (uma ameaça, dano ou perigo) é produto de formas de ver que são historicamente politicamente e socialmente contingentes.	<ul style="list-style-type: none"> • A perspetiva da governabilidade. • O pós estruturalismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Como os discursos e as práticas sobre o risco operam na construção da vida subjetiva e social? 	M. Foucault (filósofo)

Fonte: Adaptado de Lupton, 1999, p.35

O autor refere ainda que algumas abordagens podem combinar aspetos de mais que uma perspectiva classificada.

O comportamento de risco, para Jessor (1991), constitui um conjunto ou síndrome de comportamentos adolescentes/ jovens que desviam das normas da sociedade onde estão inseridos. Considera, ainda, que é preciso combinar interações de circunstância que surgem dentro de três dimensões:

- a) o **sistema de personalidade** – inclui variáveis como os valores, desempenho académico, independência, atitudes de tolerância para desvios comportamentais;
- b) o **ambiente percebido** – inclui variáveis sobre aprovação dos pares e modelagem dos comportamentos-problema por parte dos pares;
- c) o **sistema de comportamento** – inclui variáveis como consumo de substâncias, delinquência, atividades sexual e outros comportamentos desviantes.

Como determinados comportamentos constituem fatores de risco para morbidade e mortalidade, Jessor (1991) considera que o grande desafio é a compreensão do comportamento em conjunto com os seus precedentes e consequentes. Dando continuidade aos seus estudos o supracitado autor acrescenta ainda que a vulnerabilidade ao risco pode ser entendida como uma função do equilíbrio de uma pessoa entre o risco e a proteção em que concetualiza risco, como: “1-risco de se envolver em comportamentos que são potencialmente nocivos para a saúde e 2-risco de consequências comprometedoras de saúde e de vida de comportamentos correntes e passados” (idem, p. 387).

Outros autores, tais como Bandura e Zuckerman também dedicaram parte do seu estudo a esta problemática. No Quadro 15 apresentamos o resumo de algumas teorias de exposição ao Risco nos Adolescentes/ Jovens.

Quadro 15 - Teorias de exposição ao Risco nos Adolescentes/Jovens

TEORIA	DESCRIÇÃO	AUTOR	DESCRIÇÃO
Elemento do desenvolvimento pessoal	Procura a identidade através da experimentação de diversos comportamentos e papéis	Erik Erikson (1968)	O desenvolvimento psicossocial contempla a exposição a comportamentos de risco
Egocentrismo do Adolescente	Centro das atenções: 1-narrativa pessoal 2- público imaginário Considera-se centro do mundo e pensa que as outras pessoas concentram as suas atenções nele	David Elkind (1967)	Pode influenciar a tomada de decisão e subseqüentemente levar a comportamentos de risco
	Indestrutibilidade, Invencibilidade.		Podem levar a comportamentos de risco
Aprendizagem social	Comportamento humano é adquirido através da observação do comportamento dos outros Os jovens adquirem comportamentos através	Alberto Bandura (1963, 1977)	O ambiente pode determinar o comportamento da pessoa.

	das experiências.		
Busca de sensação	Modelo biossocial que pretende compreender os comportamentos dos jovens	Marvin Zuckerman (1994)	A busca de sensações tem sido associada a vários fatores comportamentais entre os quais o consumo de álcool.

Estas teorias tentam explicar as determinantes para a exposição ao risco e que podem ser uma característica pessoal, um comportamento apreendido ou um fenómeno do desenvolvimento.

A exposição ao risco pode ser reconhecida como uma característica normal do desenvolvimento do adolescente e do jovem resultante do carácter exploratório que o jovem tem na procura da construção da sua individualidade. Noutros casos surge por influência e pressão do contexto em que está inserido, se atendermos que os comportamentos são apreendidos. É importante identificar os fatores, os contextos, as funções e os comportamentos de risco para evitar a consolidação dessas atitudes e escolhas que podem ser inquietantes e com consequências nefastas para o desenvolvimento salutar do jovem a nível individual, pares, familiar, escolar e social (Papalia *et al.*, 2006; Outeiral e Cerezer 2003; Erikson, 1998).

Reportando-nos ao nosso trabalho, vamo-nos focalizar nos comportamentos de risco associados com a sexualidade. Assim, teremos em consideração que o comportamento de risco está relacionado com as vias de contaminação biológica dos agentes infecciosos, tendo a OMS (1986) descrito como sendo determinadas ações que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos em relação a uma doença em particular, ou à doença/ saúde. Para Feijó e Oliveira (2001), comportamento de risco é o envolvimento em atividades que podem comprometer a saúde física, mental e social do jovem.

Do ponto de vista do desenvolvimento evolutivo, Martínez Álvarez (2000) analisa os diferentes comportamentos sexuais ao longo da adolescência e juventude. Para isso, analisa 32 estudos realizados entre 1985-2000 – a maioria de origem americana, mas alguns europeus – relatando a opinião sobre os determinantes do comportamento heterossexual dos jovens. A Tabela 5 mostra esquematicamente as características básicas das manifestações em linha reta em cada uma das fases, da adolescência e, um resumo dos fatores.

Tabela 5 - Fatores determinantes do comportamento sexual

FASES	COMPORTAMENTOS	FATORES DETERMINANTES
ADOLESCÊNCIA PRECOCE (10-14 ANOS)	Na maioria dos casos tiveram comportamentos autoeróticos: <ul style="list-style-type: none"> - Incidência minoritária de experiência sexual aos 14 anos (3 a 12%); - Aproximadamente 60-80% dos adolescentes tiveram contacto heterossexual com ou sem caráter genital. 	Problemas de comportamento: álcool e drogas (+): <ul style="list-style-type: none"> - As mudanças biológicas da puberdade: diretas (os níveis de testosterona) e indiretas (características sexuais secundárias e atratividade física) (+); - Influências da família: ter irmãos mais velhos e pais solteiros (+); - O grupo de amigos: popularidade, o namoro, o início do relacionamento estável (+)
ADOLESCÊNCIA MÉDIA (15-17 ANOS)	Experiência Sexual: <ul style="list-style-type: none"> - Cerca de 40-50% em algum momento teve relação sexual; - Menor incidência de prática regular de atividade sexual: apenas 12-25% dos adolescentes responderam afirmativamente quando perguntados se mantêm relações sexuais agora. 	Indicadores sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento do nível social e cultural; - Menos dependência de crenças religiosas, urbanos, não escolarizados (+); - Nível de autoestima: resultado é confuso e obscuro; - Regras de família: ausência ou disciplina rígida (+); - O grupo de amigos: percebem que os melhores amigos como sexualmente ativos (indicador) (+); - Envolvimento num relacionamento estável: as meninas (+).
ADOLESCÊNCIA TARDIA (18-22 ANOS)	Maior experiência sexual: <ul style="list-style-type: none"> - Na faixa etária de 18-19 anos, situa-se entre 60-70%; - Nível inferior de prática, se olharmos para a continuidade e regularidade da atividade heterossexual. 	As crenças religiosas e as atitudes conservadoras (-): <ul style="list-style-type: none"> - Abandono dos estudos e acesso ao mundo do trabalho (+); - Maior frequência e maior número de parceiros: iniciação precoce de relações sexuais, famílias monoparentais e, variáveis da personalidade em desenvolvimento (extroversão, procura de sensações e erotophilia); - Estabilidade e duração do relacionamento (+): quantidade, variedade e satisfação.

Legenda: (+) Maior probabilidade de experiências sexuais; (-) Menor probabilidade

Fonte: Martínez Álvarez, 2000

A autora mantém uma posição crítica, pois menciona identificar uma série de limitações na maioria da pesquisa efetuada.

O CDC dos Estados Unidos da América tem um programa de monitorização dos comportamentos de risco juvenil (Youth Risk Behavior Surveillance System -YRBSS) e cataloga os comportamentos de risco dos jovens em seis categorias:1) consumo de tabaco; 2) consumo de álcool e outras drogas; 3) comportamentos sexuais que contribuem para gravidez indesejada e/ou infeções sexualmente transmissíveis incluindo a infeção por HIV/SIDA; 4) comportamentos alimentares desequilibrados; 5) ausência de prática ou prática inadequada de atividade física; 6) comportamentos promotores de violência e ferimentos não intencionais (CDC, 2011). Esta tipologia é coincidente com a OMS (2002) que, para além destes, destaca ainda os acidentes de viação. Dado o cariz do nosso trabalho vamo-

nos focalizar nos riscos dos jovens associados a atividade sexual que, segundo vários autores, entre os quais, Ogden (2004) e Lopez & Fuertes (1999), situam-se fundamentalmente ao nível da gravidez não desejada e do contágio de IST e aos fatores predisponentes.

Associado ao risco estão fatores que o podem induzir, ou seja, elementos preditores de consequências prejudiciais ou como manifestações preliminares de futuros comportamentos - elementos encorajadores e/ou incentivadores (Kaplan, 1999). É também inerente abordar os fatores de proteção que consistem em variáveis que motivam o efeito da redução e/ou cessação das influências contraproducentes subjacentes à exposição ao risco – elementos desencorajadores e/ou incentivadores de comportamentos que impeçam o risco (Simões, 2007). Estes dois termos - incentivar e desencorajar - para Kirby e Lepore (2007) implicam causalidade que é o nexa da questão, pois muitas vezes implica mudar comportamentos. Os mesmos autores mencionam que, em investigação, é difícil demonstrar causalidade e que muitas vezes não se sabe se o fator é causal ou se é correlacional.

No Quadro 16 apresentamos uma possível estrutura de causalidade entre os Fatores de Risco e Proteção dos comportamentos sexuais, adaptado de Kirby e Lepore (2007).

Tendo em conta o nosso estudo questionamo-nos sobre o que será mais importante, investir nos fatores de risco ou nos de proteção, para que os jovens vivenciem uma sexualidade saudável? Para Kirby e Lepore (2007) nenhum se sobrepõe ao outro e os dois são importantes; devem é obedecer a dois critérios: 1- ter impacto causal sobre o comportamento sexual; 2- alteração, por parte dos educadores e instituições, dos fatores. Tanto os fatores de risco como os de proteção necessitam de ter presente, os dois critérios.

São muitos os fatores que podem interferir no comportamento sexual dos jovens, entre os quais: ambientais – família, comunidade, amigos, escola, namorado/parceiro; individuais – biológicos, cognitivos, personalidade, raça/etnia, religião, consumos, desporto, exercer trabalho remunerado, agressividade/gangues, sucesso académico. Acrescem ainda as atitudes, as crenças, os valores, as aptidões, as motivações e as intensões dos próprios jovens que têm uma grande influência nas suas escolhas (ibidem).

Kirby e Lepore (2007) enumeram alguns fatores que conduzem a comportamentos de risco sexual, que se podem observar no Quadro 17.

Este autor por um lado associa os fatores sociais, as características e o comportamento sexual com mensagens contraditórias sobre a sexualidade e situações de consumos e contextos inadequados, a falta de comunicação e a ausência de planificação como os aspetos mais relevantes. Por outro lado, associa as características individuais que

podem contribuir para comportamentos arriscados, como a falta de assertividade, o saber rejeitar, e a negociação com o namorado/a companheiro para práticas seguras.

São também enumerados outros fatores como potencializadores do risco como: a incapacidade de os jovens da percepção do risco, a falta de informação, a incapacidade de recusa de ter relações sexuais desprotegidas, a pressão dos pares, início precoce da atividade sexual e do consumo de álcool e outras substâncias, espontaneidade das relações sexuais; a falta de diálogo entre parceiros, a procura de informação entre pares que também estão pouco informados e a frequência noturna de lugares de diversão, como discotecas e bares, locais propícios aos diversos consumos (Lomba *et al.*, 2008; Papalia *et al.*, 2006; Ramiro & Reis, 2006; Taquette *et al.*, 2004; Cantante, 2001; Marques & Prazeres, 2000).

Quadro 16 - Uma possível estrutura de causalidade entre os Fatores de Risco e Proteção dos comportamentos sexuais

FATORES SEXUAIS MAIS DISTAIS					FATORES SEXUAIS PROXIMAIS		COMPORTEMENTOS	SAÚDE PREOCUPAÇÕES
Coluna 9	Coluna 8	Coluna 7	Coluna 6	Coluna 5	Coluna 4	Coluna 3	Coluna 2	Coluna 1
Fator ambiental	Comunidade (características): <ul style="list-style-type: none"> Educação; Desemprego; Rendimento; Qualidade da vizinhança, bairro, qualidade; Desorganização social e crime. 	Família (características): <ul style="list-style-type: none"> Número de pais; Divórcio dos pais; Educação dos pais; Os rendimentos dos pais; Família conexão; A supervisão dos pais e monitorização atitudes familiares sobre modelagem e de comportamento sexual; Idade da mãe na primeira relação sexual e o primeiro nascimento; As atitudes dos pais sobre sexo e contraceção; Irmãos do sexual comportamento e da idade de nascimento do primeiro filho. 	Fatores Biológicos: <ul style="list-style-type: none"> Idade; Gênero; Maturidade Física; Hormonas. 	Namoro Consumos: <ul style="list-style-type: none"> Álcool Drogas 	Conhecimentos sobre sexualidade: <ul style="list-style-type: none"> Preservativos e contraceção; Valores e atitudes sobre sexualidade; Suscetibilidade percebida sobre: gravidez, IST e HIV; Perceção da família, parceiro, pares e comunidade; Valores e normas; Motivação para evitar o sexo, gravidez e IST; Autoeficácia percebida para: evitar o sexo indesejado; insistir na utilização de preservativos e contraceção. 	Intenção para: <ul style="list-style-type: none"> Ter relações sexuais; Utilizar um método contraceção; Para usar o preservativo. 	Abstinência	Gravidez na adolescente/jovem
		Escola (características): <ul style="list-style-type: none"> Escola religiosa privada; EPS: Sexualidade e AIDS. 	Envolvimento com: <ul style="list-style-type: none"> Família; Grupo de pares; Fé comunidade; Escola. 	Outros comportamentos de risco Stress Emocional			As aptidões necessárias para: <ul style="list-style-type: none"> Resistir ao sexo; Insistir na utilização de contraceção; Insistir na utilização de preservativos. 	
	Comunidade de religiosa: <ul style="list-style-type: none"> Não-permissiva valores acerca de sexualidade. 	Características dos pares: <ul style="list-style-type: none"> Graus amizade; Consumo de substâncias; Comportamentos delinquentes; Valores sobre sexualidade; Comportamento sexual; Mulheres grávidas ou parentalidade. 	Características do parceiro mais velho: <ul style="list-style-type: none"> Aceita usar preservativo e/ou contraceção. 	Oportunidade de fazer sexo Disponibilidade de preservativos e contraceção IST Disponibilidade de exames e tratamento serviços	Coerção sexual e abuso sexual	IST testes e tratamento do parceiro sexual		

Fonte: Adaptado de Kirby e Lepore, 2007

Quadro 17 - Fatores causais do comportamento sexual de risco dos jovens

FATORES SOCIAIS	CARACTERÍSTICAS	COMPORTAMENTO SEXUAL
Incentivo ao consumo Permissividade	Exploração e procura de novas experiências	Alta motivação prévia (desejo intenso)
Estimulação sexual	Perceção de invulnerabilidade perante a doença	Gratificante: prazer seguro e imediato
Educação sexual escassa	Questionar as mensagens dos adultos	Valorizar o risco: prevenir o futuro
Não considerar atividade sexual do adolescente	Valores, condutas e pressão do grupo de pares	Situações e contextos inadequados
Falta de cuidados de saúde	Menor consciência do risco	
Características individuais (assertividade e práticas seguras)		

Os jovens são reconhecidos como sendo indivíduos em situação particularmente vulnerável relativamente à saúde sexual, devido aos padrões de atividade sexual que vivenciam isto é: iniciarem precocemente atividade sexual; relacionamentos de curta duração que impelem à prática de relações sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros; o uso inconsistente do preservativo e a associação cada vez mais frequente de álcool e outras substâncias à prática sexual. Além dos referidos fatores comportamentais aditam outros que também interferem no acréscimo da vulnerabilidade e que são de natureza cultural, social e económica (Papalia *et al.*, 2006; Matos *et al.*, 2003; Roque, 2001; López & Fuertes, 1999).

A perceção de comportamentos sexuais de risco está também muitas vezes associada à interferência do jovem sobre o seu namorado/companheiro que conduz a que o par tenha o mesmo modelo de comportamento. O tipo de relação afetiva, o grau de abertura e diálogo assim como a autonomia que o casal tenha, condicionam a capacidade deles contornarem o risco (Chacham, Maia, Greco, Silva & Greco, 2007).

Entre os estudos que correlacionam os comportamentos sexuais de risco com conhecimentos, atitudes, consumos e relação entre os pares, surge o de Poulin e Graham (2001) que refere que um dos fatores de risco entre os jovens é a prática de atividade sexual não planeada sob o efeito de substâncias que conduz a um fator de risco para outros comportamentos sexuais de risco como a presença de múltiplos parceiros sexuais e uso inconstante do preservativo. Já o estudo de Morojele, Zhang, & Brook, *al.* (2006), pretendia compreender as crenças e as atitudes em relação ao comportamento sexual de risco e a interação com o consumo de substâncias. Os inquiridos referem que na associação destes dois comportamentos, um potencializa o outro, ou seja, o efeito psicotrópico do uso de substâncias vai aumentar o desejo e o desempenho sexual. Também referem que diminui as inibições, inquietações e juízos e afirmam ainda que, por vezes, os rapazes, para

estarem menos sujeitos à renúncia sexual, usufruem de raparigas intoxicadas ou eles mesmos lhes fornecem substâncias ilícitas. Mas a procura de desinibição e potencialização dos efeitos do consumo de substâncias sobre o desempenho sexual e práticas mais excitantes também é referenciado no trabalho de Lomba *et al.* (2008), em que 64,5% dos estudantes do ensino superior revelaram ter atividade sexual sob o efeito de álcool; 29,8% sob efeito de outras drogas; 40,3% não usou preservativo e 14,69% afirmou ter-se arrependido de ter tido relações sexuais sob o efeito de substâncias.

São vários os estudos que revelam a associação de consumos tabaco, álcool e substâncias psicoativas e a prática de comportamentos sexuais de risco. Os jovens que consumiram álcool têm maior dificuldade em recusar relações sexuais não desejadas e em usar contraceptivos. Cerca de 20% dos jovens que não utilizou preservativo na sua última relação sexual, referiu estar demasiado alcoolizado ou sob o efeito de drogas para o fazer. Dos jovens sexualmente ativos, 23,3% consumiu álcool ou substâncias psicoativas na última relação sexual, sendo este comportamento mais frequentemente nos rapazes (27,6%) do que nas raparigas (19%) (Eaton *et al.*, 2007; Morojele *et al.*, 2006; Labrie *et al.*, 2005; Langille e Curtis, 2002; Lindsay, Smith & Rosenthal, 1997). Labrie *et al.* (2005), num estudo efetuado com rapazes, observaram existir uma associação negativa entre o consumo de álcool e a utilização de contraceptivos, e especificamente na utilização do preservativo, e que uma percentagem significativa de jovens sexualmente ativos está envolvida numa combinação arriscada de consumo de álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco.

Da comparação dos estudos realizados da HBSC, nos anos 2002 e 2006, Matos e colaboradores mencionam que houve um aumento do número de jovens que referiram ter tido relações sexuais devido ao consumo de bebidas alcoólicas, sendo essa tendência mais frequente nos rapazes. O que veio a confirmar-se com o estudo de Reis & Matos (2007), que diz que a atividade sexual sob o efeito de álcool ou drogas parece ser mais frequente nos rapazes.

Com o aparecimento da epidemia do HIV/SIDA, o comportamento sexual deixou de ser encarado como um problema de interação, mas também como um problema da competência do indivíduo. Começou a ser visto como um comportamento de risco potenciador de doença crónica e/ou mesmo de colocar a vida em risco (Ogden, 2004).

As experiências dos jovens centram-se cada vez mais a nível individual, vivendo a ambivalência de uma oferta de um grande leque de escolhas contraposta a uma restrição das oportunidades. A pressão dos pares, associada ao conformismo são fenómenos exemplificativos de fatores incitadores do ingresso em comportamentos menos salutar. Contudo, os jovens são elucidados para adotarem comportamentos saudáveis, em detrimento da adoção de comportamentos de risco, sendo capacitados para adquirirem

contributos que sejam determinantes para a sua própria saúde e simultaneamente verem as vantagens em termos de promoção da saúde e prevenção da doença (Costa & Leal, 2005).

Como verificamos, muitos são os fatores promotores de comportamentos de risco, assim como os estudos neste âmbito. Já no âmbito da promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco e de doença são mais escassos os estudos não aparecendo com a mesma frequência descrição de fatores protetores. Contudo, há alguns autores que apontam fatores considerados protetores desses mesmos comportamentos. Galvão (2008) refere que a importância do diálogo dos pais e educadores sobre estes temas e sobre as consequências dos atos irrefletidos e precipitados sobre os efeitos nefastos na saúde. Se houver uma boa comunicação entre jovens, pais e educadores, será promovida uma adoção de estilos de vida saudáveis e consequentemente comportamentos saudáveis que conduzem à vivência de uma sexualidade saudável e responsável, logo, a prevenção do risco.

Sabemos que as características da personalidade e outros fatores endógenos, como as expectativas, os valores, as crenças, os receios, as atitudes podem contribuir para a adoção de comportamentos de risco. Nesse sentido, Lopez e Oroz (1999) e Alves (1999) mencionam a importância atribuída a uma elevada autoestima, pois significa comunicar melhor, confiar nos outros, ter relacionamentos mais satisfatórios, consequentemente, adotar menos riscos. Langille e Curtis (2002) encontraram também evidências entre religião e comportamentos de risco. Para os autores, as raparigas que frequentam mensalmente a igreja não iniciam a atividade sexual precocemente e esta relação fortalece quando a frequência da ida à igreja é semanal. Também nós, em estudo análogo realizado em 2001, referimos a religião como fator protetor de comportamentos sexuais de risco, assim como a prática de desporto a ocupação dos tempos livres, ver televisão (Cantante, 2001). A religião parece ser um fator importante em relação à manifestação de determinados comportamentos de risco mas também na formação de atitudes em relação aos consumos, concretamente o do álcool, por parte dos adolescentes e jovens (Michalak *et al.*, 2007; Sinha *et al.*, 2007; Francis *et al.*, 2005; Piko & Fitzpatrick, 2004). A religião torna-se um fator de proteção para o consumo de álcool interferindo pelas divergências culturais, por exemplo a cultura Árabe proíbe o seu consumo. Mas a aculturação parece exercer uma elevada influência na mudança de padrões de consumo (Kerr-Corrêa *et al.*, 2007). Há autores que mencionam que a religião, vivenciada pela fé pessoal interiorizada, conduz a uma influência positiva em relação ao evitar de comportamentos como o consumo de álcool, outras substâncias e mesmo a delinquência e, ainda encontram homogeneidades entre frequentar a igreja e a presença de compromissos e de rotinas, como referem Regnerus e Elder (2003).

Independentemente da religião que o jovem professa e da sua envolvência na mesma, provavelmente tem uma relação com as atitudes e os comportamentos sexuais, pois o modelo que o jovem preconiza, conduz ao controlo social e este poderá ser o elemento essencial para compreender esta relação (Visser, Smith, Richters & Rissel *et al.*, 2007; Hardy & Raffaelli, 2003; Meier, 2003; Rostosky *et al.*, 2003;). Embora infundadas, por vezes surgem vozes que aludem que a frequência da Igreja está também relacionada com padrões de comportamento e atitudes sexuais mais conservadores. Mas Visser *et al.* (2007) referem que as pessoas com religião que frequentem com pouca assiduidade a igreja assemelham-se mais aos pares sem religião.

Outros fatores, como a competência para ser sexualmente assertivos (Gómez-Zapiain, 2005), poderão estar relacionados com a menor probabilidade de recorrer ao consumo de álcool e outras substâncias, pois o recurso a esses produtos é por vezes devido à inibição, falta de diálogo, de partilha, informação, timidez e inexperiência. A capacidade cognitiva do jovem (Moore & Davidson, 2000) é, contudo, um elemento essencial pois toda a conduta depende dela os pensamentos, os objetivos, a tomada de decisão em relação à vivência da sua sexualidade.

A juventude é uma fase do ciclo de vida onde se manifesta um certo comportamento de rebeldia característico dos jovens que por natureza são idealistas, consideram-se invulneráveis e a saúde não é para eles uma preocupação prioritária. Estes são os ingredientes ideais para a adoção de padrões de risco na escolha dos estilos de vida optando muitas vezes por recorrer ao consumo de tabaco, álcool e outras substâncias que diminuem a capacidade crítica, e embora não são únicos contribuem para a adesão a comportamentos sexuais de risco. A sexualidade, como a vida, tem percalços, mas muitos são evitáveis, sobretudo os que se referem ao modo como vivenciam a sexualidade. Os jovens sabem que a responsabilidade por um comportamento de saúde favorável lhes compete a eles próprios, pois as mudanças no comportamento sexual estão muitas vezes relacionadas com as atitudes e valores alusivos à sexualidade. Pelo contrário, também sabem, que quando o comportamento é desfavorável este pode conduzir a problemas de saúde.

Para Nunes e Rego (2006, p.2) “A educação para os valores e para uma sexualidade responsável deve, desde cedo, elucidar os jovens sobre a problemática das doenças sexualmente transmissíveis e o modo de as prevenir”.

O aparecimento de IST, outrora designadas de doenças venéreas – imputadas a Vénus, deusa grega do amor – ocorrem com mais frequência do que os jovens pensam. A OMS (2007) considera IST todas as infeções passíveis de serem transmitidas de pessoa a pessoa por via do contacto sexual. Há, todavia, algumas infeções que ocorrem por via

transversal, mãe/ filho durante o parto, que podem provocar doenças graves nos nascituros, mas ocorrem em pequena percentagem comparando com as restantes. Atualmente estão identificados mais de 30 agentes infecciosos entre bactérias, vírus, fungos e parasitas, responsáveis por este tipo de patologias, que se podem manifestar de várias formas e podem ser mais ou menos graves para a saúde.

O risco dos jovens adquirirem IST é muito significativo para a saúde e para o seu bem-estar, pois tem consequências devastadoras quer do ponto de vista económico quer do social. O seu impacto na sociedade tornou-se um problema de saúde pública e a prevenção destas infeções, uma prioridade.

A OMS (2007) estima que por ano surgem 340 milhões de novos casos de IST, em todo o mundo, (incidência anual de IST curáveis e incluindo o SIDA), sendo o grupo etário 15-24 anos o mais exposto ao risco: por exemplo, em relação à gonorreia cerca de 65% já tiveram um episódio. Mas na comunidade europeia também tem ocorrido um aumento de algumas infeções como gonorreia, sífilis, entre outras, o que contribui, também, para o aumento de outras como HIV/SIDA, tornando-se um problema de saúde pública com indicação para que se implementem programas educacionais sobre sexualidade com o objetivo de informar, consciencializar e responsabilizar os jovens nas suas escolhas.

Segundo Shaffer (2005) um em cada cinco jovens dos EUA é portador ou já contraiu uma IST, podendo ser: sífilis, gonorreia, clamídia, herpes genital ou mesmo HIV/SIDA. Apesar de, nas últimas décadas, a preocupação recair sempre sobre esta última, as outras IST identificadas há mais tempo e com medicação específica ainda não foram erradicadas, contribuindo para problemas que vão desde uma infeção aguda até situações graves de esterilidade e em casos mais graves e, sem tratamento adequado, à morte.

No estudo de Willner *et al.* (2003), 39% das estudantes universitárias contraíram (HPV), nos 24 meses a seguir ao início da atividade sexual, aumentando para 58% nos 48 meses seguintes, sendo as mulheres com múltiplos parceiros ou com início de relações precoces as que têm maior risco.

Em Portugal não há nenhum organismo que obrigue a notificação de todas as IST; mesmo as obrigatórias podem eventualmente não estar todas registadas devido a várias conjunturas. Assim os dados mais recentes são do relatório da Direção Geral da Saúde de 2008 que aponta que nesse ano a incidência foi de 13 episódios de sífilis, 38 de gonorreia, 38 de sífilis congénita e 210 de hepatite B. Estes valores são semelhantes aos anos transatos, visto haver pequenas oscilações (DGS, 2010). A infeção por HIV/SIDA, dadas as suas características, só em 2005 foi integrada na lista de doenças de declaração obrigatória. Existe um organismo autónomo para esta doença que também trata desses dados (Programa ADIS da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA – Ministério da Saúde).

Assim, encontram-se notificados 28.370 casos de infeção HIV/SIDA, e o número de mortes causadas pela doença entre 1983 e 2005 foi de 6.383 (DGS, 2010).

As IST nos adolescentes e jovens adultos podem ser classificadas por síndrome de doença ou por agente específico da doença (D'Angelo & DiClemente, 1996) e o Quadro 18 resume as mais frequentes nestes grupos.

Quadro 18 - Síndromes /Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Jovens

SÍNDROME DE DOENÇA E/OU DOENÇA	AGENTE INFEIOSO	
URETRITE	Gonorreia e Clamídia,	Neisseria gonorrhoeae; Chlamydia trachomatis
VAGINITE/ CERVICITE	Tricomonas, Clamídia e Gonorreia)	Trichomonas vaginalis; N. gonorrhoeae; C. trachomatis
ULCERAS GENITAIS	-	Herpes simplex
SÍFILIS	-	Treponema pallidum
CANCROIDE	Vírus do herpes simplex e Treponema pallidum,	Haemophilus ducreyi
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	Clamídia e Gonorreia	N. gonorrhoeae; C. trachomatis
HIV/SIDA	-	Vírus da Imunodeficiência Humana

Estão ainda associadas às IST, a displasia e o carcinoma cervical nas mulheres pela transmissão do vírus do papiloma humano, assim como, a Hepatite B causada pelo vírus da hepatite B, em ambos os sexos.

Com a exceção da infeção HIV/ SIDA, que surgiu em 1981, Olshansky (1995) considera estas infeções como sendo clássicas apresentando um grupo composto por: sífilis, gonorreia, cancro mole, linfo granuloma venéreo e o granuloma inguinal; inclui ainda infeções por herpes genital, a uretrite inespecífica, a tricomoníase, a candidíase, a pediculose púbica, a escabiose, as verrugas genitais ou venéreas, o vírus da hepatite B, o condiloma subcutâneo e a vaginose bacteriana. Há fatores promotores ao desenvolvimento destas infeções que são os comportamentos de alto risco, como: ter vários parceiros sexuais e/ou alteração de parceiros sexuais; ter um parceiro com antecedentes de IST e/ou antecedentes desconhecidos e/ou que consome drogas por via intravenosa e ser bissexual ou homossexual; início precoce da atividade sexual; ter antecedentes pessoais de uma IST; consumir drogas ou álcool numa relação sexual ocasional; ter relações sexuais anais; ter relações sexuais sem proteção com parceiro desconhecido (CDC, 2011; Ribeiro & Fernandes, 2009; OMS, 2007; Shaffer, 2005; Olshansky,1995).

Nos anos 80 do séc. XX surge uma pandemia, a infeção por HIV/SIDA, que se torna num problema de saúde pública em todo o mundo, afetando todas as classes sociais tendo sido associada a comportamentos de risco em vez de grupos de risco. É uma preocupação que se mantém até aos nossos dias, e muitos têm sido os esforços no sentido

de a controlar e, evitar a sua propagação em todo o mundo sobretudo nos jovens. Campanhas e programas de educação para a saúde para esclarecer dúvidas e mitos, sobretudo quando estão associados a valores, tradições culturais e crenças, têm sido realizados desde então com o objetivo de informar os jovens e prepará-los para evitar riscos e fazerem escolhas assertivas para a vivência de uma sexualidade responsável e saudável. A transmissão ocorre de humano para humano através de relações sexuais desprotegidas, heterossexuais ou homossexuais; sexo oral com uma pessoa infetada; uma transfusão de sangue contaminada, muito rara desde 1985 porque o sangue é testado para o HIV; partilha de seringas, se um dos utilizadores de droga está infetado; exposição ocupacional, picada de uma agulha com sangue infetado; inseminação artificial com sémen infetado, embora hoje em dia já não ocorra porque o sémen é submetido a uma 'lavagem'; transplante de órgão de um dador infetado com o HIV (Harvard Medical School, 2005).

Schaffer (2005) menciona que alguém seropositivo ou com SIDA declarada pode transmitir o vírus a outras pessoas através de três vias principais de transmissão do HIV: 1- contacto sexual com fluidos corporais infetados, 2- contacto com sangue infetado ou produtos de sangue através da transfusão, transplante de órgãos, partilha de agulhas, ou acidente com agulhas dos trabalhadores nos cuidados de saúde, e 3- transmissão de uma mãe infetada para o seu filho na gravidez, no nascimento ou durante a amamentação.

A compreensão e a vivência da sexualidade sofreu mudanças nas últimas décadas devido ao flagelo da HIV/SIDA (OMS, 2002), pois a grande percentagem de transmissão é do foro do comportamento sexual. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e a SIDA e a Organização Mundial da Saúde prevê que mais de 5,5 milhões de jovens em todo o mundo vivem com o HIV, dois terços deles na África subsariana e que cerca de 45% de todas as novas infeções ocorre em pessoas na faixa etária entre 15 -24 anos (OMS, 2008; ONUSIDA, 2008). Afirma ainda que muitos jovens não possuem informações corretas e completas sobre prevenção e como evitar a exposição ao HIV, que mais de 70% dos homens jovens identifica o preservativo para o proteger do HIV e que 55% das mulheres jovens o menciona como uma estratégia efetiva para a prevenção do HIV. Estudos realizados em 64 países apontam que apenas 40% dos homens e 38% das mulheres entre 15 e 24 anos tinham conhecimentos corretos e abrangentes sobre o HIV e sua prevenção (ONUSIDA, 2008). Contudo este valor está aquém da meta global que propunha 95% até 2010. O último relatório informou ainda que pelo menos metade dos estudantes em todo o mundo não recebeu nenhuma eps sobre o HIV na escola. Perduram nos jovens altas taxas de IST curáveis, com cerca de 111 milhões de casos novos por ano entre jovens de 10 a 24 anos (IPPF, 2006). Um estudo realizado em 1995, envolvendo 240.000 caloiros das universidades americanas, refere que 43% admitem o sexo casual, mas oito anos antes

tinha sido realizado outro estudo semelhante, com um resultado de 52% (Papalia *et al.*, 2006); são notórias as mudanças nas atitudes e comportamentos que ocorreram com a divulgação da HIV/SIDA.

A OMS estima que até 2,5 milhões de jovens entre 15 e 19 anos em países em desenvolvimento fazem abortos, ocorrendo a maior parte sem condições de higiene (OMS, 2007). Em Portugal 24% dos abortos realizados a pedido da mulher situam-se na faixa etária dos 20-24 anos (DGS, 2010).

O Plano Nacional de Saúde (2004 - 2010), relativamente à saúde dos jovens em Portugal, aponta para a existência de um aumento dos comportamentos de risco, nomeadamente, a parentalidade precoce. Um estudo realizado pela Direção Geral de Saúde (2005) considera que embora haja uma diminuição da taxa de natalidade, há um aumento de gravidezes precoces e apontando para diferenças da caracterização (idade, escolaridade, inserção na vida ativa) da maternidade vs paternidade.

Atualmente muitos jovens adultos e adultos admitem ter alterado o estilo do seu comportamento sexual com escolha seletiva dos parceiros, menos parceiros, práticas de sexo seguro e abstenção sexual por opção. Porém, ainda existe uma ideia errónea de que o HIV/SIDA é uma doença que apenas afeta os homossexuais. É uma síndrome que tem associado um estigma social e que pode provocar discriminação, perda de emprego, rejeição social, e outras violações dos direitos humanos. É uma patologia sem cura pelo que a prevenção primária é essencial.

Embora teoricamente todos possam estar expostos a algumas IST, o risco é acrescido em maior grau para os jovens que têm múltiplos parceiros, promiscuidade e sem proteção e que, segundo Olshansky (1995), são resultantes das modificações sociais que ocorreram na nossa civilização e se refletem no comportamento sexual que o autor designa de 3P's: permissividade; promiscuidade e pílula. O autor imputa ainda, este facto, ao aparecimento dos antibióticos e da pílula, porque as pessoas perderam o medo de contrair doenças e de engravidar. Agregando esse resultado psicológico a uma maior permissividade social da sexualidade com um comportamento sexual cada vez mais promíscuo, reverte sistematicamente numa maior exposição às IST.

A diminuição da incidência destes comportamentos de risco deve ser uma preocupação ao nível da prevenção primária que deve desenvolver programas de saúde de forma a fornecer informação sobre todo o tipo de IST, sobre as medidas preventivas para que os jovens façam livremente escolhas corretas, responsáveis, assertivas, sendo um princípio fundamental na Educação para a Sexualidade. Estas premissas associadas ao respeito para com o outro são essenciais para vivência da sexualidade responsável saudável e logicamente uma vida saudável.

Para além das IST e de comportamentos poucos saudáveis relacionados com a fase de desenvolvimento, os jovens, por vezes consomem substâncias prejudiciais à saúde (consumos aditivos).

Desde o início da humanidade em todas as culturas, sempre se registou o consumo de substâncias psicoativas que são todas as que têm a capacidade de influenciar o comportamento, alterando sentimentos ou outros estados psicológicos. Estas substâncias capazes de alterar o sistema nervoso central quando instaladas no organismo, dirigem-se, através do sangue, ao cérebro marcando o seu ecossistema de forma variável sendo a sua principal característica a 'psicoatividade'. Patrício (2002) apelida-as de droga.

São substâncias que, chegando ao cérebro, têm a capacidade de modificar o seu funcionamento habitual e o uso regular destas pode gerar processos de tolerância e/ou dependência. O autor supra mencionado alude a tolerância como sendo a presença regular da substância no organismo que, à medida que este se vai adaptando, manifesta necessidade de maior quantidade para obter os mesmos efeitos. Dependência implica um consumo regular, mais ou menos prolongado de determinada substância, que conduz a pessoa à necessidade de a consumir para não experimentar sintomas de abstinência/dependência física e para enfrentar a sua vida quotidiana/dependência psicológica, refere Patrício (2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde, entende-se dependência como o modelo de comportamento em que se torna prioridade o uso de uma substância psicoativa, frente a outras condutas consideradas anteriormente como mais importantes.

Ainda Patrício (2002), informa que estas substâncias vão produzir, no organismo humano, uma série de alterações: físicas – a sua toxicidade provoca danos nos órgãos ex: fígado; psicológicas – afetam a relação da pessoa consigo própria e com os outros, ex: conflito de pares, e sociais – afetam a comunidade, ex: acidentes provocados por pessoas sobre efeito destas substâncias.

A partir dos anos oitenta do séc. XX, o conceito de dependência foi aplicado ao consumo de substâncias; esta associação expande-se a um vasto conjunto de comportamentos. Esta visão é extremista pois considera que qualquer comportamento agradável ou redutor do *stress* pode ser abrangido em padrões comportamentais de dependência. Para que esta conceção tenha validade científica é necessário que se estabeleça ligação entre o padrão aditivo e um padrão neuroquímico. Estes padrões aditivos têm que estimular, em indivíduos predispostos, a produção endógena de opiáceos (β endorfinas), psicoestimulantes (ativação do sistema dopaminérgico) ou outros análogos das substâncias exógenas de alto potencial aditivo (Cabral, 2007; Patrício, 2002). Estas circunstâncias, tão ligadas, induzem a um comportamento se possa considerar aditivo,

contudo há defensores que utilizam explicações comportamentais para fundamentar a sua opção.

Há alguma dificuldade em aceitar esta generalização do conceito de dependência a qualquer ato difícil de extinguir ou cuja prática seja censurável, por se considerar que esse conceito não vai ajudar à melhor compreensão dos vários comportamentos considerados aditivos (Cabral, 2007). Para a autora, o cerne da questão poderá estar na avaliação das características das pessoas que desenvolvem comportamentos repetitivos marcados pela compulsividade – a um evitamento do risco e a um esbatimento da ansiedade – e impulsividade – a uma procura do risco e do prazer. Existem fatores, (Patrício, 2002), que vão desencadear a dependência: acessibilidade; personalidade, características de impulsividade ou de compulsividade; situacionais, alívio das frustrações e inseguranças; características dos consumos, ser legal, não ser dispendioso.

Os consumos nocivos têm regras como, a idade permitida, locais de acesso, mas movimentam em simultâneo muitos interesses económicos. Os jovens são confrontados com as regras sociais impostas aos consumos, com o prazer, a desinibição, o *status* que, por vezes, daí advém e as aprovações e estimulações sociais e, este confronto faz parte da estruturação da personalidade.

O consumo de aditivos tem interferência na vida do ser humano a vários níveis, entre os quais, conforme o referido anteriormente, interfere com o comportamento sexual, concomitantemente com uma vivência saudável da vida. As substâncias mais utilizadas são o álcool, tabaco, haxixe, heroína, ecstasy e outros opiáceos, dado que os jovens procuram nelas reações físicas e psicológicas, capazes de produzir prazer e por vezes aliviar alguns estados emocionais desagradáveis, não se apercebendo que, a exposição contínua, torna-se nociva.

No nosso contexto sociocultural, o álcool é a substância mais consumida, a que mais se abusa e a que mais problemas sociais e de saúde pública acarreta. No estudo realizado por Lomba *et al.* (2008), 95,10% dos universitários referiram consumi-lo. Ambos os sexos o ingerem; contudo, nos últimos anos houve um aumento exagerado no consumo por parte das raparigas (Santana & Negreiros, 2008; Mendes & Lopes, 2007). Há ainda diferenças em relação às variedades ingeridas assim como às quantidades segundo o sexo, mas o consumo regular de bebidas alcoólicas pelos jovens tem aumentado (Barroso *et al.* 2006), que refere ainda que na juventude há um fácil acesso aos comportamentos de risco.

Vários são os estudos e os autores que associam o consumo de álcool a comportamentos de risco. Por exemplo, Le Breton (2002) considera que o álcool estimula a passagem ao ato e o envolvimento em comportamentos de risco, pois inicialmente provoca algum êxtase das faculdades de avaliação da situação; posteriormente, a alcoolização

predispõe à sobrevalorização das capacidades, o que encobre o medo e o torna falsamente 'corajoso', diminuindo, assim, os mecanismos de proteção do próprio jovem. Os jovens por vezes usam-no como estratégia para se desinibirem, para se sentirem bem ou para contornar conflitos. Alcoolizados, os jovens não têm a perceção nem percebem o seu estado - estas condicionantes promotoras de ação conduzem a comportamentos de risco (Barroso *et al*, 2006; Le Breton, 2002). Nos jovens, o álcool aparece muitas vezes como um fator mediador no decurso do seu desenvolvimento, podendo constituir por si só um elemento propiciador de comportamentos de risco (Barroso *et al*, 2006).

O organismo dos jovens antes dos 18 anos tem dificuldade em metabolizar o álcool que ingere. Logo, pequenas quantidades afetam as capacidades de desenvolvimento, tais como a inteligência, a memória, o raciocínio ou a atenção, colocando em risco o seu equilíbrio e comprometendo o normal desenvolvimento. A ação tóxica dá origem a que mesma quantidade de bebida produza uma alcoolémia com valores muito superiores devido ao sistema nervoso central ainda estar em desenvolvimento, dando origem a que o jovem se torne mais vulnerável ao álcool. Quanto mais jovem for o consumidor, maior é a incapacidade de desenvolvimento físico, intelectual e emocional. O consumo de álcool nestas pessoas traz ainda outros efeitos maléficos como: perturbações e danos na saúde física e mental, pela ação tóxica sobre o fígado, pâncreas, sistema nervoso, medula óssea, tubo digestivo, sistema cardiovascular e muscular. Torna-se, por isso, crucial que os adolescentes/jovens adiem o mais possível o consumo de bebidas alcoólicas e tenham atenção aos padrões de consumo mínimo.

Para Nunes e Pateiro (2000), o álcool é a principal droga psicoativa na civilização ocidental. Já Longabaugh & Morgenstern (1999) alegam que o álcool é um produto sedativo ansiolítico outrora utilizado como anestésico. Por sua vez para Breda (2000), o álcool é um produto tóxico e psicotrópico sendo conhecidas as manifestações que comprovam a dualidade e ambivalência dos seus efeitos: é o primeiro estágio da dependência química; é a primeira droga usada por adolescentes, ocorrendo o primeiro contacto com a bebida, em média, aos 11 anos, seguida do cigarro aos 12 anos. A partir dos 13/14 anos os adolescentes começam a experimentar a cocaína. O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as outras drogas.

5.3 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

“Todos os mamíferos são seres sexuais e usam essa sexualidade fundamentalmente para a reprodução (instinto). O homem, contudo, pode ter objetivos vários para os seus comportamentos sexuais: procriar, prazer, expressão de ternura, expressão de afeto e comunicação (Cordeiro, 2003, p.73).

O Acesso Universal aos Serviços de Saúde Reprodutiva foi o tema que a ONU selecionou para assinalar o dia mundial da população no ano 2012, celebrado a 11 de julho, para destacar a necessidade de fazer do assunto uma prioridade para a comunidade internacional. “Alerto os Estados-Membros para uma ação concertada urgente para preencher a lacuna entre a procura e a oferta de cuidados de saúde reprodutiva”, foi a mensagem deixada por Ban Ki-moon para assinalar esse dia, e acrescentou ainda que a:

“saúde e direitos reprodutivos são essenciais para o desenvolvimento sustentável e para a redução da pobreza. Investir no acesso universal à saúde reprodutiva é um investimento fundamental nas sociedades saudáveis e um futuro mais sustentável” (Ban Ki-moon, FNUAP 2012, p. 1).

Também a mensagem proferida por Babatunde Osotimehin (Diretor Executivo do Fundo da ONU para as Populações - UNFPA) nesse dia, se enquadra na mesma linha remetendo para a comunidade internacional a determinação de tornar o acesso universal à saúde reprodutiva numa prioridade e acrescenta que o planeamento familiar é um direito fundamental (FNUAP, 2012, p.1).

Esta preocupação emerge dos resultados do relatório da UNFPA, segundo o qual os problemas de saúde reprodutiva continuam a ser a principal causa de doença e de morte em mulheres em idade fértil em todo o mundo. Devido à falta de planeamento familiar eficaz, cerca de 222 milhões de mulheres não podem evitar ou atrasar a gravidez. Paralelamente cerca de 800 mulheres morrem todos os dias no decorrer do trabalho de parto sendo, as complicações na gravidez e no parto relatados como a principal causa de morte entre as raparigas dos 10 aos 19 anos, na maioria dos países em desenvolvimento. As maiores taxas de IST estão entre os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Cerca de 1,8 mil milhões de jovens estão a entrar em idade reprodutiva, muitas vezes sem os conhecimentos e capacidades para se protegerem, ao que acresce, ainda, a falta de serviços de apoio (FNUAP, 2012).

O direito à saúde faz parte do artigo 64º da Constituição da República Portuguesa: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” e é também protegido por instrumentos jurídicos internacionais tais como o artigo 25º da Declaração

Universal dos Direitos Humanos e o artigo 12º da Convenção Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. Segundo estes organismos o direito à saúde inclui, em simultâneo, liberdades e direitos. As liberdades compreendem a capacidade de controlar sua saúde e o seu corpo e de não consentir nenhuma interposição externa, como a tortura, as experiências ou tratamentos médicos não consentidos. Os direitos incluem o acesso aos cuidados adequados em tempo útil, às condições elementares de saúde, como, o auferir de água potável, rede sanitária, assegurar as necessidades alimentares e nutricionais, o acesso a uma casa, a condições de laborais seguras, a um meio ambiente salutar, e um acesso à educação assim como às informações que dizem respeito à saúde. O direito à saúde assenta em quatro indicadores de avaliação que são: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade e para ser uma realidade é necessário o envolvimento das próprias comunidades, das autoridades locais, dos governos nacionais e organizações e empresas internacionais. Além dos muitos objetivos que têm que ser delineados, é igualmente necessário alterar prioridades políticas e económicas, definir estratégias, para que seja possível alcançar a tão desejada saúde para todos.

Um pilar fundamental para alcançar a saúde para todos é o contributo da saúde sexual e reprodutiva, pois instituída como uma grande área de intervenção educacional, médica, sociológica, política e tecnológica.

A OPAS (2000) define a saúde sexual como "a experiência do processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural relacionado com a sexualidade" e a OMS (2010) e a IPPF (2009), definem a Saúde Reprodutiva como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos".

Como já foi referido no capítulo 1, há direitos sexuais preconizados e para que as pessoas possam usufruir dos seus direitos reprodutivos, o Programa de Ação da CIPD (FNUAP 2010) indica que, no contexto dos cuidados de saúde primários deve existir:

- a) Planeamento familiar (âmbito mais abrangente e não como controlo da natalidade);
- b) Preparação, pré-natal e pós-natal;
- c) Prevenção e tratamento adequado da infertilidade;
- d) Prevenção do aborto e da gestão das consequências do aborto;
- e) Tratamento de infeções do trato reprodutivo;
- f) Prevenção, cuidados e tratamento de IST e HIV / AIDS;
- g) Informação, educação e aconselhamento, sobre a sexualidade humana e saúde reprodutiva;
- h) Prevenção e vigilância de violência contra mulheres, cuidados de saúde para as sobreviventes de violência e outras ações para eliminar práticas tradicionais como a MGF / C;
- i) Diagnóstico e gestão Saúde Sexual e Reprodutiva.

O IPPF (1997), na mesma linha, sugere ainda quais os principais tópicos a trabalhar na intervenção em saúde sexual e reprodutiva que são:

- a) Educação sobre sexualidade e reprodução;
- b) Informação, educação e meios de regular a fertilidade, incluindo o provimento de métodos contraceptivos;
- c) Educação e cuidados durante a gravidez, parto e período pós-parto, incluindo aconselhamento relativamente aos papéis parentais;
- d) Cuidados ao recém-nascido, nomeadamente reforçando a importância da amamentação materna;
- e) Prevenção da infertilidade e tratamento do casal infértil;
- f) Gestão humana do aborto;
- g) Prevenção e tratamento das infeções de transmissão sexual;
- h) Prevenção e tratamento de doenças do sistema reprodutivo e problemas endócrinos associados;
- i) Proteção do estatuto nutricional da mulher;
- j) Aspetos relacionados com a saúde mental que possam influenciar a sexualidade e a reprodução;
- k) Prevenção da violência sexual e de práticas prejudiciais associadas, tais como a mutilação genital, bem como os cuidados às suas vítimas.

Decorrentes das ações da CIPD e outros organismos e das sucessivas conferências mundiais, já atrás referenciadas; da proximidade da meta (assegurar o acesso universal até 2015 ao atendimento à saúde reprodutiva e sexual) e dos objetivos do millenium (quatro relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, a atingir até 2015), em 2012, a concretização dessa meta está mais próxima (FNUAP, 2012). Assim 145 países, dum universo de 151 pesquisados, proporcionaram a aplicação dos direitos reprodutivos. Desses, 131 aprovaram leis e adotaram políticas de saúde com base na Saúde Sexual e Reprodutiva, promoveram novas políticas, planos, programas, estratégias ou leis nacionais sobre essa área. Em alguns países, como Portugal, tornaram-se em programas prioritários dentro do sistema de saúde. Pretende-se, assim, que haja estruturas e programas de intervenção que permitam que as pessoas possam viver de uma forma saudável, satisfatória e responsável a sua sexualidade. A Estratégia de Planeamento Familiar do FNUAP 2012 - 2020, prevê oferecer, até 2020, o acesso ao planeamento familiar a 69 países que (por diversas razões: económicas, sociais e culturais) ainda não o asseguram (FNUAP, 2012).

Portugal é um dos países que tem grande preocupação com esta problemática. Em 1971, através da Lei 413/71, cria os centros de saúde, estrutura onde se viriam a alicerçar, a partir de 1976, as consultas de planeamento familiar com o objetivo de contribuir para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. Em 1989, foi criada a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (Despacho nº 8/89), mais tarde designada de Saúde da Mulher e da Criança (Despacho de 31-5-1994) e das UCF para a saúde materna e infantil (Despacho n.º 6/91 e Despacho nº 12 917/98), que têm lutado pela articulação, coordenação funcional e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Foi assim preocupação da Direcção-Geral da Saúde, distribuir circulares informativas, normativas ou por ações de formação, para estimular e induzir uma melhoria contínua dos cuidados prestados à mulher e à criança. Na Estratégia de Saúde aprovada para o período de 1998 a 2002, a saúde reprodutiva constitui uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias. Reforça as atividades no âmbito do planeamento familiar e da saúde materna, assim como as atividades de educação para a saúde, dirigidas aos adolescentes e às mulheres jovens, nas áreas da sexualidade e reprodução, assentes nas escolas e nos serviços de saúde. Em Julho de 2007, foi criado o PNSR que abrange as áreas: Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Diagnóstico Pré-Natal, Interrupção Voluntária da Gravidez e Procriação Medicamente Assistida. Este programa pretende a obtenção de ganhos em saúde e dar continuidade ao trabalho já desenvolvido e, através de um modelo independente, flexível e dinâmico, proporcionar um conjunto de intervenções focalizadas no envolvimento dos cidadãos e na sua própria Saúde Sexual e Reprodutiva.

Atualmente na DGS (2012) existe a direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde que está estruturada em 3 divisões, sendo a primeira a Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e abarca as seguintes atribuições e competências:

- Propor estratégias, coordenar programas específicos, colaborar na avaliação e gestão do risco e apoiar tecnicamente os serviços, promover a formação profissional e promover a articulação entre as unidades de saúde, coordenar atividades de promoção da saúde no ciclo de vida;
- Assegurar formas flexíveis de intervenção em saúde sexual e reprodutiva e neonatal junto dos grupos populacionais mais vulneráveis
- Garantir a monitorização e avaliação periódica dos cuidados nas várias vertentes da saúde infantil e juvenil, bem como da saúde sexual e reprodutiva;
- Proceder à análise dos fatores que influenciam a natalidade, a mortalidade e morbilidade materna, fetal e neonatal no âmbito do sistema de saúde.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva contribui para a formação pessoal e social dos indivíduos. Como já foi referido é uma preocupação do setor da Saúde, mas também de outros ministérios principalmente o ministério da Educação, estabelecendo-se assim uma parceria de cuidados quer a nível central quer a nível local.

Os cuidados de saúde primários (CSP), como pilar basilar do sistema de saúde e os ACEs como cuidados de proximidade, são reconhecidos como o contexto ideal para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção das IST, operando através da educação para a saúde, dos rastreios, do diagnóstico precoce, do tratamento de IST. Deve-se envolver e responsabilizar os cidadãos e as comunidades, promovendo a sua

participação e cidadania em saúde, pois nem sempre a comunidade usufruí bem essas oportunidades (Miguel & Sá, 2010).

Saúde sexual e reprodutiva é uma das cinco áreas específicas propostas para intervenção por se considerar estar atualmente subvalorizadas e assim justifica a intervenção diferenciada até à sua estabilização no tecido estrutural do sistema de saúde, pois é uma das áreas nas quais as intervenções praticadas têm impactos na saúde positivos e mensuráveis, entre outros critérios (DGS, 2012).

No entanto, dada a transversalidade e abrangência dos CSP, eles têm uma equipa multidisciplinar, que asseguram as consultas de planeamento familiar onde se realizam atividades de promoção da saúde, tais como: informação, infertilidade, aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das IST, prestação de cuidados pré-concepcionais, prevenção do tabagismo e do uso de álcool e outras drogas. As atividades desenvolvidas no planeamento familiar estabelecem assim, uma componente basilar da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. São parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários, e devem organizar-se, em cada Centro de Saúde, em articulação com outras instituições, de modo a responder às necessidades da comunidade. Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos da comunidade. Como tal, devem atender a determinados princípios como: criar empatia, interagir, assegurar confidencialidade e adequar a informação às necessidades do indivíduo, família ou grupo, ao longo de ciclo de vida, demonstrando conhecimento e competências necessárias para trabalhar a saúde sexual e reprodutiva e assim contribuir para os ganhos em saúde naquela comunidade. Reconhecemos também que os CSP, em parceria com as escolas e outros recursos da comunidade, embora por vezes possam apresentar lacunas, são os locais de eleição para educação/ formação dos cidadãos, para a vivência de uma sexualidade saudável e responsável.

Houve necessidade de formular indicadores para acompanhamento de todos estes dados e Corrêa *et al.* (2003) reúnem, no Quadro 19, os indicadores para diagnóstico e monitorização e investigação da saúde sexual e reprodutiva.

Quadro 19 - Marco concetual e político da saúde sexual e reprodutiva

MARCO CONCETUAL E POLÍTICO: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	
DIMENSÕES	
CONDIÇÕES CONTEXTUAIS	CONDIÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
Condições gerais de vida, população e desenvolvimento	Prevalência anticoncetiva
	Condições de atendimento de saúde da gravidez ao puerpério

Condições de vida das mulheres	Prevalência de IST/SIDA
	Prevalência de doenças do trato Reprodutivo
Condições de saúde da população	Implementação de políticas de saúde específicas
	Violência contra mulheres

Fonte: OMS, Catalogue of health indicators, Genebra, 1996, in Corrêa *et al.*, 2003

Para cada uma destas condições foram elaborados indicadores específicos, pois o conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva é multidimensional e reflete-se na complexidade de operacionalizar. Assim, o sistema de indicadores proposto tem como principal objetivo acompanhar a evolução das medidas implementadas; possibilitar a identificação dos esforços em termos institucionais de programas; do volume dos recursos financeiros alocados; da disponibilidade de equipamentos e de recursos humanos e os resultados concretos obtidos, com o fim último de conseguir uma população sexualmente saudável onde os direitos sexuais sejam respeitados.

5.4 ESTILOS DE VIDA

*“Não somos responsáveis apenas pelo que fazemos,
mas também pelo que deixamos de fazer...”*

(Molière, 1652)

Estilo de vida é uma expressão atual referente à estratificação da sociedade por meio de aspetos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia-a-dia.

Em 1974, Marc Lalonde definiu estilo de vida como “o agregado de decisões individuais que afetam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo” (p.32).

Do ponto de vista da sociologia, uma das primeiras aproximações do tema com os conceitos de way of life – modo (género) de vida, algo equivalente ao nosso modo de vida, foram os trabalhos do antropólogo Lewis Morgan (1877) retomados por Marx e Engels em diversos escritos entre os quais se destacam ‘Origens da família da propriedade privada e do Estado’ (Engels) textos sobre formações sociais pré-capitalista e ‘O Capital’ (Marx) que, como observa Geertz (2008), de certo modo desencadearam o uso do conceito de cultura.

No campo da saúde, a OMS define estilo de vida como sendo o “conjunto de estruturas mediadoras que refletem as atividades, atitudes e valores sociais” (OMS, 1986, p. 43). Posteriormente a OMS, descreve estilo de vida como “aglomerado de padrões

comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (OMS, 1988, p. 114). A Direção Geral de Saúde (2006), define estilos de vida como “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida”. Os estilos de vida têm impacto na morbilidade, qualidade de vida, bem-estar, mortalidade e são os principais responsáveis pelas doenças crónicas. Conhecedores destes efeitos no ser humano, os profissionais de saúde têm realizado diversas intervenções relativamente à promoção dos estilos de vida saudáveis. São estratégias de mudança, dirigidas ao indivíduo e ao grupo, no sentido da alteração dos fatores de risco (DGS, 2006).

Outra visão de estilos de vida é a apresentada por Ribeiro (2007, p. 187, citando Papanek, 1975), que é “adaptação ativa do indivíduo ao meio social, e se desenvolvia como um produto pessoal e único, da necessidade, simultânea, da integração e diferenciação desse meio social”. Esta definição está longe da perspectiva meramente comportamental, está em sintonia com o primeiro conceito exposto pela OMS. Neste sentido Bourdieu (1979, citado por Pinto, 2000b, p. 44), menciona ser constituído “por escolhas resultantes da interiorização da experiência de uma posição específica no espaço social”.

Com Rapley (2003, p. 128), surge um conceito mais holístico de estilo de vida do ser humano que é “a forma como gere a sua existência”. Neste conceito o homem está como um todo e em plenitude, conjugando vários fatores que influenciam “as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social, emocional e espiritual, traduzindo-se por níveis de satisfação, bem-estar, competência, capacitação, aceitação social e qualidade de vida” (Ibidem, p. 93). Entende assim o autor que estilo de vida é a forma como o indivíduo concebe a sua própria vida, se relaciona consigo mesmo, com as outras pessoas e com o meio. Nos anos 80, o conceito de estilo de vida foi afastado da área da promoção da saúde e Ribeiro (2007), remete este afastamento a uma provável inferência devido ao progresso de uma vertente mais ambientalista da promoção de saúde. A Carta de Ottawa, substitui a expressão estilo de vida por competências pessoais.

Em termos gerais, a maioria das vezes, a abordagem ao tema estilos de vida não inclui os estilos de vida conjugais e não conjugais – como vida de solteiro, casado, coabitação, entre outros. Todavia, há autores entre os quais destacamos House, Landis e Umberson, (1988) e Cockerham, (1991), que defendem que os relacionamentos interferem na saúde dos indivíduos. Assim relacionamentos saudáveis são favoráveis e fortalecem a saúde e a sua ausência pode ser indutora de saúde comprometida. Os seres humanos que têm um relacionamento, adotam comportamentos saudáveis em relação aos hábitos

alimentares, à prática de exercício físico, ao repouso, a fazer vigilância de saúde e a evitar comportamentos e consumos prejudiciais.

A sociedade atual é muito flexível em questões de regras e normas. Por isso, as pessoas adotam comportamentos e princípios de acordo com as suas preferências, interferindo inclusive nos estilos de vida que podem incluir casar, ficar solteiro, viver juntos, ter filhos ou não ter filhos, tendo a noção de que, qualquer que seja a opção vai interferir com a vida familiar e que pode modificar ao longo do ciclo de vida.

Hoje em dia há uma menor pressão para casar, contribuindo para que haja um aumento significativo de jovens adultos que ainda estão solteiros e outros que optam por nunca se casar. Papalia *et al.* (2006) referem que segundo os censos entre 1974 e 1994 nos EUA, o número de pessoas que elegeu esta opção triplicou. Em Portugal também aumentou dos censos de 2001 (36,8%), para 2011 (40%), sendo na faixa etária 25-29 anos 47,6% (INE, 2011). Há muitas formas de ser solteiro hoje em dia: celibatário, união de facto, vários parceiros com ou sem filhos; com muitas formas de interação, cada uma com as suas particularidades.

Muitos são os fatores que contribuem para este fenómeno. Entre eles a opção dos jovens adultos de se manterem solteiros o que lhes permite ter comportamentos de risco, experimentar de tudo, fazer mudanças a nível pessoal, profissional e mesmo de país, sem estar inquietado com outrem e, em simultâneo, alguns disfrutam da liberdade sexual, que consideram ser um estilo de vida excitante. Dos que optam por este estado, alguns alegam o receio de assumirem um relacionamento que posteriormente possa terminar num desfecho não favorável, mencionando o divórcio como principal causa; outros aludem o facto de gostarem de estar sozinhos. Estes últimos são pessoas felizes e o celibato não as torna pessoas solitárias.

O casamento, assim como todos os costumes, rituais e normas que as diferentes culturas e civilizações atribuem ao longo da história humana, tem um princípio universal que é o de acatar uma diversidade de necessidades básicas (Papalia *et al.*, 2006). É uma instituição que organiza, económica e socialmente, a vida dos cônjuges assim como permite a continuidade da espécie humana pois é considerada a melhor maneira de assegurar a criação adequada dos filhos. Todavia, é mais abrangente, pois presenteia os esposos com companheirismo, amizade, afeto, desenvolvimento emocional, intimidade e realização sexual. Porém, a evolução social desencadeou a constituição de estilos de vida muito díspares de funcionamento conjugal e familiar (Aboim, 2006).

Para Costa (2007), o casamento é um grande sonho que todo indivíduo, desde a infância, ambiciona realizar. Mas como referimos anteriormente, não existe uma idade própria para o casamento. Sabemos que é necessário reunir uma série de condições que

variam de cultura para cultura e, atualmente, podemos considerar de geração para geração, uma vez que na civilização ocidental, por exemplo, casa-se cada vez mais tarde. A faixa etária do nosso estudo é coincidente com o maior número de casos de casamento a nível mundial.

Na nossa cultura, ainda prevalece uma visão romântica do casamento, considerado como meio de libertação e obtenção de felicidade total (Lemos, Menezes, Queirós, Teixeira & Santos, 2007). No casamento, o ser humano procura a felicidade plena, “o casamento deixa as pessoas felizes” (Papalia *et al.*, 2006, p.416). O indivíduo idealiza que o companheiro será o responsável pela concretização de seus desejos e pelo equilíbrio das suas carências afetivas. Desse modo, a escolha do cônjuge costuma ser motivada pela necessidade de satisfazer instintos e desejos por meio da relação com objetos simbólicos. Assim para o sexo feminino, “a intimidade conjugal implica compartilhar os sentimentos e fazer confidências”; já para o sexo masculino “tendem a expressar intimidade por meio de sexo, apoio prático, companheirismo e fazer coisas juntos”; “os homens e as mulheres beneficiam de um vínculo conjugal e o suporte económico e emocional que a ele estão associados” (ibidem).

Estudos provaram que variáveis como consenso, resolução de conflito, comunicação, flexibilidade, estão entre as principais que podem ser aperfeiçoadas ou adquiridas, melhorando a qualidade de vida individual e conjugal.

Castel (2003, p.82), ao descrever fatores de risco com consequências para a saúde menciona, entre outros, fatores a conjugalidade. Refere que as pessoas casadas têm “fatores de proteção para determinados desfechos de saúde”, porém não evidencia claramente a origem dessa proteção, cogitando poder ser a estabilidade emocional.

As transformações resultantes das alterações sociais surgidas nas últimas décadas com repercussões na estrutura e a dinâmica da família e do casal, conduzem a novas configurações conjugais e padrões de individualidade e conjugalidade: famílias recasadas, famílias monoparentais, casais e famílias com e sem crianças.

Apesar de todas as mudanças, o relacionamento conjugal como um protótipo relacional biunívoco e estabelecido como casamento, tem sido alvo de estudos assim como de definição de padrões de casamento. Passaremos a descrever apenas o de Wallerstein e Blakesles (1995) por ser coincidente com a faixa etária do nosso estudo. Este padrão de casamento é o que os autores consideram ser atualmente o mais adequado aos jovens adultos que é o ‘casamento por companheirismo’. Este tipo de casamento tem por base a amizade, divisão equitativa dos trabalhos e papéis familiares. Os pares precisam de realizar nove tarefas psicológicas que são:

- a) “redefinir a ligação com a família original de cada um dos cônjuges;
- b) Construir intimidade sem sacrificar a autonomia;

- c) Ajustar-se à paternidade/maternidade, preservando a privacidade;
- d) Enfrentar as crises sem enfraquecer o laço conjugal;
- e) Permitir a expressão segura de conflito;
- f) Estabelecer um relacionamento sexual gratificante isolado das demandas do trabalho e da família;
- g) Compartilhar alegria e divertimento;
- h) Oferecer alimentação e apoio emocional;
- i) Garantir romance e ao mesmo tempo enfrentar a realidade.”

Este padrão, enquadra-se nos ideais do -amor romântico- que desde a sua origem, suscita a questão da intimidade, relacionada com a liberdade individual e a autorrealização; em que o outro completa um vazio que o indivíduo, muitas vezes, não reconhece, a relação amorosa aloja-se, e o indivíduo fragmentado sente-se inteiro. Contudo no casamento contemporâneo, os ideais do - amor romântico- têm tendência à fragmentação, pois as categorias de "para sempre e único" não prevalecem na conjugalidade contemporânea, (Giddens 1996).

A nossa sociedade está num progresso sistemático e provoca mudanças nos comportamentos, nas atitudes, nos valores, no modo de estar, de ser, de viver e pensar, influenciando as expectativas que as pessoas têm e as decisões que tomam em relação ao seu projeto de vida - os relacionamentos. Cada vez mais na nossa sociedade surgem novos casos de 'união de facto', coabitação, que é vista como um “estilo de vida, no qual um casal não casado que tem um relacionamento sexual vive junto” (Papalia *et al.*, 2006, 414). Para as autoras, este tipo de relações são mais frágeis pois deterioram-se com mais facilidade, encaminhando cada um dos parceiros a encontrar novos parceiros e, em consequência, os adultos de hoje tendem a ter mais parceiros com quem vivem antes do casamento. Esta situação também pode afetar a saúde pois, como sabemos, quanto maior for o número de parceiros que uma pessoa tenha maior é o risco de contrair IST. Temos também que ponderar o estilo de vida coabitar como a possibilidade de pessoas coabitarem e não terem qualquer envolvimento sexual, a relação é partilha de espaço.

Há fatores que podem precipitar este facto como a precocidade da maturação sexual, maior número de jovens a frequentar o ensino superior e o término do desenvolvimento físico. Mas, existe um fosso com o desenvolvimento social, ainda em evolução, assim como o desemprego que dificulta a autonomia e independência e alteração dos valores. Podemos também, associar o grupo dos jovens adultos que pretendem ter um relacionamento romântico e sexual mas que estão aquém de assumir o casamento e/ou nunca o assumir. Segundo Papalia *et al.* (2006), na nossa sociedade a coabitação, para cerca de 44% dos jovens é uma 'versão moderna do namoro firme'; ou seja, muitos dos jovens casais que encetam uma relação de coabitação, consideram-na como uma fase

'prelúdio antes do casamento' que pode durar cerca de um ano, pois, a maioria dos jovens que desencadeia esta relação espera casar-se no ano seguinte.

Na sociedade contemporânea, surgem cada vez mais, situações de divórcio, sendo este outro estilo de vida. As pessoas divorciam-se "não porque o casamento não é importante, mas porque a sua importância é tão grande que os cônjuges não aceitam que ele não corresponda às suas expectativas" (Féres-Carneiro, 1998, p. 388). O divórcio surge como a forma de ultrapassar essa exigência e é muitas vezes para evitar a autodestruição e a destruição do outro. Mas, segundo a autora, quase sempre os divorciados procuram o casar novamente, os homens mais rapidamente que as mulheres. Este novo estilo de vida é tão capaz de promover a saúde dos cônjuges quanto o primeiro casamento (ibidem).

A descoberta da sexualidade e o desenvolvimento de diferentes estilos de vida, conduziu a uma mudança de paradigma e a sexualidade, intrínseca a cada indivíduo, deixou de ser uma característica natural e adquirida, passando a ser "um ponto de ligação essencial entre corpo, autoidentidade e normas sociais" (Giddens, 1996, p. 11). Como já foi referido, as condutas que regem os comportamentos considerados aceitáveis atualmente, são muito menos rígidas e permitem adoção de estilos de vida conjugais diferentes e por vezes divergentes dos das primeiras cinco décadas do século passado tendo, por vezes, interferência na vida salutar. Porém o estado conjugal é algo complexo, os epidemiologistas reconhecem que tem limitações para poderem classificar a conjugalidade como fator de risco ou proteção para saúde e por isso não sustentam a indicação de que uniões entre indivíduos tenham finalidades preventivas. Contudo, podemos imaginar que bom que seria o mundo, se pudéssemos cuidar melhor uns dos outros.

5.5 EDUCAR PARA MUDAR

"A educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade.

O homem deve transformar a realidade [...]."

(Freire, 1983, p.31)

A educação é um fator com influência no desenvolvimento da personalidade humana. Enquanto conceito, a educação encontra raízes profundas na cultura clássica mas, a evolução até aos nossos dias é, por si mesmo, alvo de controvérsias. Por isso, ao longo da civilização foi definida de formas muito diferentes, segundo as regras e as matrizes em vigor à época, influenciada pela posição filosófica e epistemológica dos pedagogos, psicólogos, sociólogos, antropólogos e psicanalistas. Assim, é apelidada de instrução,

informação, formação e ensinamento e outros termos relacionados que derivam de um campo semântico comum, sendo muitas vezes utilizados como sinónimos, ainda que, cada um tenha conotações distintas.

Embora tenha sido alvo de transformações, ao longo dos tempos, a palavra 'educação' provém do latim 'educare', que significa produzir, alimentar, cultivar. Em latim, existe também o verbo 'educere', que significa fazer sair, tirar para fora, conduzir, guiar. O primeiro menciona a importância dos agentes externos do desenvolvimento individual, o segundo evoca a importância da ampliação das capacidades intrínsecas de cada indivíduo. Segundo Martinez (1987), atualmente o termo 'educação' estabelece uma simbiose entre 'educare e educere' demonstrando, assim, a grandeza e a complexidade do seu significado.

Cada período histórico vivido pelas sociedades está relacionado com um sistema de educação que se impõe sobre os indivíduos, não permitindo variações ou desvios, sob pena do indivíduo ser rejeitado pelo meio no qual está inserido. O sistema educacional de uma sociedade é, na sua maioria, produto das gerações anteriores, de criação coletiva e não individual. Ele depende da religião, da organização política, da ciência, entre outras. Desta forma, só podemos agir sobre o mesmo a partir do momento em que tomamos conhecimento da sua natureza e das condições de que dependem.

Como refere Abreu (2003, p. 33), o conceito de educação é "um dos mais polissémicos que conhecemos". O autor supracitado menciona que pode designar "uma herança própria de uma civilização, um processo mais ou menos escolarizado de influência, um conjunto de processos formais ou informais inerentes ao processo de socialização ou ainda um processo de construção" (Ibidem).

Para Paulo Freire, a "educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa" (Freire, 2008, p. 4). Segundo Duque (2006), "é um processo catalisador de amadurecimento humano", ou seja, é o meio necessário que permite ao ser humano um desenvolvimento harmonioso das suas potencialidades e assim afirmar-se como indivíduo independente e livre, com um projeto de vida orientado para um objetivo a atingir. É através da educação que o homem aprimora e separa o lado instintivo e dos desejos da condição da razão, é um atributo peculiar do indivíduo, que permite que cada um tenha a competência de se identificar e de se moldar ao meio envolvente e assim planear projetos que o responsabilizam na construção do seu futuro norteando a sua vida.

A educação, definida como "processo que visa o desenvolvimento harmónico do homem nos seus aspetos intelectual, moral e físico e a sua inserção na sociedade" (Costa & Melo, 2000, p. 58), subentende uma abordagem holística do ser humano nas suas variadas

facetas, é uma visão comum a todas as sociedades humanas ao longo das épocas, sendo indubitável o seu interesse no sucesso da espécie humana.

Para Durkheim (1978, p. 41) “a educação é a ação exercida pelas gerações adultas, sobre as gerações que não se encontrem ainda preparadas para a vida social; tem por objetivo suscitar e desenvolver na criança um certo número de estados físicos, intelectuais e morais, reclamados pela sociedade política, no seu conjunto e o meio especial ao qual está particularmente destinada”.

A etimologia da palavra e a sua duplicidade não são as principais dificuldades para delimitar a conceção de educação. Para Bianchi (2001) há obstáculos maiores, como as controversas questões axiológicas relativas ao que é e ao que deve ser o homem, singular e coletivo, o viver humano e o destino da humanidade. O autor refere ainda que, embora sofra as influências das conjeturas socio-históricas e os constrangimentos associados, há alguns traços que provavelmente possam ser denominados como sendo as suas características distintas: “melhoria ou aperfeiçoamento; intencionalidade; multidimensionalidade; unidade e cumulatividade; humanização; intersubjetividade; desenvolvimento da pessoa humana” (Ibidem, p.18). Sublinha também o seu propósito, ou seja “é diferença específica da educação, distinguindo-a de outros processos de incorporação dos modos de estar, de sentir e de agir próprios de uma cultura”, diferenciando-a “das mudanças espontâneas ou fortuitas resultantes do arranjo ocasional das circunstâncias ou dos acasos da interação” (Ibidem, p.14). Continua o autor, que a aprendizagem enquanto toda e “qualquer mudança de comportamento e da capacidade, só é um ato educativo se se traduzir num aperfeiçoamento da pessoa” (Ibidem). A natureza multifacetada da educação, enquanto atividade, associa-a na estratégia organizativa, com três tipos de modalidades: 1) a educação informal (atividades educativas praticadas em âmbitos institucionalmente não específicos, sem uma descrição regulamentar das circunstâncias de educador e educando); 2) a educação não-formal (atividades educativas com especificidades da educação informal e formal); 3) a educação formal (atividades educativas efetuadas em instituições vocacionadas para esse efeito - escolas, creches - com diferenciação dos papéis de educador e educando, tendo objetivos e propósitos claros, com conteúdos e procedimentos prescritos e os resultados são alvo de avaliação sistemática (Bianchi, 2001). Com o atual conceito de educação que se perpetua ao longo da existência, estas três modalidades estão presentes no desenvolvimento do ser humano ao longo das diferentes fases do ciclo de vida.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura no contexto da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), passou a promover Conferências Mundiais, com objetivo de divulgar, através de um processo de monitorização

contínua, a Educação de Adultos e impulsionar encontros frequentes para manter os canais de comunicação entre os países intervenientes e, assim, divulgar, a nível mundial, a educação de adultos. A primeira conferência ocorreu em 1949, em Elseneur, Dinamarca. Como consequência desta conferência, surgiu a denominação de “formação contínua” dos adultos que, para Dias (2009, p.167), “tem por tarefa satisfazer as necessidades e aspirações do adulto em toda a sua diversidade”. Outras conferências foram realizadas: em 1960 - Montreal, Canadá; em 1972 - Tóquio, Japão; em 1985 - Paris, França. Esta última estabelece o desenvolvimento das aprendizagens no contexto da educação permanente que, para Dias, (1982, p. 19), é “entendida como um processo global e sequencial de desenvolvimento da pessoa humana ao longo da sua existência e através das respetivas fases de educação de infância, de educação escolar ou de jovens e de educação de adulto”. Segue-se em 1997 - Hamburgo, Alemanha, a partir da qual sobrevém a noção de aprender em Idade Adulta como uma chave para o séc. XXI. Ocorreram também reuniões intercalares: 1965 - Teerão, Irão; 1975 - Persépolis, Irão; 1976 - Nairobi, Quênia, esta teve como objetivo implementar uma educação permanente e comunitária dando corpo à ideia, para Oliveira (2004, p.45), que “a educação é definida pela criação de condições para que cada pessoa possa desenvolver integral e harmoniosamente todas as suas capacidades, e, que as coloque ao serviço da comunidade”.

A educação é um trabalho coletivo, integrado e sistemático de uma comunidade ao longo de todo o ciclo de vida e não somente da responsabilidade dos professores, educadores ou profissionais de saúde.

A educação foi considerada um elemento-chave para trazer mudanças políticas, económicas e sociais, necessárias para haver saúde, pois segundo Bianchi (2001, p.22), educação pode-se referir quer a uma atividade, quer a ações educativas concretas, quer ao produto; pretende-se que o resultado seja o “aperfeiçoamento das capacidades individuais, a preservação e o progresso da cultura, e a inserção da pessoa na vida social [...] através da aprendizagem deliberada e de condições facilitadoras do crescimento e da maturação” do ser humano, para uma vivência saudável.

A educação é moderada e modelada por informações, conhecimentos, valores, atitudes, comportamentos, sentimentos e competências, cuja finalidade é promover aprendizagens fundamentais, essenciais para o desenvolvimento da pessoa ao longo de todas as fases do ciclo de vida.

A influência da família, enquanto instituição promotora de saúde é um ator fundamental para o desenvolvimento da criança/adolescência e jovem. No entanto, a escola também assume um papel importante no âmbito de desenvolvimento harmonioso da criança adolescente e jovem. Da mesma forma os profissionais de saúde, em colaboração com os

atores instituições referidas, devem/têm que assumir a implementação de programas de intervenção junto das comunidades (família, escola, indivíduos) a fim de informar e capacitar para a aquisição de competências que conduzam a opções/comportamentos saudáveis. Conforme refere Nunes e Rego (2006, p.21)

“...a promoção da saúde deve advir, em primeiro lugar, do próprio indivíduo e da sua família. Deve-se ter em consideração que a proteção da saúde não é apenas um direito social, mas é também um dever individual, e que a sociedade deve organizar-se de modo a promover a saúde dos cidadãos, designadamente através de estratégias educativas para o exercício pleno de uma cidadania responsável.”

Sendo a saúde essencial à vida do ser humano e dada a sua importância nesta investigação, acabamos por abordar ao longo de todo o nosso enquadramento concetual. Contudo, cremos que, para falarmos de Promoção da Saúde (PrS), se torna essencial termos presente o conceito de saúde, visto estar intrinsecamente relacionado. Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, p.11) defendem que “a saúde de cada pessoa depende do seu próprio projeto de vida, do seu sentido de felicidade e da forma específica de estar no mundo.” Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que “Salut é la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y de responder de forma positiva a los restos del ambiente” (OMS, 1986). Deste modo, subentende-se que o estado de saúde não pode ser definido exclusivamente como a “ausência de doença”, demonstrando-se, claramente, uma mudança concetual do modelo biomédico tradicional para um complexo equilíbrio dinâmico entre vários fatores. Para Abreu (2003, p. 49), a “prática de saúde implica a necessidade de reconhecer os problemas de saúde a partir de um conjunto de símbolos, tradições, ritos e valores”.

Assim, ao descentrar a atenção da doença e da patologia e ao focar no indivíduo na sua dimensão total e integradora, introduz-se uma reflexão crítica de natureza epistemológica, abrindo o caminho a novas perspectivas de abordagem e assim dando prioridade à prevenção da doença e à da promoção da saúde (Rodrigues *et al.*, 2005, p.12). Neste sentido importa salientar que a PrS segundo a OMS (1986), é um processo que confere às populações os meios para assegurar um maior controlo sobre a sua saúde a fim de a manter e de a melhorar.

O contributo da OMS tem sido fulcral no impulsionamento da PrS, enfatizando que a promoção e a proteção da saúde das pessoas são essenciais para um desenvolvimento económico e social sustentável, contribuindo portanto para uma melhor qualidade de vida e para a paz no Mundo (OMS, 2002).

A nível internacional, desde 1978, realizaram-se várias conferências sobre PrS em todo mundo. De realçar que, tal como advertem Bienert, Herrero e Rabadán (2003) cit. por Rodrigues, Pereira, Barroso (2005, p. 17)

“Alma-Ata no incluye el término, educación para la salud, entre sus principios, pero, al tratar la promoción, indica que es necesario que la población sea consciente de la importancia de la salud y necesita el conocimiento en salud para participar en ella.”

Tendo em conta que a filosofia e os principais conteúdos do movimento de PrS se inspiraram nas primeiras quatro conferências internacionais sobre o tema e nas declarações daí resultantes, apresentamos de seguida, no Quadro 20 os aspetos mais relevantes de cada uma delas.

Quadro 20 - Marcos Conceptuais da Promoção da Saúde

	PROMOÇÃO DA SAÚDE (PRS)	EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (EPS)	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA (PC)	ESTRATÉGIAS (E)	RESULTADO
ALMA-ATA 1978	Apoio de administração, grupos juvenis, cruz vermelha.	-----	Os governos devem facilitar este dever e direito do povo.	<ul style="list-style-type: none"> • Formação, recursos e investigação. 	
OTAWA 1986 <i>Primeira conferência promoção da saúde</i>	Coordenação entre governos e pessoal da saúde.	Escolas, famílias e trabalho.	Fundamental para a tomada de decisões e execução de estratégias.	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de saúde com meios adequados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecer uma política que tenha em conta a saúde em todos os setores; 2. Criar ambientes favoráveis à saúde; 3. Reforçar a ação comunitária; 4. Desenvolver aptidões pessoais; 5. Reorientar os serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Defender a PrS; • Capacitar as pessoas para melhor saúde; • Mediar para melhores níveis de saúde.
ADELAIDE 1988 <i>Política para a saúde. Estratégias de ação</i>	Participação dos setores públicos e privados.	Necessária para a PrS.	Requer adequada EpS prévia.	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir minorias, imigrantes, nutrição, saúde da mulher, consumo de álcool e meio ambiente. 	
SUNDS-VALL 1991 <i>Desenvolvimento de ambientes saudáveis</i>	O papel do ambiente na saúde.	Papel das minorias pelo seu saber e conhecimento do meio ambiente.	Luta pelo meio ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Educação da criança, papel da mulher na saúde; • Acessibilidade e equidade; • Reduzir a atividade económica e tecnológica, ajustando-a ao desenvolvimento sustentável; • Desenvolver ambientes físicos, socioeconómicos e políticos favoráveis à saúde; • Aumentar a equidade entre indivíduos, regiões e países. • As questões de saúde, ambiente e desenvolvimento não podem ser vistas isoladamente. 	OMS apoiou: <ul style="list-style-type: none"> • Escolas promotoras de Saúde; • Locais de trabalho e hospitais promotores de saúde; • Projeto “cidades saudáveis”.

<p>JAKARTA 1997</p> <p><i>Novos Atores para uma Nova Era. Adaptar a PrS ao séc. XXI</i></p>	<p>Capacitação da comunidade.</p>	<p>Permitir a PrS.</p>	<p>Requer adequada informação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade social; • Alianças estratégicas; • Poder das comunidades; • Infraestruturas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Abordagens globais no desenvolvimento da saúde; 2. Ambientes específicos (cidades, escolas, lugares de trabalho, etc.); 3. Participação da população nos processos de planeamento e de tomada de decisões; 4. Impulsionar o processo de aprendizagem em saúde. 	<p>Relacionado com a saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a responsabilidade social; • Reforçar os investimentos para o desenvolvimento; • Consolidar e expandir as parcerias; • Aumentar a capacitação (<i>empowerment</i>) da comunidade e do indivíduo; • Garantir infraestruturas para aPrS.
<p>MÉXICO 2000</p> <p><i>Promoção da Saúde: rumo a uma maior equidade</i></p>	<p>Ações dirigidas às condições sociais, económicas, ambientais e individuais.</p>	<p>Promover a participação da comunidade e nas questões da saúde.</p>	<p>Informar e integrar a população na tomada de decisões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a PrS como prioridade fundamental das políticas e programas e locais, regionais, nacionais e internacionais; • Participação ativa de todos os sectores e da sociedade civil, na implementação das ações de PrS; • Preparação de planos de ação nacionais para a PrS; • Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde; • Agências da ONU devem ser responsáveis pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação; • Indicadores de saúde; • Recursos e equidade.
<p>BANGKOK 2005</p> <p><i>“Promoção da Saúde num mundo globalizado”</i></p>	<p>Processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes da saúde e assim melhorarem a sua saúde.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Defender a saúde alicerçada nos direitos humanos e na solidariedade; • Investir de modo sustentado em políticas, ações e infraestruturas dirigidas aos determinantes da saúde; • Adquirir capacidades no desenvolvimento de políticas, de liderança, de práticas de PrS; • Legislar e criar normas reguladoras que assegurem a todas as pessoas os princípios de equidade em saúde e bem-estar; • Viabilizar alianças e parcerias que possam garantir a sustentabilidade das ações. 	<p>A PrS como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • componente primordial da agenda de desenvolvimento global; • responsabilidade central de todos os governos; • objetivo fundamental da comunidade e da sociedade civil; • requisito de boas práticas empresariais.
<p>NAIROBI2009</p> <p><i>“Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação”</i></p>	<p>Empoderamento da comunidade (autonomia comunitária).</p>	<p>Conhecimento sobre saúde e comportamento (autonomia individual).</p>	<p>Parcerias e ação Intersectorial – fortalecimento do trabalho de redes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de competências para a promoção da saúde; • Foi lançado pelos delegados um apelo aos governos, sociedade civil, organizações de desenvolvimento e serviços de saúde para unirem esforços e restabelecerem políticas e programas de promoção da saúde contra as elevadas taxas de doenças e mortes evitáveis; • Reforço dos Sistemas de Saúde - pertinência social e saúde. 	

Fonte: Adaptado de Rodrigues, Pereira e Barroso (2005)

Como refere Carvalho (2007, p.35), na opinião de Ewles e Simnett (1999) a PrS tem por objetivo elevar o estado de saúde individual e comunitário. Assim sendo, um aspeto fundamental da PrS é o que visa capacitar ('to empower') as pessoas por forma a terem maior controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Estes dois elementos - melhorar a saúde e ter maior domínio sobre ela – são essenciais para os objetivos e processos da PrS.

Paralelamente, a OMS (2006) defende que a questão principal da PrS se centra na forma como a comunidade educativa “desenvolve as suas potencialidades salutogénicas e responde positivamente às exigências de um ambiente em constante mutação, isto é, como cria e mantém na escola um ambiente estimulante de criatividade e sentido crítico como suporte para a saúde”.

Logo, a PrS não se resume à realização de sessões informativas em escolas, com diapositivos ou filmes de qualidade. Também não se refere ao facto de se selecionar grupos de risco de determinadas patologias, centrando-se nas patologias e não nas pessoas. No entender de Navarro (1999), a PrS a nível de serviços, profissionais e comunidade, sucede quando se trabalha em projetos com determinadas características, nomeadamente os que: - Partam das necessidades que foram diagnosticadas nos grupos de referência e por eles expressas, pois assim será possível conhecer e interpretar os factos e encontrar a sua lógica; A tomada de decisão tenha sido negociada; as atividades desenvolvidas, são planeadas atendendo às disponibilidades dos grupos / indivíduos e que estes as considerem de interesse; - Rentabilizam recursos recorrendo a parcerias com grupos/instituições para potencializar solidariedade; - Envolvam a própria comunidade e/ou indivíduo pois tem um efeito positivo na mudança das ocorrências. Os profissionais devem ter o papel de dinamizadores; - Atividades lúdicas que propiciem um ambiente de empatia e descontração, pois podem contribuir para o sentido de pertença do grupo;- Avaliação é feita por todos e há reformulação se necessário.

Assim, para que o estado de completo bem-estar físico, mental e social seja atingido é necessário que os indivíduos e as comunidades estejam aptas a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a responder de forma positiva ao meio envolvente. Apresentando-se assim, a saúde como um recurso de vida quotidiano e não como um objetivo de vida, deve ser facultado a todos os indivíduos o direito a aprender como manter e melhorar a sua qualidade de vida. Deste modo deve compreender-se o conceito de Educação para a Saúde (EpS).

O conceito de Educação para a Saúde (EpS) tem sofrido ao longo dos tempos, significativas alterações. A EpS deverá ser um conjunto de procedimentos orientados com o

objetivo de facultar aos indivíduos aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades, para que as pessoas possam pensar, sentir e agir de um modo responsável na tomada de decisão, para viver ao máximo quer individual quer coletivamente e assegurar o equilíbrio com o meio físico, biológico e sociocultural. Esta perspectiva positiva valoriza quer os recursos individuais, quer os sociais/ comunitários e enquanto instrumento de mudança, visa contribuir para o bem-estar de determinada comunidade/população.

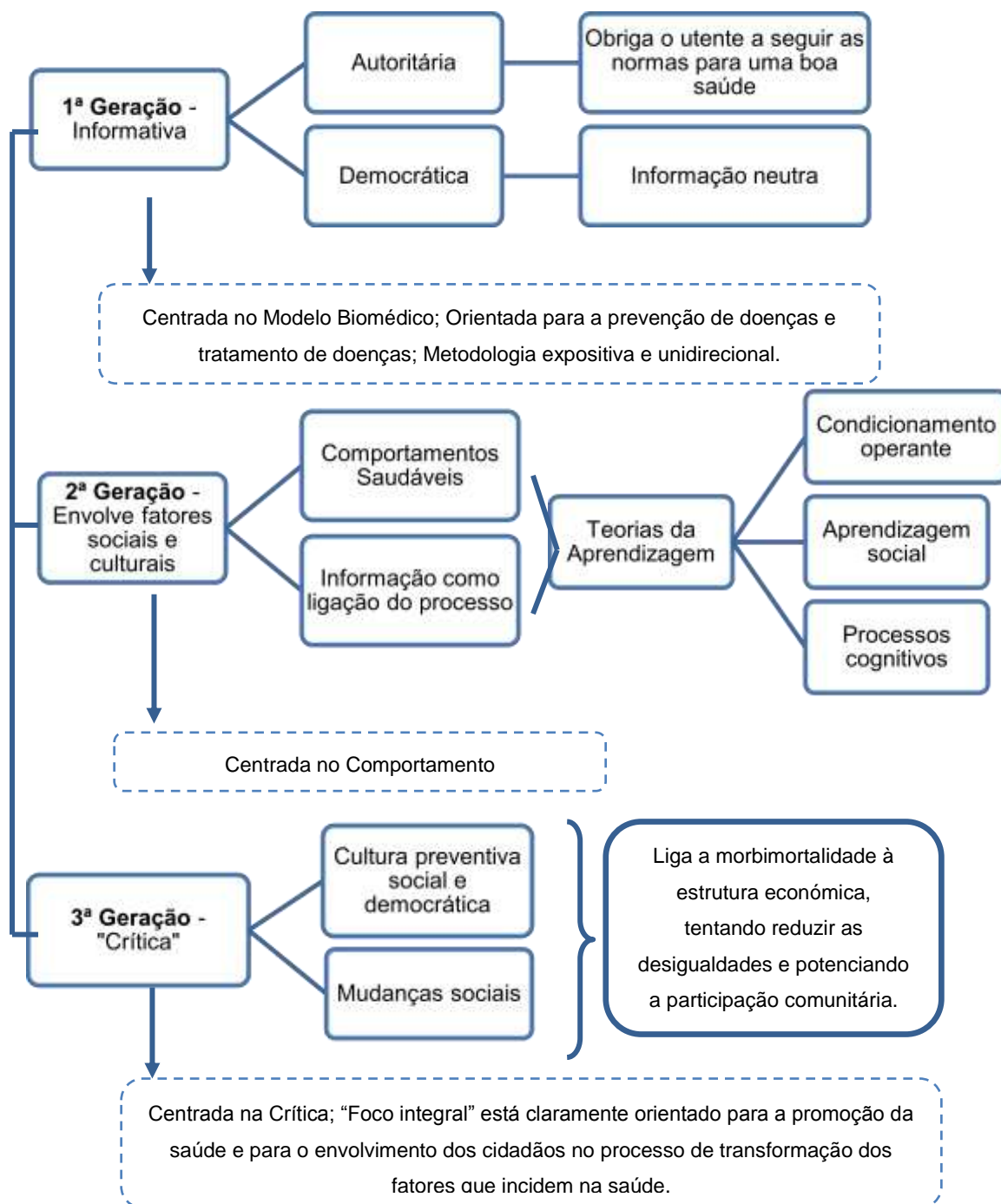
Ao longo do séc. XX, evoluiu consideravelmente, desde a primeira definição estabelecida por Wood em 1926 até à concetualização de EpS mais atual proposta por Tones e Tilford em 1994, representada no Quadro 21 (Carvalho & Carvalho, 2006).

Quadro 21 - Evolução do conceito de EpS no séc. XX

AUTOR	ANO	CONCEITO	DEFINIÇÃO	ÊNFASE
Wood	1926	Educação Sanitária	Soma de experiências e impressões	Informal
Seppilli	1989	EpS	Processo de comunicação interpessoal	Informação
Green <i>et al.</i>	1980	EpS	Combinação experiência de aprendizagem planeadas	Facilitador de mudança de comportamento
Tones Tilford	1994	EpS	Atividade intencional	Tomada de decisão

Do mesmo modo, as teorias e modelos da EpS também sofreram sucessivas modificações. De acordo com Moreno, Garcia e Campos (2000) cit. por Carvalho e Carvalho (2006), no desenvolvimento da EpS podem observar-se três gerações, em paralelo com as alterações sociopolíticas e a evolução dos fatores de risco. Construímos o organograma 2 para representar esta sucessão.

Organograma 2 - Desenvolvimento da EpS



De acordo com Ewles e Simnett (1999) cit. por Carvalho (2007, p.38), não existe uma só abordagem de PrS correta, como não existe um só conjunto de atividades ou um só alvo adequado. É necessário planear as atividades a desenvolver, de acordo com o nosso código profissional de conduta, com os nossos valores e tendo em conta a avaliação das necessidades das pessoas/ grupo alvo.

Modelos diferentes de PrS e EpS são ferramentas úteis de análise, que podem ajudar a clarificar os respetivos objetivos e valores. Ewles e Simnett (1999) apresentam uma classificação com cinco tipos de abordagens; por outro lado, Downie, Tannahill e Tannahill (2000) defendem uma classificação das abordagens de EpS em três categorias (Carvalho, 2007). As diferenças podem ser observadas no Quadro 22, que se segue.

Quadro 22 - Abordagens de PrS/EpS segundo Ewles e Simnett (1999) e Downie, Tannahill e Tannahill (2000)

AUTOR	ABORDAGEM	ALVO	ESTRATÉGIA
Ewles e Simnett (1999)	Abordagem Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Libertar a pessoa da doença ou deficiência medicamente definida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a intervenção médica para prevenir a doença e melhorar a saúde. • Assenta no conformismo dos utentes/doentes com os procedimentos médicos.
	Mudança comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento individual dirigido à erradicação da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalha as atitudes para obter uma mudança de comportamento, encorajando a adoção de estilos de vida saudáveis, que são definidos pelo educador/promotor.
	Abordagem educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos com o seu conhecimento e compreensão, permitindo que possam ser tomadas decisões bem informadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assenta na informação acerca das causas e efeitos dos fatores que prejudicam a saúde, na exploração dos valores e atitudes e no desenvolvimento das capacidades necessárias a uma vida saudável. • Os valores inerentes a esta abordagem são: o direito individual de livre escolha e a responsabilidade dos promotores da saúde em identificar os objetivos educacionais.
	Abordagem centrada no cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com os clientes na sua própria linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalha com questões de saúde, escolhas e atividades com as quais os clientes se identificam. Procura capacitar o cliente (“empowerment”). • O cliente é visto como um parceiro do processo em plano de igualdade, com o direito de estabelecer a agenda das atividades. Baseia-se na Auto capacitação das pessoas.
	Mudança ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente físico e social os quais permitem a escolha de um estilo de vida mais saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assenta na ação política e social para mudar o ambiente físico e social a fim de facilitar as escolhas saudáveis e as mudanças individuais aos clientes. • Os seus valores são: o direito e a necessidade de tornar o ambiente mais saudável.
Downie, Tannahill e Tannahill (2000)	Abordagem tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Mais dirigida à prevenção da doença do que à promoção da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • A principal ênfase situa-se nos aspetos físicos da doença, o que se reflete na informação usada. • A base educacional é limitada. • A informação é transmitida pelos educadores na expectativa que o conhecimento possa corrigir as atitudes e o comportamento. • Os determinantes de saúde sociais e políticos são negligenciados. • As pessoas são consideradas livres para escolher o seu comportamento relacionado com a saúde. • Dimensão coletiva de saúde não é valorizada

		sendo os esforços dirigidos a alvos individuais
Abordagem de transição	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigida não só para a prevenção da doença, mas também para a promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • O reconhecimento de que a ideia de uma sequência correta, conhecimento – atitudes – comportamento era enganosa, conduziu à manipulação de táticas “irracionais”, em que se utilizam imagens sinistras com a intenção de chocar ou amedrontar as pessoas para se portarem convenientemente. • Tais imagens como as caveiras a fumar cigarros são apresentadas ao público comum com um efeito muito limitado.
Abordagem moderna	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigida não só para a prevenção da doença, mas também para a promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensões: positiva e negativa da saúde atribuída ao aspeto físico, mental e social. • A estrutura educacional é mais ampla do que nas anteriores (evidência do que a mera transmissão de informação não é suficiente) e de que não é certo que exista uma progressão do conhecimento para as atitudes e destas para o comportamento. • O processo educacional é participativo nos dois sentidos (ajuda as pessoas a clarificar os seus valores e a adquirir várias aptidões, fomenta autoestima). • O educador assegura que os outros sujeitos do processo são capazes de expressar o seu conhecimento e opiniões, respeita-os e valoriza-os.

As abordagens estão também associadas aos paradigmas e modelos utilizados no planeamento e desenvolvimento de intervenções de EpS. Por esse motivo decidimos descrever e analisar os paradigmas apresentados por Moreno *et al.* (2003) cit. por Carvalho (2007). Segundo estes autores existem fundamentalmente três paradigmas que definem três gerações de EpS, os quais são sintetizados no Quadro 23.

Quadro 23 - Paradigmas apresentados por Moreno, Garcia e Campos (2003)

PARADIGMA	EPS	DESCRIÇÃO
TECNOLÓGICO	Tecnológica; Positivista.	<ul style="list-style-type: none"> • Consideram-se apropriadas as teorias de transmissão sistematizada do conhecimento que produzam sobre as comunidades e sujeitos um efeito determinado já previsto, o que reforça a autoridade da teoria e da EpS. • Estas posições evoluem, num primeiro momento, para uma primeira geração positivista de EpS e, num segundo momento, para uma segunda geração neopositivista, que incorpora o subjetivo, o social e o cultural. • A primeira geração de EpS é de natureza informativa e prescritiva. Nos quais se pode identificar uma linha autoritária, que obrigava o utente a seguir as normas definidas pelo educador e outra linha democrática, que reclamava uma informação neutra. Ou seja, existe uma transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva, com uma conceção “bancária” da educação. • A segunda geração de EpS designada comportamental, desenvolveu-se com os subsídios da antropologia cultural, recuperando a subjetividade individual. O seu objetivo é conseguir comportamentos saudáveis sendo a

		informação apenas uma parte do processo, embora que insuficiente para uma ação duradoura. Centra-se no comportamento das pessoas, ainda que dê certo destaque à dinâmica de grupos.
HERMENÊUTICO	Entre o paradigma tecnológico e o crítico; Desempenha um papel fundamental a percepção de cada protagonista.	<ul style="list-style-type: none"> • Predominam as abordagens holísticas, com preferência pelas teorias interacionistas em educação. • Rutura com a focagem tecnológica anterior, passando o 'processo' a ser mais valorizado do que os 'objetivos'. • O objeto de conhecimento é subjetivo, visando a autorrealização do homem e a sua autonomia, pessoal, dando-lhe um papel individual de construtor do conhecimento, num contexto coletivo.
CRÍTICO	Crítica; Participativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Teve origem no questionamento do sistema social, visto na sua globalidade como causa de situações injustas. • Os acontecimentos em EpS não podem ser entendidos se não se situarem no seu contexto social e histórico, têm que ser objetivos e pleno de interesses, necessitam de raciocínio dialético para a sua compreensão e da participação para a sua transformação, que constitui o seu principal objetivo. • Tem preferência pelos processos de aprendizagem baseados na interação social. • Entende-se que o comportamento das pessoas ante a saúde não segue leis como a física, não sendo objetivo, transcendendo a individualidade, tendo uma profunda e contraditória raiz social. • A última finalidade da EpS é a emancipação do Homem, constituindo um instrumento para que as pessoas e as coletividades estabeleçam relações e desenvolvam projetos participativos. Assim a comunidade adota o papel de protagonista, para além do papel de utente e de referência. • Ligado à cultura preventiva social e democrática, pelo que propõe alternativas de mudança social, tentando reduzir as desigualdades e potenciando a participação comunitária. • Concebe a educação como algo mais do que processos informativos ou persuasivos, promovendo a responsabilidade e a participação nos diversos contextos onde se realiza.

Fonte: Carvalho, 2006

Carvalho (2007) salienta que, após a análise de todas estas abordagens de PrS/EpS – Downie, Tannahill e Tannahill (2000), Ewles e Simnett (1999) – paradigmas e gerações de EpS – Moreno *et al.*, 2003 – se verifica que existe correspondência entre algumas delas.

Assim, o mesmo autor explana que a abordagem médica e comportamental de Ewles e Simnett (1999) têm características muito semelhantes às da abordagem tradicional apresentada por Downie *et al.* (2000), podendo ambas também serem enquadradas no paradigma tecnológico de Moreno *et al.* (2003a), enquadrando-se a abordagem médica na primeira geração de EpS de natureza informativa e a abordagem comportamental na segunda geração de EpS, designada comportamental.

Por sua vez, a mudança ambiental enquadra-se perfeitamente na abordagem moderna de Downie *et al.* (2000), e na terceira geração de EpS, do paradigma crítico de Moreno *et al.* (2003a). A abordagem/paradigma que cada um de nós adota, consciente ou inconscientemente, modela a forma como desenvolvemos as práticas de EpS.

Estas práticas iniciadas em contexto familiar, e continuadas em contexto escolar, vão ao encontro do que o Ministério da Educação, considera ser *Educar para a Saúde*, em contexto escolar, ou seja “ (...) consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao tal bem-estar físico, mental e social” (ME, 2010).

Por fim, importa salientar que, ao longo dos últimos anos, diversos modelos de educação e promoção de saúde têm vindo a ser desenvolvidos e provavelmente novos surgirão sempre com o intuito de proporcionar uma vivência saudável, responsável e equitativa em todo o mundo.

Dado a sua variedade, apresentamos, de forma sintético no quadro 24, os modelos mais representativos das diversas perspetivas.

Quadro 24 - Modelos da Eps

MODELO	AUTOR E ANO	EXPLICITAÇÃO	
MÉDICO	Tones e Tilford 1994	Visão mecânica do organismo, em que a função da medicina é manutenção para um bom funcionamento. A saúde é definida como a ausência de alterações de funcionamento do organismo.	
CRENÇAS DE SAÚDE	Anderson et. al 1988	Percepções Individuais	Suscetibilidade percebida para a doença Gravidade percebida da doença
		Fatores Modificadores	Variáveis demográficas (idade, sexo, raça, etc.)
			Variáveis sociopsicológicas (personalidade, classe social, grupo de referência, etc.)
			Variáveis estruturais (conhecimentos sobre a doença, contacto prévio com a doença, etc.) → Ameaça percebida da doença
Probabilidades de Ação	Possibilidade de empreender ações preventivas de saúde recomendadas		
PRECEDE	Adaptado de Moreno, Garcia e Campos 2000	<i>Predispsing</i> Predisponentes	Atitudes Valores
		<i>Reinforcing</i> Reforçadores	Comportamento
		<i>Enabling</i> Facilitadores	
		<i>Causes/ Causas</i>	
		<i>Educational/ Educacional</i>	
		<i>Diagnosis/ Diagnóstico</i>	
		<i>Evaluation/ Avaliação</i>	
			Fase 1: Diagnóstico social Fase 2: Diagnóstico epidemiológico Fase 3: Diagnóstico comportamental Fase 4: Diagnóstico educacional Fase 5: Ordenação dos fatores facilitadores e reforçadores Fase 6: Diagnóstico administrativo Fase 7: Avaliação
CRÍTICOS E PARTICIPATIVOS	Freire Carvalho 2006	Centra-se na mudança social com o intuito de ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde. Nesta abordagem os processos de EpS estão inspirados nos princípios democráticos e de negociação, pelo que a EpS se desenvolve em situações sociais concretas, nas quais o técnico se envolve, desempenhando o papel de facilitador nos grupos, ajudando a formular objetivos e a concretizá-los.	
RADICAL	Tones e Tilford 1994	O principal processo educacional deste modelo é criar uma consciência crítica, fomentando a reflexão sobre aspetos da realidade pessoal e encorajando a pesquisa e a identificação coletiva das causas da realidade para desenvolver um plano de ação que altere essa realidade. O compromisso é mais de mudança social, que mudança pessoal.	
EMPOWERMENT	Tones e Tilford 1994	Caracteriza-se pelas decisões voluntárias e conscientes. No entanto, enfatiza a compreensão em relação à componente do conhecimento, suplementando-a com um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual têm de passar os educandos antes de se encontrarem numa posição de fazer uma escolha voluntária e livre. Assim, o maior propósito deste modelo é criar consciência acerca de questões chave e fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do <i>empowerment</i> individual e comunitário.	

Especificamente, na área da sexualidade, esboçou-se um modelo explicativo, o Modelo de Promoção do Comportamento Sexual Preventivo, o qual defende que os conhecimentos não levam necessariamente ao comportamento preventivo. São apenas um dos responsáveis (tal como a motivação) pelo desenvolvimento das competências que levam ao comportamento sexual preventivo. Sendo assim, um comportamento sexual seguro não depende unicamente do conhecimento, mas também da motivação para o desempenho de comportamentos preventivos e das competências necessárias para a execução do mesmo (Matos, Reis, Ramiro & Equipa da Aventura Social, 2011). A Figura 10 é a representação esquemática do referido modelo.

Figura 10 - Modelo de Promoção do Comportamento Sexual Preventivo



Fonte: Retirado de Matos, Reis, Ramalho e Equipa da Aventura Social, 2011, p.149

Como temos vindo a assumir, desde início, educar para a saúde não consiste unicamente em oferecer informação sobre os fundamentos científicos dos problemas de saúde ou sobre o perigo de certas condutas, mas sim, em fomentar atitudes críticas, autónomas e solidárias que permitam analisar os problemas, aceder à informação adequada, refletir sobre os valores que cada ação tem implícita, assumir responsabilidades e aprender a tomar decisões.

A Sexualidade concetualizada na área da EpS constitui uma parte essencial de uma visão de educação integral e as suas aprendizagens são condições elementares de promoção de bem-estar biopsicossocial, reconhecido como objetivo final de educação.

“ (...) Dado ser do interesse de todas as sociedades que os seus cidadãos tenham uma vida digna e equilibrada, e que mantenham uma atitude responsável face à sexualidade, também é do interesse dessas mesmas sociedades proporcionar aos seus jovens uma educação para a sexualidade.” (Silva, 1995, p.4).

Gonzaga e Nunes (2006, p.51), mencionam que a educação é “um direito fundamental do indivíduo, considerado como indispensável para o seu desenvolvimento, pois é através dele que se formam cidadãos conscientes dos seus direitos e deveres, dispostos para o exercício livre da cidadania.”

Do mesmo modo, a IPPF (1997) considera que todas as pessoas têm o direito de receber uma educação e informação suficientes, de forma a assegurar que quaisquer decisões que tomem, relacionadas com a sua vida sexual e reprodutiva, sejam exercidas com o seu consentimento informado, livre e esclarecido; bem como o direito de receber informações completas quanto às vantagens, eficácia e riscos associados a todos os métodos de regulação da fertilidade e de prevenção.

Paralelamente, a carta dos direitos sexuais e reprodutivos acrescenta que todos os indivíduos são detentores de direitos, nomeadamente o direito à vida, o direito à liberdade e à segurança, o direito à igualdade e a estar livre de todas as formas de discriminação, o direito à liberdade de pensamento, o direito à informação e educação, o direito a optar por contrair matrimónio ou não e a formar e planear família, o direito a decidir ter filhos ou não e quando tê-los, o direito à saúde e à proteção da saúde, o direito aos benefícios do progresso científico, o direito a não ser submetido a torturas e a maus tratos e o direito à privacidade IPPF (1997).

Efetivamente, as realidades práticas da educação em geral e da EpS em particular, desde os anos 80, assumiram como objetivos para a Promoção/Educação para a Saúde também a integração da Educação Sexual. Todavia, passados mais de 30 anos, as expectativas de outrora remetem-nos para um conjunto de realidades que carecem de uma análise e atenção minuciosa.

Quando se fala em Saúde Sexual no contexto de PrS ou EpS significa falar de temáticas em que estão implícitos vários conteúdos mais específicos, que vão desde o bem-estar físico e a ausência de doenças, à possibilidade de decidir livremente se se quer ter ou não uma família. Mas a saúde sexual e reprodutiva diz respeito também ao bem-estar emocional através de uma vivência sexual que nunca se pode distanciar de uma sexualidade saudável e responsável. Embora a Educação sexual esteja integrada em inúmeros contextos educativos, com programas definidos e docentes responsáveis, nem sempre se verifica o recurso às melhores práticas o que conseqüentemente, poderão não contribuir para uma melhor saúde individual e coletiva. Por outro lado, “ainda é evidente o constrangimento dos professores, na abordagem da temática, bem como as expressões burlescas dos pobres adolescentes/ jovens, quando entram em contacto com o tema da sexualidade” (Revista de Psicologia, 2011, p. 480). A Educação Sexual não se revela como um projeto educativo fácil e espontâneo, porém devemos esperar que a mudança se

processe gradualmente, o que passa também por uma atenção especial ao tipo de formação profissional a que os educadores estão sujeitos.

Por isso, é fulcral que em EpS a mensagem seja transmitida não através da repressão das emoções (concepção racionalista), mas sim na ênfase dos seus efeitos positivos e na redução do seu potencial negativo. “Deve apoiar-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro de doença” (Amorim, 1999 cit. por Carvalho & Carvalho, 2006, p.15).

Ainda neste sentido, não deve ficar alheia que a EpS veicula conhecimentos e que, por sua vez, a construção do conhecimento de cada indivíduo se faz com recurso à afetividade. Assim sendo, essa mesma construção vai depender das emoções que se desenvolvem entre as pessoas. É, por isso, muito importante a relação que se estabelece entre os educandos e entre estes e o educador para o sucesso de qualquer programa educativo (Ibidem, p. 16).

No fundo, pretende-se que cada pessoa assuma um papel ativo no seu processo de saúde, através da adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, pelo que se torna necessário que a pessoa escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde. Ou seja, está implícito em todo este processo, uma tomada de decisão face a um leque de opções possíveis (Amorim, 1999 cit. por Carvalho & Carvalho, 2006).

Quando abordamos a concetualização da EpS coloca-se a questão da diferenciação entre os termos PrS e EpS. Neste sentido, como já foi referido anteriormente, a OMS definiu na Carta de Ottawa (OMS, 1986), que a PrS é “O processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”.

Por sua vez, a EpS é um processo planificado de comunicação e ensino-aprendizagem que tem como objetivo melhorar o comportamento de saúde da pessoa e da comunidade. Para Tones e Tilford (1994, p.11) é

“toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.”

Em suma, os mesmos autores (1994) cit. por Carvalho e Carvalho (2006) distinguem e relacionam os termos, PrS e EpS, através da seguinte fórmula: PrS = EpS X Política de Saúde, considerando a PrS como uma entidade mais lata do que a EpS.

Contudo, educar para a saúde não pode compreender somente o fornecimento de informação sobre as fundamentações científicas dos problemas de saúde ou sobre o risco de algumas condutas. Deve, essencialmente, fomentar atitudes críticas, autónomas e solidárias que possibilitem analisar os problemas, obter informação apropriada, ponderar

sobre os valores implícitos a cada atividade, assumir responsabilidades que permitam a tomada de decisões.

Assim sendo, para além da transmissão de conhecimentos será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, bem como trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais (Carvalho & Carvalho 2006). Portanto a EpS visa motivar para a ação através da informação e tomada de consciência sobre as condições económicas, sociais, ambientais e políticas que afetam a saúde, assim como os recursos disponíveis para fazer face às dificuldades encontradas, de forma a serem desenvolvidas habilidades, autoconfiança e motivação para partirem para a ação (Nutbeam, 1998 cit. por Fontes, 2007, p. 37).

Qualquer ação com o intuito de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária. Assim, o investimento no aspeto individual não é suficiente, tal como salienta Oliveira (1999) cit. por Carvalho e Carvalho (2006, p. 17) pois para que se “verifique uma mudança de um tipo de comportamento individual dever-se-á, pois, investir mais na modificação do sistema de comunicação, no qual o sujeito faz a sua aprendizagem, do que na conduta individual do sujeito em causa”.

No mesmo sentido, para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem, ou seja é necessário que ocorra interação da informação com todas as dimensões do nosso ser, sendo as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interação. Posto isto, justifica-se a necessidade de inclusão de estratégias de desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos programas de EpS (Goleman, 1997 cit por Carvalho & Carvalho, 2006, p. 17-18; Illich, 1977). Não obstante o relatório da OMS (2002) ‘Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável’ salienta a importância da promoção de comportamentos positivos à saúde, da identificação e prevenção dos fatores de risco.

**PARTE II – SEXUALIDADE... A VIAGEM DO CONCEITO À PRÁTICA:
DA CONCRETIZAÇÃO À OPERACIONALIZAÇÃO – FASE
EMPÍRICA**

CAPÍTULO 6 – A CAMINHADA NO TRILHO DOS *EXPERTS*

“A satisfação está no esforço e não apenas na realização final”.

(Mahatma Gandhi,)

Começamos por apresentar os pressupostos metodológicos e o desenho de estudo adotado neste trabalho de investigação, cujo tema é ‘a sexualidade nos jovens na perspectiva dos estudantes do ensino superior: do conceito à prática’, fundamentando as opções tomadas.

6.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A revisão teórica do estudo centrou-se na definição de conceitos e na análise e sistematização de teorias, tendo em vista a clarificação dos pressupostos de suporte da investigação. É evidente que o modo como a sexualidade é perspectivada vai condicionar os comportamentos e as atitudes, isto é as vivências. A sexualidade é resultante de várias dimensões e o contexto social, histórico, cultural e religioso tem influência, assim como os significados, os valores e as experiências.

A sexualidade, ao longo da adolescência e juventude, tem que ser integrada em contexto educativo, levando o jovem a refletir sobre o que o seu corpo sente e qual o sentido da sua sexualidade, bem como o que pretendem saber quando adultos, e os conceitos que construíram sobre a sexualidade. A ausência de um processo educativo eficaz pode refletir-se na vida do jovem adulto.

Torna-se necessária uma reflexão sobre a atual sociedade de consumo na qual somos constantemente confrontados com informações, (imagens, filmes, textos,) sobre sexualidade que por vezes são corretas, outras, distorcidas ou mesmo erradas. Os jovens estão cada vez mais expostos a estas mensagens; tornando-se difícil a sua decodificação. As consequências sentidas refletem em muitos casos um despertar precoce para realidades perturbadoras que afetam a formação da pessoa /personalidade. Ribeiro (2008, p. 2), citando Neves e Oswald (2007) confirmam que “o tabu estilhaçou-se e existe claramente uma saturação de referências acerca da sexualidade”. Para Ribeiro (2008, p. 3) “a afetividade e a sexualidade educam-se e aprendem-se”, mas será que na atual conjuntura os jovens adultos interiorizaram um conceito de sexualidade atendendo às várias dimensões da sexualidade?

Esta investigação enquadra-se nas áreas sexualidade, jovens adultos e saúde, problemática oriunda do percurso profissional da investigadora.

6.2 DA PERGUNTA DE PARTIDA AO DESENHO METODOLÓGICO

A metodologia a utilizar num projeto de investigação deverá respeitar os “parâmetros epistemológicos que o sustentam”, não esquecendo o fim último que são os objetivos a atingir (Ribeiro, 2010, p. 51). Cientes da fulcral importância para o desenvolvimento de todo o projeto, todas as questões epistemológicas devem ser ponderadas.

No presente estudo optamos por uma abordagem multimétodo. Muitos autores desenvolveram estratégias de investigação de métodos mistos que na literatura são referidos utilizando os seguintes termos: multimétodo, métodos de convergência, integrados e combinados (Creswell, 2010). As duas abordagens, quantitativa e qualitativa, complementam - se. Enquanto a primeira abordagem visa “explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos”, a segunda tem como objetivo “a compreensão alargada dos fenómenos”, havendo vantagem na utilização complementar de ambas (Polit & Beck, 2011, p. 27). Dito de outro modo, a abordagem quantitativa requer o uso de instrumentos padronizáveis em números e a qualitativa permite o estudo em pormenor e profundidade, ajudando a saber o porquê (Ribeiro, 2010). São vários os autores que se identificam com este tipo de abordagem como: Creswell (2010); Ribeiro (2010); Krahn e Putman (2003); Patton (1990); Newman e Benz (1998); Gunther (2005) entre outros, que referem que todas têm pontos fracos e fortes, logo são complementares. Realçam ainda que certas questões exigem uma triangulação de métodos.

Este tipo de pesquisa é ainda reforçado por Newman e Benz (1998), referidos por Creswell (2010, p. 25), que considera não haver uma “dicotomia, mas representarem fins diferentes em um contínuo”.

Neste tipo de pesquisa surgiram várias tipologias, como referem Polit e Beck (2011), por exemplo: modelos com componentes (métodos qualitativos e quantitativos são implementados como componentes distintos e permanecem distintos na colheita e análise dos dados) e modelos integrados (existe maior integração dos dois métodos em todas as fases do projeto). Estes tipos de métodos podem ser utilizados para muitos propósitos, de acordo com um desenho de estudo específico de investigação.

Assim, o desenho de estudo corresponde à estrutura, é um planeamento do estudo que pretende conduzir a investigação de forma a dar resposta às questões/ hipóteses formuladas.

Os estudos empíricos têm um desenho de estudo, seja de forma implícita ou explícita, que diz respeito: à sequência lógica seguida no decorrer da investigação e estabelece uma articulação entre os dados empíricos e as questões que norteiam o início da

investigação e a sua implementação até aos resultados obtidos. Ou seja, o desenho de estudo é um “plano que permite responder às questões ou verificar as hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro” (Fortin, 2009, p. 214). Depreende-se assim o seu cariz vital para a investigação.

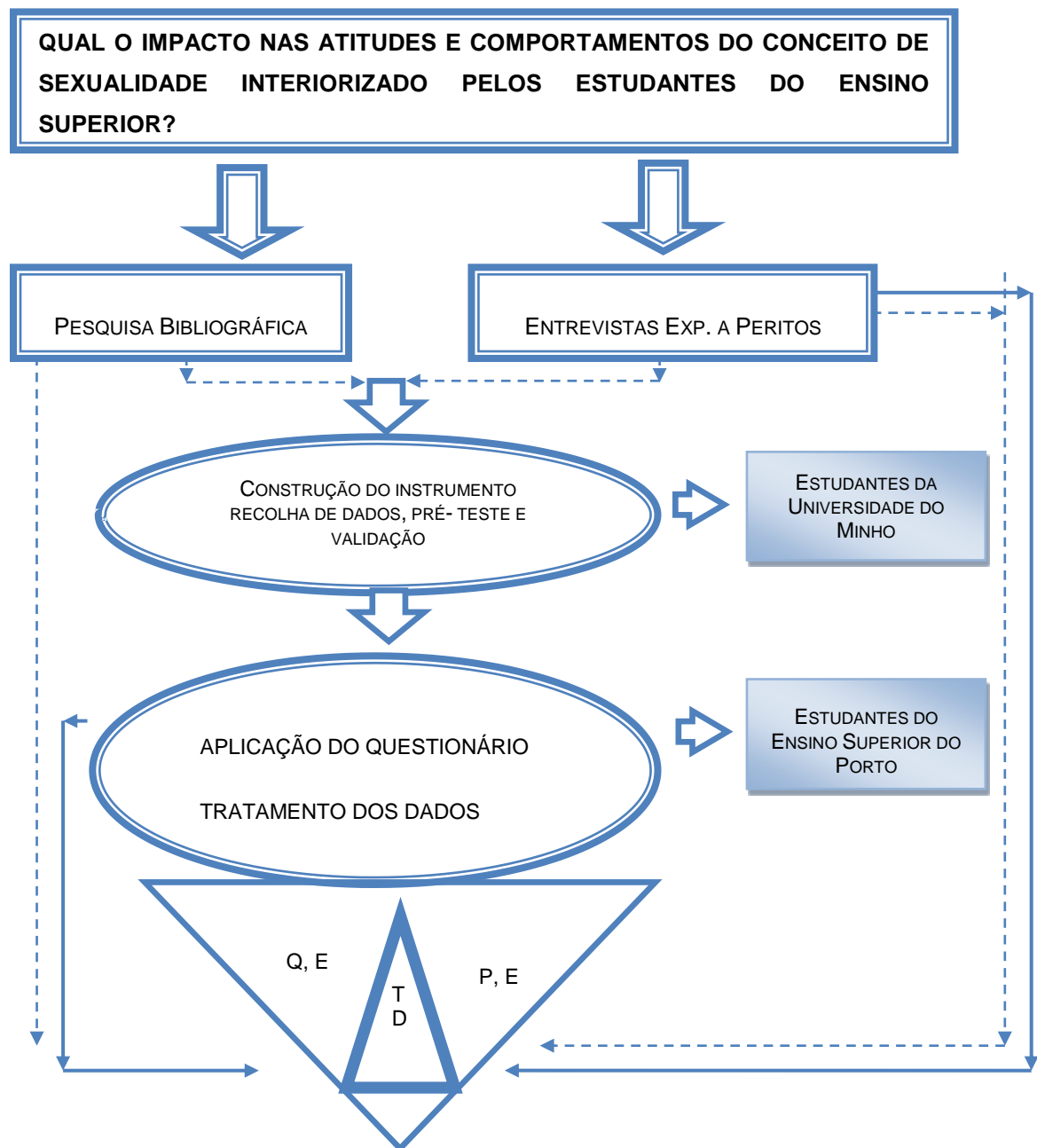
Na presente investigação, a complementaridade dos dois métodos permite-nos afiançar que há vantagens, pois as imperfeições que surgem da utilização de um único método são colmatadas com a utilização dos dois. A triangulação de materiais e métodos é necessária para dar resposta aos objetivos formulados e contribui para a compreensão das variáveis em estudo. As opções metodológicas assumidas, assim como os pressupostos das técnicas de investigação escolhidas vão conduzir-nos às conclusões consequentes dos dados obtidos.

Parafraseando Ribeiro (2010, p. 16) “ uma investigação começa por uma questão”. Assim, o nosso desenho de estudo começa com a questão que nos inquieta:

• Qual o impacto nas atitudes e comportamentos do conceito de sexualidade interiorizado pelos estudantes do ensino superior?

O percurso científico teve início com a aproximação ao objeto de estudo, recorrendo a pesquisa bibliográfica e entrevistas a peritos. Continuou com a elaboração de um inquérito por questionário, resultante dos dados anteriores, com junção de outros instrumentos validados para a população portuguesa, o qual foi aplicado a um pequeno grupo de alunos do ensino superior da Universidade do Minho para a realização do pré-teste e validação do mesmo. Posteriormente facultamos o questionário online para os alunos do ensino superior do distrito do Porto.

Após a recolha dos dados, estes foram tratados e analisados utilizando os programas adequados para garantir o rigor analítico que se impões a estes tipo de estudos. Posteriormente, realizou-se a discussão dos resultados que alguns autores, como Ribeiro (2010), consideram ser a sustentação da investigação. Estamos perante um desenho metodológico de carácter misto, com uma tipologia de modelo integrado, com uma abordagem sequencial, pois a “segunda fase é construída com base no conhecimento adquirido na primeira” (Polit & Beck, 2011, p. 321). O organograma 3 representa o desenho do nosso estudo.



-PROMOVER A REFLEXÃO SOBRE CONCEITO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS.

-CONTRIBUIR PARA UMA VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE MAIS AJUSTADA E CONSISTENTE NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

6.3 OBJETIVOS

Em consonância com a Pergunta de Partida, foram definidos os objetivos e enunciadas as hipóteses, que se apresentam seguidamente.

Constitui-se como objetivos gerais desta tese de Doutoramento **compreender** a relação entre o conceito de sexualidade e suas sub-dimensões apresentadas pelo estudante do Ensino Superior do Porto, bem como **conhecer** as atitudes e os comportamentos por ele adotados em matéria de sexualidade. Como já foi referido, a capacidade de atingir este propósito/conhecimento passa pela estruturação e realização de entrevistas e pela construção e implementação de um questionário.

De modo a agilizar a pesquisa e a tornar mais evidente a construção do conhecimento, estabelecemos como objetivos operacionais:

- Identificar o conceito de sexualidade no estudante do ensino superior;
- Analisar de que forma emergem as sub-dimensões da sexualidade mencionadas pelo estudante do ensino superior;
- Descrever a atitude adotada pelo estudante do ensino superior em matéria de sexualidade;
- Identificar o comportamento adotado pelo estudante do ensino superior em matéria de sexualidade;
- Relacionar o conceito de sexualidade apresentado pelo estudante do ensino superior em função de variáveis bio-psico-sociais;

6.4 HIPÓTESES

Hipótese é uma “proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema” (Marconi & Lakatos, 2002, p. 28). É uma suposição que antecede a constatação dos factos e que conduz sempre a uma verificação. Segundo Gil (2002, p. 31) é uma "proposição testável que pode vir a ser a solução do problema”.

As hipóteses são elaboradas utilizando formas de pensamento indutivo e/ou dedutivo e são verificadas com apoio de análises estatísticas cujos resultados indicam se a hipótese é confirmada ou não e pretendem produzir ligações entre a teoria e o que se estuda. Ou seja, as hipóteses fazem “afirmações sobre relações entre variáveis e fornecem ao investigador uma linha de orientação” (Bell, 1997, p. 35).

Reconhecendo a importância e influência da evolução que nos últimos anos ocorreu a nível das atitudes, conhecimentos, comportamentos e valores sexuais, os poderes

políticos, ciências-sociais, religiosos filosóficos e culturais têm tecido conjeturas acerca do tema 'sexualidade'. Muitos são os fenómenos e os fatores que têm influência nessa mudança e muitos são os estudos realizados, que associam diversas variáveis que, de algum modo, podem alterar as atitudes e os comportamentos (Ribeiro, 2008; Matos *et al.*, 2006; Pais, 1998; Alferes, 1996).

Variáveis como o **sexo**, as **experiências**, a **educação**, os **valores** e a **religião** são algumas das que podemos relacionar com as **atitudes** e **comportamentos** dos jovens do nosso estudo e com o **conceito** que apresentam de sexualidade.

A partir da fundamentação, assim como dos objetivos traçados e da questão de partida, elaboraram-se três hipóteses centrais que pretendem averiguar se existem ou não relações entre as diferentes variáveis.

Existe uma relação estatisticamente significativa:

- **H1** – Diferentes conceitos de sexualidade implicam diferentes atitudes e comportamentos dos estudantes.
- **H2** – O conceito de sexualidade está relacionado com as características bio-psico-sociais do estudante.

H2a – O conceito de sexualidade está relacionado com o sexo do estudante.

H2b – O conceito de sexualidade está relacionado com a área de formação do estudante.

H2c – O conceito de sexualidade está relacionado com as atitudes do estudante.

H2d – O conceito de sexualidade está relacionado com os comportamentos do estudante.

H2e- O conceito de sexualidade está relacionado com os valores do estudante.

- **H3** -.As atitudes e comportamentos face à sexualidade estão relacionados com os valores éticos do estudante.

H3a – As atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com os valores do estudante.

H3b – As atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com a existência ou não de uma confissão religiosa.

H3c – As atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com o tipo de religião professada pelo estudante.

H3d – As atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com os consumos aditivos do estudante.

Para além das variáveis que emergem das hipóteses, há um outro número de variáveis independentes de contextualização que serão úteis para caracterizar a população

em termos das atitudes e do conceito da sexualidade. Assim temos: o estado civil, ambiente familiar, fontes de informação sexual, viver fora do agregado familiar, ocupação dos tempos livres, autoperceção da vulnerabilidade às IST participação em ações de educação sexual. Estas variáveis foram definidas a partir da consulta bibliográfica, contudo poderão ser acrescentadas outras, decorrentes das entrevistas realizadas aos peritos. No instrumento de recolha de dados serão construídas questões específicas para a medição de cada variável definida.

6.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos são primordiais em investigação. É essencial um código de ética que balize e oriente o estudo e respeite os direitos das pessoas.

O investigador deve respeitar a vida privada, respeitar o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, pois o participante no estudo tem que decidir por si só se partilha dados de natureza pessoal e íntima, como atitudes, comportamentos, valores, crenças e opiniões. Os dados que vamos trabalhar são na sua maioria de conteúdo sensível. Como menciona a Comissão Nacional de Proteção de Dados, e consta no artigo 7º na Lei da Proteção de Dados Pessoais, dados sensíveis, são dados “pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos” (Lei nº. 67/98 de 26 de Outubro, p. 5537). A referida lei no ponto 4 do mesmo artigo menciona que dados referentes à saúde e à vida sexual, são permitidos quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, entre outros. Obriga ainda ao sigilo profissional que é inerente a qualquer investigação.

O investigador deve ter cuidados acrescidos como: os participantes não serem identificados, darem consentimento, a participação ser livre, as questões colocadas adaptadas ao grupo etário e estarem informados sobre o estudo em que vai participar. O investigador deverá ainda ter o cuidado de manter o equilíbrio entre os valores pessoais dos participantes e o contributo social que advém do estudo, atendendo a alguns pressupostos como: obter um consentimento informado, aceitação, dilemas éticos (privacidade, confidencialidade, anonimato) e fontes de tensão. O participante poderá abandonar o estudo em qualquer fase (Costa, 2004).

Há autores, entre os quais Costa (2004), que defendem um leque de princípios éticos orientadores da investigação, como: respeitar protocolos, obter autorizações, envolver os participantes, aceitar a responsabilidade da manutenção da confidencialidade, entre outros,

princípios. Estes foram respeitados neste estudo. Foram também tidos em conta os princípios da beneficência, da justiça e o respeito da dignidade humana (Polit & Beck, 2011). Como benefício da participação os estudantes têm acesso, se o desejarem, aos dados. Os representantes das associações de estudantes, se assim o entenderem, têm também a possibilidade de discutirem com os pares e a investigadora estes temas.

CAPÍTULO 7 - SEXUALIDADE, O BOM PORTO: MOMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresentamos dois momentos distintos de investigação.

O momento I “encontro com os peritos” compreende a elaboração do guião, a realização de entrevistas exploratórias a peritos na área da sexualidade e apresentação dos resultados. No momento II, “as vivências desvendadas”, explicamos a justificação, construção, descrição do questionário, assim como o estudo da validade e a fiabilidade do mesmo. Caracterizamos também a população a quem será aplicado o questionário e as formas de acesso à mesma. Apresentamos os resultados obtidos.

Posteriormente, fazemos a discussão dos resultados, seguido das considerações finais e as implicações para o futuro.

7.1 MOMENTO I: ENCONTRO COM OS PERITOS

O trajeto expresso no desenho do nosso estudo foi desenvolvido através de uma abordagem indutiva. A identificação das temáticas norteadoras para o nosso quadro conceitual resulta da experiência profissional do pesquisador, daí a necessidade de uma pesquisa bibliográfica profunda e atual e da realização das entrevistas a “peritos” para aprofundar conhecimentos e alargar horizontes, obter novas perspectivas, contactar com novos saberes que os entrevistados possuem sobre a temática; contributos, esses, importantes para o desenrolar da pesquisa.

Assim, neste primeiro momento do trabalho metodológico, optamos por uma abordagem qualitativa por entendermos ser vantajosa para o objeto do estudo, pois favorece uma interpretação e compreensão do nosso problema de investigação, assim como dos objetivos traçados. Enquadra-se no paradigma pós-positivista qualitativo porque trabalha as atitudes, os valores, opiniões, representações, práticas, lógicas de ação, normas culturais e comportamentos, pois o objetivo é conseguir um entendimento profundo e, até, subjetivo dos sujeitos (individual ou coletivo) e dos fenómenos, dirigindo a pesquisa para grupos reduzidos, mas a serem intensamente estudados (Denzin, Lincoln & col., 2006; Serrano, 2004). Recorremos ao método de entrevistas exploratórias realizadas a peritos das várias áreas do saber, das diferentes dimensões da sexualidade e teve como finalidade recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito.

Os métodos qualitativos, segundo Flick (2009), dão “ (...) particular relevância aos estudos das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida (...) ”, congregam

estratégias combinadas para recolher ‘imagens’ da realidade e pretendem diluir as contradições, as incoerências e incongruências. Nivelam os paradoxos, os ilogismos e as incoerências sendo uma combinação enigmática de estratégias para compilar imagens da realidade (Morse, 2007). Com este modelo de estudo pretendemos compreender a perspectiva dos participantes sobre sexualidade.

No entender de Flick (2009, p. 70), o objetivo da pesquisa qualitativa é “ (...) mais em descobrir o novo e desenvolver teorias empíricas fundamentadas”, e segundo o autor, “a concentração nos pontos de vista do sujeito e no significado atribuído por ele às experiências e aos eventos, assim como em relação ao significado dos objetos, das atividades e dos eventos, alimenta grande parte da pesquisa qualitativa”.

No modelo multimétodo de Polit e Beck (2011, p. 327), estamos perante uma “pesquisa de *Enquete*”, pois vamos colher dados sobre conhecimentos, comportamentos, opiniões, intenções, atitudes, através de entrevistas pessoais, em que os entrevistados respondem a uma série de perguntas.

Optamos pela técnica de entrevista por ser considerada uma técnica privilegiada de colheita de informação e pode ser utilizada como técnica básica de colheita de dados ou como técnica secundária (Abreu, 2001).

7.1.1 ENTREVISTA EXPLORATÓRIA (SEMI-ESTRUTURADA)

A entrevista exploratória semiestruturada é uma técnica que consideramos ser a mais adequada para “aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido” (Ghiglione & Matalon, 2001, p. 97). Segundo os referidos autores, com esta técnica de recolha de informação, “o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reações por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (idem, p. 70). Esta técnica tem, entre outros, objetivos de “organizar, e estruturar o pensamento” e, ainda, que “as questões abordadas com o respondente permitam uma exploração aprofundada de certos temas” (Gauthier, 2003, p. 285).

Este tipo de entrevistas permite ao entrevistado uma maior liberdade de resposta, ajudando não só a explanar o seu âmbito, como a torná-lo mais compreensível. Possibilita também uma organização e estruturação do pensamento do investigador (Gauthier, 2003; Ghiglione & Matalon, 2001).

Para este momento do nosso estudo realizamos seis entrevistas exploratórias, individuais, de tipologia semiestruturada com oito questões orientadoras, a peritos nas

diferentes dimensões da sexualidade. Assim é uma pesquisa transversal, pois entrevistamos num único momento cada um dos diferentes profissionais com o propósito de obtermos dados relevantes (dada a sua minuciosidade) sobre a sexualidade (conceito, dimensões, atitudes, comportamentos, necessidades dos jovens sobre esta temática), que fossem contributos para a construção do questionário a aplicar aos estudantes do ensino superior, (Lessard-Hébert, *et al.* 2005). Da análise das questões emergiram dados que permitiram identificar domínios que foram contributos para o momento II.

Após primeiro contacto, agendamos as entrevistas de acordo com as preferências dos entrevistados, foram realizadas num contexto que consideramos ‘natural’ (contexto de trabalho dos diferentes atores), por isso em ambientes e locais diferentes. Após autorização prévia, foram audiogravadas, evitando assim perda de informação, e, posteriormente após a sua transcrição para suporte de papel, foram submetidas à análise de conteúdo.

O guia orientador (apêndice II) tem como objectivo orientar a “entrevista para os domínios de tópicos para os quais essa narrativa é exigida” (Flick (2009, p. 173). As questões orientadoras foram elaboradas a partir dos princípios propostos por Patton (1997) citado por Pope & Mays, 2009, p. 26), abordaram a sexualidade tendo por base os objectivos do estudo.

As regras éticas inerentes a este procedimento serão cumpridas respeitando o princípio da beneficência, da justiça e respeito da dignidade humana.

Na seleção de peritos houve a preocupação de procurar a divergência profissional para que os participantes pudessem fornecer as melhores informações para o estudo de acordo com os requisitos conceptuais do mesmo (Morse, 2007). Geralmente são amostras “pequenas e não randomizadas” (Polit & Beck, 2011, p. 353). Este estudo é do tipo “amostragem proposital”, porque os participantes foram deliberadamente escolhidos com um propósito (idem, p.354), recorrer à estratégia ‘amostragem de variação máxima’, porque a seleção dos participantes atende à “ampla abrangência de variação das dimensões estudadas” conforme refere Patton (2002, cit. por, Polit & Beck, 2011, p. 355).

Ao seleccionar os entrevistados foi nossa preocupação eleger profissionais, peritos com experiência que trabalhassem em áreas relacionadas com as diferentes dimensões da sexualidade. Foram também considerados como critérios de inclusão 1- Trabalho científico na área da sexualidade; 2- Experiência da prática pedagógica no ensino superior. Com base nestes pressupostos podemos considerar que a escolha recaiu sobre peritos na temática. Seleccionamos assim um leque de profissionais, apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Perfil dos participantes

ENTREVISTA Nº	SEXO	IDENTIFICAÇÃO	FORMAÇÃO	PROFISSÃO	DIMENSÃO DA SEXUALIDADE
1	F	E1	Enfermeira	Enf. ^a com Experiencia no Ensino Superior	Biológica
2	M	E2	Médico	Médico e Prof. Universitário	Biológica
3	M	E3	Teólogo	Prof. Universitário	Espiritual
4	F	E4	Ciências Sociais	Prof. Universitário	Social
5	M	E5	Filósofo	Prof. Universitário	Ética
6	M	E6	Teólogo	Teólogo com experiência no Ensino Superior	Ética, Espiritual

Os dados obtidos das entrevistas são de grande utilidade pois a análise dos mesmos permite organizar e obter ´significados` dos mesmos, para o progresso da investigação.

7.1.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é uma fase crucial da investigação, pois permite interpretar e compreender a emergência dos resultados.

Os dados resultantes das entrevistas com os peritos foram organizados, integrados e interpretados de forma a identificar o emergir de significados. Embora existam várias técnicas/ estilos analíticos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo pois, esta permite fazer a análise temática e descobrir núcleos de sentido, “cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2009, p.105).

Muitos são os investigadores que concetualizaram a análise de conteúdo. Independentemente da terminologia e do enquadramento concetual, são muito análogas, (Bardin, 2009; Flick 2009; Creswell, 2007; Laville & Dionne, 1999).

A análise de conteúdo segundo Bardin, (2009, p. 39), “é um conjunto de técnicas das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Por sua vez, Flick (2009, p. 291) afirma que a análise de conteúdo “é um dos procedimentos clássicos para analisar o material textual, não importando qual a origem desse material”, enquanto técnica de recolha, mas independentemente da elegida, o processo de análise dos dados envolve várias etapas para obter significados dos dados colhidos. Por isso, o pesquisador deverá estar atento, para não originar enviesamentos da informação semântica. (Bardin, 2009; Flick, 2009; Creswell, 2007; Laville & Dionne, 1999).

Para a análise e tratamento dos dados recorreremos à técnica de análise de conteúdo. Esta técnica requer um trabalho “minucioso do seu conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, reconhecer o essencial e seleccioná-lo em torno das ideias principais” (Laville & Dionne, 1999, p. 214). É uma técnica que se pode considerar uma metodologia de interpretação, pois todo o conjunto de procedimentos consiste em “extrair sentido dos dados, de texto e imagem” (Creswell, 2007, p. 194).

Segundo Polit e Beck (2011, p. 505), “não há regras universais”, na categorização semântica, pelo que o investigador terá de manter um equilíbrio entre a necessidade de ser conciso e a preservação da riqueza e do valor revelador dos dados.

O nosso estudo enquadra-se no estilo de análise categorial, pois “envolve uma interpretação dos dados que se baseia no esquema de categorias” à- priori (Polit & Beck, 2011, p. 529).

A análise de dados teve por base os materiais resultantes das entrevistas com os peritos. Na pesquisa aplicaram-se as etapas orientadoras de Bardin (2009). No processo de análise, o *corpus* foi lido, relido, categorizado (unidades de recorte) classificado e interpretado, para que possam emergir significados. Adotámos também unidades de registo, que o autor considera como sendo “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base” (Idem, p.104).

7.1.3 RESULTADOS

Em todos os discursos produzidos foram identificadas múltiplas dimensões e categorias, após a leitura e releitura das narrativas dos peritos que adotamos como centrais.

Quanto às dimensões da sexualidade integrantes do conceito, constatamos que esta é influenciada pelo contexto e pelos agentes. Verificamos também que ele é multidimensional.

Uma das dimensões percebida é a biológica, como é afirmado por todos os inquiridos:

“a dimensão física, biológica (...) o sexo nas suas várias vertentes, cromossómico, fenotípico” (E2) .

Esta mesma dimensão está presente no discurso que os peritos concebem aos estudantes:

“é uma experiência de prazer, mais nada. A grande maioria dos jovens, quando se fala de sexualidade, é só genitalidade e atividade genital. Exercício de atividade genital, mais nada” (E6)

A mesma dimensão concretiza-se nos comportamentos que interferem na vivência da sexualidade atribuída aos jovens:

“risco das IST riscos psicológicos, traumas psicológicos que podem resultar de uma má experiência ou de várias más experiências na área da sexualidade, riscos traumas psicológicos, sociais, da interrupção de gravidez (...) consumos álcool e outras substâncias também são um problema porque muitas vezes tem atividade sexual sem se recordarem que tiveram atividade ou sem saberem com quem ou seja passam por uma série de riscos” (E2).

A visão da sexualidade continua na dimensão psicológica, como se comprova no discurso que se reproduz:

“... apresentando cambiantes diferentes no homem e na mulher é extremamente importante no processo da constituição do seu ser (...) homens e mulheres têm uma visão diferente da sexualidade (...) o homem sem envolvimentos relacionais: sexo por sexo, puro prazer, (...) separam as coisas (...) a mulheres pelo contrário unem-nas num único elo, (...) elas apaixonam-se muito mais facilmente ” (E4)

Para os peritos, os jovens constroem o conceito de sexualidade, na dimensão psicológica, como uma:

“sexualidade por tentativa, que em geral inclui muitos fracassos e frustrações. O conceito que lhes justifica o sentido e as práticas é muito dependente dos saberes tribais (às vezes obscurantistas), dos saberes comuns (positivistas e pragmatistas) ” (E3)

Esta dimensão pode ainda ser espelhada nas atitudes que os jovens assumem na sexualidade:

“Isso é manipulação da pessoa, isso é instrumentalização da pessoa, do outro, ainda que seja em mútuo acordo, porque quando é em mútuo acordo, nós temos uma ética que se chama ética contratualista, mas à partida a realidade está errada, portanto o contratualismo ético é profundamente negativo”(E6)

“a pressão de grupo” (E2)

Ou então nos comportamentos:

“gastam-se em experiências e depois quando chegam a querer construir a sua experiência, já com sentido de vida, já tudo está frustrado, já não sabem amar, nem fisicamente sabem amar. Atenção, isto é muito sério”(E6).

A dimensão afetiva, enquanto agregadora de sentimentos, emoções, valores, também é passível de ser encontrada no conceito de sexualidade:

“o elemento afetivo, do meu ponto de vista, é prioritário. Porque é na expressão dos afetos que eu tenho depois atividades e exercícios que implicam também a minha genitalidade” (E6)

“A afetividade é um elemento fundamentalíssimo! Se eu tenho permanentemente jogo de afetos, tenho permanentemente que cultivar” (E3)

Esta dimensão está igualmente presente no conceito sobre sexualidade, atribuído aos jovens, pelos peritos, visto que:

“quando perguntamos de modo singular aos jovens aquilo que prefeririam, verificamos que são os esquemas clássicos, ser amado de modo estável, fiel e de certo modo com uma certa paz” (E5)

E é associado um comportamento que:

“quando fica mais ligado às emoções, menos agressividade, mais implícito menos afirmativo e mais subtil. (E2).

Na dimensão afetiva, surgiram perspectivas que seriam de aspeto central na temática de formação sobre sexualidade para jovens:

“projeto de vida o que vai ser do futuro” (E2)

E também:

“a educação para a afetividade (...) mas insistir sobre a dimensão de um projeto de vida, (pois) ao nível (do ensino) superior não é tanto, em meu entender, a problemática de sexualidade física que interessa mas sim a afetividade, afetividade, do projeto de vida. (E5)

As relações sociais e culturais alteram-se ao longo do tempo e condicionam a vivência da sexualidade humana:

“a dimensão social, compreendem-se a si mesmas tendo em conta a sua pertença a uma cultura (...) a sexualidade é uma realidade plástica, quer dizer, moldável não se realiza em nenhum sujeito, em nenhum tempo, de uma forma estática” (E3))

“o aspeto físico da sexualidade, é importante, mas a sua relação estrutural com o resto, modificou-se socialmente (...) O que é estranho é que socialmente e politicamente, e mesmo culturalmente nos *‘mass media’*, não se faz nada para favorecer a educação afetiva dos jovens,” (E5)

Esta dimensão está igualmente presente nos comportamentos sociais, que possam ocorrer publicamente:

“cada vez mais por maneiras de ser e aparências estereotipadas (...) distinguem expressões estar na moda, ir na moda o que se transforma num “must” não só no que respeita as aparências, como no que respeita aos comportamentos (...) acrescenta ainda as atitudes “cool” e “light” (E4).

Assim, poderemos apostar na formação na área da sexualidade humana, no ensino formal, na escolaridade obrigatória, visto que:

“não se ensina a amar, ensina-se a prevenir os riscos de um amor que não é amor” (E6).

É preciso não esquecer a dimensão espiritual, como transcendental, não focalizada na religião mas sim como construção, responsabilidade, vivência de valores, liberdade de

escolha e partilha que envolve o ser humano. Neste sentido, é um processo que naturalmente envolve a sexualidade do indivíduo, uma

“aptidão de criar laços de comunhão com alguém (...) valores transcendentais, procura da felicidade, sentido para a vida, religião” (E1)

“Este ser espiritual, com inteligência, vontade e sensibilidade, tem uma espiritualidade (...) Muito bonita esta visão global, toda esta riqueza é muito importante para compreender o que é a sexualidade como dinamismo, não como exercício” (E6).

A vivência do ser humano também se poderá basear nesta dimensão para a formação do seu modo de ser com a:

“construção de atitudes e justificação de uma norma moral e mesmo de uma norma jurídica, a - regulamentação moral e jurídica” (E3).

A finalidade será, a partir das suas vivências, e com base na formação,

“alterar os comportamentos e prevenir as consequências más dos maus comportamentos, às vezes nem considerando que os comportamentos são errados” (E6)

“dimensão mais emocional, de projeto de vida e mais transcendental da sexualidade” (E2)

“ética da sexualidade, e infelizmente, quando se fala de sexualidade, ninguém fala de ética (...) o que anda aí a propor-se aos jovens é, amem sem amor, quer dizer, sem consequências. Sem o jogo afetivo de responsabilização.” (E6).

Os peritos preconizam que as grandes dificuldades dos estudantes em termos de sexualidade são a nível da informação/ formação. Sugerem a criação de espaços na instituição de ensino superior para abordagem de temas relacionados com a sexualidade muito focalizados na dimensão afetiva, destacando os afetos e o projeto de vida.

Em síntese, a sexualidade dos jovens é percecionada pelos peritos na sua complexidade física, biológica e psicológica, apresentando variações de conceito, conforme a vivência dos jovens.

Pela análise da informação obtida através das entrevistas, verificamos que é expresso pelos peritos uma divergência entre o conceito de sexualidade preconizado por estes e que os estudantes preconizam. O primeiro centrado na afetividade e o segundo na dimensão biológica. Isto resulta dos comportamentos e atitudes manifestados pelos estudantes e que são fruto dos contextos onde estão inseridos.

De forma a tornar mais consciente e mais ética a vivência da sexualidade, os *experts* inquiridos são unânimes em sublinhar a importância da formação, sendo eleitos os temas relacionados com os afetos e projeto de vida.

7.2 MOMENTO II – O PERCURSO: AS VIVÊNCIAS DESVENDADAS

Neste segundo momento de recolha de dados denominado de ‘O percurso: as vivências desvendadas’ vamos ao encontro dos estudantes universitários que são o nosso público-alvo. Assim tentamos perceber como é que eles percecionam a sexualidade, como a vivenciam, em suma, que conceitos apresentam que atitudes e comportamentos têm. Para concretizarmos, este objetivo, fazemos uma abordagem quantitativa, recorrendo ao uso de um questionário *online*, pois pensamos ser o que mais se adequa, neste momento do estudo, ao tema e a esta faixa etária. Atendemos ainda ao facto de através do questionário podermos obter informações sobre uma variedade de respostas de um número elevado de participantes e também podermos atender aos constrangimentos deontológicos associados à investigação na área da sexualidade.

A investigação quantitativa pretende explicar, prognosticar e controlar os fenómenos, indagando regularidades e leis, através da objetividade dos procedimentos e da quantificação das medidas (Almeida & Freire, 2007). Segundo Fortin (2009, p. 30), tem como objetivo “estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação das hipóteses, predizer resultados ou verificar preposições teóricas”. Ribeiro (2010) acrescenta que se caracteriza por se expressar através de números, ou seja, uma entidade abstrata (variáveis que têm significado para a investigação), que representam uma contagem ou medição.

Neste tipo de investigação a validação interna está muito dependente da validade e fidelidade dos instrumentos de recolha de dados.

Para a recolha de dados, optamos por uma técnica de autorrelato estruturado quantitativo em que o instrumento utilizado é o questionário (Polit & Beck, 2011), de autopreenchimento, de administração direta, anónimo, voluntário e facultado *online*, embora conscientes dos constrangimentos que este tipo de preenchimento pode ocasionar como: respostas não cuidadas, falsificações, etc, (Ribeiro, 2010). Porém optamos por este tipo, por ser um instrumento que nos faculta respostas às questões formuladas de forma que pretendemos rigorosa, havendo uniformidade na sua apresentação; é também uma forma económica e rápida de obter os dados que nos permite verificar as hipóteses pré-definidas. Segundo Ghiglione e Matalon (2001, p. 131), o questionário é um instrumento “rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem”. Para Quivy e Campenhoudt (2008), é o instrumento indicado para conhecimento de populações nos seus comportamentos, modos de vida, valores, opiniões e permite a abordagem de um grande número de pessoas. Ou seja, é o instrumento elegido para alcançar as dimensões

internas do indivíduo, como a informação ou conhecimento que possui, os seus valores, preferências, atitudes ou crenças, ou ainda, as suas experiências passadas ou atuais.

São muitos os autores que se têm debruçado sobre a elaboração de um questionário, todos eles apresentando regras e sugestões (Polit & Beck, 2011; Ribeiro, 2010; Quivy & Campenhoudt, 2008; Ghiglione & Matalon, 2001). Contudo todos têm presente que para ser rigoroso, aquando da sua conceção, deve-se ter em atenção determinadas características como: validade, fidelidade e exequibilidade.

Os resultados dependem da sinceridade e honestidade do inquirido pelo que as suas respostas podem eventualmente não serem fiáveis relativamente às suas atitudes e comportamentos.

7.2.1 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: QUESTIONÁRIO (QCACSS)

A construção do questionário e a formulação das questões “constituem, portanto, uma fase crucial do desenvolvimento de um inquérito. (...) Qualquer erro, qualquer inépcia, qualquer ambiguidade, repercutir-se-á na totalidade das operações ulteriores, até às conclusões finais” (Ghiglione & Matalon, 2001, p.119). Deve-se também atender, que este é essencialmente construído a partir das hipóteses, enunciados gerais de relação entre variáveis. É a fase em que se pretende clarificar as hipóteses da pesquisa, perspectivadas como a antevisão da ligação entre duas conceções ou dois tipos de fenómenos. É essencial ser exequível, confirmar ou infirmar as hipóteses, em detrimento da investigação se transverter em senso comum. Como afirma Quivy e Campenhoudt (2008, p.119), a organização de uma pesquisa “em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade que caracteriza qualquer esforço intelectual digno deste nome”.

Os inquéritos estatísticos são instrumentos para recolher informação quantitativa. O inquérito por questionário é um instrumento, utilizado quando há um grande número de inquiridos, sendo administrado pelo próprio inquirido, o que é muito importante na recolha dos dados necessários para atingir os objetivos do projeto.

Com base nos seguintes questionários e na pesquisa bibliográfica elaborou-se um questionário que abarque as dimensões contidas nos objetivos inicialmente formulados, conjugando os seguintes questionários: sociodemográfico, de atitudes e comportamentos sexuais adaptado por Cantante (2001); as escalas: atitudes sexuais (EAS) de Hendrick & Hendrick, validados e adaptados para a população portuguesa, por Alferes (1999), valores

atitudes e comportamentos (VAC), Alferes (1997), questionário HBSC, – e a análise das entrevistas. Questionário dos comportamentos e conceitos sobre sexualidade nos estudantes do ensino superior, Ribeiro, 2008. Todos os itens utilizados têm autorização dos respectivos autores (apêndice III).

A EAS pretende medir as atitudes sexuais de acordo com quatro sub-escalas: Permissividade (PER), relacionado com o sexo sem compromisso, ocasional e à diversidade de parceiros sexuais; Práticas sexuais (PRA), inclui as atitudes face à educação sexual, planeamento familiar e práticas de sexo considerado não convencional; Comunhão (COM), que retrata as atitudes para o sexo que partilha envolvimento, afeto, experiência íntima física e psicológica; e Instrumentalidade (INS), relacionado com o sexo utilitário, visa meramente obter prazer físico. Na adaptação de Alferes, a amostra utilizada era constituída pelos alunos do ensino superior e utilizou estas sub-escalas. As opiniões, pensamentos e sentimentos foram medidos através de uma escala de *likert* que varia o grau de intensidade de 1 a 5 sendo que 1, está completamente em desacordo e 5, está completamente de acordo. Resultados com valores altos de acordo refletem atitudes utilitárias da sexualidade (mais direcionadas para genitalidade) e com valores baixos retratam o oposto. (Alferes, 1999). No nosso questionário será utilizada a versão adaptada por Alferes, com 43 itens.

O `questionário conceito, atitudes, comportamentos sobre sexualidade` (QCACSS) inicia-se com uma página de "rostro" contendo informações gerais. Nas páginas seguintes surgem grupos de questões apresentados por temas. É composto por 73 questões, (apêndice IV), 70 fechadas e 2 abertas e pretende medir diversas variáveis conforme se pode observar na Tabela 7 onde apresentamos a descrição do questionário por temas.

Tabela 7 - Descrição do Questionário por temas

	PARTE	VARIÁVEIS	TIPO DE QUESTÕES	Nº QUESTÕES	OPERACIONALIZAÇÃO
INDEPENDENTES	1	Estabelecimento de ensino, Área científica do curso e ano do curso	Fechadas	5	Segundo o INE, MES
	2	Sexo, idade, estado civil, religião, residência, caracterização familiar.	Fechadas	17	Segundo o INE, questionário de Cantante
	3	Informação sobre sexualidade, formação, conhecimentos, fontes de informação.	Fechadas e Tipo <i>Likert</i> : 5 opções	7	Fase concetualização, HBSC
	4	Comportamento sexual	Fechadas e Tipo <i>Likert</i> : 5 opções	26	Concetualização, HBSC, questionários de Cantante e Ribeiro
	5	Ocupação tempos livres	Fechada	2	Questionários de Cantante e Ribeiro
	6	Consumos	Fechada	2	Questionários de Cantante e Ribeiro
	7	Vigilância de saúde	Fechadas e	4	Questionário de Cantante e

			abertas		conceitualização
DEPENDENTES	3	Conceito de sexualidade.	Aberta	1	Conceitualização
	3, 4	Valores, atitudes.	Fechadas e Tipo <i>Likert</i> . 5 opções	7	Escalas EAS, VAS e conceitualização

Além das hipóteses, atrás referenciadas e à prossecução dos objetivos explanados, foram consideradas algumas variáveis. Segundo Askun e Ataca (2007), a maioria dos estudos sobre sexualidade focalizam-se em variáveis simples ou por classes. Consideram ainda que os conceitos, as atitudes e os comportamentos relacionados com a sexualidade são construídos socialmente, por isso, segundo os autores, é fundamental integrar múltiplas classes de variáveis nos estudos relacionados com comportamentos e atitudes sexuais.

O conteúdo resultante da análise das entrevistas é transversal a todas as variáveis.

Na primeira parte, são exploradas as variáveis relacionadas com um dos critérios da seriação da nossa população; o estudante do ensino superior. Pretende-se assim, pesquisar dados relacionados com o curso. Na segunda parte, pretendemos uma caracterização dos elementos constituintes da nossa população, assim como dos respetivos pais. Também inclui um item sobre a saída, em tempo de aulas, da residência do agregado familiar habitual em tempo de aulas e outro sobre se exercem alguma atividade profissional e sobre religião. Há autores que referem a importância do papel da família na modulação do comportamento sexual e na formação de valores e atitudes sobre a sexualidade (Teixeira, 2010; Ribeiro, 2008; Silva, 2006; Cantante, 2001; Bruns *et al.* 1995;). Assim como a influência da religião no mesmo intuito (Uecker *et al.*, 2007; Barkan, 2006; Pargament *et al.*, 2005; Cantante, 2001; Zaleski, 2000; Engs 1999).

A terceira parte, questiona o conceito de sexualidade, a participação em formações no âmbito da educação sexual, tendo em consideração dois aspetos, número de horas frequentadas e o contexto. Indagamos, ainda, sobre os conhecimentos, as fontes de informação, os valores e os afetos. A determinação destas áreas temáticas foi obtida pela análise da literatura, nomeadamente, de trabalhos de vários autores entre eles: Shin *et al.* (2011); Papalia *et al.*, (2006); Bozon (2004); Matos *et al.* (2003); Cantante, (2001); López & Oroz, (1999); Alferes, (1997), que abordam as varias dimensões da sexualidade.

A quarta parte desenvolve questões para avaliar os comportamentos sexuais, IST comportamento sexual de risco, métodos contraceptivos, aspetos psicossociais da sexualidade e as atitudes. Para medir as atitudes, como já foi referido, utilizou-se a EAS de Alferes (1999). Os itens abordam valores como a fidelidade, a confiança, o prazer e a intimidade com o parceiro(a) sexual. E questiona ainda, a atitude face a algumas condutas,

como a promiscuidade sexual, a prática de sexo com desconhecidos e a associação do ato sexual ao consumo de substâncias aditivas. Os jovens apresentam com frequência, padrões de atividade sexual de risco como: o uso inconsistente do preservativo; ter relações amorosas de curta duração, o que induz à prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros; associação crescente de álcool e drogas com as práticas sexuais. Avalia ainda a atitude dos intervenientes em relação ao uso do preservativo e da pílula contraceptiva, pois o uso correto e consistente pode contribuir para a vivência de uma saúde sexual e reprodutiva saudável, prevenindo IST e gravidez não desejada. Contudo, é importante ter presente que não é a tónica de 'sexo seguro', pois não está confinado a estas práticas.

Na quinta e sexta partes, avalia-se a ocupação dos tempos livres e os consumos pois, segundo a análise da literatura, têm influência sobre a vivência da sexualidade, como relatam estudos de Gunby *et al.* (2012); Matos *et al.*, (2011); Alves e Lopes (2008); Eaton (2007); Matos & Gaspar, (2005); Cantante, (2001); Pais (1998); Alferes, (1997,1996), entre outros e que ultimamente há indício de estarem a aumentar comportamentos de risco.

Previamente à aplicação do questionário, este foi submetido a uma revisão realizada por peritos da área, seguindo-se o pré-teste com 19 estudantes do ensino superior da Universidade de Braga que verificou a eficácia e o valor do questionário, bem como a adequação da sua linguagem. Assim, após detetar pequenas incorreções/ inexatidões, efetuaram-se as alterações sugeridas e foi submetido novamente a outro pré-teste desta vez aplicado apenas a 7 estudantes, não tendo sido sugerida mais nenhuma alteração.

Foram utilizados os seguintes critérios de seleção da amostra disponíveis: Frequentar o ensino superior; Ter idade compreendida entre os 16 e os 25 anos e aceitar colaborar no estudo.

7.2.2 SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No prosseguimento da nossa pesquisa e tendo em conta a problemática do nosso estudo, elegemos, como população os estudantes do ensino superior do distrito do Porto. Devido ao universo abrangente de instituições de ensino superior existentes no referido distrito, não é possível precisar qual será a população total, contudo segundo a Federação Académica do Porto (FAP) estima-se que sejam cerca de 30.000 alunos.

Consideramos que para este estudo, a amostra não aleatória de conveniência/proposital é a que mais se adequa, porque como é um questionário distribuído *online*, a

participação é voluntária e enquadra-se no trabalho que nos propusemos fazer, pois este pretende captar ideias gerais e identificar aspetos específicos (Polit & Beck, 2011).

Atendendo à dimensão da amostra optamos, como já foi referido, por um questionário *online* que é um instrumento de recolha de informação através da utilização da internet, que tem vindo a adquirir cada vez mais um espaço e importância no quotidiano pedagógico, lúdico e de contacto social de muitos jovens. A internet como meio de comunicação possui diversas funcionalidades entre as quais a realização de pesquisas, sendo o correio electrónico a par das redes sociais as mais utilizadas, (Vieira, Castro & Júnior, 2010; Ilieva, Baron & Healey 2002). É um tipo de pesquisa cada vez mais usual, por ser rápido económico e poder ser dirigido a grupos específicos, assim como os inquiridos responderem quando acharem mais conveniente, no tempo e local do seu agrado (Malhotra, 2006). Todavia estamos conscientes das vantagens e limitações da aplicabilidade de um instrumento com estas características.

Num estudo realizado por Vieira *et al.* (2010), 80% dos inquiridos (estudantes do ensino superior com faixa etária correspondente à do nosso estudo), elegem como primeira preferência o questionário *online* seguido do questionário em papel, 56,4% consideram que o questionário associado a uma instituição garante mais credibilidade à pesquisa; 60% considera ainda ser mais fácil preencher e 52,8% mais confortável. Quanto ao grau de sinceridade das respostas, cerca de 50% refere ser indiferente o questionário ser *online* ou papel.

Foi criado um *link*, que permite o acesso online ao questionário, e posteriormente facultado aos presidentes das associações de estudantes das diferentes instituições do ensino superior do Porto, com as quais já nos tínhamos reunido. Estes facultaram o envio da hiperligação do questionário diretamente para a caixa de correio do estudante, garantindo que o utilizador que recebe a hiperligação é aquele que responde ao questionário. Não há qualquer registo adicional, assim assegura-se o anonimato. Todas as questões éticas inerentes a este processo foram respeitadas.

7.2.3 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Neste item são apresentados os resultados com recurso à análise descritiva univariada, inferência, não-paramétrica e análise multivariada. Recorremos ao suporte do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0. Construimos a matriz dos itens, mantendo a sua ordenação do questionário, de forma a diminuir a possibilidade de erro de leitura e a facilitar o processo de transferência.

Das percepções dos estudantes relativas à questão aberta sobre o 'conceito de sexualidade', emergiram conceitos pessoais que foram objeto de análise de conteúdo. Estes foram sistematizados em categorias. Algumas categorias são coincidentes com as dimensões da sexualidade do enquadramento concetual (reportando-nos às de Greenberg, *et al.*, 2007, 2009 e Ribeiro, 2006). Tivemos a necessidade de reagrupar e acrescentar mais duas categorias, uma, que apelidamos de 'Conceito semelhante ao da OMS', porque o seu conteúdo era semelhante/coincidente com o da OMS. A outra correspondia a definições que foram catalogadas como 'sem conteúdo interpretável' visto o discurso apresentado não ser suscetível de interpretação. Posteriormente, devido à quantidade de conceitos pessoais, os mesmos foram quantificados, (tratados numa abordagem quantitativa).

7.2.4 RESULTADOS

A amostra recolhida com o QCACSS foi de 3633 estudantes do ensino superior, cuja caracterização das variáveis sociodemográficas, conhecimentos, condutas e caracterização dos progenitores, se encontra nas tabelas 9, 10 e 11. Contudo, para que este texto não se torne muito extenso, optou-se por apresentar alguns dados de forma descritiva, omitindo assim a apresentação de algumas tabelas, constando alguns exemplos em apêndice.

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDANTES

Os dados biográficos dos estudantes respondentes ao inquérito por questionário podem ser consultados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual dos estudantes do ensino superior segundo as variáveis biográficas

VARIÁVEL		Frequência absoluta (Nº)	Frequência Relativa (%)
SEXO	Masculino	658	18,1
	Feminino	2801	77,1
	Não Responde	174	4,8
ESTADO CIVIL	Solteiro	3404	93,7
	Casado	25	0,7
	União de facto	29	0,8
	Divorciado	10	0,3
	Outro	29	0,8
	Não responde	136	3,7
	ÁREA DE RESIDÊNCIA	Urbana	1875
Suburbana		904	24,8

	Rural	733	20,1
	Não respondeu	127	3,5
COM QUEM VIVE EM TEMPO DE AULAS	Com Agregado familiar	2424	66,7
	Fora Agregado Familiar	1090	30,0
	Não responde	119	3,3
TRABALHO	Só estuda	3004	82,7
	Estuda e Trabalha part time	361	9,9
	Estuda e Trabalha full time	141	3,9
	Não responde	127	3,5
PRÁTICA DE RELIGIÃO	Católica	2340	64,5
	Outra	101	2,8
	Não tem Religião	1056	29,0
	Não responde	134	3,7

Na análise da Tabela 8, verificamos que a maioria dos respondentes são do sexo feminino (77,1% vs 18,1% masculino), são solteiros (93,7%), vivem numa zona urbana (51,6%), com o agregado familiar (66,7%), só estudar é a única atividade (82,7%) e referem praticar religião Católica (64,5%). A média das idades é de 20,68 anos e a moda 20 anos. Existe uma associação fraca ($V = 0,111$), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a prática de uma religião e o sexo. As raparigas professam a religião (católica) em maior percentagem.

Não existe associação entre as variáveis estar fora de casa e sexo dos estudantes ($\chi^2 = 0,894$; $p = 0,344$). Mas já existe uma associação fraca ($V = 0,138$), estatisticamente significativa ($p < 0,001$), entre o estar a trabalhar e o sexo do estudante, existindo percentualmente, mais homens a trabalhar do que mulheres.

Em relação à ocupação de tempos livres, encontramos uma associação significativa em relação ao sexo, conforme se pode observar na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual da ocupação dos tempos livres

VARIÁVEL	Nº	(%)	P
PRÁTICA DE DESPORTO	1907	52,7	0,001
DANÇA	752	20,7	0,001
ANDAR BICICLETA	1776	48,9	0,856
CINEMA	2797	77,0	0,591
LER	2688	74,0	0,01
OUVIR MÚSICA	3197	88,0	0,290
TOCAR MÚSICA	610	16,8	0,001
TUNA	185	5,1	0,05
CULINÁRIA	926	25,5	0,01
CAFÉS	2652	73,0	0,388
DISCOTECAS	1409	38,8	0,285
VOLUNTARIADO	944	26,0	0,067

CATEQUESE/GRUPO JOVENS/GRUPO CORAL	618	17,0	0,05
PEQUENOS LAVORES	690	19,0	0,179
JOGOS SOCIAIS	1671	46,0	0,001
JOGOS ELETRÓNICOS	853	23,5	0,001
LAZER EM COMPUTADOR	3167	87,2	0,05
TELEVISÃO	3077	84,7	0,01
INTERNET LAZER (REDES SOCIAIS, OUTROS)	3360	92,5	0,903

Na análise da Tabela 9, verificamos que as novas tecnologias dominam a ocupação dos tempos livres dos estudantes da nossa amostra, em média, com cerca de noventa por cento de adesão. Nível idêntico de adesão é ouvir música (88,0%) seguido de ver televisão (84,7%).

Constatou-se ainda que nos dias de aulas: 45,5% dos estudantes usa o computador como lazer 1 a 2 horas por dia; 28,8% usa 1h e 16,6%, 3 ou mais horas. Jogos eletrónicos ocupam 1h por dia 19,3% dos estudantes e 74,7% não joga. A televisão é vista por 40,6% durante 1 a 2 horas diárias; 37,6% vê até uma hora e 11,6% vê entre 3 a 5 horas. A internet (lazer) domina todas as ocupações de tempos livres com uma frequência de 50,8% no item 1 a 2 horas; 22,4% até uma hora; 20,7% no item 3 a 5 horas e 5,0% no item mais de cinco horas. De realçar que dos respondentes, 1,0% não aderem a este tipo de tecnologia; 5,7% não utilizam o computador como fonte de lazer e 8,7% referem que não veem televisão. Observamos, ainda, que não existe associação entre o sexo e as seguintes variáveis: Internet, Pequenos trabalhos, Voluntariado, Cafés, Discotecas, Ouvir música, Cinema, Marcha ou Andar de bicicleta. Mas inversamente, existe associação estatisticamente significativa entre o sexo e as variáveis que constam na Tabela 10.

Tabela 10 - Associação da ocupação de tempos livre e o sexo

VARIÁVEL	V	P
TELEVISÃO	0,09	<0,01
COMPUTADOR	0,057	<0,05
JOGOS ELETRÓNICOS	0,236	<0,001
CULINÁRIA	0,098	<0,01
CATEQUESE/GRUPO CORAL/GRUPO DE JOVENS	0,073	<0,05
JOGOS SOCIAIS	0,249	<0,001
TUNA	0,075	<0,05
TOCAR MÚSICA	0,128	<0,001

LER	0,083	<0,01
DANÇA:	0,136	<0,001
DESPORTO	0,151	<0,001

Salientamos ainda o facto de 14,3% pertencerem a uma coletividade associativa.

VIGILÂNCIA DE SAÚDE

Quando questionados sobre se fazem vigilância de saúde, 86,8% referem que sim. Existe uma associação fraca estatisticamente significativa entre o sexo e fazer consulta de saúde geral, com predominância do feminino, apresentando as raparigas maior vigilância de saúde que os rapazes ($V = 0,212$; $p < 0,001$).

Em relação a uma consulta de planeamento familiar, 48,5% afirmam fazer e 51,5% nunca fizeram. Existe uma associação moderada ($V = 0,304$), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre fazer consulta de planeamento familiar e o sexo (feminino).

Há 34,1% de estudantes que diz já ter feito um rastreio de IST, existindo uma associação fraca ($V = 0,058$), estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre fazer rastreio de IST e o sexo com predomínio do masculino.

As estudantes (55,5%) dizem que já foram a uma consulta em que fizeram exame ginecológico mas 44,5% nunca realizou este tipo de exame.

Para 98,5% dos estudantes o plano vacinal está atualizado. Na sua maioria (94,2%) sentem-se satisfeitos com a sua saúde geral.

Sentem-se esclarecidos sobre os assuntos relativos à sexualidade ou que dizem respeito à mesma (93,1%). Estas últimas variáveis são independentes do sexo, (respetivamente $p=0,283$ e $p=0,46\%$).

PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO SEXUAL

Quisemos saber se estes estudantes já tinham frequentado/participado em algum curso/eps/seminário sobre educação para a sexualidade. Cerca de 35,4% menciona que já assistiu, no ensino básico e secundário; 7,6% na universidade; 2,3% em serviços de saúde e 1,8% em locais de culto (igreja). A moda da durabilidade das sessões é o intervalo 1-4 horas. O palestrante foi maioritariamente o professor (50,2%), seguido do enfermeiro (36,1%).

Segundo os inquiridos há necessidade de existir uma estrutura que apoie especificamente os jovens, na área da educação para a sexualidade/saúde sexual e reprodutiva, que deve funcionar: no centro de saúde (69,2%); num gabinete na faculdade

com colaboração do centro de saúde (50,7%); na faculdade (40,8%) ou em outro local (9,8%).

CONHECIMENTOS EM SAÚDE

Os conhecimentos foram avaliados numa escala de cinco parâmetros que vai do `muito baixo` ao `muito alto`. O nível quatro corresponde ao `alto` e foi o selecionado por 48,5% dos inquiridos em relação aos conhecimentos que possuem relacionados com a sexualidade humana e 15,7% considera o nível `muito alto`.

Ao testarmos os conhecimentos de temas relacionados com a sexualidade e o sexo, existe uma associação fraca ($V = 0,148$), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os conhecimentos sobre sexualidade e o sexo do estudante universitário, com predomínio do feminino.

Já para os conhecimentos relacionados com os comportamentos sexuais de risco, 41,3% enquadra-se no nível `alto`, seguido do `muito alto` com 35,5%. O ciclo do período menstrual é conhecido no nível `alto` por 40,3% e `muito alto` por 29,9%. Os conhecimentos sobre métodos anticoncecionais: 42,5% referem o nível `alto` seguido de 34,3% que refere `muito alto`. Em relação à vivência de uma sexualidade saudável, os conhecimentos mencionados são para 45,5% do nível `alto` e 25,8% `muito alto`.

Atualmente, consideram o nível de vulnerabilidade de contrair uma infeção sexualmente transmissível (IST) como sendo `alto` por 37,9%, imediatamente seguido de `muito alto` por 33,8% dos estudantes. Existe uma associação fraca ($V = 0,081$), estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a perceção do nível de vulnerabilidade em contrair uma doença sexualmente transmissível e o sexo do estudante universitário. As três IST mais identificadas são: HIV/Sida (99,4%); Hepatite B (71,9%); Vírus Papiloma Humano (63,2%).

FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE

São vários os agentes educativos informais que os estudantes procuram quando necessitam de informação sobre sexualidade. Assim, procuram frequentemente em primeiro lugar os amigos (26,4%), seguido dos profissionais de saúde (23,3%), do namorado/a (21,9%), da mãe (14,9%), professores (7,4%), pai (3,9%) e outros (2,2%).

Quanto à fonte de esclarecimento, surge em primeiro lugar a internet para 26,1%; seguida de livros especializados (21,2%), revistas (14,7%), televisão (12,9%), linhas telefónicas (12,9%), outro (2,4%).

Em relação ao grau de importância atribuído a cada uma destas escolhas, surge como sendo 'importantíssimo' para 32,6% dos estudantes a procura de um profissional de saúde, seguido do namorado/a (20,1%).

CARACTERIZAÇÃO DOS PROGENITORES

Dos dados relativos aos progenitores: a idade média da mãe é de 48,8 anos e a do pai de 51,2 anos com uma moda para os dois de 50 anos. De referir que 81,7% dos pais são casados e 12,2% divorciados. Em relação à escolaridade (mães vs pais) a maioria (32,1% vs 30,0%) têm ciclo preparatório, seguido do 12º ano (23,3% vs 23,4%), instrução primária (17,1% vs 21,6%) e licenciatura (16,1% vs 11,8%). Ambos os progenitores apresentam o mesmo valor (3,1%) para o mestrado e só 13 (0,6%) mães e 27 (1,3%) pais possuem o doutoramento. O nível de diálogo sobre os temas relacionados com a sexualidade é considerado por 36,3% "nem fechado nem aberto" seguido de 32,8% que considera aberto, mas 22,7% considera fechado ou muito fechado. Contudo é independente do sexo ($p = 0,376$).

Após esta caracterização inicial, constatou-se que muitos dos estudantes não responderam ao total de questões colocadas. Por isso, optou-se por adotar o critério de anular os questionários que não tivessem 70% das questões respondidas. Assim, após a aplicação desse critério, ficamos com uma população de 2103 estudantes para as variáveis que se seguem. Contudo, algumas variáveis têm um N diferente. Sempre que isso acontecer, será devidamente referenciado o valor correto. A apresentação dos resultados está numa lógica diferente da sequência do questionário, uma vez que, em nossa opinião, se enquadra na caracterização dos inquiridos, simplificando a interpretação geral dos dados.

ÁREA DE CURSO

O estabelecimento de ensino que frequentam é público para 80% dos inquiridos e distribuiu-se pelas áreas de cursos conforme a designação da direção geral do ensino superior e que se pode ver na Tabela 11.

Tabela 11 - Áreas de curso

VARIÁVEL	Nº	(%)
ÁREA DE CIÊNCIAS	100	4,8
ÁREA DE SAÚDE	1466	69,7
ÁREA DE TECNOLOGIAS	53	2,5
ÁREAS DE AGRICULTURA E RECURSOS NATURAIS	3	0,1
ÁREAS DE ARQUITETURA, ARTES PLÁSTICAS E <i>DESIGN</i>	7	0,3
ÁREAS DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE PROFESSORES	45	2,1
ÁREAS DE DIREITO, CIÊNCIAS SOCIAIS E SERVIÇOS	192	9,1

ÁREAS DE ECONOMIA, GESTÃO E CONTABILIDADE	170	8,1
ÁREAS DE HUMANIDADES, SECRETARIADO E TRADUÇÃO	25	1,2
ÁREA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, DESPORTO E ARTES DO ESPETÁCULO	31	1,5
TOTAL	2092	99,5
NÃO RESPONDE	11	0,5
TOTAL	2103	100,0

Entre os inquiridos predominam os estudantes da área da saúde (69,7%), seguidos dos da área de direito, ciências sociais e serviços (9,1%).

A distribuição pelos quatro anos de curso é equitativa e apenas 6,9 % frequenta o 5º ou 6º ano e 16,5 % já esteve inscrito noutra curso.

RESULTADOS EM FUNÇÃO DO CONCEITO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS

COMPORTAMENTOS

Pretendemos ainda conhecer o comportamento, as atitudes e os conceitos pessoais dos estudantes. Por isso, questionamos sobre a sua concordância pessoal em relação a determinados comportamentos sexuais, que foram avaliados numa escala de *Likert* com cinco parâmetros, que vai do `concordo (C.) totalmente` (C. Totalmente) ao `discordo (D.) totalmente` (D. Totalmente), como se pode ver na Tabela 12.

Tabela 12 - Concordância em relação a comportamentos de teor sexual

VARIÁVEL	C. TOTALMENTE (%)	C. (%)	NÃO C. NEM D. (%)	D. (%)	D. TOTALMENTE (%)	NÃO RESPONDE (%)
Abstinência pré-nupcial	1,1	2,8	26,5	15,5	27,3	26,8
Admite-se as relações para ambos os se- xos no contexto de uma relação com compromisso	28,5	25,5	8,4	3,7	4,7	26,4
Para ambos os sexos admite-se relações sexuais, em qualquer situação (com ou sem compromisso)	9,6	17,5	19,1	15,4	9,3	29,1
Aceitam-se as relações sexuais esporá -dicas somente para o sexo masculino	1,5	3,4	6,4	15,1	44,5	29,1
Aceitam-se as relações sexuais esporá -dicas somente para o sexo feminino	1,3	2,8	6,4	15,3	44,8	29,4

Na análise da Tabela 12, concluímos que uma grande parte dos jovens (42,8%) discorda e discorda totalmente com a abstinência sexual, admitindo a maioria (54,0%) as relações sexuais num contexto de compromisso. No entanto há 27,1% que concorda com as relações sexuais em qualquer situação.

Em resultado, dos testes estatísticos, podemos afirmar que as mulheres concordam menos do que os homens com as relações pré-nupciais, sendo a diferença das medianas estaticamente significativa ($p < 0,001$).

Não há diferença estatisticamente ($p = 0,617$) significativa entre homens e mulheres no que diz respeito à aceitação de relações pré nupciais quando se referem a ambos os sexos, no contexto de uma relação com compromisso. Os homens concordam mais do que as mulheres com relações sexuais com ou sem compromisso ($p < 0,001$).

Os homens também aceitam mais do que as mulheres a existência de relações sexuais esporádicas, por parte de ambos os sexos ($p < 0,001$).

Indagamos ainda sobre a estruturação de atitudes, valores e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual. Havia, também, cinco opções possíveis desde o 'importantíssimo' ao "sem importância". Perante os resultados obtidos, optamos por formar um grupo com os primeiros três níveis "importantíssimo, muito importante e importante". Assim, os estudantes consideram que, a vivência da sexualidade, se caracteriza por:

- autonomia, para 98,1%; a liberdade de escolha para 99,5% e a informação adequada 99,8%. Consideram ainda que, a sexualidade é um: impulsor de vida e de prazer, das relações interpessoais, (93,8%); potencial de vida, de bem-estar, e da componente realização pessoal, (95,9%); fonte de comunicação, uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais (90,6%).

- respeito pelo: valores do outro, (98,8%); à diferença pela pessoa do outro (valores) (98,9%); na orientação sexual, (98,2%);

- envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade, (98,8%);

- direito à maternidade e à paternidade livre, consciente e responsável, (99,2%).

Para 46,6% dos estudantes, expressões da sexualidade que envolvam violência ou coação, são importantes reconhecer.

Não existe diferença de opiniões, estatisticamente significativa, entre homens e mulheres no que diz respeito à autonomia ($p = 0,828$), liberdade de escolha ($p = 0,076$), sexualidade como fator de comunicação ($p = 0,94$), e sobre a violência e coação sexual ($p = 0,701$).

Existem diferenças, estatisticamente significativas, em que as mulheres consideram mais importante a existência de informação adequada ($p < 0,001$), o respeito pelos valores do outro ($p < 0,001$), o envolvimento afetivo e amoroso na sexualidade ($p < 0,001$), o respeito pelo direito à diferença, tanto nos valores ($p < 0,001$) como na orientação sexual ($p < 0,001$), e no direito à paternidade e maternidade livre, consciente e responsável ($p < 0,001$).

Por seu lado, os homens consideram mais importante a sexualidade como impulsor de vida e de prazer ($p < 0,01$), e que a sexualidade é um potencial de vida, de bem-estar e de realização pessoal ($p < 0,01$).

MITOS SOBRE COMPORTAMENTOS

Na Tabela 13, apresentamos as classificações (verdadeiro ou falso) das seguintes frases sobre alguns mitos da sexualidade.

Tabela 13 - Mitos da Sexualidade

VARIÁVEL	VERDADEIRO (%)	FALSO (%)
A sexualidade não são só relações sexuais	98,5	1,5
A sexualidade é própria só dos jovens	1,7	98,3
Numa primeira relação sexual nunca ocorre uma gravidez	0,5	99,5
O período de ovulação é o momento certo para engravidar	82,5	17,5
A resposta sexual humana é igual para ambos os sexos	11,6	88,4
Apenas as pessoas promíscuas contraem IST	0,9	99,1
Apercebe-se sempre se o seu parceiro/a tiver uma IST	98,0	2,0
Se já teve uma IST, não é possível ter outra vez	1,0	99,0
Se realizar os testes e for detetada uma IST, o seu parceiro não precisa de realizá-los	0,1	99,9

Na análise desta tabela (14), constatamos que a maior parte dos estudantes do ensino superior têm um posicionamento esclarecido sobre alguns mitos sexuais. No entanto ainda há 17,5 % que pensa que no período de ovulação não engravida e 98% dizem aperceber-se sempre que o seu parceiro contrai IST. Os testes qui-quadrado realizados comprovam a não associação entre mitos e sexo dos inquiridos.

VALORES ASSOCIADOS À SEXUALIDADE

A sexualidade, como já foi descrito nos capítulos anteriores, possui valores comuns que são essenciais para a vivência humana e características fundamentais para uma sexualidade integradora. Assim, de uma lista de 20 itens, foi pedido aos estudantes que enumerassem seis considerados por eles essenciais para a vivência da sexualidade humana. A Tabela 14 apresenta os resultados obtidos:

Tabela 14 - Valores para Sexualidade integradora

VARIÁVEL	(Nº)	(%)	Percentagem por Casos
Responsabilidade	1038	13,1	71,1%
Sentimentos	751	9,5	51,5%
Afetos	530	6,9	36,3%
Namoro	219	2,8	15,0%
Atração pelo outro	478	6,0	32,8%
Autoestima	418	5,2	28,6%
Tomada de decisão	224	2,8	15,4%
Projeto de vida	225	2,8	15,4%
Dignidade	309	3,9	21,2%
Paixão	330	4,1	22,6%
Honestidade	621	7,8	42,6%
Tolerância	172	2,1	11,8%
Fidelidade	641	8,1	43,9%
Autocontrolo das emoções	42	0,5	2,9%
Religião	9	0,1	6%
Amor	854	10,8	58,5%
Intimidade	779	9,8	53,4%
Intimidade sexual	292	3,7	20,0%
Total	7932	100,0%	595,2%

Os seis itens mais aludidos foram: a responsabilidade (12,0%), seguido do amor (9,8%); intimidade (9,0%); sentimentos (8,6%); fidelidade (7,4%) e honestidade (7,2%).

De um leque de seis componentes, foi pedido aos estudantes para selecionarem as que consideram que integram ou devem integrar na vivência da sexualidade, podendo selecionar vários itens.

Tabela 15 - Componentes da Sexualidade

VARIÁVEL	Nº	V	P
Componente biológica	1030	0,057	<0,05
Componente psicoafectiva	1433	0,153	<0,001
Componente do projeto de vida	858	0,162	<0,001
Componente genital	403	0,153	<0,001
Componente social	471	0,0	0,166
Componente cultural	226	0,057	<0,05

A componente psicoafectiva é eleita por 1433, estudantes, seguida da biológica (1030), como sendo as principais componentes da sexualidade. Para 858 estudantes, o projeto de vida também é uma componente de eleição. Nos testes estatísticos, verificamos que não existe associação entre o sexo e a variável 'Componente social'. Mas existe associação estatisticamente significativa entre o sexo e as restantes componentes, com supremacia do sexo feminino em todas as elas.

CONCEITO DE SEXUALIDADE

Foi solicitado aos estudantes que expressem o seu conceito de sexualidade. Apenas 1348 (64,0%) responderam a esta questão aberta; 36,0% não responderam. Das categorias associadas, emergiram as seguintes, (Tabela 16).

Tabela 16 - Categorias atribuídas ao conceito de sexualidade

CATEGORIAS	Frequência absoluta (Nº)	Frequência Relativa (%)
Biológica	595	44,2
Biológica e afetiva	261	19,4
Essencialmente afetiva	183	13,6
Bio-psico-social	99	7,3
'Sem conteúdo interpretável'	140	10,3
Conceito semelhante ao da OMS	70	5,2

Ao analisarmos esta tabela, verificamos que a dimensão biológica (44,2%) predomina no conceito apresentado pelos estudantes, (com predomínio das mulheres, ($p < 0,05$)). Se agruparmos todas as categorias em que esta aparece, perfaz um total de 70,9%. Constatamos ainda, que 140 (10,3%) que mencionam uma 'sem conteúdo interpretável' e 70 (5,2%) transcreveram a definição semelhante à da OMS e não uma pessoal.

Apenas sete (0,5%) estudantes abordaram a dimensão espiritual, mas em conjunto com a biológica e afetiva (4), bio-psico-social (2) e essencialmente afetiva (1). Ainda dois estudantes referem a vertente religião como espiritual, sendo 1 bio-psico-social e outro biológica e afetiva, que, por ser um número ínfimo, não foi constituída variável.

ORIENTAÇÃO SEXUAL

Quando questionados sobre a sua orientação sexual, 93,9% assumem ser heterossexuais, 3,4% bissexuais e 2,7% homossexuais. Do total de homens vs total mulheres, 8% vs 2,5% consideram-se bissexuais e 8,4% vs 1,5% homossexuais. Existe uma associação fraca ($V = 0,201$) entre a orientação sexual e o sexo ($p < 0,001$).

Do total de estudantes que referem ser bissexuais ou homossexuais, quando associados com o conceito de sexualidade, a relação biológica é a que predomina em 42 estudantes (58,33%), seguida da biológica afetiva e da afetiva, respetivamente com 8 estudantes cada; 'sem conteúdo interpretável', em 6 estudantes e 2 (ambos homossexuais) deram o 'Conceito semelhante ao da OMS'.

ATIVIDADE/COMPORTAMENTO SEXUAL

Outra variável, foi saber se já tinham iniciado atividade sexual e em que circunstâncias. Apenas 69,4% responderam; destes 55,4% diz que já iniciou atividade sexual e 14,0% menciona ainda não ter iniciado. Na Tabela 17 apresentamos alguns dados relacionados com a vivência sexual.

Tabela 17 - Distribuição numérica e percentual de aspetos relacionados com a vivência sexual

VARIÁVEL	TIPO DE RESPOSTA	Frequência absoluta (Nº)	Frequência Relativa (%)	FT
Já iniciou atividade sexual	Sim	1165	55,4	79,8
	Não	295	14,0	20,2
	Não respondeu	643	30,6	
Com quem teve a primeira relação sexual	Namorado/a	1012	48,1	87,1
	Amigo/a	119	10,2	10,2
	Desconhecido	20	1,0	1,7
	Outro	11	0,4	0,7
	Não responde	941	44,7	
Em que situação	Foi planeada	525	25,0	45,2
	Aconteceu	632	30,1	54,4
	Foi obrigado/a	4	0,2	0,4
	Não respondeu	942	44,8	
Usou algum método anticoncepcional na 1ª relação sexual	Sim	1076	51,2	92,6
	Não	86	4,1	7,4
	Não respondeu	941	44,7	
Razão para ter a primeira relação sexual	Estava muito apaixonado(a)	808	38,4	69,7
	Por acaso	66	3,1	5,7
	Sentiu-se pressionada(o)	39	1,9	3,4
	Curiosidade	152	7,2	13,1
	Estava sobre o efeito de substâncias aditivas	11	0,5	0,9
	Outro	84	4,0	7,2
	Não respondeu	943	44,8	
Ocorreu	Com consentimento dos dois	1005	47,8	87,0
	Parceiro(a) tomou iniciativa	134	6,4	11,6
	Tomou iniciativa	13	0,6	1,1
	Não respondeu	948	45,1	

Nestas questões de carácter mais pessoal relacionadas com a sua atividade sexual, constatamos que cerca de 45,0% dos inquiridos não responde, a não ser à pergunta sobre o início da atividade. Do total de respondentes, 79,8% já iniciou atividade sexual, com o

namorado/a; em 87,1%, esta não foi planejada `aconteceu´ para 54,4%; porque estavam `muito apaixonados´ 69,7%.

Existe uma associação fraca ($V = 0,259$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a razão para ter a primeira relação sexual e o sexo. O sexo feminino refere que `estava muito apaixonada´ e sente mais pressão como razão para ter a primeira relação sexual, o masculino apresenta valores superiores ao feminino na `curiosidade´ e no item `por acaso´.

Ocorreu com o consentimento dos dois (87,0%), para os dois sexos e usaram pelo menos um método anticoncepcional (92,6%). Existe uma associação fraca ($V = 0,122$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o uso de método anticoncepcional na primeira relação e o sexo, com predomínio de uso por parte das estudantes.

Mencionaram também que 22,6% iniciou atividade sexual aos 18 anos e 21,4% aos 17 anos, correspondendo este valor à moda; a média é de 17,25 anos. O início da atividade sexual é independente do sexo nesta amostra ($\chi^2 = 0,102$; $p = 0,75$).

Atualmente, no total da amostra há 34,9% que referem não ter nenhum relacionamento amoroso. Todavia, 65,1% dos estudantes têm um relacionamento amoroso, que para 43,0% se mantém há mais de 3 anos, seguido de 22,4% que se mantém há 2 anos; 11,4% há um ano e 23,2% tem duração inferior a um ano. Existe uma associação fraca ($V = 0,153$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre a duração do tempo de relacionamento mais recente e o sexo, estando os relacionamentos mais duradouros associados às raparigas.

Nesse relacionamento, 60,1% tem relações sexuais com o par amoroso e 39,9% não tem atividade sexual. A existência de relacionamento sexual atual é independente do sexo ($p = 0,084$). Iniciaram atividade ao fim de 2/3 meses (19,8%); seguido de 16,1% que iniciaram ao fim de 7/9 meses; 14,9% ao fim de um mês, 8,6% ao fim de um ano e 5,4% ao fim de 2 anos. Existe uma associação fraca ($V = 0,185$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre “ao fim de quanto tempo se iniciou o relacionamento sexual” e o sexo, com os rapazes a iniciar mais cedo.

Dos que têm atividade sexual, 80,2%, usa quase sempre um método contraceptivo e 11,8% nunca usou. O método de eleição para 80,2% é a pílula. Não obstante, 55,2% usa quase sempre o preservativo e 2,7% nunca usou qualquer método. Quanto aos métodos naturais, 6,8% refere usar quase sempre e 72,0% nunca usou. Os restantes métodos quase não são usados (com valores 1% e menos). Destacamos que 2,4% dizem que têm atividade sexual com outras pessoas.

Classificam o seu relacionamento como meigo (36,8%); tranquilo (21,6%); muito tranquilo (14,4%); pouco tranquilo (2,1%) e violento (0,1%). Existe uma associação fraca (V

= 0,091) mas estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o tipo de relacionamento e o sexo.

A Tabela 18 refere-se ao atual relacionamento e apresenta o tipo de importância que os estudantes atribuem à vivência da sexualidade em cada um dos seguintes parâmetros:

Tabela 18 - Grau de importância dos diferentes parâmetros da vivência da sexualidade

VARIÁVEL	Importantíssimo (%)	Muito importante (%)	Importante (%)	Pouco importante (%)	Sem importância (%)	Não se aplica (%)
Diálogo	71,0	8,8	1,8	0,3	0,0	18,1
Afetos	57,0	19,0	5,3	0,5	0,2	18,0
Prazer sexual	27,8	31,1	19,9	1,9	0,2	19,1
Construção projeto de vida a dois	39,4	19,2	17,3	4,5	0,8	18,9
Respeito mútuo	73,8	6,9	1,3	0,2	0,0	17,8

O diálogo, e o respeito mútuo foram considerados 'importantíssimo' na atual relação com 71,0% e 73,8% respectivamente, seguido dos afetos (57,0%). Na percentagem cumulativa dos três primeiros parâmetros a "construção do projeto de vida a dois" é o item que tem menor pontuação com um valor de 76,9%, o que tem maior pontuação é o "respeito mútuo" com 82,0%.

Não existe diferença de opiniões, estatisticamente significativa, entre homens e mulheres no que diz respeito ao diálogo ($p = 0,26$), prazer sexual ($p = 0,265$), respeito mútuo ($p = 0,073$), no não interesse em se envolver em compromissos sérios ($p = 0,747$), e na adequação do companheiro/a com a posição e lugar do outro na comunidade ($p = 0,298$).

Existem diferenças estatisticamente significativas para:

1 - as mulheres que consideram mais importante a existência de afetos ($p < 0,01$), construção de vida a dois ($p < 0,05$), procura de alguém que a ame e compreenda ($p < 0,001$), relação de igualdade e companheirismo ($p < 0,001$), e procura de completa identificação espiritual e emocional ($p < 0,05$);

2 - os homens que consideram mais importante um envolvimento afetivo sem ciúmes ($p < 0,01$), na capacidade de fazer sacrifícios por ele ($p < 0,01$), que pode ter conflitos respeitantes à expressão sexual ($p < 0,01$), e na existência de múltiplos parceiros ($p < 0,01$).

No decorrer da sua vivência sexual, desde a primeira relação até ao presente, 34,7% mantem também o mesmo parceiro. Quando questionados se tinham a preocupação de saber do estado de saúde do seu companheiro/a para a vivência de uma sexualidade saudável: 69,9% dos estudantes indica que colocou questões ao parceiro/a sobre o seu

passado sexual, assim como 60,8% que perguntou pelo estado atual de saúde sexual. Fomos indagar também sobre os comportamentos sexuais violentos e de risco: 6,6% foi forçado/a a ter relações sexuais; 2,3% foram agredidos pelo parceiro sexual; 26,9% teve atividade sexual sobre o efeito do álcool; 8,1% sobre o efeito de drogas; 10,8% teve vários parceiros; 5,3% parceiros ocasionais em simultâneo com um relacionamento estável; 42,5% teve relações desprotegidas e 8,3% já teve uma IST.

Existe uma associação fraca ($V = 0,115$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o manter o primeiro parceiro sexual e o sexo, com uma percentagem superior de raparigas que mantêm, em detrimento dos rapazes.

Não existe associação estatisticamente significativa entre homens e mulheres no que diz respeito a ter sido forçado/a ($p = 0,777$), e ter tido infeções/doenças devido às relações sexuais ($p = 0,28$).

Mas existem associações estatisticamente significativas entre o sexo e as outras variáveis relacionadas com atividade sexual sobre o efeito de consumos aditivos e/ou coação, como se pode observar na Tabela 19.

Tabela 19 - Atividade sexual sobre efeito de consumos aditivos

VARIÁVEL	V	P
Ter sido agredido/a pelo parceiro/a	0,006	$p < 0,05$
Ter tido relações sob o efeito do álcool:	0,185	$p < 0,001$
Ter tido relações sob o efeito de drogas	0,118	$p < 0,001$
Ter tido vários parceiros ocasionais	0,253	$p < 0,001$
Ter tido parceiros ocasionais durante um relacionamento estável	0,157	$p < 0,001$
Recusou relações sexuais desprotegidas	0,078	$p < 0,001$
Questionou o passado sexual do companheiro/a	0,112	$p < 0,001$
Questionou o estado de saúde sexual do companheiro/a	0,082	$p < 0,01$

Os consumos aditivos, álcool e drogas (haxixe e cocaína), assim como ter vários parceiros sexuais, têm o predomínio do sexo masculino. Já no sexo feminino predomina: ter tido relações sexuais forçadas, ter sido agredidas em contexto sexual, ter contraído uma IST, ter recusado relações sexuais desprotegidas, questionar o parceiro sobre o passado e atual estado de saúde sexual.

Para a vivência de uma sexualidade responsável, foram colocadas algumas questões aos estudantes. Assim 83,9% considera ter um “projeto de vida”; 94,2% pensa ter uma relação amorosa e de longa duração; 79,2% indicou o planeamento familiar como uma

responsabilidade a dois e 14,7% ponderou ser abstinente sexual. A forma como já considerou a vivência da sua sexualidade também tem associações, estatisticamente significativas, como se pode ver na Tabela 20.

Tabela 20 - Vivência da Sexualidade

VARIÁVEL	V	P
Pensou ser abstinente sexual	0,054	p <0,05
Pensou ter uma relação fiel de longa duração	0,097	p <0,001
Pensou o planeamento familiar como responsabilidade dos dois	0,088	p <0,01
Considerou ter um projeto de vida	0,11	p <0,001

O sexo feminino tem a supremacia em todas as variáveis apresentadas na tabela anterior.

A pílula do dia seguinte já foi usada por 28,8% das estudantes, distribuída da seguinte forma: 54,6% uma vez; 28,7% duas vezes; 10,9% três vezes; 4,1% quatro vezes e 1,3% cinco ou mais vezes.

Ficamos também a saber que, 11 (0,5%) dos estudantes têm filhos (sexo feminino 8 e masculino 3) e destes, cerca de metade das gravidezes, não foram planeadas. E que 22 (1,0%) já fez uma interrupção voluntária da gravidez (IVG), destas, 2 estudantes já fez duas IVG.

CONSUMOS

Os consumos foram outro parâmetro a abordar, como se pode ver na Tabela 21.

Tabela 21 - Consumos

VARIÁVEL		Frequência absoluta (Nº)	Frequência Relativa (%)	P
REFRIGERANTES	Já experimentou	608	28,9	<0,05
	Mantém consumo	1409	67,0	
BEBIDAS ENERGÉTICAS	Já experimentou	1043	49,6	<0,001
	Mantém consumo	307	14,6	
CERVEJA	Já experimentou	1028	48,9	<0,001
	Mantém consumo	672	32,0	
VINHO	Já experimentou	1070	50,9	<0,001
	Mantém consumo	494	23,5	
WHISKY	Já experimentou	1106	52,6	<0,001
	Mantém consumo	227	10,8	
SHOTS	Já experimentou	1148	54,6	0,074
	Mantém consumo	549	26,1	
BEBIDAS ESPIRITUOSAS	Já experimentou	1091	51,9	<0,001
	Mantém consumo	534	25,4	
TABACO	Já experimentou	868	41,3	0,001
	Mantém consumo	323	15,4	
HAXIXE	Já experimentou	268	12,8	<0,001
	Mantém consumo	56	2,7	
ECSTASY	Já experimentou	33	1,6	<0,05
	Mantém consumo	8	0,4	
HEROÍNA	Já experimentou	8	0,4	0,499

	Mantém consumo	5	0,2	
COCAÍNA	Já experimentou	35	1,7	0,448
	Mantém consumo	8	0,4	
ANFETAMINAS	Já experimentou	12	0,6	0,582
	Mantém consumo	8	0,4	

Desta tabela, inferimos que, maioritariamente os estudantes consomem refrigerantes (67%). Relativamente à cerveja 32,% consomem e 48,9% já experimentaram. Mais de cinquenta por cento dos estudantes já experimentaram outras bebidas alcoólicas. Quanto ao tabaco, 41,3% já experimentou e, 15,4%, atualmente, fuma diariamente. Verificamos também que 12,8% experimentaram o haxixe e 2,7% mantém consumo, seguido da cocaína (1,7% vs 0,4%) e do *ecstasy* (1,6% vs 0,4%). Constatamos, numa análise posterior da base de dados, que todos os que consomem *ecstasy* e todos os que consomem heroína fumam haxixe, um estudante refere consumir todas, estas, substâncias.

Os estudantes que referiram consumir refrigerantes, 7,7% fazem-no diariamente, as restantes bebidas são consumidas essencialmente ao fim de semana. As substâncias ilícitas são consumidas esporadicamente, contudo, temos dois estudantes que relatam consumos diários.

Existe associação, estatisticamente significativa, entre o sexo e as seguintes variáveis: *Ecstasy*: fraca ($V = 0,069$) ($p < 0,05$); Haxixe: fraca ($V = 0,146$) ($p < 0,001$); Tabaco: fraca ($V = 0,132$) ($p < 0,001$); Bebidas espirituosas: fraca ($V = 0,117$) ($p < 0,001$); Whisky: fraca ($V = 0,239$) ($p < 0,001$); Bebidas energéticas: fraca ($V = 0,181$) ($p < 0,001$); Coca-cola, Pepsi e outros refrigerantes: fraca ($V = 0,076$) ($p < 0,05$); Vinho: fraca ($V = 0,155$) ($p < 0,001$) e Cerveja: fraca ($V = 0,244$) ($p < 0,001$).

Foi ainda solicitado aos estudantes, que se tivessem dúvidas sobre sexualidade e/ou sentissem necessidade de formação, referissem as respetivas áreas. Dos 1572 que responderam 4,8% referem ter conhecimentos e não necessitarem de formação, os restantes 95,2% dividem-se por várias áreas conforme se pode observar em apêndice (apêndice IX). Salientamos contudo que as respostas se distribuem por ordem decrescente: IST (21,9%); Formação sem área específica (15,8%); Todas as áreas relacionadas com sexualidade (10,4%); Anticoncepcionais (8,9%); Prazer sexual (5,9%) e Planeamento Familiar (5,2%).

ANÁLISE FATORIAL DA ESCALA EAS

Nas atitudes avaliadas através da escala EAS (apêndice VIII) procedeu-se à análise fatorial das respostas dos itens da EAS. Assim, tentamos compreender se as sub-escalas se mantinham nesta aplicação. Para saber se é possível, aplicável e significativa ao nosso

estudo recorreremos a testes estatísticos como a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), em conformidade com as recomendações de Hendrick e Hendrick (1987) e Alferes (1987), cujos resultados se podem analisar na Tabela 22.

Tabela 22 - KMO and Bartlett's Test 1

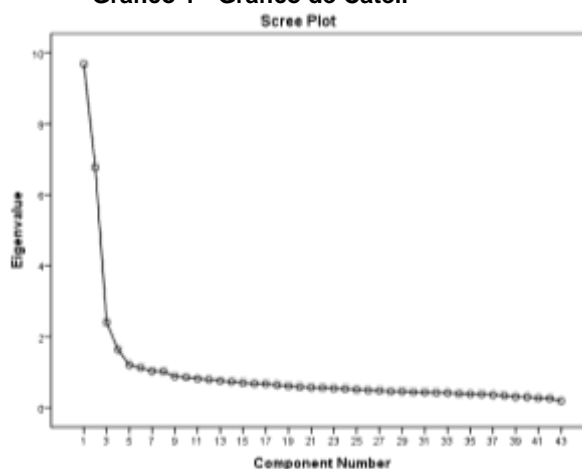
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,938
Approx. Chi-Square		21780,317
Bartlett's Test of Sphericity	Df	903
	Sig.	,000

O KMO indica a adequação do tamanho da amostra. Valores acima de 0,9 são considerados excelentes. O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original pode ser uma matriz de identidade. No caso recusamos essa hipótese nula ($p < 0,001$), considerando-se assim que a realização da análise fatorial é apropriada e possível de se efetuar.

Na tabela da variância total explicada da escala (apêndice VIII), o número de fatores é escolhido com base numa interpretação conjunta de vários critérios: o método do Scree Plot de Catell (1966); o critério de Kaiser – eigen values superiores a 1 –, o qual pode implicar demasiados fatores espúrios (Nunnally e Bernstein, 1994: 482), nomeadamente quando se utilizam muitos itens.

Assim, inicialmente com uma análise fatorial exploratória de componentes principais com rotação varimax (Alferes, 1999; Hendrik e Hendrick, 1987) verifica-se a existência de 8 potenciais fatores que apresentam um total de variância explicada de 57,9%.

Gráfico 1 - Gráfico de Catell



Para determinarmos o número de fatores, recorreremos ainda ao modelo do cotovelo ou Screeplot, ilustrado no gráfico de Cattell (gráfico 1), que, segundo o autor, mostra como a

variabilidade dos dados está distribuída entre os eixos da ordenação, permitindo identificar o número de eixos mais significativos, a qual apresenta a distribuição gráfica dos fatores.

O ponto de inflexão no gráfico de Catell acontece no 5º fator. Os autores que já validaram esta escala apontam para 4 fatores (Hendrick e Hendrick, 1987: permissividade sexual, instrumentalidade, comunhão e práticas sexuais) ou 5 fatores (Alferes, 1999: permissividade sexual, comunhão, instrumentalidade, sexo impessoal e responsabilidade sexual). Exige-se também, como mínimo, um valor de 0,3 nas correlações (fator loadings) entre os itens e os fatores (Hendrick e Hendrick, 1987), tendo a garantia de que os fatores loadings têm significado estatístico ($p < 0,05$) e a potência mínima de teste seja de 80% (Hair, Anderson, Tatham e Black, 1998: 112).

O resultado com 8 fatores não é facilmente interpretável, pelo que optamos pela confirmação fatorial com 5 fatores. A variância total explicada será de 50,5% neste caso.

Podemos verificar na matriz de componentes rodadas que, o primeiro fator é o da “permissividade sexual”, o segundo o da “comunhão”, o terceiro o das “práticas sexuais”, o quarto o da “instrumentalidade”, e o quinto é de difícil interpretação, pois é misto entre a permissividade e as práticas.

Temos itens a ponderar em fatores diferentes dos originais, a saber:

- item 28 das práticas pesa mais na comunhão;
- item 12 da permissividade pesa mais nas práticas e de modo inverso;
- item 14 da permissividade pesa mais nas práticas e de modo inverso;
- item 16 da permissividade pesa mais nas práticas e de modo inverso;
- item 13 da permissividade pesa mais no quinto fator;
- item 17 da permissividade pesa mais no quinto fator;
- item 26 das práticas pesa mais no quinto fator;
- item 27 das práticas pesa mais no quinto fator;

Verifica-se também que os itens 22, 23, 24 e 25 correspondem a questões sobre responsabilidade social. Identicamente, os itens 12 e 14 também estão dentro desta temática. Assim, optamos pela sua junção à responsabilidade social e fazer a inversão das pontuações. Eliminamos os seguintes itens, que não foram considerados fundamentais para a compreensão das dimensões, para além de ponderarem em fatores diferentes dos originais: 13, 16, 17, 26, 27 e 28.

Assim sendo, ficamos com uma escala ajustada a 4 fatores: permissividade, comunhão, instrumentalidade e responsabilidade social, que explica 50,2% da variância total. O item 21 ficou dividido entre a permissividade e uma ponderação inversa na responsabilidade social, com valores próximos, tendo-se decidido retirar da escala, o que

aumentou a variância explicada para 50,6% (apêndice VIII) Aplicamos novamente o KMO (Tabela 23).

Tabela 23 - KMO and Bartlett's Test 2

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,932
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	18568,622
	Df	630
	Sig.	,000

Considerando só as ponderações acima de 0,4, o que torna a escala mais exigente em termos de consistência interna dos fatores, obtemos os itens que vão ser utilizados para avaliar as atitudes sexuais dos inquiridos. Os novos valores de KMO ($> 0,9$ = excelente) e o teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0,001$).

Assim na escala (apêndice VIII) temos para cada fator os seguintes itens:

- Permissividade sexual: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 18, 19 e 20 (15 itens).
- Comunhão: 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 e 37 (9 itens).
- Responsabilidade sexual: 12, 14, 22, 23, 24 e 25 (6 itens).
- Instrumentalidade: 38, 39, 40, 41, 42 e 43 (6 itens).

Efetuamos a análise de fiabilidade, como se pode observar na Tabela 24:

Tabela 24 - Fatores das atitudes sexuais

VARIÁVEIS	Nº itens	Coefficiente α	Média das correlações inter-itens	Correlação item-total mínima
Permissividade sexual	15	0,914	0,41	0,372
Comunhão	9	0,864	0,419	0,446
Instrumentalidade	6	0,737	0,323	0,379
Responsabilidade sexual	6	0,851	0,493	0,543

Apresentamos na tabela o resumo dos valores finais das medidas de fiabilidade obtidos após refinamento da escala, estando todos eles acima dos valores mínimos necessários ($\alpha > 0,7$; correlações $> 0,3$), o que comprova a consistência interna da escala e sub-escalas consideradas.

Há correlações negativas entre as dimensões desta escala de atitudes sexuais, logo ela tem de ser vista em função das sub-escalas que a compõem. Para além disso a “Permissividade sexual” é independente da “Comunhão” e a “Responsabilidade sexual” é

independente da escala global de “Atitudes sexuais”, o que coloca em causa a validade convergente da escala total.

Tabela 25 - Correlações

		Correlations				
		Permissividade sexual	Comunhão	Instrumentalidade	Responsabilidade sexual	Atitudes sexuais
Permissividade sexual	Pearson Correlation	1	,035	,528**	-,271**	,864**
	Sig. (2-tailed)		,230	,000	,000	,000
	N	1225	1196	1206	1209	1164
Comunhão	Pearson Correlation	,035	1	,018	,409**	,470**
	Sig. (2-tailed)	,230		,537	,000	,000
	N	1196	1239	1221	1219	1164
Instrumentalidade	Pearson Correlation	,528**	,018	1	-,330**	,616**
	Sig. (2-tailed)	,000	,537		,000	,000
	N	1206	1221	1252	1234	1164
Responsabilidade sexual	Pearson Correlation	-,271**	,409**	-,330**	1	,046
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,117
	N	1209	1219	1234	1257	1164
Atitudes sexuais	Pearson Correlation	,864**	,470**	,616**	,046	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,117	
	N	1164	1164	1164	1164	1164

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

A escala redimensionada para o nosso trabalho (apêndice VIII) foi submetida a testes de normalidade que mostram que nenhuma das pontuações nas escalas segue uma curva normal, como tal, optamos pelo teste multivariado não-paramétrico da Análise de Variância de Kruskal-Wallis.

Tabela 26 - Estatísticas descritivas

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Permissividade sexual	1225	54,14	11,305	15	75
Comunhão	1239	17,69	5,127	9	45
Instrumentalidade	1252	22,74	4,020	6	30
Responsabilidade sexual	1257	7,96	3,046	6	30
Atitudes sexuais	1164	102,37	14,753	52	155
Conceito de sexualidade	1300	2,25	1,508	1	6

Ao analisarmos a escala, concluímos que há diferenças estatisticamente significativas na permissividade sexual ($p < 0,001$) e na escala global de atitudes sexuais ($p < 0,001$), embora neste caso não faça qualquer sentido.

Como a escala está invertida, então temos a ordem: 1, 5, 2, 6, 4 e 3 na permissividade sexual; para a comunhão: 1, 6, 3, 4, 2 e 5; para a instrumentalidade: 5, 1, 2,

3, 6 e 4 e para a responsabilidade sexual: 4, 2, 6, 3, 1 e 5. É deste modo que vai ser aplicada no nosso estudo.

CONCEITOS DE SEXUALIDADE /ATITUDES/ COMPORTAMENTOS

HIPÓTESES

Para a testar as hipóteses de investigação inicialmente formuladas, recorreremos à realização da inferência estatística, por ser um processo analítico que está na base da generalização dos resultados e que, por sua vez, permite alargar à população as conclusões obtidas na amostra (Tuckman, 2000). No capítulo da metodologia, apresentamos as hipóteses que vão novamente ser evocadas. Para cada uma, debate-se o processo de inferência estatística associada à referida análise e, posteriormente, uma síntese em que referimos se é válida ou não.

Foi nosso propósito saber se existe uma relação estatisticamente significativa:

H1 – Diferentes conceitos de sexualidade implicam diferentes atitudes e comportamentos dos estudantes

Fomos indagar a relação entre os diferentes conceitos de sexualidade e comportamentos, para confirmar ou infirmar a hipótese 1 (Tabela 27).

Tabela 27 - Comportamentos sexuais e diferentes visões do conceito de sexualidade

COMPORTAMENTOS	N	χ^2	DF	P
Abstinência sexual	1233	5,331	5	<0,377
Aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com compromisso	1227	5,155	5	<0,397
Aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	1228	12,305	5	<0,05
Aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo masculino	1232	4,858	5	<0,433
Aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo feminino.	1226	3,987	5	<0,551

Conforme o expresso na tabela, não há diferenças estatisticamente significativas, entre a opinião dos inquiridos sobre a abstinência pré-nupcial, o sexo com compromisso, o sexo esporádico só para homens ou só para mulheres, com as diferentes visões do conceito de sexualidade.

Na Tabela 28, fomos analisar os comportamentos com diferentes visões do conceito de sexualidade apresentado segundo o sexo dos estudantes.

Tabela 28 - Comportamentos sexuais e as diferentes visões do conceito de Sexualidade

		Abstinência pré-nupcial	Admite-se as relações para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso	Para ambos os sexos admite-se relações sexuais com ou sem compromisso	Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo masculino	Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo feminino
χ^2	M	6,013	1,120	6,415	8,903	7,053
	F	4,039	6,382	12,000	1,268	0,957
p	M	0,305	0,952	0,268	0,113	0,217
	F	0,544	0,271	0,035	0,938	0,966

Verificamos que existe uma diferença estatisticamente significativa no comportamento 'Aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso', estando associada ao sexo feminino.

Dos dados emergem ainda que, quem define a sexualidade como relação bio-psico-social considera mais importante a sexualidade como fator de comunicação, de realização pessoal, e de relações interpessoais ($p < 0,05$). Esta relação deve-se fundamentalmente, ao peso na amostra das mulheres, onde se encontra também esta relação. As mulheres, que definem a sexualidade 'conceito semelhante ao da OMS, apresentam ainda maior importância ($p < 0,05$) ao considerarem que a sexualidade é um potencial de vida, bem-estar e de realização pessoal.

Em relação às componentes: biológica, psicoafectiva, projeto de vida, social e cultural, quando analisados em conjunto (homens e mulheres) há diferenças na componente psicoafectiva ($p < 0,05$) (relação bio-psico-social) e na componente genital ($p < 0,001$) (relação biológica). Quando analisado só nos homens, não há diferenças nas componentes. Analisando só as mulheres, há diferenças nas componentes, genital ($p < 0,001$) (relação biológica) e social ($p < 0,05$) (relação bio-psico-social).

Na Tabela 29, podemos observar as atitudes segundo o sexo.

Tabela 29 - Atitudes segundo o sexo e diferentes visões do conceito de sexualidade

VARIÁVEL	SEXO	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	QUI quadrado	p
PERMISSIVIDADE SEXUAL	H	203	46,59	12,564	7,227	<0,204
	M	1019	55,66	10,419	17,180	<0,004
COMUNHÃO	H	206	17,56	5,483	7,509	<0,185
	M	1030	17,71	5,061	8,454	<0,133

INSTRUMENTALIDADE	H	208	21,19	4,302	3,005	<0,699
	M	1041	23,05	3,390	5,41	<0,368
RESPONSABILIDADE SEXUAL	H	208	8,94	3,670	10,158	<0,710
	M	1046	7,77	2,872	5,683	<0,338
ATITUDES SEXUAIS	H	199	94,46	16,500	3,999	<0,550
	M	962	104,02	13,839	21,139	<0,001

O grau de liberdade é 5 para ambos os sexos. Há diferenças estatisticamente significativas na permissividade ($p < 0,001$) e na variável atitudes sexuais ($p < 0,001$), para as mulheres. Contudo, quando analisado no conjunto, assumem valores diferentes como se pode analisar na tabela 30.

Tabela 30 - Atitudes segundo as diferentes visões do conceito de sexualidade

VARIÁVEL	(TESTE)	PERMISSIVIDADE	COMUNHÃO	INSTRUMENTALIDADE	RESPONSABILIDADE SEXUAL	ATITUDES SEXUAIS
	χ^2	90,510	0,282	32,136	38,502	61,562
	p	0,001	0,595	0,001	0,001	0,001

Afirmamos que, com significado estatístico ($p < 0,001$) verificam-se diferenças entre os sexos em relação à permissividade sexual (maior nos homens), à instrumentalidade (maior nos homens), à responsabilidade sexual (maior nas mulheres) e atitudes sexuais (só nas mulheres).

Em síntese, os dados sustentam a hipótese 1, confirmando uma relação significativa entre os conceitos e os comportamentos e atitudes.

- **H2 – O conceito de sexualidade está relacionado com as características bio-psico-sociais do estudante**

H2a – O conceito de sexualidade está relacionado com o sexo do estudante

Quisemos saber se havia relação entre as diferentes dimensões constituintes dos diversos conceitos de sexualidade apresentados pelos estudantes e o sexo.

Tabela 31 - Conceito de sexualidade e o sexo

VARIÁVEL		M	F	TOTAL
RELAÇÃO BIOLÓGICA	N	132	463	595
	%	57,9%	42,3%	45,8%
RELAÇÃO BIOLÓGICA E AFETIVA	N	27	233	260
	%	11,8%	21,8%	20,0%
RELAÇÃO ESSENCIALMENTE AFETIVA	N	24	159	183

	%	10,5%	14,8%.	14,1%.
RELAÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL	N	13	86	99
	%	5,7%	8,0%.	7,6%
`SEM CONTEÚDO INTERPRETÁVEL`	N	25	79	104
	%	11,0%	7,4%.	8,0%
`CONCEITO SEMELHANTE AO DA OMS`	N	7	51	58
	%	3,1%	4,8%.	4,5%.
TOTAL	N	228	1071	1299
	%	100%	. 100%	100%

Existe uma associação fraca ($V = 0,142$), estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o conceito de sexualidade e o sexo do estudante universitário. O sexo masculino é mais biológico e o feminino mais afetivo. Desta forma, confirma-se a hipótese H2a.

H2b – O conceito de sexualidade está relacionado com a área de formação do estudante

Esta hipótese pretende averiguar se as diferentes áreas científicas apresentavam diferenças a nível das diferentes dimensões da sexualidade. A Tabela 32 apresenta os resultados em frequência absoluta e percentual.

Tabela 32 - Conceito de Sexualidade e a área de curso

CURSO DIMENSÃO	CIÊNCIAS	SAÚDE	TECNOLOGIAS	AGRICULTURA E RNRN	ARQUITETURA, ARTES P. E DESIGN	CIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E PROF	DIREITO CIÊNCIAS SOCIAIS	ECONOMIA	HUMANIDADES SEC. E TRAD	ED.FÍSICA DESPORTO, ARTES ESP	TOTAL
	RELAÇÃO BIOLÓGICA	N 37 % 63,8	363 38,9	19 63,3	2 100,0	2 40,0	17 54,8	82 68,7	47 62,7	12 63,2	12 60,0
RELAÇÃO BIOLÓGICA AFETIVA	N 6 % 10,3	219 23,5	1 3,3	0 0	0 0	6 19,4	18 14,6	7 9,3	1 5,3	1 5,0	259 20,0
RELAÇÃO ESSENCIALMENTE AFETIVA	N 6 % 10,3	148 15,9	4 13,3	0 0	1 20,0	5 16,1	9 7,3	7 9,3	2 10,5	0 0	182 14,1
RELAÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL	N 0 % 0	88 9,4	2 6,7	0 0	1 20,0	0 0	3 2,4	2 2,7	3 15,8	0 0	99 7,6
`SEM CONTEÚDO INTERPRETÁVEL`	N 8 % 13,8	63 6,8	4 13,3	0 0	1 20,0	3 9,7	10 8,1	10 13,3	0 0	5 25,0	104 8,0
`CONCEITO SEMELHANTE AO DA OMS`	N 1 % 1,7	51 5,5	0 0	0 0	0 0	0 0	1 0,8	2 2,7	1 5,3	2 10,0	58 4,5
TOTAL	N 58 % 100,0	932 100,0	30 100,0	2 100,0	5 100,0	31 100,0	123 100,0	75 100,0	19 100,0	20 100,0	1295 100,0

Na análise da tabela, verificamos que há um predomínio da relação biológica, em todos os cursos, sendo mesmo a única na área da agricultura e recursos naturais.

Síntese: Verificamos que existe uma associação fraca ($V = 0,138$), mas estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a definição do conceito de sexualidade e a área de formação do inquirido, validando a hipótese (H2b).

H2c – o conceito de sexualidade está relacionado com as atitudes do estudante

Queremos saber se conceito de sexualidade está relacionado com as atitudes. Os resultados podem ser analisados na Tabela 33.

Tabela 33 - Conceito de Sexualidade e atitudes

VARIÁVEL		PERMISSIVIDADE	COMUNHÃO	INSTRUMENTALIDADE	RESPONSABILIDADE SEXUAL	ATITUDES SEXUAIS
RELAÇÃO BIOLÓGICA	N	420	429	432	431	398
	M.R.	432,54	458,75	462,53	507,37	406,23
RELAÇÃO BIOLÓGICA E AFETIVA	N	207	208	212	213	193
	M.R.	483,25	518,24	512,80	462,78	476,84
RELAÇÃO ESSENCIALMENTE AFETIVA	N	139	142	142	144	135
	M.R.	557,90	485,59	517,30	492,90	519,34
RELAÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL	N	82	82	82	83	81
	M.R.	531,87	513,04	527,3 ^o	443,66	514,07
`SEM CONTEÚDO INTERPRETÁVEL`	N	65	67	67	67	63
	M.R.	480,63	535,99	462,48	522,55	470,91
`CONCEITO SEMELHANTE AO DA OMS`	N	41	42	43	41	39
	M.R.	523,11	461,96	522,03	479,26	473,49

Assim, de acordo com a Tabela 33, a relação biológica está mais associada às atitudes sexuais, as relações biológica e afetiva e a bio-psico-social à responsabilidade sexual. A `sem conteúdo interpretável`, está mais associada à instrumentalidade, a relação essencialmente afetiva e o `conceito semelhante ao da OMS` à comunhão. Desta forma, confirma-se a hipótese (H2c).

H2d - o conceito de sexualidade está relacionado com os comportamentos do estudante.

Esta hipótese prevê a existência de relação entre o conceito de sexualidade e os comportamentos do estudante. Na Tabela 34 podem ser observadas a frequência e médias obtidas.

Tabela 34 - Conceito e comportamento

		Abstinência pré-nupcial	Admite-se as relações para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso	Para ambos os sexos admite-se relações sexuais com ou sem compromisso	Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo masculino	Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo feminino
RELAÇÃO BIOLÓGICA	N	397	396	398	397	394
	MR	456,38	446,21	434,74	466,09	461,98
RELAÇÃO BIOLÓGICA AFETIVA	N	215	215	214	216	214
	MR	492,59	471,61	483,35	470,33	470,19
RELAÇÃO ESSENCIALMENTE AFETIVA	N	138	136	138	138	138
	MR	454,45	491,38	499,68	463,75	458,54
RELAÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL	N	79	79	79	79	79
	MR	470,02	474,62	503,47	488,10	477,42
`SEM CONTEÚDO INTERPRETÁVEL´	N	64	63	62	63	63
	MR	488,89	492,03	505,12	487,24	483,56
`CONCEITO SEMELHANTE AO DA OMS´	N	45	45	45	45	44
	MR	492,62	516,21	488,99	455,74	470,08

Resultante dos testes estatísticos de kruskal Wallis, verificamos que no sexo feminino há diferenças nas medianas com significado estatístico ($p < 0,05$), verificando-se uma maior concordância das mulheres, que definem a sexualidade como essencialmente biológica, na admissão de sexo com ou sem compromisso.

Dos dados emergem ainda que, quem define a sexualidade como relação bio-psico-social considera mais importante a sexualidade como fator de comunicação, de realização pessoal, e de relações interpessoais ($p < 0,05$). Esta relação deve-se fundamentalmente ao peso na amostra das mulheres, onde se encontra também esta relação. As mulheres, que definem a sexualidade segundo `conceito semelhante ao da OMS´, apresentam ainda maior importância ($p < 0,05$) em relação a considerarem que a sexualidade é um potencial de vida e bem-estar e de realização pessoal.

Não dependendo do sexo, verifica-se que, no geral, os indivíduos que definem a sexualidade como relação essencialmente afetiva são os que usaram mais um método anticoncepcional na primeira relação sexual ($p < 0,05$).

Nos que definem a sexualidade pelo `conceito semelhante ao da OMS´, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em relação ao facto de manterem relações sexuais com o par amoroso (essencialmente as mulheres).

Verifica-se ainda que o uso dos métodos anticoncepcionais é independente da definição de sexualidade nas mulheres.

Só no seu conjunto, os que definem a sexualidade `conceito semelhante ao da OMS´ são que utilizaram mais a pílula do dia seguinte ($p < 0,05$).

Em relação a todos os indivíduos, só há diferenças estatisticamente significativas, em termos de ter relações sexuais sob efeito do álcool ($p < 0,001$) (relação biológica), ter vários parceiros ocasionais ($p < 0,05$) (relação biológica) (só no conjunto), ter questionado o passado sexual do companheiro ($p < 0,05$) (relação essencialmente afetiva), e, ter pensado ser abstinente sexual ($p < 0,01$) (relação essencialmente afetiva).

Estes resultados devem-se essencialmente às mulheres, pois, só estas apresentam diferenças estatisticamente significativas em termos de ter relações sexuais sob efeito do álcool ($p < 0,001$) (relação biológica), ter relações sexuais sob o efeito de drogas ($p < 0,05$) (relação biológica), ter questionado o passado sexual do companheiro ($p < 0,05$), (relação essencialmente afetiva), e ter pensado ser abstinente sexual ($p < 0,01$) (relação essencialmente afetiva).

No conceito de sexualidade e a ocupação de tempos livres (essencialmente devido às mulheres), existem diferenças globais nas medianas das variáveis jogos ($p < 0,05$) (relação essencialmente afetiva), catequese/grupo coral/grupo de jovens ($p < 0,05$) (relação bio-psico-social), jogos eletrónicos no global ($p < 0,01$) ('sem conteúdo interpretável') e, em particular diferenças só nas mulheres nas variáveis marcha/andar de bicicleta ($p < 0,05$) (relação biológica e afetiva), ouvir música ($p < 0,05$) ('conceito semelhante ao da OMS'), catequese/grupo coral/grupo de jovens ($p < 0,05$) (relação bio-psico-social), e jogos eletrónicos ($p < 0,05$) ('sem conteúdo interpretável').

Em relação às componentes: biológica, psicoafetiva, projeto de vida social e cultural, há diferenças na componente psicoafetiva na totalidade da amostra ($p < 0,05$) (relação bio-psico-social) e na componente genital ($p < 0,001$) (relação biológica). Quando analisado só nos homens, não há diferenças nas componentes. Nas mulheres há diferenças significativas, nas componentes genital ($p < 0,001$) (relação biológica) e social ($p < 0,05$) (relação bio-psico-social).

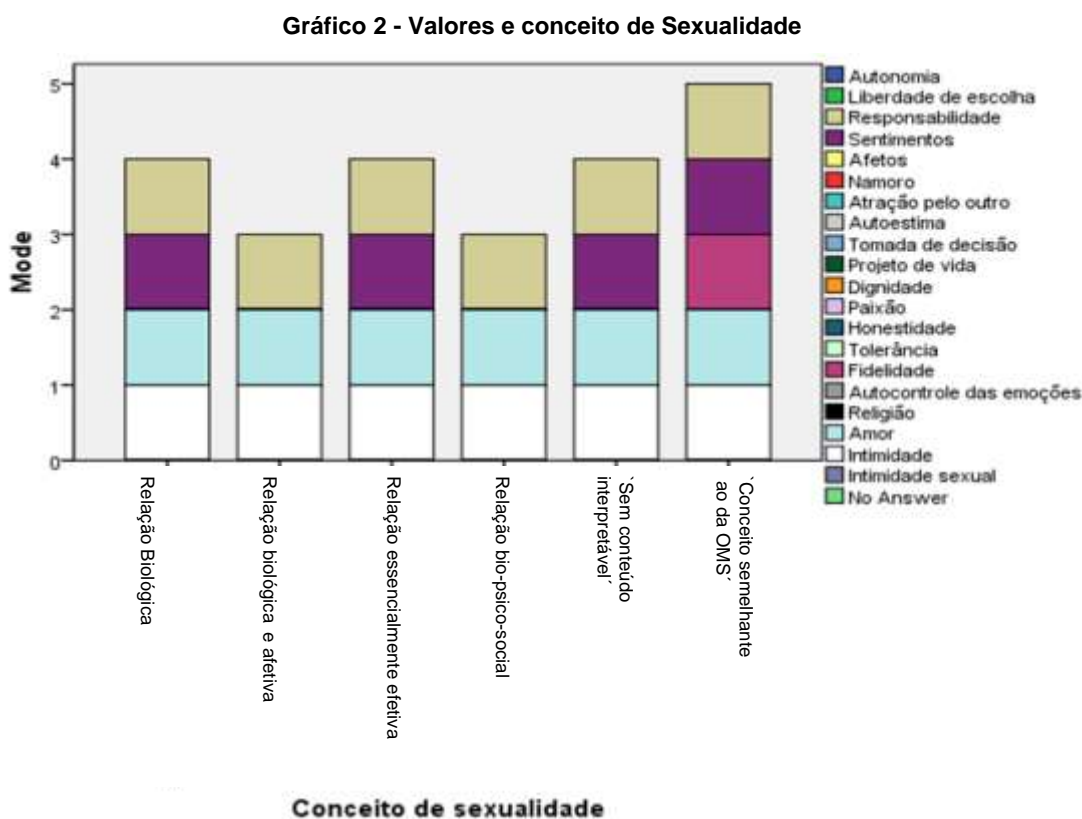
CONSUMOS

Quanto aos consumos, quando analisados todos em conjunto (dois sexos), constatamos as seguintes relações: cerveja ($p < 0,05$) ('sem conteúdo interpretável'), vinho ($p < 0,01$) (relação biológica), *shots* ($p < 0,05$) (6), tabaco ($p < 0,01$) (relação biológica). Ao analisarmos por sexo; nos homens, vinho ($p < 0,05$) (relação biológica). Nas mulheres, vinho ($p < 0,05$) (relação biológica), *shots* ($p < 0,05$) ('conceito semelhante ao da OMS'), tabaco ($p < 0,05$) (relação biológica) e *ecstasy* ($p < 0,05$) ('sem conteúdo interpretável').

Síntese: A relação biológica está muito direcionada para a genitalidade e consumos de bebidas alcoólicas, tabaco e outras substâncias, havendo diferenças entre os dois sexos. Desta forma, confirma-se a hipótese (H2d).

H2e – O conceito de sexualidade está relacionado com os valores do estudante

O gráfico 2 mostra-nos os cinco valores mais associados a cada dimensão dos diferentes conceitos de sexualidade:



Da análise, podemos constatar que os valores intimidade, amor e responsabilidade estão em todos os conceitos de sexualidade, sendo mesmo os únicos na relação biológica e afetiva e na bio-psico-social. Todas as outras têm presente os sentimentos e, o 'conceito semelhante ao da OMS' apresenta ainda a fidelidade.

Síntese: Desta forma, confirma-se a hipótese H2e.

- **H3 - As atitudes e comportamentos face à sexualidade estão relacionados com os valores ético-religiosos do estudante.**

H3a – as atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com os valores do estudante

Foi solicitado aos participantes que escolhessem, dentro da lista apresentada, os valores com que mais se identificassem face à sua vivência. As tabelas seguintes (36, 37 e 38) evidenciam os valores escolhidos que se encontram ordenados de forma decrescente, de acordo com o selecionado.

As atitudes sexuais (permissividade, comunhão, instrumentalidade e responsabilidade sexual) e os comportamentos (abstinência sexual, aceitação de relações sexuais com ou sem compromisso, relações sexuais esporádicas para ambos os sexos) foram cruzados com os valores, e só são apresentados os valores estatisticamente significativos resultantes dos testes aplicados.

Na Tabela 35, deparamo-nos com os seis valores mais elegidos, sendo a responsabilidade o primeiro, com 71,1% do total de casos, seguido do amor, (58,8%); intimidade (53,4%); sentimentos, (51,5%); fidelidade (43,9%) e honestidade (42,6%).

Tabela 35 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados aos valores do estudante – I

RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA		H	M
RESPONSABILIDADE	atitude de não comunhão na relação sexual	--	p <0,001
	Visão instrumental relação sexual	--	p <0,05
	aceitação de relações sexuais esporádicas somente para o sexo feminino.	p <0,001	--
AMOR	aceitação da abstinência pré-nupcial	p <0,05	--
	não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	p <0,001	p <0,001
	não permissividade sexual	p <0,001	p <0,001
	não instrumentalidade da relação sexual	p <0,001	p <0,001
	responsabilidade sexual	p <0,05	p <0,05
	a comunhão na relação sexual	p <0,05	p <0,05
INTIMIDADE	não aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo masculino	p <0,05	--
	não aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo feminino.	p <0,05	--
	permissividade sexual	----	p <0,05
SENTIMENTOS	aceitação da abstinência pré-nupcial.	p <0,05	
	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos numa situação de compromisso		p <0,05
	não permissividade sexual	p <0,01	p <0,05
FIDELIDADE	aceitação de abstinência pré-nupcial	-----	p <0,05
	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso.	p <0,01	p <0,001
	a não permissividade sexual.	p <0,001	p <0,001
	a responsabilidade sexual.	p <0,05	p <0,01
	a não instrumentalidade da relação sexual.	----	p <0,001
HONESTIDADE	não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso	--	p <0,05
	não comunhão na relação sexual.	--	p <0,05

Constatamos que, com exceção da “honestidade” (p <0,05; só para as raparigas), todos os outros valores apresentam relações estatisticamente significativas para alguns

comportamentos e algumas atitudes, para os dois sexos. A atitude permissividade só é associada à intimidade e apenas referida pelas raparigas ($p < 0,05$).

Continuando com a análise de forma decrescente temos: afetos, 36,6%; atração pelo outro 32,8%; autoestima 28,6%; paixão 22,6% e dignidade 21,2%. Os dados estatisticamente significativos relacionados com estes valores encontram-se na Tabela 36.

Tabela 36 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados aos valores do estudante – II

RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA		H	M
AFETOS	atitude de não comunhão na relação sexual	--	$p < 0,05$
	não permissividade sexual	--	$p < 0,05$
ATRAÇÃO PELO OUTRO	aceitação da abstinência pré-nupcial	----	$p < 0,05$
	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso.	$p < 0,01$	$p < 0,001$
	aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo masculino	----	$p < 0,05$
	comunhão na relação sexual.	----	$p < 0,05$
	permissividade sexual	$p < 0,01$	$p < 0,001$
	a instrumentalidade da relação sexual.	$p < 0,01$	$p < 0,001$
	a não responsabilidade sexual.	$p < 0,05$	$p < 0,01$
AUTOESTIMA	não aceitação da abstinência pré-nupcial	$p < 0,05$	---
	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	$p < 0,05$	$p < 0,001$
	permissividade sexual	$p < 0,001$	$p < 0,001$
	intrumentalidade da relação sexual	$p < 0,05$	--
	responsabilidade sexual	---	$p < 0,05$
PAIXÃO	não aceitação da abstinência pré-nupcial	$p < 0,05$	--
	permissividade sexual	--	$p < 0,05$
	comunhão na relação sexual.	$p < 0,05$	$p < 0,01$
	instrumentalidade da relação sexual	$p < 0,05$	$p < 0,01$
	a aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo masculino	--	$p < 0,05$
	a aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo feminino.	--	$p < 0,01$
	não responsabilidade sexual	$p < 0,05$	--
DIGNIDADE	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	----	$p < 0,05$

Nos rapazes, não há relação, estatisticamente significativa, tanto nas atitudes, como nos comportamentos e nos “afetos”. Na dignidade apenas tem significado estatístico a ‘aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso’.

Terminamos com a intimidade sexual, que apresenta valores de 20,0%; tomada de decisão 15,4%; projeto de vida 15,4%; namoro 15,0%; tolerância 11,8%; autocontrole das emoções 2,9% e valores religiosos 0,6%. Dados estatísticos relacionados podem ser observados na Tabela 37.

Tabela 37 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados aos valores do estudante – III

RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA		H	M
INTIMIDADE SEXUAL	não aceitação da abstinência pré-nupcial.	--	p<0,01
	relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso.	p <0,05	p<0,001
	permissividade sexual	p<0,001	p<0,001
	comunhão na relação sexual	--	p<0,001
	instrumentalidade da relação sexual.	p<0.01	p<0,001
	aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo feminino.	---	p<0.05
	aceitação de relações sexuais esporádicas só para o sexo masculino	p<0.01	--
TOMADA DE DECISÃO	a não comunhão na relação sexual	---	p<0,01
PROJETO DE VIDA	aceitação da abstinência pré-nupcial	---	p<0,05
	não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos no contexto de uma relação com ou sem compromisso	---	p<0,001
	não permissividade sexual	p<0,05	p<0,001
	não instrumentalidade da relação sexual.	--	p<0,01
	responsabilidade sexual	p<0,05	p<0,05
NAMORO	não permissividade sexual	p<0,01	p<0,001
	não aceitação de relações sexuais com ou sem compromisso	--	p<0,001
TOLERÂNCIA	aceitação de relações sexuais com ou sem compromisso	p<0,05	p<0,05
	permissividade sexual.	--	p<0,01
AUTOCONTROLE DAS EMOÇÕES	não aceitação da abstinência pré-nupcial	---	p<0,05
VALORES RELIGIOSOS	aceitação da abstinência pré-nupcial	p<0,05	p<0,001
	Não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso.	p<0,05	p<0,001

Em relação aos valores religiosos, último escolhido, apenas os comportamentos tem significância estatística.

Constatamos que há relação entre os comportamentos e as atitudes e os diferentes valores.

Síntese: Desta forma, confirma-se a hipótese (H3a).

H3b – as atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com a existência ou não de uma confissão religiosa.

A Tabela 38, apresenta os resultados relativos à hipótese H3b, que prevê que a religião tem influência nas atitudes e os comportamentos sexuais dos estudantes.

Tabela 38 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados à religião

RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA		H	M
TER RELIGIÃO	aceitação da abstinência pré-nupcial	p<0,001	p<0,001
	não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso.	p<0,001	p<0,001
	não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso	p<0,01	p<0,01
	não permissividade sexual	p<0,001	p<0,001
	não instrumentalidade da relação sexual	p<0,001	p<0,001

Comprovamos, através da análise da Tabela 38, que existe uma associação, estatisticamente significativa, entre ter religião e os comportamentos (aceitação da abstinência sexual e não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso) e as atitudes, sendo estas não permissivas nem instrumentais.

Síntese: Desta forma, confirma-se a hipótese H3b.

H3c – as atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com o tipo de religião professado pelo estudante

Esta hipótese prevê a existência de uma relação entre a religião professada e as atitudes e os comportamentos sexuais (Tabela 39).

Tabela 39 - Relação estatisticamente significativa dos comportamentos e atitudes associados à religião professada

RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA		H	M
RELIGIÃO PROFESSADA	aceitação da abstinência pré-nupcial	p<0,05	p<0,001
	não aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso.	p<0,05	p<0,001

Assim, de acordo com a tabela, verificamos que o nível de significância dos rapazes (p<0,05) é igual para os diferentes comportamentos, repetindo-se, embora com valores diferentes para as raparigas (p<0,001). Para os dois sexos, não há significância para as atitudes.

A abstinência sexual pré nupcial é mais aceite pelos homens que têm “outra” religião, seguida de protestante e, por último, a católica. Já para a não-aceitação de relações sexuais para ambos os sexos, com ou sem compromisso, a sequência é Católica, Outros e Protestante. Nas mulheres, para aceitação da abstinência sexual pré nupcial a sequência é:

Protestante, Outras e Católica. A aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso, a sequência é: Católica, Outros e Protestante.

Síntese: Desta forma, confirma-se a hipótese (H3c), embora, para os dois sexos, não exista significância para as atitudes.

H3d – As atitudes e os comportamentos face à sexualidade estão relacionados com os consumos aditivos do estudante.

Esta hipótese estabelece uma relação entre os consumos aditivos e as atitudes e os comportamentos sexuais. O teste aplicado apresenta os seguintes resultados:

Tabela 40 - Comportamentos aditivos e as atitudes e comportamentos sexuais

CONSUMO	RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	H	M
CERVEJA (DIÁRIO)	aceitação de sexo esporádico só para o sexo masculino	p < 0,05	p < 0,05
	aceitação de sexo esporádico só para o sexo feminino	p < 0,05	p < 0,05
	permissividade sexual	p<0,01	p < 0,001
	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	----	p<0,001
	a instrumentalidade da relação sexual	-----	p<0,001
VINHO (FIM DE SEMANA)	aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	-----	p<0,001
	permissividade sexual	---	p<0,001
	a instrumentalidade da relação sexual	---	p<0,001
	a aceitação de relações sexuais para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso,	p < 0,05	---
	a comunhão na relação sexual	p < 0,05	---
	a responsabilidade sexual	p < 0,05	----
WHISKY (FIM DE SEMANA)	aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso,	----	p < 0,001
	a permissividade sexual	p< 0,01	p < 0,001
SHOTS (FIM DE SEMANA)	a permissividade sexual	p< 0,001	p< 0,001
	a aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	----	p< 0,001
	a instrumentalidade da relação sexual	-----	p< 0,001
BEBIDAS ESPIRITUOSAS (FIM DE SEMANA)	a permissividade sexual	p< 0,001	p < 0,001
	a instrumentalidade da relação sexual	p< 0,05	p < 0,01
	aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso,	----	p < 0,001

Para além dos valores apresentados na Tabela 40, constatamos, também, que existe uma relação, estatisticamente significativa, para as seguintes variáveis:

- os estudantes que não consomem cerveja: concordam com a abstinência pré-nupcial (homens, p < 0,05 e mulheres, p < 0,01) e as mulheres apresentam ainda relação estatística significativa na responsabilidade sexual (p < 0,05).

- os estudantes que não consomem vinho concordam com abstinência pré-nupcial (mulheres, $p < 0,05$). Nos homens os que referem que só bebem esporadicamente, são os que mais concordam com a aceitação de relações sexuais para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso ($p < 0,05$) e responsabilidade sexual ($p < 0,05$).

- os estudantes que não consomem whisky concordam com abstinência pré-nupcial (homens $p < 0,05$; mulheres $p < 0,01$); responsabilidade sexual (homens $p < 0,05$).

- os estudantes que não consomem *shots* concordam com abstinência pré-nupcial (mulheres $p < 0,001$) e a responsabilidade sexual (homens $p < 0,001$).

- os estudantes que não consomem bebidas espirituosas ou bebem esporadicamente e a responsabilidade sexual (mulheres $p < 0,001$).

Quanto aos refrigerantes só há uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre o consumo de refrigerantes e a aceitação da abstinência pré-nupcial, nas mulheres, sendo, que as que bebem esporadicamente, são aquelas que mais concordam com esse comportamento.

As relações estatisticamente significativas relacionadas com as atitudes e o consumo de tabaco podem ser analisadas na Tabela 41.

Tabela 41 - Atitudes, comportamentos e consumo de tabaco segundo o sexo

CONSUMO	RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	H	M
TABACO	a permissividade sexual	$p < 0,001$	$p < 0,001$
	aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	---	$p < 0,001$
	a comunhão na relação sexual	----	$p < 0,05$
	a instrumentalidade da relação sexual	---	$p < 0,05$

O consumo de tabaco tem relação, estatisticamente significativa, com a permissividade, comunhão, instrumentalidade e aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso. Dos dados emergem ainda que, nas mulheres, existe uma relação, estatisticamente significativa ($p < 0,001$), entre o consumo de tabaco e a aceitação da abstinência pré-nupcial, sendo as que nunca fumam aquelas que mais concordam com esse comportamento.

Outros consumos de substâncias psicoativas podem ser observados na Tabela 42.

Tabela 42 - Consumo de substâncias e as atitudes

CONSUMO	RELAÇÃO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA	H	M
HAXIXE	a permissividade sexual	p < 0,001	p < 0,001
	aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso	---	p < 0,001
	a comunhão na relação sexual	----	p < 0,05
	a instrumentalidade da relação sexual	---	p < 0,05
ECSTASY	a permissividade sexual	----	p < 0,05
	a instrumentalidade da relação sexual	-----	p < 0,05

Analisamos que os estudantes que consomem haxixe e *ecstasy* manifestam permissividade e instrumentalidade na relação sexual. Para além destas atitudes ainda se associa a aceitação das relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso e a comunhão na relação sexual nos consumidores de haxixe.

Existe ainda, uma relação estatisticamente significativa entre os estudantes que nunca consumiram haxixe e a aceitação da abstinência pré-nupcial (mulheres p < 0,01).

Verificamos também que, os homens afirmaram nunca ter consumido *ecstasy*, anfetaminas e heroína, mas consomem haxixe e esporadicamente cocaína. Cinco das mulheres, afirmaram que consumiam heroína (três esporadicamente e duas diariamente); 5 consumiam cocaína, (4 esporadicamente e uma diariamente), 8 referiram consumir anfetaminas, (7 esporadicamente e uma diariamente) e 8 *ecstasy* (6 esporadicamente e duas diariamente).

Síntese: os dados confirmam esta hipótese (H3d), havendo uma relação estatisticamente significativa entre a ausência de consumos aditivos dos estudantes e as atitudes e os comportamentos face à sexualidade (responsabilidade sexual e abstinência pré-nupcial).

7.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“O único homem que está isento de erros é aquele que não arrisca acertar.”
(Albert Einstein)

Neste ponto, procedemos à discussão dos resultados obtidos neste estudo, tendo por base os dados estatísticos previamente apresentados, no sentido de fazer ressaltar os resultados mais pertinentes entre as diferentes vertentes do estudo.

Fica a ressalva da dificuldade na recolha de informação em meio escolar, pois existem algumas limitações. A título de exemplo, a proporcionalidade da amostra em relação aos cursos não corresponde à existente a nível nacional (PORBASE, 2012) apesar dos esforços e incentivos para adesão de todos os estudantes dos vários cursos. Os cursos da área da saúde têm uma elevada representação, em detrimento dos cursos de artes e agronomia, que têm uma representação menor.

Não obstante, parece ter sido possível identificar as perceções dos estudantes sobre o conceito de sexualidade, bem como os seus comportamentos e atitudes.

Caracterização dos estudantes

A amostra inicial era constituída por 3633 estudantes do ensino superior pertencentes a diferentes áreas dos cursos existentes no distrito do Porto, conforme informação disponibilizada pela direção geral do ensino superior.

Verificamos que os respondentes, na sua maioria, são do sexo feminino (77,1%), o que está de acordo com a realidade nacional, em que o sexo feminino predomina na frequência do ensino superior (54,0%) (INE, 2011). É coincidente com os estudos de Matos (2010), com 69,7%, Ribeiro e Fernandes (2009), com 68,2% e Antunes (2007), com 65,5%, bem como com os restantes estudos, referidos no enquadramento concetual.

A média das idades é de 20,68 anos e a moda de 20 anos, próxima dos estudos apresentados por Matos (2010) (21,01 anos). A maioria é solteira (97,4%).

A religião Católica, professada por 64,5% dos estudantes, apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), na variável sexo, predominando no sexo feminino. Todavia, há estudantes que professam outras religiões, perfazendo 67,3% do total de inquiridos, um valor inferior à percentagem de 73,8%, apresentada por Matos (2010). Estudos realizados com estudantes do ensino superior referem que, nesta população, a prática da religião está em declínio (Uecker *et al.* 2007).

Quanto à orientação sexual dos estudantes, 93,9% consideram-se heterossexuais. Comparando este estudo com o de Matos (2010) (96,5%) e o de Paiva e Figueiredo (2005) (98,5%), constatamos que a nossa amostra apresenta um número inferior de indivíduos com esta orientação.

Os tempos livres são preenchidos com atividades específicas que podem ser indicadores de estilos de vida. As novas tecnologias predominam a ocupação dos tempos livres dos jovens, com a internet a ser utilizada por 92,5% dos participantes, um valor muito superior aos 67,0% obtidos no estudo de Fernandes (2001), com estudantes universitários do Porto. Assim, as atividades que foram mais referidas pelos estudantes são as tecnologias (internet, 92,5% e computador 87,2%); ouvir música (88,0%); os meios de comunicação de massa (televisão 84,7%); leitura (74,0%) e atividades sociais (cafés 73,0%). Menos

consideradas são as atividades culturais (dança 20,7%; tocar música 16,8%, tuna 5,1%). Nesta modalidade há resultados semelhantes aos apresentados por Pais Ribeiro *et al.* (2004) e Fernandes (2001). O predomínio das novas tecnologias, na opinião da E3 não traduz conhecimento, “*pois a informação que sobre eles se derrama às catadupas via média/net raramente ultrapassa a categoria lixo nestas matérias (sexualidade)*”.

Em geral, os jovens estão elucidados sobre as vantagens da vigilância de saúde, também relatado por Costa e Leal (2005). Neste aspeto, são as raparigas que, mais uma vez, predominam (81,8%) nesse cuidado.

As ações de educação sexual nas quais os nossos inquiridos participaram, foram frequentadas no ensino básico/secundário por 35,4% dos estudantes (valor inferior ao de Matos, 2010, com 56,2%) e 7,6% no ensino superior. É reconhecida a importância da frequência de ações de educação sexual pela influência positiva nas atitudes e comportamentos sexuais (Shin *et al.* 2011; Coyle *et al.*, 2004). Segundo vários estudos, quando os jovens possuem conhecimentos, informação e motivação acerca da sexualidade humana, podem mudar as suas condutas (Belo & Silva, 2004; Synovitz, Herbert, Kelley, & Carlson, 2002), evitando comportamentos de risco (DiClemente *et al.*, 2006). Assim, a educação para a sexualidade é uma necessidade emergente para que os estudantes desenvolvam conhecimentos, competências e valores, em relação à saúde sexual e reprodutiva, para vivência de uma sexualidade saudável (UNESCO, 2009; GTES, 2007a; Ribeiro, 2006; Dias *et al.*, 2002).

O contacto precoce com programas de educação para a sexualidade não antecipa o início de atividade sexual (Shaffer, 2005) e pode ser mesmo fator protetor (UNESCO, 2010; Vilar & Pereira, 2008; Dias *et al.*, 2002). Acresce ainda, como resultado deste estudo, a verificação de a educação para a sexualidade ser uma necessidade e que a abordagem deve ser focalizada nos afetos e projetos de vida, não esquecendo a ética da sexualidade (E3, E5, E6).

Pretende-se que as EPS sobre sexualidade humana sejam um ato educativo e, que qualquer mudança de comportamento se traduza num aperfeiçoamento da pessoa (Bianchi 2001). Como diz E6 “*educação consiste na formação integral da pessoa humana através da assimilação sistemática e crítica da cultura. É muito giro, é uma visão brilhante*”. Sabemos, contudo, que a PrS visa capacitar (*‘to empower’*) as pessoas para que tenham maior autodomínio sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Assim, defende-se uma abordagem moderna (Carvalho, 2007), associada ao paradigma crítico (Moreno, *et al.*, 2003), fomentando a autoestima e promovendo a responsabilização e a participação dos estudantes.

Não obstante, deve-se estar sempre atento, porque “o conceito *dever* é *menorizado* enquanto o conceito *responsabilidade* que agora se identifica com *livre opção/autodeterminação individual* inflete em sentido nunca antes imaginado. Este é mais um sinal que os jovens necessitam de ser orientados” (E4). Deve-se “Promover o conhecimento próprio, o respeito, o otimismo e o autocontrole para viver a sexualidade com *responsabilidade*” (E1).

O nível de conhecimentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, foi referido por 48,5% como sendo ‘alto’, sendo estatisticamente significativo ($p < 0,001$), com predomínio do sexo feminino. O nível de vulnerabilidade para contrair uma IST, é também estatisticamente significativo, para este sexo ($p < 0,05$). Zhou (2010), no seu estudo, refere que a maioria dos estudantes não tem conhecimento sobre este tema. O estudo da relação entre conhecimentos, atitudes e comportamentos sexuais em estudantes universitários tem sido desenvolvido há vários anos, por diversos autores, que concluíram haver um aumento de conhecimentos. Contudo, os autores não conseguem relacionar esse aumento de conhecimentos com a adoção de comportamentos protetores da saúde sexual e reprodutiva, na medida em que os comportamentos de risco persistem com prevalências elevadas (Monteiro, 2006; Papalia, *et al.* 2006; Matos, *et al.*, 2003; Roque, 2001; Cerwonka, Isabell, & Hansen, 2000; López & Fuertes, 1999; Svenson, Carmel, & Varnhagen 1997). Porém, os investigadores conseguem relacionar o aumento de conhecimentos com o retardamento na iniciação sexual (Coyle, Kirby, Marin, Gómez, & Gregorich, 2004). Esta preocupação está presente igualmente no discurso dos peritos, pois segundo E2, em relação às “*IST temos dos piores lugares da união europeia assim como a SIDA estamos nos últimos lugares o que significa que há lacunas graves a este nível*”.

Contudo, a entrevistada E4 ressalva que “*aos jovens pode parecer que já sabem o suficiente sobre a sexualidade, pois já ouviram falar de encontros ‘sexo online, sex games’ e outras diversões do género*”. Todavia, os jovens mostram “*confusão entre informação mediática abundante, profusa, de levíssimo conteúdo e formação ‘verdadeira’, conhecimento e sabedoria*” pois a informação que têm, apenas é

“mediatizado o saber em catadupas de informação, não tem tempo para pensar, repensar, analisar, digerir e depois guardar ao menos em mnemónicas o material apreendido. Pelo que em vez de se ficar a saber, apenas se preservem ideias mais ou menos vagas”.

No inquérito por questionário, destacam-se os resultados quanto ao nível de vulnerabilidade de contrair uma infeção sexualmente transmissível (70,7%). Estes são ‘alto’ para 37,9%, seguido de ‘muito alto’ para 33,8% dos inquiridos, com uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os estudantes do sexo feminino.

As três IST mais identificadas são: HIV/Sida (99,4%), Hepatite B (71,9%), Vírus Papiloma Humano (63,2%), semelhantes aos dados apresentados por Caetano *et al.* (2010). Podemos interpretar estes dados como resultantes do tipo de programas de educação sexual implementados, muito focalizados na dimensão biológica (ME, 2008; Mulama, 2007; Strange *et al.*, 2006; Corteen, 2006; Milton, 2003; Irvin 2000; ME 1999). O facto de ter conhecimentos não é condição para ter comportamentos preventivos, sendo apenas um fator que, associado à motivação, pode vir a desenvolver competências que promovam um comportamento sexual preventivo (Matos, 2010). Facto também manifestado por um perito, que refere que “os riscos de IST que é um grave problema em Portugal” (E2). Para este perito é necessário “fornecer mais informação sobre os riscos das IST (pois podem provocar) riscos psicológicos, traumas psicológicos que podem resultar de uma má experiência ou de várias más experiências na área da sexualidade”.

Contudo, cerca de cinquenta por cento dos estudantes referem que necessita de formação sobre sexualidade essencialmente associada à relação biológica e 10,4% de todas as áreas. Sabendo que a maioria é da área da saúde, leva-nos a refletir sobre os modelos e abordagens que são feitos nos currículos para que, ainda, sintam estas necessidades. De salientar ainda que 15,8% referem necessitar de formação, mas não indicam uma área específica. Mais uma vez, podemos associar esta inespecificidade à dificuldade que os estudantes têm de falar conteúdos relacionados com a sexualidade. Realçamos ainda, a visão dos peritos sobre os temas a abordar, sugerem: “valores”, “ética da sexualidade”, “estatuto da mulher” “afetividade”, “projeto de vida” (E4, E5, E6), que é dissonante da maioria dos estudantes.

A modelagem dos comportamentos, atitudes e valores sexuais sofre influência da família (enquanto primeiro agente de socialização), dos pares/amigos, (como modelos reais), dos `media´ (em contexto impessoal) e da sociedade (Greenberg *et al.*, 2007; Bruess e Greenberg, 2011; Ribeiro, 2006; Bronfenbrenner, 2005,2002; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Vaz *et al.* 1996). Neste estudo, 26,4% selecionam mais frequentemente os amigos, quando necessitam de ser informados sobre sexualidade. E2 explicita como modelagem a “pressão de grupo e a dimensão biológica”. Estes resultados coincidem com os de Matos (2010), Silva (2006), Ribeiro (2006), Falcão (2005), Cantante (2001), entre outros. Contudo, o entrevistado E3 menciona que “a família, em geral, não basta”, outros agentes como “a escola não o faz”, por isso os estudantes “vão entrando no mundo da sua sexualidade por tentativa, que em geral inclui muitos fracassos e frustrações”.

À luz da teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, estamos perante as interações do jovem estudante nos vários contextos com o que o autor apresenta. Há influência/interação do microssistema (família, grupo de pares) no

desenvolvimento do jovem. Esta interação é recíproca aos vários níveis onde o jovem está inserido (mesossistema), que por sua vez tem ligação com os outros contextos (exossistema) que o podem afetar e é influenciado pelos padrões culturais, crenças, religião (macrossistema), pois os diferentes contextos também interferem com maior ou menor estabilidade no seu desenvolvimento (cronossistema). Ou seja, o jovem forma-se/transforma-se a partir das interações a nível do microsistema e seus componentes.

Caracterização dos progenitores

Quanto mais habilitações literárias os pais têm, mais os filhos se situam na subescala permissividade ($p < 0,05$). Para as restantes subescalas não há significância estatística. Os participantes cujas mães têm menor habilitação literária apresentam valores estatisticamente significativos nas subescala práticas ($p < 0,05$). Estes resultados são coincidentes com os do estudo de Antunes (2007), Martinez- Alvarez (2000) e Alferes (1987). A ideia de que os progenitores influenciam o conceito de sexualidade dos filhos é referida em duas entrevistas com os peritos (E5, E3).

Área do curso

Os estudantes respondentes são na sua maioria da área da saúde (69,7%). Atendendo que a nossa amostra é maioritariamente feminina, constatamos que o nosso resultado apresenta valores inferiores aos valores nacionais apresentados pelo INE (77% de mulheres pela área de saúde, INE, 2009). Na área da saúde, o número de participantes é cerca de seis vezes mais, em relação ao curso que fica no lugar seguinte (área de direito ciências sociais e serviços). Costa *et al.* (2008), mencionam que, em Portugal, os cursos de saúde detêm um maior crescimento. Esta apreciação é reforçada pela OCES (2007), que destaca esta área como aquela que tem um crescimento mais significativo, em cada ano.

A literatura é indicativa de que os alunos dos cursos da área da saúde (medicina, enfermagem e das psicologias) são os que mais aderem a preenchimento de questionários, coincidindo também com os que têm mais conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva (Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007; Chan, 2005; Manos, 2005; Nemcic, *et al.*, 2005; Lemos, 2001; Pereira & Freitas, 2001). Neste estudo, o entrevistado E2 é de opinião que estes estudantes têm mais conhecimentos em relação à sexualidade.

Comportamentos

Na pesquisa, 42,8% discorda com a abstinência sexual e 54,0% admite a atividade sexual num contexto de compromisso, não havendo, nesta última opção, diferença estatística segundo o sexo.

A literatura refere que os comportamentos sexuais não são universais, pois são influenciados pela cultura e pelo local onde o indivíduo está inserido (Boia, 2008). E4 reforça esta afirmação, dizendo que a “cultura, supostamente avançada e progressista, recalca o sexo e, por isso, tende para a indiferença e para uma visão pragmática da relação sexual”. Mais uma vez o macrossistema tem influência no desenvolvimento do estudante, apesar de ser um padrão externo.

No nosso estudo, deparamo-nos, pois, com o Padrão Sexual Singular (PSS) que pode justificar que ambos os sexos discordem da abstinência sexual e admitam relações sexuais em contexto de compromisso. Mantém-se este padrão para a autonomia, liberdade de escolha e a sexualidade, como fatores de comunicação que previnem a violência e coação sexual. Já os rapazes ($p < 0,001$) identificam-se com DPS nas opções: relações sexuais com ou sem compromisso, aceitação de relações sexuais esporádicas e relações pré-nupciais.

Estes dados são coincidentes com os do estudo de Milhausen e Herold (2001) e de Ramos *et al.* (2005), que confirmam a presença do PSS nos nossos dias. Alguns trabalhos indicam que os estudantes tendem a apresentar o DPS na expressão da sua sexualidade (Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007; Chan, 2005; Manos, 2005; Alferes 1997). Posição similar é tomada por E6:

“Isto é fundamental, porque a mulher era completamente dominada pelo homem por causa do desequilíbrio na vida afetiva e sexual, em que ela se tinha que sujeitar a tudo. Felizmente ela disse, - eu também sou igual, eu decido, eu também quero ou eu também não quero. Entende? Isto foi muito importante! Socialmente é muito importante”.

Quanto à leitura que os participantes fazem de determinados mitos/crenças sobre sexualidade, constatamos que estes não suscitam concordância entre os participantes, com exceção do “*período correto para engravidar*”. Apesar de alguns programas de educação para a sexualidade se focalizarem na fisiologia da reprodução (ME, 2008; DGS, 2006), este continua a ser um item relativamente desconhecido. Kirby e Lepore (2007) relembram a importância de ter conhecimentos explícitos em saúde, que classificam como fatores sexuais proximais.

Esta perspectiva articula-se com os pressupostos da teoria das crenças em saúde (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) e da teoria da ação refletida (Ajzen, 1988) e indicamos a probabilidade de os estudantes não optarem por comportamentos de risco. Segundo Ogden (2004), as crenças podem ser indicadoras da possibilidade de um comportamento vir a acontecer segundo determinados parâmetros, sendo os mais importantes a perceção da vulnerabilidade e a perceção da gravidade da doença. Para E6 “*não se ensina a amar, ensina-se a prevenir os riscos de um amor que não é amor*”.

Valores

Focalizando os valores preconizados pela DGS (2000), estes poderão eventualmente ser explicados com a teoria do DPS, em que as raparigas valorizam mais os valores associados à dimensão afetiva e os rapazes à dimensão biológica. Os resultados do nosso estudo confirmam esta asserção, com diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. As raparigas valorizam a existência de afetos ($p < 0,01$), construção de vida a dois ($p < 0,05$), procura de alguém que a ame e compreenda ($p < 0,001$), relação de igualdade e companheirismo ($p < 0,001$), e procura de completa identificação espiritual e emocional ($p < 0,05$). Já os rapazes valorizam um envolvimento afetivo sem ciúmes ($p < 0,01$) e a capacidade de fazer sacrifícios por ele ($p < 0,01$). Por isso, os valores vão funcionar como critérios de avaliação das normas e assim contribuem para as aceitar ou rejeitar.

Fatores como uma relação afetiva, o grau de abertura, diálogo e autonomia do casal determinam a capacidade dos jovens evitarem o risco (Chacham, *et al.*, 2007). Na pesquisa, os estudantes valorizam de igual modo a autonomia (98,1%), a liberdade (99,5%) e a comunicação como uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais (90,6%). São as raparigas quem mais valorizam o envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade (98,8%) e o respeito pelos valores do outro (98,8%).

Os seis valores mais indicados pelos participantes foram por ordem decrescente: responsabilidade (12,0%), amor (9,8%) intimidade (9,0%), sentimentos (8,6%), fidelidade (7,4%) e honestidade (7,2%). Vários autores salientam a importância dos valores para a vivência da sexualidade em plenitude dos indivíduos (Carneiro, 2009; CNE, 2009; Araújo, 2007; Dolan e Garcia, 2006; Perrenoud, 2005; Cortina, 2000). Em conformidade com as afirmações anteriores, Menezes (1990) acrescenta que os valores são flexíveis e associa os valores com os comportamentos. Também Perrenoud (2005) e Ricou (2004) realçam ainda a importância da educação para os valores e da educação para a sexualidade na formação pessoal, assentes num conjunto de valores, que poderão contribuir para a tomada de decisões atitudes e comportamentos saudáveis e responsáveis (Ribeiro, 2007).

Estes são os valores que os estudantes deste estudo preconizam para a tomada de decisão acerca da sua sexualidade. Opinião também partilhada por E6 que diz que “*tem que ser nos valores em que eu me enquadro, com as pessoas com quem estou a construir o meu sonho, (vão ditar) como é que eu me vou comportar*”.

Os valores são preocupação de todos os peritos, a E4 ressalta que atualmente se “*assiste a uma nova parada de valores*”. Os valores influenciam as atitudes e os comportamentos sendo que essa influência foi confirmada com este estudo.

Mas, para que a sexualidade seja vivenciada mais plenamente, quisemos saber quais as componentes que, na opinião dos estudantes, deviam integrar a sexualidade. Assim, foram referidas as seguintes componentes: psicoafetiva (68,1%), biológica (48,9%), projeto de vida (40,7%), coincidindo com as componentes e o projeto de vida preconizados por Ribeiro (2008), Collins *et al.* (2004) e Dias *et al.* (2002). Coincide ainda com os pressupostos dos peritos, que realçam a importância do “*seu projeto de vida, ajudá-los a ter a determinação necessária para o conseguir*” (E1); “*para se chegar a uma sexualidade mais plena, mais conseguida, mais saudável*” (E2), *dado que*

“ se não se tem projeto, é o saborear o prazer pontual, mais nada. É ter-se o prazer, no dia seguinte acordou-se igual e à espera do outro fim-de-semana para ter outro prazer idêntico. Mas será isto projeto de vida? Não é nada, isto não é nada! (E6).

Atividade sexual

Na avaliação da história sexual, os estudantes foram questionados em relação à iniciação sexual. Cerca de 20,3% dos respondentes refere que ainda não o fez, sendo o sexo feminino o mais expressivo. O início da atividade sexual foi, em média, aos 17anos e independente do sexo. Valores que se enquadram no modelo do PSS.

No estudo de Matos (2010), 83,3% dos estudantes já tiveram atividade sexual sendo que, para 79,2% o início ocorreu aos 16 ou mais anos, com diferença em relação ao sexo. Nos resultados do Inquérito Nacional da Juventude nos EUA (Eaton, 2007), 47,8% dos estudantes já tinham iniciado atividade sexual, um valor inferior ao apresentado em pesquisas realizadas em Portugal e no presente estudo (79,7%). No trabalho de Ribeiro (2006), a iniciação sexual situa-se nos 18 anos. Já no de Monteiro e Raposo (2005) acontece antes dos 16 anos e ainda mais cedo para os rapazes. Constatamos que, em relação à idade de início, os valores da nossa pesquisa são superiores aos encontrados nos estudos de Avery & Lazdane (2008); Javier *et al.* (2006); Falcão (2005); Matos & Gaspar (2005); Lopes (2004); Taquette *et al.* (2004); Fernandez (2000); Vasconcelos (1998); Alferes (1997). Estas pesquisas referem idades mais precoces (14 aos 16 anos) e todas apresentam diferenças estatisticamente significativas para o sexo, sendo que para as mulheres as idades são superiores às dos homens. As diferenças encontradas podem ser justificadas pela liberalização sexual ou associar-se a novos modelos de “ritual de passagem” (Genep, 2011; Hoebel & Frost, 2011; Abreu, 2003), não meramente biológicos, mas sobretudo sociais/culturais.

Nas mulheres, a afetividade é primordial para atividade sexual, pois elas vêem a sexualidade como uma forma de comunicação de afetos e emoções. Já os rapazes, maioritariamente, demarcam os sentimentos dos comportamentos sexuais, como

evidenciam Matos *et al* (2011), Alberoni, (2007), Papalia *et al.* (2006), Cantante (2001), López e Oroz, (1999), Alferes (1994), Hendrick e Hendrick (1987), Crepaut et Gemme (1975), Master e Johnson (1966), Kinsey (1998a,b). O envolvimento afetivo na primeira relação sexual pode ser determinante para futuros comportamentos sexuais.

Nesse aspeto, salientamos que, apesar de todas as alterações decorrentes da sociedade atual, as raparigas continuam com uma posição mais tradicional e elencam o estar “*muito apaixonada*”. O contexto relacional é a razão mais mencionada para ter a primeira relação sexual, coincidindo com os resultados dos estudos de Matos *et al.* (2010), Antunes (2007), Ramos *et al.* (2005), Bozon, (2004, 2003), Fernandez (2000), Alferes (1997). Fazem assim coincidir o amor com a sua primeira experiência amorosa e sexual (Marques, 2006; Le Gall, 2004).

Para os peritos, a afetividade é a base da conceção da sexualidade. Assim, “*a sexualidade vivida de modo físico devia ser a consequência de uma relação afetiva que começou de modo afetivo*” (E4); “*A sexualidade tem incluída no mesmo jogo dinâmico a afetividade e a genitalidade (...) o elemento afetivo, do meu ponto de vista, é prioritário (...) porque é na expressão dos afetos que eu tenho depois atividades e exercícios que implicam também a minha genitalidade*” (E6).

Já os rapazes são mais permissivos e elencam a ‘curiosidade’ (26,2%) e o item ‘por acaso’ (3,1%). Esses resultados não têm paralelo com os estudos de Matos (2010), que refere 8,2%. Os estudos de Lerner (2000) salientam o facto de, para os rapazes, as relações sexuais resultarem de um encontro casual, o mesmo afirmando Alves e Lopes (2008) que mencionam as relações não planeadas. Estão também presentes nas narrativas dos peritos os encontros fortuitos, não sedimentados numa relação afetiva, como refere E6 “*infelizmente, na linguagem contemporânea, amar é ir para a cama com uma pessoa. Isso é um erro enorme, não aprenderam a amar*” Assim o estudante:

“hoje em dia faz as experiências todas a ver se funciona, e depois gastam-se em experiências e depois quando chegam a querer construir a sua experiência, já com sentido de vida, já tudo está frustrado, já não sabem amar, nem fisicamente sabem amar. Atenção, isto é muito sério!”

Porque “*É uma experiência genital, que não é uma experiência de sexualidade, é uma experiência genital. Uma experiência genital não é o jogo da afetividade, porque o jogo da afetividade supõe precisamente a relação afetiva profunda*”

Na investigação, 65,1% dos estudantes afirmaram que mantêm uma relação amorosa, sendo que em 60,1% há também atividade sexual. Valores inferiores aos apresentados por Paiva e Figueiredo (2005), em que 83,4% têm uma relação afetiva e desses 73% têm atividade sexual. Também se verificou que as raparigas iniciam a atividade sexual após um período mais longo do relacionamento amoroso, o que não se verifica com

os rapazes ($p < 0,001$). O que vai de encontro com Shaffer (2005) e Papalia *et al.*, (2006) que referem que para as raparigas, a intimidade física e emocional andam em simultâneo, pois para elas a atividade sexual acontece numa relação amorosa, num contexto de amor (Pais, 1998; Vasconcelos, 1998).

Todavia, o maior número de casos (19,8%) acontece ao fim de 2/3 meses, embora Matos (2010) refira ocorrências ao fim de um mês, com 24,0% (maioria).

Verificamos que 92,6% dos que tem atividade sexual usa um método contraceutivo, valor superior ao dos estudos atrás referenciados, com exceção do de Ribeiro (2006), (95,2%, $n=560$). Existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o uso de método anticoncepcional na primeira relação e o sexo, com predomínio de uso por parte das estudantes. Mais uma vez, poderá estar presente a teoria do DPS.

Os contraceutivos utilizados por mais estudantes na sua atividade sexual são a pílula (80,2%) e o preservativo (55,2%), valores inferiores ao do estudo de Matos (2010), que afirma que 95,85% usaram o preservativo. São vários os estudos que apresentam a pílula e o preservativo como os métodos anticoncepcionais eleitos por esta faixa etária (Santos, 2008; Carvalho, 2006; Falcão, 2005; Neto, 2002; Alferes, 1987).

Não podemos deixar de refletir sobre o facto de 7,4% não usarem qualquer tipo de anticoncepcional. Adicionamos ainda, 2,4% que tiveram relação sexual com `desconhecido` ou `outro` e 17,2% `por acaso`, `curiosidade` ou `pressionado`. Não esquecendo ainda os 54,4% dos estudantes em que `aconteceu` sem estar planeada, valores estes superiores ao do estudo de Alves e Lopes (2008) com 43,6%. No estudo de Matos (2010), 6,0% não usou e/ou usou raramente nos últimos 12 meses contraceutivos. Num outro estudo, realizado na Suécia por Ahmed e colaboradores (2003), revela que 42,0% tiveram relação sexual sem recurso a qualquer tipo de anticoncepcional. Considerando toda a evolução relatada no enquadramento teórico, que contribuiu para alteração de valores, atitudes e comportamentos, focalizamo-nos na provável causalidade de fatores de risco/prevenção defendidas por Kirby e Lepore (2007) como estratégia para compreender a possível vulnerabilidade dos estudantes relativamente à saúde sexual e reprodutiva.

Por isso, são igualmente preocupantes os comportamentos sexuais considerados violentos e de risco. Assim, 6,6% foi forçado/a a ter relações sexuais; 2,3% foram agredidos pelo parceiro sexual; 26,9% teve atividade sexual sobre o efeito do álcool; 8,1% sobre o efeito de drogas; 10,8% teve vários parceiros; 5,3% parceiros ocasionais em simultâneo com um relacionamento estável; 42,5% teve relações desprotegidas e 8,3% teve uma IST. Encontraram-se diferenças entre os sexos estatisticamente significativas. Às raparigas estão associadas: as relações sexuais forçadas, serem agredidas em contexto sexual, contraírem IST, recusarem relações sexuais desprotegidas, questionar o parceiro sobre o passado e

atual estado de saúde sexual. Aos rapazes estão associados os consumos aditivos, álcool e drogas, assim como ter vários parceiros sexuais. Em relação ao facto de ter contraído uma IST, os valores apresentados no nosso estudo são inferiores aos mencionados por Shaffer (2005).

Para E2, estes comportamentos *“são um problema no aspeto do ponto de vista biológico, falar também dos outros problemas dos aspetos fisiológicos e aspetos físicos e da performance sexual e depois não se fala dos riscos de esse tipo de comportamentos”*.

Como já referido por Abreu (2003) a *“prática de saúde implica a necessidade de reconhecer os problemas de saúde”*. Rodrigues e colaboradores (2005, p.11) defendem que *“a saúde de cada pessoa depende do seu próprio projeto de vida”*, por isso é preciso *“insistir sobre a dimensão de um projeto de vida”* (E5); *“penso que é isso que falta porque os jovens quando amadurecem, acabam por chegar aí mas às vezes já tendo corrido riscos pelo caminho”* (E5).

A violência exercida pelos parceiros sexuais é uma preocupação que tem vindo a aumentar. Assim, as diferentes cimeiras/ conferências internacionais incluídas no enquadramento teórico defendem os direitos humanos que sustentam os direitos sexuais e reprodutivos, bem como o combate às desigualdades de género, a não coerção, discriminação e violência sexual (FNUAP, 2012; 2010; DGS, 2010; Carneiro, 2009; Ventura, 2009; IPPF, 1997). Essa preocupação é partilhada pelos peritos que mencionam que *“na sexualidade há a face e o verso, pois o corpo que seduz, pode igualmente, atrair a violência, o assédio a agressão e o homicídio”* (E4); *“patologia sexual (violência, pedofilia, prostituição, pornografia) como forma absolutamente inaceitáveis de vivência do comportamento sexual”* (E3).

Nos estudos de Eaton (2007), nos EUA, os valores de associação de atividade sexual com álcool e drogas têm vindo a diminuir, apresentando no ano de 2007 uma percentagem de 22,5%, inferior à do nosso estudo com valores de 26,9% para associação com o álcool e 8,1% com as drogas, sendo valores semelhantes aos de Orchowski (2012), aos de Gunby *et al.* (2012) e aos de Matos (2010). Fisher e colaboradores (2012) referem que esta associação conduz a encontros *‘ocasionais’*. Os valores do nosso estudo são inferiores aos de Lomba *et al.* (2008), em que 64,5% dos estudantes tiveram atividade sexual sob o efeito de álcool, 29,8% sob efeito de outras drogas, 40,3% não usou preservativo.

Relativamente às associações estatisticamente significativas entre o sexo e as variáveis: *Ecstasy* ($p < 0,05$); *Haxixe*: ($p < 0,001$); *Tabaco*: ($p < 0,001$); *Bebidas espirituosas*: ($p < 0,001$); *Whisky*: ($p < 0,001$); *Vinho*: ($p < 0,001$) e *Cerveja*: ($p < 0,001$), os nossos resultados coincidem com estudos que relatam a associação entre a atividade sexual e

consumos de substâncias e comportamentos de risco, em especial pelo sexo masculino, excepto para o *ecstasy*, que no nosso estudo o consumo é exclusivo das raparigas, sendo está a grande diferença com os seguintes estudos, (Ribeiro & Fernandes, 2009; Lomba *et al.* 2008; Eaton *et al.*, 2007; Reis & Matos 2007; Brook *et al.*, 2006; Matos *et al.* 2006; Labrie *et al.*, 2005; Langille & Curtis, 2002; Poulin & Graham, 2001; Lindsay, *et al.*, 1997).

Esta problemática não passa despercebida aos nossos entrevistados. “*Também tem aumentado muito o consumo de álcool, (...) por isso há aqui claramente comportamentos de risco e situações desajustamento de desequilíbrio do desenvolvimento da sexualidade*” (E1). “*Os consumos álcool e outras substâncias também são um problema porque muitas vezes têm atividade sexual sem se recordarem que tiveram atividade ou sem saberem com quem, ou seja, passam por uma série de riscos*” (E2).

O número de parceiros no nosso estudo é inferior ao de Matos (2010) e Ribeiro (2006), que associam proporcionalmente o número de parceiros e o risco de contrair uma IST (Olshansky,1995).

O estudo de Poulin e Graham (2001) resume todas estas problemáticas ao associar todos os comportamentos sexuais desviantes, atrás referidos, como fatores de risco de contrair uma IST. Esta preocupação é evidente nos relatos dos nossos peritos, quando referem que os estudantes “*querem não alterar os comportamentos e prevenir as consequências más dos maus comportamentos, às vezes nem considerando que os comportamentos são errados, porque o importante é o prazer que o comportamento pode dar*” E6.

De referir ainda que:

- 28,8% já recorreu à pílula do dia seguinte, (as próprias ou a parceira dos estudantes), destes 45,4%, mais que uma vez. Valor muito superior aos 2,6% do estudo de Matos (2010). É o “*sexo por sexo (...) um passatempo (...) pauperismo da relação*” (E4) “*não se tem projeto, é o saborear o prazer pontual, mais nada*” (E6).

- 1,0% já fizeram IVG, sendo que duas estudantes (ou parceiras) já fizeram duas vezes. Contrapõem-se aos 3,2% que fizeram IVG, do estudo de Matos (2010). Inquietação da E1 “*acesso e recurso ao aborto como método de contraceção*”.

- entre os que têm filhos (0,5%), metade das gravidezes não foram planeadas. Problemática também identificada por Ogden (2004) e Lopez Fuertes (1999). Preocupação identificada pela E1 “*oferta gratuita de anticoncepcionais, nunca se disponibilizaram tantos e nunca foi tão elevada o número de gravidezes na adolescência*”.

Na opinião de um perito, atualmente “*há perigo (...) de cair num excesso de permissividade, onde tudo caberia, num domínio determinado pela compulsão do prazer*”(E4), por isso “*devíamos estar prontos para ouvir e sublinhar os perigos*” (E5); pois

“é pena é que cheguem a esse tempo ainda com a dupla perspectiva, ou da proibição ou do laxismo. Tudo é livre. Quer dizer, ter estas duas posições, chegarem aos 19 anos com uma destas posições é errado, porque nem se pode ser laxista, pode-se fazer tudo e ninguém tem nada com isso, e infelizmente para o futuro da sociedade isto é muito grave, porque não há referências num ponto fundamental que é o da sexualidade humana, que é como eu disse no princípio a coisa mais importante da vida humana, no meu ponto de vista (...), nem uma coisa nem outra está certa”

É inequívoco que estes comportamentos devem ser *“devidamente tratados para se chegar a uma sexualidade mais plena, mais conseguida, mais saudável”* (E2).

Conceito de sexualidade, atitudes e comportamentos

Se é difícil abordar o tema da sexualidade, definir um conceito ainda o é mais. A confirmar este argumento, no nosso estudo apenas 64,0% dos inquiridos responderam a esta questão. Na sua totalidade, a dimensão biológica aparece em 70,9% dos conceitos, seguida da dimensão `efetiva` (33,0%); bio-psico-social (7,3%); `sem conteúdo interpretável` (10,3%) e `conceito semelhante ao da OMS` (5,2%). Ao longo do enquadramento concetual foram apresentados diferentes conceitos que variavam ao longo dos tempos e das áreas provenientes ocorrendo um predomínio da dimensão biológica. Facto avigorado pelo nosso estudo com 44,2% dos inquiridos a focar só esta dimensão, sendo mais mulheres, ($p < 0,05$). Isto vem ao encontro da literatura pois Masters, *et al.* (1987) referem que esta dimensão da sexualidade é a mais fácil de compreender e delimitar e muito circunscrita aos comportamentos biológicos e reprodução (Ribeiro, 2006; Hirsch, 2000; López & Fuertes, 1999). Associada *“à transmissão de um património vital que umas gerações transmitem às outras”* (E3).

Ideia também presente na perceção dos peritos sobre o conceito de sexualidade dos estudantes, que recai como sendo *“um conceito redutor e não abrangente e que se refere mais ao ato sexual”* (E1); *“o conceito que lhes justifica o sentido e as práticas é muito dependente dos saberes tribais (às vezes obscurantistas), dos saberes comuns (positivistas e pragmatistas)”* (E3); *“ a grande maioria dos jovens, quando se fala de sexualidade, é só genitalidade e atividade genital. Exercício de atividade genital, mais nada”* (E6).

Porém, o conceito não deve ficar confinado a esta dimensão, com prejuízo de se tornar muito redutor e apenas vocacionado para a genitalidade (Cordeiro, 2003, Renaud, 1999, Vasquez, 1998). Premissas, também defendidas pelos peritos aquando das entrevistas. As dimensões *“todas são importantes e influentes na vivência da sexualidade”* (E1), acrescentando ainda (E6) que *“Muito bonita esta visão global (...) toda esta riqueza é muito importante para compreender o que é a sexualidade como dinamismo, não como exercício”*.

A dimensão espiritual é indicada apenas por nove estudantes concomitantemente com outras dimensões, motivo pelo qual não aparece como dimensão autónoma. A

ausência desta dimensão de forma autónoma pode ser entendida como a grande dificuldade/barreira para que os jovens percebam a sexualidade como algo mais integrador e transcendente. Segundo Frankl (1989), esta é a dimensão em que se encontra a liberdade, responsabilidade e a que vai influenciar as escolhas e é também a que incute sentido à vida. Coelho e Mahfoud (2001) acrescentam que a responsabilidade é a forma de o indivíduo se posicionar nos diferentes contextos da vida, de uma forma livre mas responsável, que determina a tomada de decisão. Para Alberoni (2007) e López e Oroz, (1999), esta tomada de decisão, baseada na responsabilidade e liberdade de escolha deve estar presente na vivência de uma sexualidade responsável e sadia.

Para todos os peritos, emerge uma *“sexualidade vivida do ponto de vista espiritual/religioso, a espiritualidade no sentido de sexualidade e fé”* E5, E6 adianta que

“Este ser espiritual, com inteligência, vontade e sensibilidade, tem uma espiritualidade. Que é alimentada como? Em três dimensões. Primeira dimensão, a cultura, segunda dimensão o relacionamento, a relação, terceira dimensão a transcendência (...) e dentro dos transcendentais, há a religião, mas é um dos elementos de transcendência” isto é “que me leva aquilo que eu chamo, à realização plena do meu projeto de vida”

No que se refere aos estudantes, emergiram ainda a dimensão afetiva e a bio-psico-social, que vai de encontro ao que menciona Cordeiro (2010), que o ser humano comporta uma essência para além da realidade biológica, é mais abrangente (Bruess e Greenberg, 2011). Ou seja, a sexualidade implica uma visão sistémica, holística e integradora da sexualidade, envolvendo afetos, amor, paixão, enamoramento, paridade, respeito, liberdade e projeto de vida. Estas premissas vão de encontro aos valores comuns do modelo teórico de Ribeiro (2008). Premissas também defendidas pelos peritos, reforçada por E5: *“a sexualidade, estou de acordo com isso, é a expressão suprema da afetividade”*.

A partir dos anos 60/70 do século passado, como já mencionado, ocorreram profundas alterações na sociedade em geral, tendo grande influência nas atitudes e comportamentos sexuais. Facto realçado por E6: *“a partir da década de 60 com a pílula a mulher alterou 180°. A partir da pílula, a mulher dominou o homem. Isto quase não se tem estudado, e de facto, a mulher até aquela data cada 2 anos tinha um filho. Depois da pílula, a mulher teve a autoridade de dizer – eu tenho filhos quando eu quiser”*. Isto também contribuiu para maior liberalização das atitudes (permissividade, instrumentalidade, comunhão e responsabilidade), conduziram a maior permissividade dos comportamentos, levando à aceitação de relações sexuais pré-nupciais, com ou sem compromisso, esporádicas, com vários parceiros. A alteração comportamental atenuou a causa e diferença existente entre os sexos e contribuiu para o surgimento de diferentes visões da sexualidade. Verificamos que nos resultados deste estudo, se confirma esta visão permissiva da sexualidade, não havendo diferenças para os dois sexos sobre a abstinência pré-nupcial, o

sexo com compromisso, o sexo esporádico só para homens ou só para mulheres. Porém, deparamo-nos com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o sexo e a admissão de sexo, com ou sem compromisso.

Os resultados mostram ainda que em relação às atitudes, há diferenças ($p < 0,001$) entre os sexos em relação à permissividade sexual e instrumentalidade, maior nos homens e a responsabilidade sexual e `atitudes sexuais´ maior nas mulheres. Podemos dizer que a diferença de atitudes encaminha o sexo masculino para o sexo físico, como obtenção de prazer, e as mulheres mais para o compromisso e a segurança. Estes dados vão de encontro a outras pesquisas realizadas por Ramos (1999) e Alferes (1987) e aos relatos dos peritos que consideram que os estudantes têm um conceito mais biológico, como na afirmação:

“o conceito está errado e por isso as atitudes depois também são erradas, não é? E este é um problema muito sério o que implica um esforço muito grande da sociedade para apostar na verdadeira educação da sexualidade humana. Repare que eu não estou a falar de educação sexual, estou a falar de educação da sexualidade humana. Que tem, não apenas uma informação, não apenas uma experiência, mas tem um sonho. O que é que eu quero da vida? (E6).

Como se pode verificar, diferentes conceitos de sexualidade implicam diferentes atitudes e comportamentos dos estudantes.

Conceito de sexualidade e as características bio-psico-sociais

Como já foi referido, todas as dimensões se interrelacionam. Contudo, verificamos que há um forte predomínio da biológica, porque está muito associada à continuidade da espécie, apesar de as características individuais poderem interferir.

Deste modo, as mulheres envolvem-se sexualmente com a pessoa que estão apaixonadas e com as quais têm um relacionamento afetivo, enquanto os homens procuram o prazer físico. Daí, eles serem mais biológicos e elas mais afetivas, existindo uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A necessidade de afetos nas raparigas é mais marcante, uma vez que para elas a intimidade emocional e física estão interligadas, pois a atividade sexual acontece mais num contexto de amor e relacionamentos estáveis (Papalia *et al.*, 2006; Shaffer 2005; Impett & Peplau, 2003). Valores semelhantes aos encontrados por Antunes (2007) e Alferes (1997) em que aos rapazes está mais associada atividade sexual, como sexo prático e ocasional. Igualmente encontrado no discurso dos peritos, como refere E4 *“homens e mulheres têm uma visão diferente da sexualidade (...) o homem sem envolvimentos relacionais: sexo por sexo, puro prazer, (...) separam as coisas (...) a mulheres pelo contrário unem-nas num único elo, (...) elas apaixonam-se muito mais facilmente”*.

No enquadramento deste trabalho apresentamos diferentes conceitos de sexualidade e referimos que estes eram influenciados pelas diferentes áreas de formação, sofrendo influências socio-históricas (Saavedra *et al.* 2010; Ramos *et al.*, 2005; Bozon 2004; Renaud 2001; Matos, 2000; Lopez e Fuertes 1999; Bantman 1997; Giddens 1996; Foucault, 1994; Hogan 1980).

Constatamos que a diferentes conceitos correspondem diferentes atitudes. Assim, ao conceito dimensão biológica, dimensão biológica e afetiva e a bio-psico-social estão mais fortemente relacionadas com as `atitudes sexuais` e a responsabilidade sexual, respetivamente. A atitude `instrumentalidade` está mais relacionada com a dimensão `sem conteúdo interpretável` e a comunhão com a dimensão `essencialmente afetiva` e o `conceito semelhante OMS`.

Atitudes, comportamentos face à sexualidade e os valores ético-religiosos

Sendo a sexualidade socialmente construída através das atitudes e comportamentos, há fatores predisponentes que interferem. Assim pretendeu-se saber se a confissão religiosa interfere nas atitudes e comportamentos dos estudantes.

Nos trabalhos de Visser *et al.* (2007); Hardy e Raffaelli (2003); Meier (2003); Rostosky *et al.* (2003); Langille Curtis (2002) e Cantante (2001) os autores encontraram associações entre religião e comportamentos sexuais. Assim como o de Antunes (2007), que apresenta significância nas subescalas permissão e comunhão para os estudantes sem religião. A literatura menciona que a religião é um fator modelador da sexualidade, pois o facto de o estudante ter uma religião tem atitudes e comportamentos mais afetivos, responsáveis e saudáveis. Facto asseverado por diversos estudos que apontam que os indivíduos com religião têm menos experiências sexuais (Alferes, 1997; Martinez-Alvarez, 2000) e que a prática religiosa esta mais associada às atitudes sexuais conservadoras.

Neste estudo, constatamos que o não ter uma religião está mais relacionado com atitudes permissivas e instrumentais, podendo-se considerar `sexo meramente genital` e comportamentos mais liberais. Por sua vez, o ter uma religião está associado a comportamentos mais tradicionais como aceitação da abstinência sexual e a não-aceitação de relações sexuais para os dois sexos, com ou sem compromisso, ocorrendo essa influência nos dois sexos.

No seu estudo, Dalgarrondo *et al.* (2004) e Langille e Curtis (2002) evidenciam as associações entre religião, sexualidade e comportamentos de risco. O que vem de acordo com o estudo de Regnerus e Elder (2003), que mencionam que a religião professada tem influência sobre os comportamentos. A prática religiosa e as atitudes sexuais conservadoras associam-se negativamente com a atividade sexual (Roche & Rambersy, 1993).

Fomos, ainda, verificar a possibilidade de existir uma ligação entre atitudes e comportamentos sexuais e religião não descurando que a mesma depende do tipo de religião, do grau de envolvimento e do comportamento ou atitude em questão. Neste estudo não se verificou qualquer tipo de significância para as atitudes, contudo existe para os comportamentos aceitação da abstinência pré-nupcial e não-aceitação de relações sexuais para ambos os sexos com ou sem compromisso, com valores diferentes para os rapazes ($p < 0,05$) e para as raparigas ($p < 0,001$). Confirma-se que a religião professada tem influência sobre os comportamentos.

No seu estudo, Barkan (2006) refere relação inversa entre a religião e comportamentos desviantes. Já o estudo de James e colaboradores (2011) reforça a ideia ao mencionar que a religião, como o único preditor do envolvimento em atividade sexual. São vários os estudos que associam a religião a práticas mais saudáveis (Murray, 2007; Pargament *et al.*, 2005; Cantante, 2001; Hill *et al.*, 2000; Paul *et al.*, 2000).

Há estudos que evidenciam a prática religiosa como fator modelador da sexualidade do indivíduo. A família, a religião e a educação são pilares fortíssimos nos modelos tradicionais, e têm um destaque considerável como fatores reguladores a nível sexual. Assim, existem tendências observadas em pesquisas que apontam que os indivíduos menos associados a práticas religiosas são sexualmente mais ativos (Martinez Alvarez, 2000; Alferes, 1997). Dito de outro modo, a prática de uma religião pode ser retardadora de atividade sexual precoce, assim como tem influência nas atitudes e comportamentos sexuais (Murray *et al.*, 2007). Em Portugal, 79,5% dos indivíduos são católicos e os homens são o grupo que predomina entre os que não têm filiação religiosa. Vários estudos (Bakan, 2006, Borges, 2012) asseveram que os estudantes do ensino superior representam o grupo com maior percentagem de não crentes. No parecer dos peritos, a religião na vertente da “dimensão existencial, a dimensão religioso-mistérica (...) um tempo, a uma religião, sub-dimensões mostra um significado e um caminho de abordagem” (E3). A esta afirmação pode-se acrescentar: “e que me leva áquilo que eu chamo, à realização plena do meu projeto de vida” (E6).

Atendendo aos dados recolhidos podemos afirmar que são inúmeros os fatores pessoais, socioculturais e religiosos que interferem na vivência de uma sexualidade saudável. Apesar da existência de programas de educação para a saúde sobre sexualidade nas escolas nos níveis mais básicos do ensino, concluímos que nem todos os estudantes tiveram oportunidade de usufruir destes. Também constatamos a presença de uma percentagem de alunos que apresentam comportamentos de risco. No apêndice X apresentamos uma súmula resumida das associações do conceito, comportamentos e atitudes terminado com um ‘pseudo perfil’ do estudante. Como referido no modelo de

promoção do comportamento sexual preventivo (Matos, *et al.*, 2011), os conhecimentos, por si só, não conduzem a comportamentos preventivos, mas sim em associação com a motivação e a adesão poderão levar à aquisição de competências que contribuam para o desenvolvimento de comportamentos salutaros.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No decorrer do trabalho já foram referidas limitações ao estudo. Contudo, ressaltamos como limitação o facto de a população ser maioritariamente feminina e a discrepância entre as diferentes áreas de acesso, pois existe um grande predomínio dos cursos da área da saúde, o que torna a população com características muito específicas e podem de certo modo enviesar os resultados do estudo. Isto, apesar de autores como Munoz Silva e coladores (2009) referirem que parece haver desequilíbrio proporcional das amostras dos estudantes do ensino superior, com menor percentagem de homens.

Apesar dos vários e insistentes contatos, várias associações de estudantes não divulgaram o *link* do questionário, o que poderá eventualmente, ter contribuído para este desequilíbrio na amostra.

O confinarmos apenas a um distrito do país. Assim como o método utilizado para estabelecer o contacto com a população e o facto de ser uma amostragem por conveniência provocaram a aleatoriedade da amostra, não podendo, por isso, os resultados serem extrapolados para a população total do ensino superior em Portugal. O facto de a amostra ser constituída apenas por estudantes universitários impede, também, a sua extrapolação para a população em geral, ficando este trabalho confinado a estudantes, que eventualmente têm visões, perceções, atitudes, comportamentos, conhecimentos e valores diferentes da população em geral.

Apesar de todas as mudanças que ocorreram na nossa sociedade, a sexualidade continua a estar muito vinculada à intimidade, num domínio muito pessoal e particular, como algo de secreto, o que poderá ter condicionado e/ou serem as possíveis razões para que em determinado tipo de variáveis, algo mais específicas e pessoais, sobre a vivência da sua sexualidade se obtivessem um número inferior de respostas.

Necessidade de redimensionar o instrumento de recolha de dados, mas respeitando determinados princípios/ critérios, para que não limite comparações em futuros estudos.

Pensando no percurso desta tese à luz da abordagem ecológica, constatamos que o processo e os diferentes contextos foram muito influenciadores do cronossistema enquanto elemento temporal (microtempo e mesotempo). Contudo, com um ajuste dinâmico do processo contribuiu para o incremento das nossas competências de investigação.

Não obstante o que atrás se refere, o estudo e os resultados que emergiram são fidedignos, sendo, por isso, considerados um contributo importante no conhecimento da sexualidade dos jovens como área de possível intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões, como parte integrante do desenho de estudo investigação, surgiram na sequência de um trabalho suportado por um quadro teórico fundamentado.

Este trabalho de investigação teve como ponto de partida analisar o conceito de sexualidade e as suas sub-dimensões, percecionados pelos estudantes do Ensino Superior do distrito do Porto, relacionando-os com as suas atitudes e comportamentos, em matéria de sexualidade.

Estudar a sexualidade humana é envolver amor, afetos, emoções, paixões, sentimentos, valores, responsabilidade, atitudes, comportamentos, assertividade, autoestima, relações amorosas, envolvimentos, projeto de vida, saúde sexual e reprodutiva, em contextos díspares, em situações únicas, numa panóplia de concepções e imagens que se formam. As mudanças sociais, científicas, tecnológicas, económicas e culturais, que têm vindo a ocorrer, contribuíram para a progressiva mudança de paradigma da sexualidade.

A evolução e o percurso civilizacional favoreceram perspectivas e regulamentações da sexualidade, ao longo dos tempos, tendo implicações a nível da sua concetualização. Assim, a diversidade cultural, os diferentes rituais de passagem, a implementação dos direitos sexuais e reprodutivos, condicionados por princípios éticos e religiosos, influenciam as perceções dos indivíduos sobre a sexualidade.

Uma visão da sexualidade integradora implica uma abordagem das suas sub dimensões, biológica, afetiva, psicológica, social e espiritual, essenciais para a vivência saudável da sexualidade humana. Atendendo a estes princípios, optamos pelo modelo concetual de sexualidade integradora de valores comuns, DIP3 de Ribeiro (2008). Este referencial do nosso estudo foi selecionado por considerarmos que a sua abordagem é abrangente, dado que comporta as cinco dimensões da sexualidade e as componentes biológica, psicoafectiva e projeto de vida, fundamentais para o desenvolvimento do jovem.

Pareceu-nos igualmente primordial refletir sobre o desenvolvimento humano, numa perspectiva holística e sistémica, para melhor compreender e/ou fundamentar o percurso, as interações, opções e mudanças do jovem, em diferentes contextos bioecológicos.

Cientes da importância da sexualidade na vida dos indivíduos que se podem revelar como problemáticas a nível pessoal, familiar e comunitário, partimos para este trabalho de investigação. Assim, atendendo a estas premissas, surgiu a nossa pergunta de partida:

Qual o impacto nas atitudes e comportamentos do conceito de sexualidade interiorizado pelos estudantes do ensino superior?

Na tentativa de procurar dar resposta (s) a esta questão, delineamos o desenho de estudo que norteou toda a investigação. O enquadramento concetual permitiu o planeamento deste estudo, desde a revisão da literatura às opções metodológicas multimétodos, como fio condutor para a sua concretização. Os resultados obtidos foram anteriormente objeto de análise e de triangulação, entre fontes e instrumentos de recolha de dados, pois consideramos que os inquéritos por questionário e por entrevista são complementares e permitem uma melhor compreensão da problemática. Com os resultados e a discussão dos dados, confirmamos as hipóteses inicialmente apresentadas.

Seguidamente apresentamos reflexivamente as principais conclusões do estudo.

O número, que consideramos ser reduzido, de estudantes que participaram em ações de educação para a saúde sobre sexualidade pode estar relacionado com a perceção de invulnerabilidade e, simultaneamente, com algumas condutas de risco, ou eventualmente com pouca acessibilidade às mesmas. Poderá também estar, eventualmente, associado às áreas referidas como necessidade de formação, quer pelos que nunca assistiram e estão associados ao conceito que elegeram, quer pelos que assistiram, se o programa foi essencialmente dirigido à componente biológica, não abrindo horizontes.

A diminuição do número de estudantes que referem ser heterossexuais poderá estar relacionada com a implementação da lei que permite o casamento de pessoas do mesmo sexo, e, por conseguinte, com uma maior liberalização da homossexualidade.

As diferenças estatisticamente significativas, em relação aos comportamentos sexuais, colocam-nos perante a presença do padrão sexual singular, em relação à abstinência sexual, à atividade sexual num contexto de compromisso e ao início da atividade sexual, que ocorre aos 17 anos para os dois sexos. Todavia, há atitudes e comportamentos sexuais que nos encaminham para a presença do DPS, associados à coerção sexual, no sexo feminino, e aos consumos aditivos, sobretudo no sexo masculino.

O conceito de sexualidade, apresentado pelos estudantes, está focalizado fundamentalmente na **dimensão biológica**, o que, em triangulação, está de acordo com as perceções dos peritos sobre o assunto. Confirma-se, então, que a sexualidade está muito confinada à intimidade física e que recai nesta dimensão o maior número de comportamentos de risco (atividade sexual sobre o efeito de consumos aditivos e ter vários parceiros). Constatamos, ainda, que continua a ser um tema difícil de concetualizar, o que provavelmente se reflete no menor número de respondentes.

A **dimensão espiritual** foi mencionada por um número residual de inquiridos. O facto de a nossa população se considerar maioritariamente católica, leva-nos a concluir que os estudantes, dado o seu nível de desenvolvimento, ainda não conseguem fazer a integração desta dimensão na sexualidade. Provavelmente, tal perceção tem a ver com a sua concetualização da sexualidade, ainda muito biológica. Assim, os estudantes

consideram que se trata de dois paradigmas diferentes, ou seja, a espiritualidade está num âmbito mais “sagrado” e a sexualidade, num âmbito mais terreno (profano).

Concluimos igualmente que existe associação entre os conceitos de sexualidade patenteados pelos estudantes e as atitudes e os comportamentos sexuais por eles vivenciados. Há fatores, entre os quais a religião, que interferem com atitudes e comportamentos face à sexualidade, situando-se estes num paradigma mais tradicional, para os que professam uma religião.

Em síntese, os padrões de comportamento sexual têm sofrido alterações relacionadas com os contextos culturais, religiosos e históricos, caminhando para um novo *script* sexual. De facto, tal é comprovado no nosso estudo através das nossas hipóteses, pois os jovens, na sua maioria, vivem a sua sexualidade com maior liberdade e permissividade, podendo conduzir a condutas de risco. Por vezes, consideram-se invulneráveis, o que os leva a comportamentos que podem condicionar a sua saúde e o seu bem-estar. É essencial que os jovens adotem estilos de vida saudáveis, essenciais à promoção de uma saúde sexual e reprodutiva, e também, como forma de obter ganhos em saúde. De salientar o empoderamento dos jovens, o envolvimento de vários agentes e as parcerias com a comunidade, para controlar os determinantes da saúde e, através de implementação de programas de educação para a saúde, permitir uma tomada de decisão bem informada, com uma abordagem centrada na promoção da saúde e na autorresponsabilização.

A sexualidade continua a não ser percecionada de uma forma transversal, por muitos estudantes. Por isso, é essencial que os determinantes de saúde, a nível dos contextos do exossistema e macrossistema, bem como os estilos de vida, a nível do contexto microssistema e mesossistema, associados aos atributos da pessoa, se desenvolvam, através de sinergias que potencializem a **literacia para a saúde**. Esta é uma das recomendações de organismos como UNESCO, OIES, OMS, FNUAP, IFFP, DGS, tendo como finalidade a capacidade de os estudantes adotarem estilos de vida saudáveis.

Cientes da importância da realização deste trabalho e dos resultados obtidos, como indicadores, emergem novas preocupações, que podem ser contributos para novas ‘viagens’. Assim, o ‘ambiente académico’ (praxes, queimas, encontros, festas, tradições, tunas) e a integração na vida académica influenciam e têm repercussões na vivência da sexualidade e no padrão de atitudes, comportamentos e valores. O aumento abrupto da utilização da pílula do dia seguinte, o aumento de consumos aditivos, associados à atividade sexual, a presença de violência sexual, o uso recorrente do “improvisado” (IVG e pílula do dia seguinte) e a constatação da existência de IST na população em estudo, leva-nos a considerar um possível aumento de um conjunto de comportamentos de risco, preocupantes para a saúde pública, pelos riscos individuais e sociais envolvidos. A gravidez não desejada,

assim como a infeção por HIV/Sida, foram durante, muitos anos, o enfoque dos programas de educação sexual. Contudo, podemos constatar que este método de intervenção educativa não resultou em pleno. Assim, estas constatações remetem-nos para um leque de questões, que podem ser esclarecidas em futuros trabalhos de investigação, como:

- Quais serão os fatores que influenciam os comportamentos sexuais de risco dos estudantes do ensino superior?

- Quais os valores sexuais do estudante do ensino superior?

- Que contextos influenciam os valores em sexualidade?

- A implementação do programa de desenvolvimento integral da pessoa contribui para a vivência salutar da sexualidade?

- As mudanças legislativas sobre assuntos diretamente relacionados com a sexualidade promovem uma sexualidade mais permissiva e/ou menos responsável?

- Qual o papel das instituições do ensino superior, como contexto e enquanto entidades promotoras de estilos de vida assentes num paradigma salutogénico?

- Como é possível intervir na formação do jovem, para uma educação sexual informada, saudável e responsável?

Dada a complexidade desta problemática, estamos conscientes de que, em estudos futuros, a metodologia *focus group* poderá enriquecer a compreensão dos resultados obtidos, explorando outras vertentes, em novos trabalhos de investigação. Terá também todo o interesse, uma abordagem na perspectiva ecológica, refletindo sobre o desenvolvimento/ vinculação/ transição do estudante do ensino superior, nos diferentes contextos onde interage. Atendendo à amostra, seria igualmente interessante replicar este estudo noutros distritos do país, em diferentes regiões.

PERSPETIVAS DE FORMAÇÃO PARA O FUTURO

A recente implementação da lei (nº 60/ 2009) sobre a educação sexual, nos níveis de ensino básico e secundário, não abrangeu muitos dos jovens inquiridos no nosso estudo. Para colmatar tal lacuna, urge promover um programa de intervenção de educação para a sexualidade para os estudantes do ensino superior, com a finalidade de os dotar de conhecimentos, competências e habilidades, que alicercem o seu projeto de vida. Esse programa pode ser sustentado pelo DIP3. Essa formação deve ser centrada na motivação para a ação, pois os estudantes em algumas áreas não terão falta de conhecimentos, mas sim a falta de predisposição para os implementar.

A mudança de paradigma começa no tipo de programa de educação para a sexualidade que é oferecido aos jovens. Programas centrados numa sexualidade

integradora poderão contribuir para uma vivência da sexualidade mais ajustada e consistente. Perspetivam-se novas abordagens, estratégias diferentes, com intervenções comunitárias distintas, focalizadas numa educação para a sexualidade integradora, holística e multidimensional, para atenuar este problema e outros como os consumos aditivos.

Os agentes educativos, sobretudo os pais e os pares, têm um papel primordial de educação/formação para a motivação/adesão, para uma futura adoção de um comportamento sexual preventivo. Em consequência, torna-se necessário planificar e implementar programas, onde a promoção da saúde e a prevenção da doença estejam centrados na sexualidade integradora, contribuindo-se assim, para a vivência de uma sexualidade responsável e responsabilizadora. No planeamento dos programas de intervenção, será de considerar a pessoa, o processo, o tempo e o contexto.

Em nossa opinião, as instituições do ensino superior constituem sede própria de dinamização de espaços promotores de saúde, incluindo programas de educação para a sexualidade, que dotem os estudantes de competências pessoais, técnicas e científicas, para que sejam capazes de adotar o seu projeto de vida.

Será também importante o desenvolvimento de parcerias com a comunidade envolvente e com instituições de saúde, numa perspetiva multidimensional, de maneira a desenvolver projetos de formação com os estudantes, abordando conteúdos relacionados com a sexualidade e a parentalidade.

SEXUALIDADE E VIDA

Ao longo do ciclo de vida, os diferentes contextos e agentes influenciam o ser humano. O que ele pensa, fantasia, deseja, os valores, as atitudes e os comportamentos, as interações e relações que estabelece com os pares. No fundo, o que ele é, e a sua interação com o meio envolvente, vão condicionar e interferir na sua sexualidade. É durante o processo de aprendizagem que vai decorrendo de forma contínua, com avanços/ recuos e contradições, que o indivíduo vai criando a sua identidade sexual.

A pessoa é um microcosmo, resumo e superação do Mundo. É corpo e alma imortal, com abertura ao transcendente. Pela cultura, ciência e filosofia educa-se o jovem para assimilar valores que constroem uma identidade original. Em liberdade esclarecida, assume a responsabilidade de atitudes e comportamentos, informados e reflexivos, que contribuam para o seu desenvolvimento pessoal e social, vivenciando uma sexualidade integradora.

BIBLIOGRAFIA

- Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em mudança: percursos e dinâmicas da vida a dois*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Abreu, M. (2005). *Identidades das grávidas adolescentes: integração do sistema e das perspetivas individuais de desenvolvimento*. (Tese de Doutoramento). Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar.
- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Saúde, Doença e diversidade cultural: pensar a complexidade dos cuidados a partir de memórias culturais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (1998). Etnografia em educação: decidir com o conhecimento das realidades simbólicas. Estudo etnográfico das identidades profissionais dos enfermeiros em contexto escolar. *Actas do VIII Colóquio Internacional da AFIRSE/AIPELF*. Lisboa: AFIRSE.
- Ahmed, N., Flisher, A., Mathews, C., Jansen, S., Mukoma, W., & Schaalma, H. (2006). Process evaluation of the teacher training for an AIDS prevention programme. *Health Education Research*, 21(5), 631-632.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Alberoni, F. (2007). *Sexo e amor*. Lisboa: Bertrand.
- Alfaro, A., Fiffe, Y., Roche, R., Valera, A., & Sosa, D. (2007). Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 1-6.

- Alferes, V. (2002). Sexologia e Desenvolvimento. A perspectiva do postulado biológico. *Revista Psychologica*, 30, 95-109.
- Alferes, V. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Org.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 131-148). Braga: SHO/APPORT.
- Alferes, V. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alferes, V. (1996). Atração Interpessoal, sexualidade e relações íntimas. In J. Vala, & M. Monteiro (Org.), *Psicologia Social* (125-158). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Allen, L. (2008). "They think you shouldn't be having sex anyway": Young people's suggestions for improving sexuality education content. *Sexualities*, 11(5), 573-594.
- Allport, G. (1966). Attitudes in the history of social psychology. In M. Jahoda, & N. Warren, (Org.), *Attitudes: Selected Reading* (15-21). England: Penguin Books Limited.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. V. (2003). Antropologia e sexualidade: Consensos e conflitos teóricos em perspectiva histórica. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Vaz (Org.), *A sexologia perspectiva multidisciplinar II* (70-91) Coimbra: Quarteto Editora.
- Alvarez, M., & Nogueira, J. (2008). Definições sexuais de estudantes universitários. *Psicologia*, 22(1), 50-76.
- Alves, A., & Lopes, M. (2008). Conhecimento, atitude e prática de uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6(1), 11-17.
- Alves, R. (2002). *Por uma educação romântica*. Campinas: Papirus.
- Amélio, A. (2001). *O mapa do amor: tudo o que você queria saber sobre o amor e ninguém sabia responder*. São Paulo: Gente.
- American Humanistic Association [AHA]. (2010). *American Humanistic Association*. Obtido em 19 de Janeiro de 2011, de <http://www.americanhumanist.org>

- American Psychological Association [APA]. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Amnistia Internacional Portugal [AIP]. (2007). *Fim à Mutilação Genital Feminina*. Obtido em 7 de Setembro de 2012, de Amnistia Internacional Portugal: <http://www.amnistia-internacional.pt>
- Antunes, A., Estanqueiro, A., & Vidigal, M. (1995). *Dicionário Breve de Filosofia: Vocábulos, correntes, autores*. Lisboa: Editorial Presença.
- Antunes, M. (2007). *Atitudes e práticas sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Formasau.
- Antunes, M. (2001). *Teoria e prática pedagógica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Araújo, U. (2007). A construção social e psicológica dos valores. In V. Arantes, & J. Puig (Org.), *Educação e valores pontos e contrapontos(9-28)*. São Paulo: Summus Editorial.
- Arnett, J. (2007). Socialization in emerging adulthood: From the family to the wider world, from socialization to self-socialization. In J. Grusec, & P. Hastings (Org.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 208-231). New York: The Guilford Press.
- Arnett, J. (2006). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. In H. Arnett, & J. Tanner (Org.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp. 3-19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arsenio, W., Cooperman, S., & Lover, A. (2000). Affective predictors of preschoolers' aggression and peer acceptance: Direct and indirect effects. *Developmental Psychology*, 36(4), 438-448.
- Askun, D., & Ataca, B. (2007). Sexuality related attitudes and behaviors of Turkish university students. *Archives of Sexual Behavior*, 36(5), 741-752.
- Astin, A. W. (1997). *What matters in college? Four critical years revisited* San. Francisco: Jossey-Bass.

- Atkinson, R., Atkinson, R., Smith, E., Bem, D., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Introdução à psicologia de Hildgard*. Porto Alegre: Artmed.
- Avery, L., & Lazadane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(1), 58-70.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: PsicoSoma.
- Azeredo, Z. (2008). A família como núcleo de mudança cultural. In V. Jorge, & J. Macedo(Org.), *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos à sociabilidade*.(113-120) Porto: Editora Afrontamento.
- Azeredo, Z. (2006). *Dinâmica Familiar*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Departamento de Ciências da Educação e do Património (Seminário no âmbito do Doutoramento em Educação).
- Azeredo, Z. (2002). Envelhecer com saúde. In L. F. Silva (Org.), *Promoção da Saúde* (pp. 141-158). Lisboa: Universidade Aberta.
- Azevedo, J. (1996). A educação escolar e a educação dos valores: alguns equívocos e outros tantos desafios. *Actas das II Jornadas Pedagógicas*. Leiria: Universidade Católica Portuguesa.
- Azevedo, M. (1995). *O desenvolvimento moral na perspectiva do desenvolvimento cognitivo de Kohlberg*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Departamento de Educação da Faculdade de Ciências.
- Baier, C., & Wright, B. (2001). If you Love me, Keep my commandments: A meta-analysis of the effect of religion on crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(3), 3-21.
- Ballesteros-Alvarez, M. (2005). *Exercitando as inteligências múltiplas: Dinâmicas de grupo fáceis e rápidas para o ensino superior*. São Paulo: Papirus Editora.
- Bantman, B. (1997). *Breve História do Sexo*. Lisboa: Terramar.
- Baptista, M. (2008). A prática pedagógica hoje: Orientações e tendências, um projeto de prática pedagógica. *EduSer - Revista de Educação*, 0(3), 79-108.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Barkan, S. (2006). Religiosity and Premarital Sex in Adulthood. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 45(3), 407-417.
- Bar-On, R. (2002). Inteligência social e emocional: Insights do Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On, & J. Parker(Org.), *Manual de inteligência emocional: Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho* (pp. 266-283). Porto Alegre: Artmed.
- Barragán, F. (2002). *Educación en valores y género*. Sevilla: Díada Editora.
- Barros, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: Edições ASA.
- Barroso, T., Barbosa, A., & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes - revisão sistemática. *Revista Referência*, 11(3), 33-34.
- Basson, R. (2001). Human sex response cycles. *Journal of sex & Marital Therapy*, 27, 33-43.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888-893.
- Bastos, A. (2003). *Afectividade na Adolescência - sexualidade e educação para os valores*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Bay-Cheng, L. (2001). SexEd.com: Values and Norms in Web-based sexuality education. *The Journal of Sex Research*, 38(3), 241-251.
- Bearzoti, P. (1994). Sexualidade um conceito psicanalítico freudiano. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1).
- Beck, J. (1998). *Morality and citizenship in education*. London: Cassell.
- Beck, U. (2010). *Sociedade de Risco - Rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Editora 34.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (1995). *The Normal Chaos of love*. Cambridge: Polity Press.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Béjin, A. (1987). Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos. In P. Ariés, & A. Béjin(Org.), *Sexualidades ocidentais - contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade* (3ª ed., pp. 210-235). São Paulo: Brasiliense.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva.
- Benavente, A. (2006). *Estratégias de inovação e lugar dos atores*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Departamento de Ciências da Educação e do Património (Seminário no âmbito do Doutoramento em Educação).
- Benedict, R. (1972). *O crisântemo e a espada*. São Paulo: Perspectiva.
- Berger, P. (2000). A dessecularização do mundo: uma visão global. *Religião e sociedade*, 21(1), 9-24.
- Bianchi, J. (2001). *A educação e o tempo - três ensaios sobre a história do currículo escolar*. Piracicaba (Brasil): UNIMEP.
- Boff, L. (2001). *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria do método*. Porto: Porto Editora.
- Bonito, J. (2009). Educação para a saúde no séc. XX: teorias, modelos e práticas. *Actas do Congresso Nacional de Educação para a Saúde* (pp. 495-504). Évora: Universidade de Évora.
- Boratav, H., & Çavdar, A. (2012). Sexual Stereotypes and Practices of University Students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 271-281.
- Borau, J. L. (2008). *As religiões tradicionais*. Lisboa: Paulus.
- Borges, J. L. (1998). *Obras Completas de Jorge Luís Borges 1923-1949*. Alfragide: Teorema.
- Borges, P., & Braga, D. (2007). *O Buda e o Budismo no Ocidente e na Cultura Portuguesa*. Lisboa: Ésquilo.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Volume 3: Loss*. New York: Basic Books.

- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brandão, A. (2007). *A problemática da sexualidade humanizada: sexoterapia ou reequilíbrio humano?* Loures: Lusociência.
- Branden, N. (1998). *Psicologia do amor: o que é o amor, por que ele nasce, cresce e às vezes morre*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Breda, J. (2000). Bebidas alcóolicas e jovens escolares: um estudo sobre consumos, conhecimento e atitudes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 8(5), 7-103.
- Brenneisen, I., & Serapião, C. (2007). Perceção e grau de informação sobre a saúde sexual, entre estudantes, do ensino fundamental e médio: estudo de caso. *Revista O mundo da saúde*, 31(3), 448-453.
- Brezinka, W. (2007). *Educación y pedagogia en el cambio cultural*. Barcelona: PPU, SA.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The Bioecological model of Human Development. In W. Damon, & R. Lerner (Org.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of Human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Bruess, C., & Greenberg, J. (2011). *Sexuality Education. Theory and Practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Bruner, J. (2000). *Cultura da educação*. Lisboa: Edições 70.

- Bruns, M., Grassi, M., & França, C. (1995). Educação sexual numa visão mais abrangente. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 6(1), 60-66.
- Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais-praxes académicas*. (Tese de Doutoramento) Porto: Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Cabral, M., & Pais, J. (2003). *Conduitas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo: resultados de um inquérito aos jovens portugueses em 2000*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabral, M., & Pais, J. (1997). *Jovens portugueses de hoje*. Oeiras: Celta Editora.
- Caetano, M., Linhares, I., Maggio da Fonseca, A., Wojitani, M., & Giraldo, P. (2010). (Org.), Sexual behavior and knowledge of sexually transmitted infections among university students in Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110(1), 43-46.
- Campos, P., & Roquette, M. (2003). Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 16(3), 435-445.
- Cantante, A. P. (2001). *Sexualidade na Adolescência*. (Tese de mestrado). Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Medicina
- Carneiro, R. (2009). *A educação Intercultural*. Obtido em 17 de Junho de 2011, de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Col_Percursos_Intercultura/4_PI_Cap3.pdf
- Carreras, L., Eijo, P., Estany, A., Gómez, M., Guich, R., Mir, V., Serrats, M. (2001). *Cómo educar en valores*. Madrid: Narcea.
- Carvalho, A. (2007). *A avaliação da aprendizagem e das escolas e a conceptualização da profissão*. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Departamento de Ciências da Educação e do Património (Seminário no âmbito do Doutoramento em Educação).
- Carvalho, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho, A. (1995). *Novas metodologias em educação*. Porto: Porto Editora.

- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2009). Dimensões do conceito "educação para a saúde" de estudantes de sete cursos do ensino superior: efeitos da formação. In: J. Bonito (Coord.) *Promoção e Educação para a Saúde, no Século XX. Teorias Modelos e Práticas* (pp. 452-460). Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia,
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2008). Eixos de valores em promoção da saúde e educação para a saúde. In B. Pereira, & G. Carvalho (Org.), *Atividade física, saúde e lazer: modelos de análise e intervenção* (pp. 195-205). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Lisboa: Lusociência.
- Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: Seuil.
- Castro-Vázquez, G., & Kishi, I. (2002). "Nemareru ko wo okosu mono dearu": Learning about sex at a top ranking japanese senior high school. *Sexualities*, 5(4), 465-486.
- Cavaliere, A. M. (2002). Educação integral: uma nova identidade para a escola brasileira? *Educação & Sociedade*, 23(81), 247-270.
- Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Edições Loyola.
- Ceccarelli, P. R. (2010). A patologização da normalidade. *Estudos de Psicanálise*, 36, 125-136.
- Ceccarelli, P. R. (2000). Sexualidade e preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, III(3), 18-37.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (1 de Março de 2011). *Adolescent and School Health*. Obtido de Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/partners/funded/yrbs.htm>
- Chacham, A., Maia, M., & Camargo, M. (2012). Autonomia, género e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 29(2), 389-407.

- Chacham, A., Maia, M., Greco, M., Silva, A., & Greco, D. (2007). Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS Care*, 19(1), 12-22.
- Chan, D. (2005). Sex knowledge, attitudes and experience of Chinese medical students in Hong Kong. *Archives of Sexual Behavior*, 19(1), 73-93.
- Cherulli, K. (2007). *Sexo e Religião*. Obtido em 23 de Maio de 2011, de http://www.historiadasesexualidade.com/sexo_religiao.html
- Chickering, A., & Reisser, L. (1993). *Education and Identity*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cirino, O. (2007). O desejo, os corpos e os prazeres em Foucault. *Mental*, 8, 77-89.
- Clayton, B., & Stock, Y. (2002). Educação para a saúde. In B. Clayton, & Y. Stock (Org.), *Fundamentos de Farmacologia* (pp. 45-52). Loures: Lusociência.
- Clot, Y. (2003). La conscience comme liaison. In L. Yigotsky, *Conscience, inconscient, emotions*. Paris: La Dispute.
- Cockerham, W. (1991). *This Aging Society*. New Jersey: Prentice Hall.
- Coelho Júnior, A., & Mahfoud, M. (2001). As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e interrelações na obra de Viktor Frankl. *Psicologia USP*, 12(2), 95-103.
- Colby, A., & Kohlberg, L. (1987). *The Measurement of Moral Judgment* (Vols. 1-2). London: Cambridge University Press.
- Colby, A., Kohlberg, L., Hewer, A., Candee, D., Gibbs, J., & Power, C. (1987). *The measurement of moral Judgment* (Vol. II). New York: Cambridge University Press.
- Collins, C., Alagir, P., & Summers, T. (2002). *Abstinence Only vs. Comprehensive Sex Education: What are the arguments? What is the evidence?* San Francisco: AIDS Research Institute University of California.
- Collins, N., & Feeney, B. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 363-383.

- Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E., Kunkel, D., Hunter, S. B., & Miu, A. (2004). Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior. *Pediatrics*, 114(3), 280-289.
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres. (2001). *Sexualidade, planeamento familiar e reprodução*. Lisboa: Direção Geral de Saúde [DGS].
- Comte-Sponville, A. (1999). *Pequeno Tratado das Grandes Virtudes* (1ª ed.). São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Conferência Episcopal Portuguesa [CEP]. (2005a). *Educação da sexualidade*. Obtido em 14 de Outubro de 2011, de Conferência Episcopal Portuguesa: <http://www.agencia.ecclesia.pt/noticia.asp?noticiaid=20417>
- Conferência Episcopal Portuguesa [CEP]. (2005b). *Nota sobre a educação da Sexualidade*. Lisboa: CEP.
- Conselho Nacional de Educação [CNE]. (2009). *Parecer nº 2/2009 - Parecer sobre os projetos de lei relativos ao regime de aplicação da educação sexual nas escolas*. Obtido em 25 de Novembro de 2010, de http://www.cnedu.pt/files/cne_pareceres_module/Parecer_2_2009.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV]. (9 de Novembro de 1999). *A Sexualidade Humana - Reflexão Ética - 29/CNECV/99*. Obtido de Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: http://www.cnev.pt/admin/files/data/docs/1273057680_P029_SexualidadeHumana.pdf
- Cordeiro, M. (2003). Sexualidade. Algumas questões. In E. Sá, L. Lúcio, & F. Gaspar (Org., *Quero-te. Psicologia da Sexualidade* (pp. 71-85). Coimbra: Quarteto Editora.
- Corrêa, S., & Ávila, M. (2003). *Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: Marco Teórico-Conceitual e Sistema de Indicadores*. Obtido em 15 de Março de 2012, de Observatório Brasil da Igualdade de Género: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/direitos-e-saude-sexual-e-reprodutiva-marco-teorico-conceitual-e-sistema-de-indicadores/view>
- Corrêa, S., Alvez, J., & Jannuzzi, P. (2003). *Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*. Obtido de Observatório Brasil da Igualdade de Género: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1:p27a62.pdf

- Correia, J. (2001). *As ideologias educativas em Portugal nos últimos 25 anos*. Porto : Edições ASA.
- Cortesão, I., Silva, M., & Torres, M. (1998). *Educação para uma sexualidade humanizada - guia para professores e pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Cortina, A. (2000). *La educación y los valores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Corwin, R., & Brenda, B. (2000). Religiosity and Church attendance: the effects on use of hard drugs controlling for socioeconomic and theoretical factors. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10, 241-248.
- Costa, A. (2011). *A importância da bioética e da ética da responsabilidade nas relações humanas*. Obtido em 28 de Maio de 2011, de <http://www.abma.com.br/2004/notes/218.pdf>
- Costa, E., & Leal, I. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 23(3), 247-260.
- Costa, G. (2007). *O amor e seus labirintos*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, J., & Melo, A. (2000). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Costa, M., Lopes, C., Souza, R., & Patel, B. (2001). Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 77(2), S217-S224.
- Costa, W. (2004). Humanização, relacionamento interpessoal e ética. *Caderno de pesquisas em administração*, 11(1), 17-21.
- Crano, W., & Prislin, R. (2006). Attitudes and persuasion. *Annual Review of Social Psychology*, 57, 345-374.
- Creswell, J. (2010). *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, J., Vilaça, M., Sousa, A., Gomes, A., Melo, B., Araújo, M., Ruivo, M. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 279-304.

- Cruz, M. A. (2008). *Ansiedade e bem-estar na transição para o ensino superior: o papel do suporte social*. (Tese de doutoramento). Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciência de Educação.
- Curwin, G., & Curwin, R. (2000). *Como fomentar os valores individuais*. Porto: Plátano Edições Técnicas.
- Dalai-Lama. (2000). *Ética para o Novo Milénio*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2008). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (16ª ed.). Mem-martins: Publicações Europa-América.
- D'Angelo, J., & Diclemente, R. (1996). Sexually Transmitted Diseases Including Human Immunodeficiency Virus. In R. DiClemente, W. Hansen, & L. Ponton (Org.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 333-367). New York: Plenum Press.
- Darwin, C. (2000). *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Delafosse, C. (2004). Las emociones humanas y significación en un histórico-cultural. In L. Vigotsky (Org.), *Teoría de las emociones: Estudio histórico-psicológico*. Madrid: Ediciones Akal.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Dermen, K., & Thomas, S. (2011). Randomized controlled trial of brief interventions to reduce college students' drinking and risky sex. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(4), 583.
- Dessen, M., & Braz, M. (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In M. Dessen, & A. Costa Júnior (Org.), *A ciência do desenvolvimento*

- humano: tendências atuais e perspetivas futuras* (pp. 113-131). Porto Alegre: Artmed.
- Diário da República. (2009). *Lei nº 60/2009 da 1ª Série - nº 151, de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*. Lisboa: Diário da República.
- Diário da República. (31 de Julho de 2006). *Despacho nº 15987/2006 - Série II - Ministério da Educação - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular*.
- Dias, A., Ramalheira, C., Marques, L., Seabra, M., & Antunes, M. (2002). *Educação da sexualidade no dia a dia da prática educativa*. Braga: Edições Casa do Professor.
- Dias, J. R. (2009). *Educação. O caminho da nova humanidade: das coisas às pessoas e aos valores*. Porto: Papiro Editora.
- Dias, J. R. (1982). *Educação de adultos. Educação permanente. Evolução do conceito de educação* (3ª ed.) Braga: Universidade do Minho - Projeto de Educação de Adultos.
- Dias, M. (2000). A família numa sociedade em mudança. *Gestão e desenvolvimento*, 9, 81-102.
- Dicenso, A., Guyatt, G., Willan, A., & Griffith, L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 324, 1426-1430.
- DiClemente, R., Crosby, R., & Salazar, L. (2006). Family Influences on adolescents' sexual health: Synthesis of the research and implications for clinical practice. *Current Pediatric Reviews*, 2(4), 369-375.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Cobb, B., Harrinton, K., Davies, S., Oh, M. (2001). HIV/STD-protective benefits of living with mothers in perceive supportive families: A study of high-risk African female teens. *Preventive Medicine*, 33(3), 175-178.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 17 de Setembro de 2012, de Plano Nacional de Saúde 2012-2016: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010). *Doenças de declaração obrigatória 2004-2008*. Obtido em 19 de Janeiro de 2012, de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1FE55>

7EF -97D1-4C6F-9C40-36529B45538C/0/DoencasDeclaracaoObrigatoria_DGS.pdf

- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de atuação*. Lisboa: DGS.
- Doise, W., & Palmonari, A. (1986). *L'étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Dolan, S., & García, S. (2006). *Gestão por valores: Um guia organizacional para viver, estar vivo e ter qualidade de vida no mundo global do séc. XX*. Porto: BioRumo.
- Domínguez, T., Serrano, A., Losada, C., & Jiménez, F. (1996). *Comportamientos no-violentos. Propuestas interdisciplinarias para construir la PAZ - Planteamientos de la Educación para la Paz*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Douglas, M. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health Promotion. Models and Values* (2ª ed.). Oxford: University Press.
- Duarte, I., Canário, C., Serrão, C., & Ricou, M. (2007). A educação sexual em meio escolar: uma perspectiva ética. *Nascer e Crescer*, XVII(1), 24-28.
- Duque, J. (2006). Sexualidade e cultura. Para uma leitura antropológica. *Pastoral Catequética*, 77-91.
- Duque, J. (2004). *Cultura contemporânea e Cristianismo*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Durkheim, É. (1978). *Educação e Sociologia*. São Paulo: Melhoramento.
- Eagly, H., & Chaiken, S. (1993). *A psicologia das atitudes*. Fort Worth, Texas: Harcourt Brace Jovanovich.
- Eaton, D., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., Wechsler, H. (2008). Youth risk behavior surveillance - United States 2007. *Surveillance Summaries*, 57(S04), 1-131.
- Elias, J. (2000). *Islamismo*. Lisboa: Edições 70.

- Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura* (1998). Lisboa: Verbo.
- Engs, R. C., & Mullen, K. (1999). The effect of religion and religiosity on drug use among a selected sample of post secondary students in Scotland. *Addiction Research*, 7(2), 149-170.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão [ESEIG]. (2011). *Vantagens e limitações dos questionários eletrónicos via Internet no contexto da pesquisa científica*. Obtido em 10 de Março de 2012, de <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/631/1>
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting Health. A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Fabrigar, L., & Wegener, D. (2010). Attitude structure. In R. Baumeister, & E. Finkel(Org.), *Advanced socialpsychology: The state of the science* (pp. 177-216). New York: Oxford University Press.
- Falcão Júnior, J., Rabelo, S., Lopes, E., Freitas, L., Pinheiro, A., & Ximenes, L. (2007). Perfil e Práticas Sexuais de Universitários da área da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 58-65.
- Feijó, R., & Oliveira, É. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(2), S125-S134.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia* (5ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 11(2), 379-399.
- Féres-Carneiro, T. (1987). Aliança e sexualidade no casamento e no recasamento contemporâneo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3, 250-261.
- Fernandes, A. (2001). *Estudantes do Ensino Superior do Porto. Representações e práticas culturais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fernandes, H. (2011). *Aprender a cuidar em enfermagem: do diálogo reflexivo aos significados: perspectiva do estudante da licenciatura*. (Tese de doutoramento). Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

- Fernández, A., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Dufey, M., Varella, M., & Ferreira, J. (2013). Sexualidad juvenil: prácticas, actitudes y diferencias según sexo y variables de personalidad en universitarios chilenos. *Revista Médica del Chile*, 141, 160-166.
- Ferreira, A., & Medeiros, M. (1997). A teoria de Chickering e o estudante do ensino superior. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXI, 139-164.
- Ferreira, M. C. (2010). A Psicologia Social Contemporânea: Principais tendências e perspectivas Nacionais e Internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 51-64.
- Ferreira, M. M. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção em enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-162.
- Ferreira, P. (2011). A sexualidade dos jovens portugueses: práticas sexuais numa perspectiva comparada. In J. Pais, R. Bendit, & V. Ferreira, *Jovens e Rumos* (pp. 277-294). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Ferreira, P. (2006). A idade Conta? Clivagens etárias nos valores e atitudes políticas e sociais dos europeus. In J. Vala, & A. Torres, *Contextos e atitudes sociais na europa* (pp. 273-323). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Figueiredo, C. (1970). *Pequeno dicionário da língua portuguesa*. Amadora: Bertrand.
- Finger, M., & Asún, J. (2003). *A educação de adultos numa encruzilhada: Aprender a nossa saída*. Porto: Porto Editora.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Beliefs, Attitudes and Behavior: An introduction to Theory and Research*. Reading: Addison.
- Fisher, J., & Fisher, W. (2002). The information-motivation-behavioral skills model. In R. DiClemente, R. Crosby, & M. Kegler (Org.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health* (pp. 40-70). San Francisco: Jossey Bass.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Fonseca, V. (2007). *Aprender a aprender: A educabilidade cognitiva*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fontes, R. M. (2007). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas Crianças e Adolescentes*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- Forgas, J. (2001). Affective intelligence: The role of affecting social thinking and behavior. In J. Ciarrochi, J. Forgas, & J. Mayer (Org.), *Emotional Intelligence and everyday life* (pp. 46-63). New York: Psychology Press.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade: a vontade de saber* (17^a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1994). *História da sexualidade: o uso dos prazeres* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C., & Vilar, D. (1996). *Educação sexual na escola - Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- França Pereira, L. M. (2003). Franco da Rocha e a teoria da degeneração. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI(3), 154-163.
- Francis, L., Fearn, M., & Lewis, C. (2005). The impact of personality and religion on attitudes toward alcohol among 16-18 year olds in Northern Ireland. *Journal of Religion and Health*, 44(3), 267-289.
- Frankl, V. (1989). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração*. RS: Sinodal.
- Frei Bento (2011). *Educação, Ciência e religião*. Revista Triplov de Artes, Religiões e Ciências. Obtido em 19 Setembro 2011, de http://www.triplov.com/espírito/frei_bento/2011/educacao.htm
- Frei Bernardo. (2012). *Quem somos e como viver com sentido personalista?* Santa Maria da Feira: Rainho Neves.
- Frei Bernardo. (2000). *Personalismo perspectivas*. Porto: Metanoia.

- Freire, P. (2008). *Pedagogia da autonomia* (14ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2000). *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. São Paulo: Cortez.
- Freire, P. (1992). *Pedagogia da esperança* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1975). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freud, S. (1974). *Três ensaios sobre a sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Fundo das Nações Unidas para a População [FNUAP]. (2012). *Por escolha, não por acaso. Planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento*. Brasil: FNUAP.
- Fundo das Nações Unidas Para a População e Desenvolvimento [FNUAP]. (2010). *Looking Back, Moving Forward - Results and Recommendations from the ICPD-at-15 Process*. FNUAP.
- Fundo das Nações Unidas para a População [FNUAP]. (2005). *A situação da população mundial 2005 - A promessa de igualdade: Equidade em matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objetivos de desenvolvimento do Milénio*. Nova Iorque: FNUAP.
- Fundo das Nações Unidas Para a População e Desenvolvimento [FNUAP]. (1994). *Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento - Plataforma do Cairo*. Cairo: FNUAP.
- Gagnon, J. (2006). *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Gal, R. (2004). *História da Educação* (5ª ed.). Lisboa: Vega Editora.
- Galvão, J. (2008). *Os jovens e o sexo*. Brasília: Deplano.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Geertz, C. (2008). *A interpretação de culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Gennep, A. (2011). *Os ritos de passagem. Antropologia*. Petrópolis: Editora Vozes.

- Gentry, M. (2009). The Sexual Double Standard: The influence of number of relationships and level of sexual activity on judgments of women and men. *Psychology of Women Quarterly*, 72, 143-164.
- George, L., Larson, D., Koenig, H., & McCullough, M. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 102-116.
- Gervilla-Castillo, E. (2000). Un modelo axiológico de educación integral. *Revista Española de Pedagogía*, LVIII(215), 39-58.
- Gervilla-Castillo, E. (1997). *Postmodernidad y Educación: valores y cultura de los jóvenes*. Madrid: Dykinson.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Lisboa: Celta Editora.
- Gibb, C. (2002). *As confissões de uma adolescente*. Lisboa: Presença.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Giddens, A. (1996). *Transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Harvard: University Press.
- Gimeno, A. (2003). *A família. O desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gohm, C., & Clore, G. (2002). Affect as information: An individual differences approach. In L. Feldman Barrett, & P. Salovey (Org.), *The wisdom in feeling: psychological processes in emotional intelligence* (pp. 89-113). New York: Guilford Press.
- Goleman, D. (1996). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Gomes, F. (1980). Os problemas sexuais na prática clínica. *Psiquiatria Clínica*, 1(4), 277-282.
- Gómez-Zapiain, J. (2005). Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia. In S. Rathus, J. Nevid, & L. Fichner-Rathus (Org.), *Sexualidad Humana* (6ª ed., pp. 289-292). Madrid: Pearson-Prentice Hall.

- Gonzaga, M., & Nunes, R. (2006). A bioética na educação para os valores e para uma sexualidade responsável. In R. Nunes, & G. Rego (Org.), *Desafios à sexualidade humana* (pp. 51-72). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Gonzalez, B., & Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 107-127.
- Greenberg, J., Bruess, C., & Conklin, S. (2011). *Exploring the dimensions of Human Sexuality*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Greenberg, L. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154-189.
- Grupo de Trabalho em Educação Sexual [GTES]. (2007a). *Relatório Final*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Grupo de Trabalho em Educação Sexual [GTES]. (2007b). *Relatório de progresso*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Guerra, V. (2001). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada* (4ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Guerreiro, M., & Abrantes, P. (2005). Como tornar-se adulto: processos de transição na modernidade avançada. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20(58), 157-175.
- Gunby, C., Carline, A., Bellis, M., & Beynon, C. (2012). Gender differences in alcohol-related non-consensual sex: cross-sectional analysis of a student population. *BMC Public Health*, 12(1), 216.
- Günther, H. (2005). A psicologia ambiental no campo interdisciplinar de conhecimento. *Revista de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 16, 1-2, (179-183).
- Hardy, A., & Raffaelli, M. (2003). Adolescent religiosity and sexuality: an investigation of reciprocal influences. *Journal of Adolescent Health*, 26, 731-739.
- Harvard Medical School. (2005). *HIV/AIDS*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de InteliHealth: The trusted source: <http://www.intelihealth.com>
- Hayes, C. (1987). *Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy, and Childbearing*. Washington: National Academy Press.

- Hedlund, J., & Sternberg, R. (2002). Inteligências em excesso? Integrando as inteligências social, emocional e prática. In R. Bar-On, & D. Parker (Org.), *Manual de Inteligência Emocional: Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho* (pp. 111-131). Porto Alegre: Artmed.
- Heller, A. (1993). *La teoria de los sentimientos* (3ª ed.). Barcelona: Espanha.
- Hendrick, C., Hendrick, S., & Reich, D. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research*, 43(1), 78-86.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of Sexual Attitudes. *The Journal of Sex Research*, 23(4), 502-526.
- Hendrix, W., Rueb, J., & Steel, R. (1998). Sexual Harassment and Gender Differences. *Journal of Social Behavior and Personality*, 13(2), 235-252.
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30(1), 51-74.
- Hirsch, E. (2000). *As perturbações do desejo*. Lisboa: Laboratórios Lepori.
- Hoebel, E., & Frost, E. (2011). *Antropologia Cultural e Social* (8ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Hogan, R. (1980). *Human sexuality: a nursing perspective*. USA: Appleton-Century-Crofts.
- Hogg, M., & Vaughan, G. (2005). *Psicologia Social* (4ª ed.). São Paulo: Prentice-Hall.
- Holman, A., & Sillars, A. (2012). Talk about "hooking up": the influence of college student social networks on nonrelationship sex. *Health Communication*, 27(2), 205-216.
- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Ilieva, J., Baron, S., & Healey, N. (2002). Online surveys in marketing research: pros and cons. *International Journal of Market Research*, 44(3), 361-376.
- Impett, E., & Peplau, L. (2003). Sexual compliance: Gender, motivational and relationship perspectives. *The Journal of Sex Research*, 40(1), 87-100.

- Impett, E., Strachman, A., Finkel, E., & Gable, S. (2008). Maintaining sexual desire in intimate relationships: The importance of approach goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 808-823.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011). *Censos 2011. Resultados definitivos: XV recenseamento geral da população*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2000). *Taxa de Natalidade*. Obtido em 13 de Junho de 2012, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>
- International Planned Parenthood Federation [IPPF]. (2009). *Reproductive Health*. Obtido em 10 de Março de 2011, de IPPF Glossary: <http://www.ippf.org/resources/glossary>
- International Planned Parenthood Federation [IPPF]. (2006). *Framework for comprehensive sexuality education*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation [IPPF]. (2003). *Sexuality Education: Integrated, Innovative, Inclusive, In Touch*. Brussels: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation [IPPF]. (1997). *Family Planning handbook for health professionals*. London: IPPF.
- Irvin, A. (2000). *Ensinando os adolescentes sobre sexualidade e género na Nigéria e Camarões*. Nova York: International Women's Health Coalition.
- James, C., Hart, T., Roberts, K., Ghai, A., Petrovic, B., & Lima, M. (2011). Religion versus ethnicity as predictors of unprotected vaginal intercourse among young adults. *Sexual Health*, 8(3), 363-371.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychological framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12(8), 374-390.
- João Paulo II. (1998). *Da justiça de cada um nasce a paz para todos!* Libreria Editrice Vaticana.
- Johnson, A. (1997). *Dicionário de Sociologia*. Zahar.
- Johnson, B., Jang, S. J., Larson, D., Li, & De, S. (2001). Does Adolescent Religious Commitment Matter? A Reexamination of the effects of Religiosity on Delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 38(1), 22-44.

- Junqueira, S. (2004). Educação e espiritualidade, uma alternativa para o séc. XXI? *Revista Educação em Movimento*, 3(7), 15-20.
- Kaplan, H. (1999). *Transtornos do Desejo sexual*. Porto Alegre: Artmed.
- Katz, D. (1960). The fundamental approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 26(2), 54-67.
- Kerr-Côrrea, F., Igami, T., Hiroce, V., & Tucci, A. (2007). Patterns of Alcohol use between genders: a cross cultural evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 265-275.
- Kinsey, A. (1998a). *Sexual Behavior in the Human Female* (1ª Ed. em 1953) Indiana: University Press.
- Kinsey, A. (1998b). *Sexual Behaviour in the Human Male* (1ª Ed. em 1948). Indiana: University Press.
- Kirby, D., & Lepore, G. (2007). *Sexual Risk and Protective Factors*. Obtido de Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention: <http://recapp.etr.org/recapp/documents/theories/RiskProtectiveFactors200712.pdf>
- Kirby, D., Laris, B., & Rolleri, L. (2006). *Sex and HIV Education. Programs for Youth: Their impact and important characteristics*. Scotts Valley: Family Health International.
- Koenig, H. (2003). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
- Koenig, M., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health: A century od research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicologia del desarrollo moral*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Kraus, T., Rodrigues, M., & Dix, M. (2009). Sentido de vida, saúde e desenvolvimento humano. *Revista Referência*, 2(10), 77-88.
- Krebs, R., Vieira, L., Vieira, J., & Beltrame, T. (1996). *Desenvolvimento Humano: Uma área emergente da ciência do movimento humano*. Santa Cruz do Sul: Desenvolvimento Humano.

- Labrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J. P., & Marriot, C. (2005). Effects of Alcohol, Expectancies and partner type on condom use in college males: event-level analyses. *The Journal of Sex Research*, 42(3), 259-266.
- Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis. Radiofonía e televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Lafer, C. (1991). *A reconstrução dos direitos humanos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Lancaster, J. (1999). História da saúde e da enfermagem comunitária. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Org.), *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 3-19). Lisboa: Lusociência.
- Langille, D., & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age 15 among female adolescents in Nova Scotia. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11(2), 91-99.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: The University Press of Chicago.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Le Boterf, G. (1999). *Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 40 questões*. Porto: Edições ASA.
- Le Breton, D. (2002). *El hombre y su doble: El cuerpo alter ego, en Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Le Gall, D. (2004). Le première fois. In J. Marquet, *Nomes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant.
- Le Goff, J., & Truong, N. (2005). *Uma história do Corpo na Idade Média*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: LivPsic.

- LED On Values. (2012). Obtido em 10 de Maio de 2012, de LED A sua Voz Ativa:
<http://www.ledonvalues.org/saude>
- Ledoux, J. (1996). *O cérebro emocional: Os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Leininger, M. (2007). Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa. In J. Morse, *Metodologia de investigação qualitativa* (pp. 102-121). Coimbra: Formasau.
- Lejeune, C. (1982). *A educação sexual na escola*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Lemos, E. (2001). *O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisitos para comportamentos saudáveis*. (Dissertação de mestrado). Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina.
- Lemos, M., Menezes, I., Queirós, C. T., & Santos, P. (2007). *Construção e validação do Inquérito Pedagógico da Universidade do Porto: versão do estudante (IPUP-VE)*. Porto: Universidade do Porto.
- Lerner, R. (2002). *Concepts and theories of human development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa, fundamentos e práticas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Levenson, R. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481-504.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3-13.
- Lima, M., Catrib, A., & Vieira, L. (2004). Compreensão existencial: uma abordagem pedagógica da promoção da vida. *História, Ciências, Saúde*, 11(02), 297-319.
- Lindsay, J., Smith, A., & Rosenthal, D. (1997). *Secondary students, HIV/AIDS and sexual health centre for the study of sexually transmissible diseases*. Melbourne: La Trobe University.
- Linton, R. (2000). *O Homem: Uma introdução à Antropologia*. São Paulo: Martins Fontes.

- Lomba, L., Apóstolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 31-41.
- Longabaugh, R., & Morgenstern, J. (1999). Cognitive-Behavioral Coping-Skills Therapy for Alcohol Dependence. *Alcohol, Research and Health*, 23(2), 78-85.
- Lopes, C. A. (2008). Pedagogia, didática, metodologia, todas ou nenhuma? Um relato. *EduSer - Revista de Educação*, 0(3), 111-121.
- Lopes, O. (2004). Crenças e atitudes como "Co-Factores" do VIH/SIDA. *5º HIV/AIDS Virtual Congress*.
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- López, F., & Oroz, A. (1999). *La vida sexual del adolescente: para comprender*. Estella: Editorial Verbo Divino.
- López-Soler, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual*. Coruña: Netbiblo.
- Loureiro, E., McIntyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 209-214.
- Lourenço, O. (2006). *Psicologia do desenvolvimento moral: teoria, dados e implicações* (3ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.
- Lourenço, O. (1991). Educação para os valores morais na escola portuguesa: considerações Kohlbergianas. *Psychologica*, 5, 1-11.
- Louro, G. L. (2001). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. New York: Routledge.
- Lupton, D., & Tulloch, J. (2002). Risk is part of your life: Risk epistemologies among a group of Australians. *Sociology*, 36(2), 317-334.
- Luz, J. L. (1994). *Jean Piaget e o sujeito do conhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Manos, N. (2005). Sexual life, problems and attitudes of the prospective Greek physician. *Archives of sexual behavior*, 12(5), 435-443.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2002). *Técnicas de Pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marinho, S., Anastácio, Z., Carvalho, G. (2011) Desenvolvimento e Implementação de Projectos de Educação Sexual – análise das dimensões biológica, psicológica e social da sexualidade. Obtido em 3 dezembro 2012 https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12639/1/artigo_AGIR_Marinho_Anastacio_Carvalho.pdf
- Marques, A. C. (2005). *Do primeiro beijo ao primeiro filho - o roteiro sexual para uma maternidade na adolescência*. (Dissertação de Mestrado) Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.
- Marques, A., & Prazeres, V. (2000). *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da educação e Ministério da Saúde.
- Marques, R. (2002). *Valores éticos e cidadania na escola*. Barcarena: Editorial Presença.
- Martinelli, M. (1999). *Conversando sobre educação em valores humanos*. São Paulo: Peirópolis.
- Martínez, M. (1987). *Dimensiones adaptativas y proyectivas de los sistemas*. Barcelona: CEAC.
- Martinez-Alvarez, J. (2000). Experiencias heterosexuales en la adolescencia: implicaciones para la educación sexual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(1), 191-209.
- Martins, A. M. (2003). A mulher entre a norma e a prática na Idade Média. In L. Fonseca, & L. Amaral (Org.), *Os reinos ibéricos na Idade Média: livro de homenagem ao Professor Doutor Humberto Baquero Moreno* (pp. 99-102). Porto: Livraria Civilização.
- Martins, A. M. (2001). *O mosteiro de S. Salvador de Vairão na Idade Média: o percurso de uma comunidade feminina*. Porto: Universidade Portucalense.

- Martins, A. M. & Carvalho, M. (2007). A violência sexual contra crianças e jovens na atualidade. *Revista de Ciènces de l'Educació*, XXXI(III), 7-22.
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*.
- Matos, A. (2000). Construção da identidade sexual. In A. Barbosa, & P. Gomes, *Sexualidade* (pp. 67-71). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Matos, M. (2010). *Sexualidade. Afectos e Cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Matos, M., & Gaspar, T. (2005). *Adolescentes portuguesas: risco e proteção*. Obtido em 18 de Dezembro de 2010, de HIV/AIDS Virtual Congress 6: http://www.aidscongress.net/pdf/adolescentes_abstract241_comunic_272.pdf
- Matos, M., & Sardinha, L. (1999). Estilos de Vida Ativos e Qualidade de Vida. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Org.), *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 163-182). Lisboa: FMH.
- Matos, M., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2005). *Aventura Social & Saúde: Aventura social, etnicidade e risco. Prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*. Lisboa: CMDT; IHMT; PAS; FMH; OMS; CLCS; FCT.
- Matos, M.; Reis, M.; Ramiro, L.; Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2011). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M.; Reis, M.; Ramiro, L.; Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições.
- Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Pereira, S.; Diniz, J.; Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. (2006). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA - Relatório Preliminar*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Mattarazzo, M. H. (1985). A sexualidade e o Amor. *Clinical Medicine*, 3(2), 16-22.

- Maturana, H. (1997). *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais [UFMG].
- Mayer, J., & Salovey, P. (1999). O que é inteligência emocional? In P. Salovey, & D. Sluyter (Org.), *Inteligência emocional da criança: aplicações na educação e no dia-a-dia* (pp. 15-49). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242.
- McGrew, K., & Flanagan, D. (1998). *The intelligence test desk reference (ITDR): Gf-Gc cross-battery assessment*. Needham Heights: Pearson Education.
- Meier, A. (2003). Adolescents transition to first intercourse, religiosity and attitudes about sex. *Social Forces*, 81(3), 1031-1052.
- Mendes, I. (1998). Problematização da Gravidez na Adolescência no Contexto das Sociedades Ocidentais. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(1), 23-27.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. (Tese de Doutorado). Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar.
- Mendes, V., & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Revista Toxicodependências*, 13(2), 25-40.
- Menezes, I. (1990). O desenvolvimento Psicosexual. In B. Campos, *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (Vol. 2, pp. 139-185). Lisboa: Universidade Aberta.
- Menin, M. (2003). *Cinco estudos da educação moral. Psicologia e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Livraria e Editora.
- Meredith, P. (1990). A educação sexual nos países europeus. *Revista Sexualidade e Planeamento Familiar*, 47/48, 11-13.
- Michalak, L., Trocki, K., & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the US National Alcohol Survey: How important is religion for abstention and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 268-280.

- Miguel, L., & Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde.
- Miguel, N. S. (1994). *Os jovens e a sexualidade* (6ª ed.). Lisboa: Comissão da Condição Feminina, EPNC.
- Milhausen, R., & Herold, S. (2001). Reconceptualizing the sexual double standard. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13(2), 63-83.
- Milhausen, R., & Herold, S. (1999). Does the sexual double standard still exist? Perceptions of University women. *The Journal of Sex Research*, 36(4), 361-368.
- Miller, W., & Thorensen, C. (2003). Spirituality, religion and health: an emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Milton, J. (2003). Primary School Sex Education Programs: views and experiences of teachers in four primary schools in Sydney, Australia. *Sex Education*, 3(3), 241-256.
- Ministério da Educação [ME]. (2010). *Portaria nº 196-A/2010. Regulamenta a Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Educação [ME]. (2008). *Despacho nº 19 308/2008, de 21 de Julho*. Obtido em 10 de Março de 2011, de Educação Sexual em Meio Escolar: http://www.dge.mec.pt/educacaoosaude/data/educacaoosaude/educacaoosexual/desp_19308_2008.pdf
- Ministério da Saúde (1998). *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século 1998-2002*. . Lisboa: IGIF.
- Molgat, M. (2007). Do transitions and social structures matter? How 'emerging adults' define themselves as adults. *Journal of Youth Studies*, 10(5), 495-516.
- Money, J., & Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman, boy and girl: Differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Oxford: Johns Hopkins University Press.

- Monteiro, M.; Raposo, J. (2005). *Compreender o comportamento sexual para melhor (re)agir*. Obtido em 14 de Janeiro de 2012, de 6º HIV-AIDS Virtual Congress: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=271
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adulterez emergente: na fronteira entre a adolescência e a adulterez. *Revista @mbiente e educação*, 2(1), 129-137.
- Moore, J., Werch, C., & Bian, H. (2011). Pilot of a computer-based brief multiple-health behavior intervention for college students. *Journal of American College Health*, 60(1), 74-80.
- Moore, N., & Davidson, J. (2000). Communicating with new sex partners: College women and questions that make a difference. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 215-230.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo-Neto, F., & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Moreno-Jiménez, B. (1990). *La sexualidad Humana: Estudio y perspectiva histórica*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Morin, E. (1997). *Espírito do Tempo - 1 Neurose*. Porto Alegre: Livraria Aurora.
- Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South African Adolescents: Pathways to risky sexual behavior. *AIDS education and prevention*, 18(3), 259-272.
- Morse, J. (2007). *Aspetos essenciais da metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Moser, A. (2001). *O enigma da Esfínges: a sexualidade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Mossuz-Lavau, J. (2005). Sexualidade e religião: o caso das mulheres muçulmanas na França. *Revista Estudos Feministas*, 13(2), 337-386.
- Mozer, A., Reggiani, M., & Urbanetz, A. (2007). Comportamento sexual de risco entre estudantes universitárias dos cursos de ciências da saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(4), 116-121.
- Mulama, S. (2006). *The Sexuality Education Needs of Teacher Trainees in Kenya*. Africa Regional Sexuality Resource Centre.

- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Martins, A., & Nunes, C. (2009). Gender differences in HIV-related sexual behavior among college students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 485-495.
- Murray, K., Ciarrocchi, J., & Murray-Swank, N. (2007). Spirituality, religiosity, shame and guilt as predictors of sexual attitudes and experiences. *Journal of Psychology and Theology*, 5(3), 222-234.
- Murray-Swank, N., Pargament, K., & Mahoney, A. (2005). At the crossroads of sexuality and spirituality: The sanctification of sex by college students. *The International Journal of the Psychology of Religion*, 15(3), 199-219.
- Navarro, M. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? (Conceitos e fundamentos para novas práticas). In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, T. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Org.), *Educação para a saúde*.(13-28) Braga: Universidade do Minho - Departamento de Metodologias da Educação.
- Nelson, V., & Martin, A. (2004). *Assessing the social impacts of codes of practice. (Presentation to the DSA CSR and Development Study Group)*. Obtido em 20 de Março de 2012, de <http://projects.nri.org/nret/dsavn.ppt>
- Nemcic, N., Novak, S., Mariæ, L., Novosel, I., Kronja, O., Hren, D., Marušiæ, M. (2005). Development and validation of questionnaire measuring attitudes towards sexual health among university students. *Croatian Medicine Journal*, 46(1), 52-57.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (Vol. 2). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neugarten, B. (1979). Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 136(7), 887-894.
- Newman, I., & Benz, C. (1998). *Qualitative-quantitative research methodology: exploring the interactive continuum*. Carbondale, Southern Illinois: University Press.
- Nóbrega, T. (2005). Qual o lugar do corpo na educação? Notas sobre conhecimento, processos cognitivos e currículo. *Educação e Sociedade*, 26(91), 599-615.
- Nogueira, C., Saavedra, L., & Costa, C. (2008). (In)Visibilidade do género na sexualidade juvenil: Propostas para uma nova conceção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pró-posições*, 19(2), 59-79.

- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 575-584.
- Nunes, C. (1987). *Desvendando a sexualidade* (5ª ed.). São Paulo: Papirus.
- Nunes, J., & Pateiro, V. (2000). Etilização aguda e ação de Enfermagem. *Revistas Sinais Vitais, 30*, 13-22.
- Nunes, R., & Brandão, C. (2007). Nota introdutória. In R. Nunes, & C. Brandão, *Humanização da Saúde* (pp. 11-12). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R., & Rego, G. (2006). *Desafios à sexualidade humana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Oatley, K., & Jenkins, J. (2003). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, L. R. (2004). *A comunicação educativa em ambientes virtuais: Um modelo de design de dispositivos para o ensino-aprendizagem na Universidade*.(Tese de Doutoramento) Braga: Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia.
- Olshansky, E. (1995). Tratamento de pessoas com doenças transmitidas por via sexual. In W. Phipps, *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica* (2ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- OMS/UNFPA/UNICEF. (1999). *Programming for Adolescent Health and Development: Study Group on Programming for Adolescent Health*. Geneva: OMS.
- ONUSIDA. (2008). *Resumen de orientación del Informe sobre la epidemia mundial de sida*. Geneva: OMS.
- Oppenheim, A. (2000). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. New York: Continuum.
- Orchowski, L., Mastroleo, N., & Borsari, B. (2012). Correlates of alcohol-related regretted sex among college students. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 26*(4), 782-790.

- Organização das Nações Unidas [ONU] (2010). *Resolution A/RES/65/211 - Elimination of all forms of intolerance and of discrimination based on religion or belief*. ONU.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: ONU.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1981). *Declaration on the Elimination of All Forms of Intolerance and of Discrimination Based on Religion or Belief*. Obtido em 29 de Janeiro de 2010, de United Nations: <http://www.un.org/documents/ga/res/36/a36r055.htm>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2011). *Oportunidades de prestar cuidados de saúde aos recém-nascidos previstas nos programas existentes*. Obtido em 5 de Março de 2012, de OMS - The partnership for maternal, newborn & child health: http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port_chap3_1.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2010a). *Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2010b). *Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2007). *The World Health Report - A safer future: Global Public Health Security in the 21st Century*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). *Reduzindo os riscos e promovendo uma vida saudável*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2000). *V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Santa Fé: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1997). *IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Declaração de Jacarta*. Jacarta: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1991). *3ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde*. Sundsvall: OMS.

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1988). *2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Recomendações de Adelaide*. Adelaide: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa "Uma conferência internacional para a promoção da saúde com vista a uma nova Saúde Pública*. Lisboa: Direção Geral de Saúde [DGS].
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1975). *World Health Organization Technical Report Series NO.572 - Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Geneva: OMS.
- Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. (2000). *Saúde sexual e reprodutiva*. OPAS.
- Ortega, P., Mínguez, R., & Gil, R. (1996). *Valores y educación*. (1ª ed.). Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Osswald, W. (2001). *Contracepção - Aspectos Médicos*. In L. Archer, J. Biscaia, M. Renaud, & W. Osswald, *Novos desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora.
- Outeiral, J., & Cerezer, C. (2003). *O mal-estar na escola*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ozmon, H., & Craver, S. (2004). *Fundamentos filosóficos da educação* (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pais, J. M. (2001). *Religião e Bioética. Atitudes sociais dos Portugueses*. Lisboa: ICS/ISSP.
- Pais, J. M. (1998). *Jovens Portugueses de hoje*. Lisboa: SEJ/CELTA.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). *Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 243-272.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pardal, L., & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal.
- Pargament, K., Magyar-Russel, G., & Murray-Swank, N. (2005). *The Sacred and the Search for Significance: Religion as a unique process*. *Journal of Social Issues*, 61(4), 665-687.

- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Porto: Editora Figueirinhas.
- Paul, E., McManus, B., & Hayes, A. (2000). "Hookups": Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences. *Journal of Sex Research*, 37(1), 76-88.
- Pedro, A. P. (2002). *Percursos de uma educação em valores em Portugal - Influências e estratégias*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian - Fundação para a Ciência e Tecnologia. Ministério da Ciência e da Tecnologia.
- Peirano, M. (2003). *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pereira, H., & Silva, M. (2006). Entrevista: pela educação, com António Nóvoa. *Revista saber (e) educar*, 11, 111-126.
- Pereira, M., & Freitas, F. (2001). *Educação sexual: Contextos de sexualidade e adolescência*. Porto: Edições ASA.
- Perrenoud, P. (2005). *Escola e cidadania, o papel da Escola na formação para a democracia*. Porto Alegre: Artmed.
- Petchesky, R. (1999). Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In R. Barbosa, & R. Parker (Org.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (34ª ed., pp. 15-38). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Piaget, J. (1983). *Problemas da psicologia genética*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Piko, B., & Fitzpatrick, K. (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29(6), 1095-1107.
- Pilosu, M. (1995). *A mulher, a luxúria e a Igreja na Idade Média*. Lisboa: Estampa.
- Pinto, C. M. (2011). *Desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos enfermeiros* (Tese de Doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pinto, E. (2000a). *Educação sexual e religião*. Obtido em 7 de Abril de 2010, de <http://www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista>
- Pinto, M. (2000b). *A televisão no quotidiano das crianças*. Porto: Edições Afrontamento.

- Plutchik, R. (2002). *Emotions and life. Perspectives from psychology, biology and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Plutchik, R. (2000). *Emotions in the Practice of Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Plutchik, R. (1997). The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality. In E. Plutchik, & H. Conte (Org.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 17-45). Washington, DC: APA.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem avaliação de evidências para a prática de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Pope, C., & Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- PORDATA. (28 de Dezembro de 2012). *Alunos Matriculados no ensino superior: total e por sexo - Portugal*. Obtido em 13 de Maio de 2013, de Base de Dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculado+no+ensino+superior+total+e+por+sexo-1048>
- Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behavior among adolescent students. *Addiction*, 96(4), 607-621.
- Primi, R. (2002). Inteligência Fluída: definição fatorial, cognitiva e neuropsicológica. *Cadernos de Psicologia e Educação*, 12(23), 57-77.
- Psicologia Social (1987). In *Dicionário das ciências sociais* (p. 205). Lisboa: Publicações Europa América.
- Quesada, R. (2004). *Educació para la Salut. Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramiro, L., & Reis, M. (2006). Sexualidade na adolescência. *Psicologia Atual*, 8, 73-74.
- Ramos, V., Carvalho, C., & Leal, I. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*, 23(2), 173-185.

- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: a critical introduction*. London: Sage.
- Regnerus, M., & Elder, G. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research*, 32(4), 633-658.
- Reis, M., & Matos, M. (2007). Contraceção - Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Saúde & Doenças*, 8(2), 209-220.
- Reiss, I. (2001). Sexual attitudes and behavior. In N. Smelser, & P. Baltes (Org.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. New York: Elsevier.
- Reiss, I. (1964). The scaling of premarital sexual permissiveness. *Journal of Marriage and the Family*, 26, 188-198.
- Reiss, I. (1960). *Premarital sexual standards in America*. New York: Free.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
- Renaud, M. (2001). Sexualidade e Ética. In L. Archer, J. Biscaia, M. Renaud, & W. Osswald (Org.), *Novos desafios à Bioética* (pp. 39-45). Porto: Porto Editora.
- Requeijo Osório, A. (2006). *Educação permanente e educação de adultos - perspetivas socioeducativas*. Porto: Universidade Portucalense - Departamento de Ciências da Educação e do Património (Seminário no âmbito do Doutoramento em Educação).
- Ribeiro, A. (2003). *O corpo que somos: Aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, M. I., & Fernandes, A. J. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1).
- Ribeiro, M., & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 99-113.

- Ribeiro, T. T. (2008). Educação em meio escolar: os valores comuns. *Actas do V Encontro Luso-Brasileiro de Bioética*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Ribeiro, T. T. (2007). *Estudo dos comportamentos e conceitos sobre sexualidade: Caracterização dos estudantes do ensino superior*.
- Ribeiro, T. T. (2006). *Educação da sexualidade em meio escolar: treino de competências individuais*. Braga: Editora Casa do Professor.
- Rice, F. P. (1992). *Human development: a life-span approach*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Richardson, D., & Robinson, V. (1997). *Women's Studies*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Ricou, M. (2004). *Ética e Psicologia: uma prática integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Roche, J., & Rambersy, T. (1993). Premarital sexuality: a five-year follow-up study of attitudes and behavior by dating stage. *Adolescence*, 28(109), 67-80.
- Rodolpho, A. L. (2004). Rituais, ritos de passagem e de iniciação: uma revisão da bibliografia antropológica. *Estudos Teológicos*, 44(2), 138-146.
- Rodrigues, A., Assmar, E., & Jablonski, B. (2000). *Psicologia social* (24ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, J. M. (2007). Conhecimentos e experiências sexuais dos jovens estudantes do ensino superior. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 149-173.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, V., Carvalho, A., Gonçalves, A., & Carvalho, G. (2006). Situações de risco para a saúde de jovens adolescentes. *Encontro de Investigação* (pp. 65-71). Vila Real: Escola Superior de Educação da UTAD.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores: uma teoria de organização e mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.

- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Évora: Associação para o Planeamento da Família [APF].
- Rosen, R., & Beck, J. G. (1988). *Patterns of sexual arousal: Psychophysiological processes and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Rostosky, S., Regnerus, M., & Wright, M. (2003). Coital debut: The role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *Journal of Sex Research, 40*(4), 358-367.
- Saavedra, L., Nogueira, C., & Magalhães, S. (2010). Discursos de Jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educação Social, 31*(110), 135-156.
- Saint-Exupéry, A. (2010). *O príncipezinho*. Lisboa: Editorial Presença.
- Salles, A., & Ceccarelli, P. (2010). A invenção da sexualidade. *Reverso, XXXII*(60), 15-24.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, cognition and personality, 9*, 185-211.
- Sampaio, D. (22 de Março de 2009). Crónica Porque Sim: Vozes Optimistas. *Pública, 4*.
- Sampaio, M. M. (1987). *Escola e Educação Sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Santana, M. T., & Jorge, M. S. (2007). Corpo próprio como experiência vivencial da enfermeira no cuidar do outro no processo de morrer. *Revista Latinoamericana de Enfermagem, 15*(3), 1-9.
- Santana, S., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências, 14*(1), 17-24.
- Santiago, R., Oliveira, L., & Pereira, A. (2004). *Investigação em educação: Abordagens conceptuais e práticas*. Porto: Porto Editora.
- Santos, M. (2001). *Orientação sexual no 1º e 2º ciclos do ensino fundamental: uma realidade distante?* Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Sardinha, L., Matos, M., & Loureiro, I. (1999). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: FMH.

- Saucier, G. (2000). Isms and the structure of social attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 366-385.
- Segalen, M. (2002). *Ritos e rituais contemporâneos*. Rio de Janeiro: FGV.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.
- Serrano, G. (2004). *Investigación Cualitativa. Retos y interrogantes II. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Serrão, D. (1996). *A Magia e os Labirintos da Sexualidade*. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de Daniel Serrão: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=96>
- Shaffer, D. (2005). *Psicologia do desenvolvimento: Infância e adolescência*. São Paulo: Pioneira Thomason Learning.
- Shin, K., Park, H., & Cha, C. (2011). Sex education during the school-aged years influences sexual attitudes and sexual health in college: A comparative study from Korea. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 328-334.
- Silva, C. R. (1995). Sexualidade: considerações pedagógicas. *Espaço Pedagógico*, 2(1), 81-88.
- Silva, G., & Homenko, R. (2002). *Budismo - A Psicologia do autoconhecimento*. São Paulo: Editora Pensamento.
- Silva, I. V. (2006). *Educação para os valores em sexualidade: Um estudo com futuros professores e alunos do 9º ano de escolaridade* (Dissertação de Mestrado) Braga: Universidade do Minho
- Silva, J. A. (2008). *O olhar das religiões sobre a sexualidade*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/728-4.pdf>
- Silva, M. A. (1999). *Quem ama não adocece: o papel das emoções na cura e prevenção das doenças* (19ª ed.). São Paulo: Best-seller.
- Silva, M. O. (2012). *A sexualidade, a Igreja e a Bioética*. Alfragide: Leia.
- Silva, P. (2006). Pais-professores: reflexões em torno de um estranho objeto de estudo. *Interações*, 2, 268-290.

- Silva, P. (2003). *Escola-Família, uma relação armadilhada, interculturalidade e relações de poder*. Porto: Edições Afrontamento.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência. Textos universitários de ciências sociais e humanas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian - Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Simon, W. (1996). *Postmodern Sexualities*. London: Routledge.
- Simon, W., & Gagnon, J. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Sinha, J., Cnaan, R., & Gelles, R. (2007). Adolescent Risk Behaviors and Religion: Findings from a National Study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 231-249.
- Soares, M. G. (1985). *Educação sexual na escola: percepção de pais, alunos e educadores; Sugestão de programa (Dissertação de Mestrado)* Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Southam-Gerow, M., & Kendall, P. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of Youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 319-327.
- Sprecher, S., McKinney, K., & Orbuch, T. (1991). The Effect of Current Sexual Behavior on Friendship, dating and marriage desirability. *The Journal of Sex Research*, 28(3), 387-408.
- Sprinthall, N., & Collins, A. (1999). *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N., & Sprinthall, R. (1994). *Psicologia Educacional - Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Starkman, N., & Rajani, N. (2002). The case for comprehensive sex education. *AIDS Patient Care STDS*, 16(7), 313-318.
- Sternberg, R. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Psychology*, 27, 313-330.
- Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.

- Stoer, S. (1991). *Educação, Ciências Sociais e relaidade portuguesa - Uma abordagem pluridisciplinar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., & Stephenson, J. (2006). Sex and relationship education for 13–16 year olds: evidence from England. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 6(1), 31-46.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimento para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Suprema Corte de Justiça. (2000). *Ley nº 3.450 - Provincia de Río Negro - Creación del Programa provincial de salud reproductiva y sexualidad humana*. Obtido em 20 de Abril de 2011, de Consejo Nacional de las Mujeres: <http://www.cnm.gov.ar/LegProvincial/RioNegroLegislacionSaludReproductiva.pdf>
- Taquette, S., Vilhena, M., & Paula, M. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(3), 210-214.
- Tavares, J., & Alarcão, I. (2002). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Cabral, A., Fernandes, C., Huet, I., Monteiro, S. (2006). Estratégias de promoção do sucesso académico: Uma intervenção em contexto curricular. *Análise Psicológica*, 1(XXIV), 61-72.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Taylor, G., & Bagby, M. (2002). Uma visão geral do constructo alexitimia. In R. Bar-On, & D. Parker (Org.), *Manual de inteligência emocional: Teoria e aplicações em casa, na escola e no trabalho* (pp. 47-64). Porto Alegre: Artmed.
- Taylor, T. (1997). *A pré-história do sexo: quatro milhões de anos de cultura sexual*. Rio de Janeiro: Campus.

- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas - 2011*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Centro de Estudos e Sondagens de opinião e Centro de Estudos de Religiões e Culturas.
- Teixeira, M. J. (2010). *Necessidades de saúde em famílias com jovens adultos (Tese de Doutoramento)*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Teodoro, A. (2003). *Globalização e educação: Políticas educacionais e novos modos de governação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Teodoro, A., & Torres, C. (2004). *Educação crítica e utopia: perspectivas para o século XXI*. Porto: Edições Afrontamento.
- Thege, B., Pilling, J., Cserhádi, Z., & Kopp, M. (2012). Mediators between bereavement and somatic symptoms. *BMC Family Practice*, 13(59).
- Tiefer, L. (1981). *A sexualidade humana: sentimento e funções*. São Paulo: Harper & Row.
- Torres, C. (2006). *Educational policy and scholarship of class, race, gender and satle: education and globalization in the twenty-first century*. Porto: Universidade Portucalense - Departamento de ciências da educação e do património (Seminário no âmbito do Doutoramento em Educação).
- Trentacosta, C., Izard, C., Mostow, A., & Fine, S. (2006). Children's emotional competence and attentional competence in early elementary school. *School Psychology Quaterly*, 21(2), 148-170.
- Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação (3ª ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Uecker, J., Regnerus, M., & Vaaler, M. (2007). Losing my religion: the social sources of religious decline in early adulthood. *Social Forces*, 85(4), 1667-1689.
- UNICEF (2004). *Convenção sobre os direitos da criança*. ONU.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2012). *Programas de educação sexual na escola. Análise de custos e da relação custo-efetividade em seis países*. Paris: UNESCO.

- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2010). *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade - Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. In S. a. United Nations Educational, *Razões em favor da educação em sexualidade* (Vol. I, pp. 1-129). Brasília: UNESCO.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2009). *International Guidelines on Sexuality Education: An evidenced informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education*. Paris: UNESCO.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2005). *Convenção para a proteção e promoção da diversidade das expressões culturais*. Paris: UNESCO.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2002). *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*. Paris: UNESCO.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2002). *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural*. Obtido em 21 de Janeiro de 2011, de UNESCO: <http://unesdoc.unesco.org/imagens/001271/127162s.pdf>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. Obtido em 28 de Setembro de 2010, de United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: <http://www.unesco.org/education/information/50y/nfsunesco/doc/hum-rights.htm>
- Vaillant, G. (2001). *Adaptation to life*. London: Harvard University Press.
- Vala, J., & Monteiro, M. (2006). *Psicologia social* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e de sexualidade dos jovens portugueses. In M. Cabral, & J. Pais, *Jovens Portugueses de hoje* (pp. 215-305). Oeiras: Celta.
- Vásquez, A. S. (2008). *Ética* (18ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Vaz, J. M. (2003). Sexualidade e história. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz (Org.), *A sexologia: Perspetiva multidisciplinar II* (pp 15-42)Coimbra: Quarteto Editora.

- Vaz, J. M. (2000). Antropologia Médica, Sexualidade e Clínica. In A. Barbosa, & J. Gomes-Pedro (Org.), *Sexualidade* (pp 10-28.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa: Departamento de Educação Médica.
- Vaz, J. M. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ventura, M. (2002). *Direito Reprodutivos do Brasil*. Obtido em 10 de Março de 2012, de Fundo da População das Nações Unidas [UNFPA]: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf
- Vieira, H., Castro, A., & Schuch Júnior, V. (2010). O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. *XIII SEMEAD: Seminários em Administração*. S. Caetano do Sul: EAD.
- Vigotsky, L. (2004). *Teoría de las emociones: Estudio histórico-psicológico*. Madrid: Ediciones Akal.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Visser, R., Smith, A., Richters, J., & Rissel, C. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36(1), 33-46.
- Wallerstein, J., & Blakeslee, S. (1995). *The Good Marriage: How & Why Love Lasts*. New York: Warner Books.
- Weber, M. (2006). *Sociologia das Religiões e Consideração Intermediária*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., & Bajos, N. (2006). Sexual Behavior in Context: a global perspective. *The Lancet*, 368(9548), 1706-1728.
- Welsh, D., Rostoski, S., & Kawaguchi, M. (2000). A normative perspective of adolescent girls' developing sexuality. In C. Brown, & J. White (Org.), *Sexuality, society and feminism* (pp. 111-140). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wills, R., Sandy, J., & Yaeger, A. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 24-31.

- Wulff, D. (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary* (2ª ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S., & Caetano, R. (2010). Violência entre parceiros íntimos e álcool. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 53-59.
- Zhou, H., Wang, X., Ye, F., Gu, H., Zeng, X., & Wang, Y. (2012). Contraceptive knowledge, attitudes and behavior about sexuality among college students in Beijing, China. *Chinese Medical Journal*, 125(6), 1153-1157.

APÊNDICES

APÊNDICE I
CRONOGRAMA

ANO	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
SEMESTRE	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA												
RECOLHA E ANÁLISE DOS DADOS												
INTERPRETAÇÃO DOS DADOS												
PUBLICAÇÃO E DIVULGAÇÃO												
REDAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL												

APÊNDICE II
GUIÃO DA ENTREVISTA

ENTREVISTA - GUIÃO

Introdução

LOCAL DA ENTREVISTA: será de acordo com a disponibilidade do entrevistado.

APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTADORA: Ana Paula da Silva e Rocha Cantante, professora adjunta da ESEP. Estamos na fase de recolha de dados para a efetivação da tese, centrada no conceito, atitudes e comportamento sexual do estudante do ensino superior.

ORIENTAÇÃO DA ENTREVISTA: Este guião de entrevista tem como finalidade contribuir com conhecimento científico e experiência para a construção do questionário e para validar o conceito.

Questões orientadoras:

- Qual o conceito que formula sobre sexualidade?
- Que sub - dimensões inclui no conceito da sexualidade?
- Quais considera ser as mais importantes para os jovens?
- Qual o conceito que pensa que os jovens têm sobre a sexualidade?
- Qual a relação que preconiza entre o conceito e a atitude e comportamento sexual nos jovens?
- Quais pensa serem as grandes necessidades dos jovens na área da sexualidade para informação/ formação?
- Qual a necessidade de criação de gabinetes de apoio para os jovens?
- Opinião sobre temas a abordar/ incluir no questionário (QCACS) (questionário online que vai ser dirigido aos estudantes de ensino superior da região do Porto)?

Eixos temáticos:

- Estratégias pedagógicas:
 - Descrição;
 - Contribuição para o desenvolvimento pessoal do estudante;
 - As sub-dimensões da sexualidade;
 - Relação com atitudes e os comportamentos;
 - Sugestões.

Objetivos:

- Identificar o conteúdo das sub-dimensões da questão central;
- Identificar relações entre as sub-dimensões da questão central;
- Identificar influência das sub-dimensões da questão central com a sexualidade;

Critérios de seleção dos entrevistados:

- Trabalho científico na área da sexualidade;
- Experiência da prática pedagógica no ensino superior.

- Durante a fase de transcrição da entrevista será mantido o anonimato.
- Caso deseje mais algum esclarecimento prévio, por favor pergunte.
- Agradecemos desde já a sua disponibilidade e aceitação em colaborar neste

estudo.

AGRADECIMENTOS

APÊNDICE III
QUESTIONÁRIO



QUESTIONÁRIO SOBRE OS CONCEITOS AS ATITUDES E OS COMPORTAMENTOS NA SEXUALIDADE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DO PORTO

No âmbito do Doutoramento em Educação a decorrer na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, estamos a desenvolver um trabalho científico no âmbito da sexualidade dos estudantes universitários.

A população-alvo: são os estudantes universitários inscritos numa instituição do ensino superior do Porto, com idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos inclusive.

O questionário tem o objectivo de identificar os conceitos, as atitudes, e os comportamentos perante a sexualidade.

O questionário é de carácter anónimo e confidencial.

Por favor, responda, pois a sua colaboração é fundamental para o estudo.

As informações prestadas servirão para análise estatística do estudo.

Informações sobre o estudo serão disponibilizadas aos participantes, que o solicitem através do contacto da investigadora sexualidadeaviagem@gmail.com.

O tempo médio de preenchimento é aproximadamente de 20 minutos.

Por favor seja sincero nas suas respostas.

Agradecemos a sua participação e disponibilidade no preenchimento do questionário.



QUESTIONÁRIO SOBRE OS CONCEITOS AS ATITUDES E OS COMPORTAMENTOS NA SEXUALIDADE DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DO PORTO

1. Qual o estabelecimento de ensino que frequenta? _____

1.1. Qual o curso que frequenta? _____

1.2. Ano? _____

1.3. Já esteve inscrito noutra curso superior? Sim [] Não []

1.4. Qual o número de inscrições nesse curso?

1º [] 2º [] 3º [] 4º [] 5º [] 6º [] 7º [] 8º [] 9º [] 10º []

DADOS BIOGRÁFICOS

Assinale com uma cruz as questões seguintes.

2. **Sexo:** Masculino [] Feminino []

2.1 **Idade:** _____ Anos

2.2. **Estado civil:**

Solteiro [] Casado [] União de facto [] Divorciado [] Outro []

Qual? _____

2.3. **É Praticante da Religião:**

Católica [] Protestante [] Nenhuma [] Outra [] Qual? _____

2.4. **Em tempo de aulas vive fora do agregado familiar?**

Sim [] Não []

2.4.1. **Se sim, vai a casa com que frequência?**

Semanalmente [] Quinzenalmente [] Mensalmente [] Menos que mensalmente []

2.5. **Cresceu numa zona:** Urbana [] Rural [] Suburbana []

2.6. **Neste momento está:**

Só a estudar [] Estudar e trabalhar em *part-time* [] Estudar e trabalhar em *full-time* []

2.7. **O nível da abertura para o diálogo sobre temas relacionados com a sexualidade no seu ambiente familiar, classifica-o de :**

Muito fechado [] Fechado [] Nem fechado nem aberto [] Aberto [] Muito aberto []

DADOS SOBRE OS PROGENITORES

2.8. Situação dos progenitores:

Casados Pai com outra pessoa Mãe com outra pessoa Divorciados União de facto Nunca casaram Viúvo Outra Qual? _____

2.8.1. Idade da mãe: _____ Anos

2.8.2. Idade do pai: _____ Anos

GRAU ACADÉMICO

2.9. Escolaridade da mãe:

Instrução primária Ciclo preparatório 12º ano de escolaridade Curso técnico médio Bacharel Licenciatura Mestrado Doutoramento Outra Qual? _____

2.10. Escolaridade do pai:

Instrução primária Ciclo preparatório 12º ano de escolaridade Curso técnico médio Bacharel Licenciatura Mestrado Doutoramento Outra Qual? _____

2.11. Profissão da mãe _____

2.12. Profissão do pai _____

2.13. Tem irmãos mais velhos: Sim Não

3. INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE

3.1. Já alguma vez lhe foi ministrado algumas noções sobre Educação para a Sexualidade/Educação Sexual por profissionais? Sim Não

3.2. Se sim, em que âmbito?

No Ensino Básico e Secundário Na Universidade Em Serviços de Saúde Na Igreja (ou local de culto) Outras instituições

3.2.3. Quem palestrou?

Professor Enfermeiro Médico Outros

3.3. Assinale o item que considera que mais se adequa a si

Como Considera:	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito alto
Os conhecimentos que possui em relação a temas relacionados com a sexualidade humana.					
Os conhecimentos que possui em relação a temas relacionados com os comportamentos sexuais de risco.					
Os conhecimentos que possui em relação aos métodos anticoncepcionais.					
Os conhecimentos que possui em relação à vivência de uma sexualidade saudável.					
Os conhecimentos que possui em relação ao ciclo menstrual.					
Ser o nível de risco atual, em contrair uma doença sexualmente transmissível.					

3.4. O que entende por sexualidade?

**3.5. Quando necessita de informação sobre sexualidade, onde procura?
Assinale a frequência de utilização e o grau de importância que atribui à respetiva fonte.**

Fonte de Informação	Frequência de Utilização			Grau de Importância		
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Não Importante	Importante	Muito importante
Pai						
Mãe						
Irmãos						
Outros familiares						
Professores						
Profissionais de saúde						
Namorado(a)/Parceiro(a) sexual						
Amigos(as)						
Internet						
Livros especializados						
Jornais/ revistas						
Televisão						
Padre/grupo com cariz religioso						
Telefone linhas sobre sexualidade						
Outro						

3.6. A lista que se segue tem a ver com a vivência da sexualidade humana, selecione 6 com os quais mais se identifica em relação à sua experiência pessoal, por ordem decrescente do 1 para o 6.

1) Responsabilidade - referida às decisões e às escolhas pessoais	
2) Prazer - Estado afectivo agradável, satisfação, contentamento, alegria, gosto	
3) Respeito por si e pelo outro - como norma da convivência a dois	
4) Informação - ato ou efeito de esclarecer-se sobre um determinado assunto	
5) Intimidade - Vinculada ao ato sexual	
6) Relação de paridade – como o olhar para o outro ao mesmo nível	
7) Fidelidade ao projeto de vida – ligada aos objectivos pessoais e às tarefas a desenvolver para os atingir	
8) Amor - sentimento que nos arrasta para o objecto dos nossos desejos; afeição; paixão	
9) Liberdade - como componente essencial duma vivência autónoma aceitando-se e desenvolvendo o que se é.	
10) Tolerância - É o direito a que as diferenças entre as pessoas e grupos não sejam reprimidas	
11) Amizade - é uma relação afetiva, sem características romântico-sexuais, entre duas pessoas	
12) Lealdade - respeito aos princípios e regras que norteiam a honra e fidelidade aos compromissos assumidos	
13) Verdade - o que deve atender a consciência	
14) Outro - Qual? _____	

3.7 – Responda o que mais se coaduna com a sua concordância pessoal

Comportamento Sexual	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente pouco	Discordo
Abstinência pré-nupcial.					
Admite-se as relações para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso					
Para ambos os sexos admite-se relações sexuais, em qualquer situação					
Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo masculino					
Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo feminino					

3.8. Na educação para a sexualidade como classifica os seguintes enunciados?

Reconhecimento de:	Interessantíssimo	Muito interesse	Interessante	Pouco interesse	Sem interesse
Que a autonomia é um aspecto essencial para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual.					
Que, a liberdade de escolha é um aspecto essencial para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual.					
Que uma informação adequada é um aspecto essencial para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual.					
Que a sexualidade é uma fonte de vida e de paz, das relações interpessoais.					
Que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de paz, da componente realização pessoal.					
Que a sexualidade é uma fonte de comunicação, uma componente da realização pessoal e das relações interpessoais.					
Importância da comunicação na vivência da sexualidade.					
Importância do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade.					
Respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, designadamente os seus valores.					
Respeito pelo direito à diferença e pela pessoa do outro, designadamente, a sua orientação sexual e as suas características físicas.					
Direito à maternidade e à paternidade livres, conscientes e responsáveis.					
Expressões da sexualidade que envolvam violência ou coacção.					

3.9. Para as seguintes afirmações, assinale se são: verdadeira (V) ou falsa (F)

	V	F
A sexualidade não são só relações sexuais		
A sexualidade é própria só dos jovens		
Numa primeira relação sexual nunca ocorre uma gravidez		
O período de ovulação é momento certo para engravidar		
A resposta sexual humana é igual para ambos os sexos		
Apenas a pessoas promiscuas contraem IST (infecções sexuais)		
A gonorreia é uma IST		
Se o seu parceiro tiver uma doença sexualmente transmissível, você notará		
Se já teve uma IST, não é possível ter outra vez		
Se realizar os testes e for detectada uma IST, o seu parceiro não precisa de realizá-los.		

3.10. Indique três componentes que para si são importantes na sexualidade?

Componente biológica [] Componente psicoafetiva [] Componente do projeto de vida []
Componente genital [] Componente social [] Componente cultural []

3.11. Escolha seis palavras que para si são essenciais na sexualidade.

Responsabilidade, sentimentos, afectos, namoro, atracção pelo outro, autoestima, tomada de decisão, projeto de vida, dignidade, paixão, honestidade, tolerância, fidelidade, auto controle das emoções, religião, Amor, intimidade, intimidade sexual.

3.12. Como se considera:

Heterossexual [] Bissexual [] Homossexual []

4. Já iniciou atividade sexual? Sim [] Não []

Se respondeu não, por favor passa à questão nº 4.5. Se sim, continue com as questões seguintes.

4.1. Com que idade iniciou atividade sexual?

<14anos [] 15 a 17 [] 18 a 20 [] 21 a 23 [] >24 []

4.2. Com quem teve a primeira relação sexual?

Namorado/a [] Amigo/a [] Marido/esposa [] Desconhecido [] Outro []

Qual? _____

4.2.1. Em que situação?

Foi planeada [] Aconteceu [] Foi obrigado/a []

4.3. Usou algum método anticoncepcional na primeira relação sexual?

Sim [] Não []

4.3.1. Se sim, qual?

Pílula [] Preservativo [] Outro [] Qual? _____

4.4. Razão para ter primeira relação sexual

Estava muito apaixonada(o) [] Por acaso [] Sentiu-se pressionada(o) [] Curiosidade []

Estava sobre o efeito de substâncias aditivas [] Outro []

Qual? _____

4.4.1. Ocorreu:

Com consentimento dos dois [] Parceiro(a) tomou iniciativa [] Tomou iniciativa []

4.4.2. Ocorreu com conhecimento dos pais:

Sim [] Não []

4.5. Atualmente mantém algum relacionamento amoroso?

Sim [] Não []

4.5.1 Se sim, há quanto tempo dura?

1 mês [] 2 a 3 meses [] 4 a 6 meses [] 7 a 9 meses [] 1 ano [] 2 anos [] 3 anos []

4.6. Atualmente tem atividade sexual?

Sim [] Não []

4.6.1. Se sim, usa algum método contraceptivo e qual a frequência?

Método	Sempre	Quase Sempre	Raramente	Não Usa
Pílula				
Preservativo				
Implante				
DIU				
Espermicidas				
Adesivo transdérmico				
Anel vaginal				
Contraceção hormonal injetável				

Métodos naturais				
------------------	--	--	--	--

4.6.2. Ao fim de quanto tempo de relacionamento amoroso iniciou atividade sexual?

<1 mês [] 2 a 3 meses [] 4 a 6 meses [] 7 a 9 meses [] 1 ano [] 2 anos [] >3 anos [] Só depois do casamento/união de facto []

4.6.3. Considera o seu tipo de relacionamento mais:

Meigo [] Muito Tranquilizo [] Tranquilo [] Pouco tranquilo [] Violento []

4.6.4. No relacionamento que mantém como classifica:

	Importantíssimo	Muito importante	Importante	Pouco importante	Sem importância
Diálogo					
Afetos (Carinhos, beijos, abraços)					
Prazer sexual					
Construção projeto de vida a dois					
Respeito mútuo					

4.6.5. Que tipo de relação valoriza?

Tipo de relação	Importantíssimo	Muito importante	Importante	Pouco importante	Sem importância
Uma relação psicologicamente íntima e aberta, como apaixonada.					
Envolvimento emocional intenso, com preocupações relativas à perda do outro.					
Envolvimento emocional intenso, que vivencia sentimentos de ciúme.					
Procura a completa identificação espiritual e emocional.					
Que é capaz de fazer sacrifícios em interesse do apaixonado.					
Que pode ter conflitos respeitantes à expressão sexual.					
Múltiplos parceiros.					
não se interessa em envolver-se com compromissos sérios.					
Adequação do companheiro para com a posição e lugar do outro na comunidade é fulcral.					

4.7. O parceiro atual é o mesmo da primeira relação sexual?

Sim [] Não []

4.7.1. Se não, porquê? _____

4.8. Selecione com uma cruz (X) a opção que considerar mais ajustada aos seguintes comportamentos quanto ao risco e proteção.

Já alguma vez:	Sim	Não
Foi forçada/o a ter relações sexuais, sem querer		
Foi agredida(o) pelo parceiro(a)		
Teve relações sexuais sobre o efeito de álcool		
Teve relações sexuais sobre o efeito de drogas		
Teve infeções /doença associada pelo facto de ter relações sexuais		
Teve vários parceiros ocasionais		
Teve parceiros ocasionais no decorrer de um relacionamento estável		

Recusou relações sexuais desprotegidas		
Questionou o passado sexual do seu companheiro(a)		
Questionou o estado de saúde sexual do seu companheiro(a)		
Pensou ser abstinente sexual		
Pensou ter uma relação amorosa fiel e de longa duração		
Pensou em planeamento familiar como uma responsabilidade dos dois		
Considerou ter um projeto de vida		

Responda apenas o sexo feminino

4.9. Tem filhos? Sim [] Não []

4.9.1. Se sim a gravidez foi planeada? Sim [] Não []

4.10. Alguma vez recorreu ao uso da pílula do dia seguinte? Sim [] Não []

4.11. Se sim, quantas vezes? 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] > 5 []

4.12. Já alguma vez fez aborto? Sim [] Não []

4.12.1. Se sim quantas vezes? 1 [] 2 [] >3 []

Responda apenas o sexo masculino

4.13. Tem filhos? Sim [] Não []

4.13.1. Se sim a gravidez foi planeada? Sim [] Não []

4.14. Alguma vez a sua namorada/companheira recorreu ao uso da pílula do dia seguinte?
Sim [] Não [] Não sei []

4.15. Já alguma namorada/companheira sua fez aborto? Sim [] Não []

4.15.1. Se sim, quantas vezes? 1 [] 2 [] >3 []

4.16. Para resolver assuntos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva onde recorre?
Ao serviço de urgência de um hospital público [] Ao serviço de urgência de um hospital privado []
Ao centro de saúde [] Ao SASU/SACU [] Ao CAJ [] Outro []
Qual? _____

4.17. Indique a sua posição relativamente a cada declaração utilizando as seguintes alternativas Verdadeiro (V) ou Falso (F):

a) O coito interrompido é um método pouco eficaz de prevenção de uma gravidez não desejada. []

b) A puberdade é o período em que os humanos atingem a maturidade dos órgãos sexuais. []

c) A virgindade nos jovens é um sinal de fraqueza pessoal ou incapacidade em atrair parceiros (as). []

d) A capacidade em resistir à pressão sexual dos outros sobre nós é um elemento importante do nosso bem-estar físico e emocional. []

e) Só quem tem relações sexuais com prostitutas contrai HIV/SIDA. []

f) Historicamente a sexualidade feminina foi mais reprimida que a sexualidade masculina. []

g) A pílula do dia seguinte não pode ser considerada um método contraceptivo. []

h) Os efeitos da pílula podem ser inativados quando associada a outros medicamentos como, por exemplo, antibióticos. []

i) Existem métodos anticoncepcionais hormonais, de barreira, naturais e congénitos. []

j) Entre os 5 e os 9 dias após a menstruação é o período que se pode engravidar. []

k) A saúde sexual e reprodutiva é só para quem está, ou quer ficar grávida. []

4.18. Leia, atentamente, as afirmações que se seguem acerca das atitudes sexuais e indique, relativamente a cada uma delas, qual o grau a que correspondem as suas opiniões, pensamentos ou sentimentos. Recorde que não existem respostas certas ou erradas. (Para cada afirmação assinale com um (x) apenas uma resposta).

1 - Corresponde a CONCORDO totalmente 5 - Corresponde a DISCORDO totalmente

Nº	Item	1	2	3	4	5	NS/NR
1	Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela.						
2	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.						
3	Gostaria de ter relações sexuais com muitos(as) parceiros(as) .						
4	É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo.						
5	O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.						
6	O sexo é, principalmente, uma atividade física.						
7	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa.						
8	O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.						
9	A masturbação é algo agradável e inofensiva.						
10	O sexo, só pelo sexo, é perfeitamente aceitável.						
11	O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer.						
12	O sexo sem amor não faz sentido.						
13	As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.						
14	Para que o sexo seja bom é necessário fazer sentido para as pessoas.						
15	Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.						
16	As "aventuras extraconjugais" são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas.						
17	'As "aventuras sexuais" de uma só noite, são por vezes, muito agradáveis.						
18	É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer qualquer promessa para o futuro.						
19	O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer "compromissos".						
20	A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre.						
21	O sexo é geralmente uma experiência intensa e absorvente.						
22	Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana.						
23	O orgasmo é a melhor experiência do mundo.						
24	'Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois "seres".						
25	O sexo é uma parte muito importante da vida.						
26	O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas.						
27	Fazer sexo é fundamentalmente bom.						
28	'Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor "estado de espírito".						
29	Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo .						
30	O sexo torna-se melhor à medida que as relações progridem.						
31	A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos.						
32	O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas.						

33	É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital.								
34	Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas.								
35	A prostituição é aceitável.								
36	O sexo apenas como forma de "descarga" física é bom.								
37	Usar "instrumentos e objetos sexuais" quando se faz amor é aceitável.								
38	O sexo é melhor quando nos "deixamos ir" e nos centramos no nosso próprio prazer.								
39	As relações sexuais como simples "trocas de serviços" são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo.								
40	É correto "pressionar" alguém para ter relações sexuais.								
41	As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar.								
42	A educação sexual é importante para a juventude.								
43	O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável.								

Adaptada de Alferes

4.19. Sei usar corretamente o método contraceptivo que escolhi? Sim [] Não []

5. Ocupação dos tempos livres

5.1. Como ocupa os seus tempos livres

Ocupação	Sim	Não
Desporto		
Dança		
Marcha e/ou andar bicicleta		
Cinema		
Ler		
Ouvir música		
Tocar música		
Tuna		
Jogos sociais (cartas, domino, etc)		
Discotecas		
Cafés		
Voluntariado		
Catequese/grupo coral/grupo de jovens		
Associações coletivas		
Culinária		
Pequenos trabalhos (jardinagem, bordar...)		

5.2 - Num dia de aulas quantas horas ocupa com:

OCUPAÇÃO	NÃO VÊ/JOGA	<1 HORA	1 a 2 HORAS	3 a 5 HORAS	> 5 HORAS
Jogos electrónicos (Nintendo, Play Station, etc.)					
Computador (Sem ser para estudar)					
Ver televisão					

6 – CONSUMOS

Produto	Sim	Idade com que consumiu pela primeira vez (anos)									Não	Mantém consumo
		<10	11 a 12	13 a 14	15 a 16	17 a 18	19 a 20	21 a 22	23 a 24	>25		
Cerveja												
Vinho												
Coca-cola, pepsi, outros refrigerantes												
Bebidas energéticas												

APÊNDICE IV

QUADROS ENTREVISTAS

Exemplo de quadro resumo das entrevistas

CATEGORIA	PERITO	UNIDADES DE REGISTO
DIMENSÃO BIOLÓGICA	E1	<p>“A sexualidade afeta todos os aspetos da pessoa humana, não apenas o corpo”.</p> <p>“física (corpo, aparência, estatura, peso, saúde, idade, alimentação, sono, estado físico, movimento)”.</p>
	E2	<p>“Todas as expressões de atividade física relacionadas com o sexo do indivíduo” (...) “dimensão física ou biológica é desde logo a mais óbvia”.</p> <p>(...) “é a mais explorada a que entra mais pelos nossos olhos dentro”.</p>
	E3	<p>“Biológicas” (...) “são pessoas do sexo masculino e do sexo feminino”.</p> <p>(...) “à transmissão de um património vital que umas gerações transmitem às outras”.</p>
	E4	<p>“(…) Biológica, são cambiantes diferentes no homem e na mulher”</p>
	E5	<p>“A sexualidade vivida, subjetiva, subjetivamente.”</p> <p>“Sexualidade vivida é muito mais do que o sexo”.</p> <p>“há o sexo nas suas várias vertentes, cromossómico, fenotípico,(...). Há mesmo uma que fala, cromossómico, depois hormonal, fenotípico eu sei que com o qual a gente se identifica.”</p> <p>“Definição objectiva, a dimensão física, biológica, ”,</p> <p>“a sexualidade física é um facto”.</p> <p>“do ponto de vista físico, há qualquer coisa também de muito estranho, é que a maturidade sexual física chega muito mais cedo que a maturidade psicológica”.</p>
	E6	<p>“Corpo, alma e sentimento”.</p> <p>“Desde que eu sou concebido fico imediatamente marcado pela sexualidade. Atenção, até à minha morte. E que me leva a aquilo que eu chamo, à realização plena do meu projeto de vida”.</p> <p>“Há muita gente que –“ <i>sexualidade, é o corpo</i>” – nada disso!</p> <p>A sexualidade não é a genitalidade. Há muita gente que confunde sexualidade com genitalidade - é, genital e está tudo centrado no orgasmo, e não compreendem que o mais importante na sexualidade, mesmo ao nível biológico, é o planalto.”</p> <p>“É a riqueza de uma genitalidade integrada, num grande projeto de vida.”</p> <p>“A genitalidade é apenas um sinal físico da riqueza da afectividade.”</p>

APÊNDICE V
AUTORIZAÇÕES

AUTORIZAÇÕES

Cara Ana Paula,

Desde que faça as referências apropriadas no corpo do texto e na lista bibliográfica a inserir no final do trabalho, pode utilizar a escala à sua vontade.

Tudo o que precisa está aqui:

http://www.fpce.uc.pt/niips/i_pub/val_pub/Alferes1999_EAS.pdf

Deve digitar os itens em WORD e aleatorizar a respectiva de ordem de apresentação, tal como se indica em Alferes (1999, p. 147). Veja, se necessário, os programas em:

http://www.fpce.uc.pt/niips/spss_prc/planos/rot_bas/pla_exp_rb.htm

Em “Encenações e Comportamentos Sexuais” (Alferes, 1997)

<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/csis/09/09.php>

é feita uma primeira utilização e análise (pp. 116-121) e são integralmente disponibilizadas as instruções gerais (p. 212).

No termo da investigação, gostaria que me enviasses a base com os dados obtidos (e.g., SPSS, EXCEL) assim como o relatório final do trabalho (tese, artigo, comunicação, etc.).

Bom trabalho,

Valentim Rodrigues Alferes

E-mail:

valferes@fpce.uc.pt

APÊNDICE VI
RESUMO DADOS

Exemplo de tabela de dados

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Permissividade sexual	Relação biológica ou de desenvolvimento natural	420	52,31	11,652	,569	51,19	53,43	15	75
	Relação biológica e afetiva	207	54,56	10,379	,721	53,13	55,98	21	75
	Relação essencialmente afetiva	139	57,59	10,594	,899	55,81	59,37	19	75
	Relação bio-psico-social	82	56,40	10,642	1,175	54,06	58,74	32	75
	Resposta vaga e imprecisa	65	54,49	11,070	1,373	51,75	57,24	29	75
	Conceito OMS	41	56,34	10,790	1,685	52,94	59,75	32	74
	Total	954	54,24	11,219	,363	53,53	54,95	15	75
Comunhão	Relação biológica ou de desenvolvimento natural	429	17,30	5,288	,255	16,80	17,80	9	45
	Relação biológica e afetiva	208	18,13	5,185	,359	17,43	18,84	9	41
	Relação essencialmente afetiva	142	17,68	5,384	,452	16,78	18,57	9	44
	Relação bio-psico-social	82	18,05	4,674	,516	17,02	19,08	9	33
	Resposta vaga e imprecisa	67	18,42	4,843	,592	17,24	19,60	10	34
	Conceito OMS	42	17,17	4,012	,619	15,92	18,42	9	26
	Total	970	17,67	5,156	,166	17,34	17,99	9	45
Instrumentalidade	Relação biológica ou de desenvolvimento natural	432	22,40	4,130	,199	22,01	22,79	7	30
	Relação biológica e afetiva	212	23,04	3,899	,268	22,51	23,57	9	30
	Relação essencialmente afetiva	142	23,18	3,639	,305	22,58	23,79	13	30
	Relação bio-psico-social	82	23,28	3,875	,428	22,43	24,13	13	30
	Resposta vaga e imprecisa	67	22,31	4,113	,502	21,31	23,32	11	30
	Conceito OMS	43	23,26	3,613	,551	22,14	24,37	15	30
	Total	978	22,76	3,977	,127	22,51	23,01	7	30
Responsabilidade sexual	Relação biológica ou de desenvolvimento natural	431	8,07	3,202	,154	7,76	8,37	6	30
	Relação biológica e afetiva	213	7,83	3,248	,223	7,39	8,27	6	30
	Relação essencialmente afetiva	144	7,85	2,870	,239	7,38	8,33	6	28
	Relação bio-psico-social	83	7,60	3,193	,350	6,91	8,30	6	28
	Resposta vaga e imprecisa	67	8,33	3,249	,397	7,54	9,12	6	19
	Conceito OMS	41	7,59	2,387	,373	6,83	8,34	6	19
	Total	979	7,94	3,136	,100	7,75	8,14	6	30
Atitudes sexuais	Relação biológica ou de desenvolvimento natural	398	99,87	15,191	,761	98,37	101,37	52	155
	Relação biológica e afetiva	193	103,75	13,722	,988	101,80	105,69	58	135
	Relação essencialmente afetiva	135	106,24	14,049	1,209	103,85	108,64	72	135
	Relação bio-psico-social	81	105,30	12,266	1,363	102,58	108,01	76	134
	Resposta vaga e imprecisa	63	103,27	13,918	1,754	99,76	106,78	63	143
	Conceito OMS	39	103,77	14,245	2,281	99,15	108,39	71	135
	Total	909	102,53	14,528	,482	101,58	103,47	52	155

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Permissividade sexual	1225	54,14	11,305	15	75
Comunhão	1239	17,69	5,127	9	45
Instrumentalidade	1252	22,74	4,020	6	30
Responsabilidade sexual	1257	7,96	3,046	6	30
Atitudes sexuais	1164	102,37	14,753	52	155
Conceito de sexualidade	1300	2,25	1,508	1	6

Test Statistics^{a, b}

	Permissivida de sexual	Comunhão	Instrumentali dade	Responsabili dade sexual	Atitudes sexuais
Chi-square	27,428	10,061	9,519	7,614	27,712
df	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,000	,074	,090	,179	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Conceito de sexualidade

Test Statistics^{a, b}

	Cerveja : 6.1 - Com que frequência consome: 	Vinho : 6.1 - Com que frequência consome: 	Coca cola, Pepsi e Outros refrigerantes : 6.1 - Com que frequência consome: 	Bebidas energéticas : 6.1 - Com que frequência consome: 	Whisky : 6.1 - Com que frequência consome: 	Shots : 6.1 - Com que frequência consome: 	Bebidas espirituosas (licor, vinho porto) : 6.1 - Com que frequência consome: 	Tabaco : 6.1 - Com que frequência consome: 	Maio : 6.1 - Com que frequência consome: 	Ecstasy : 6.1 - Com que frequência consome: 	Heroína : 6.1 - Com que frequência consome: 	Cocaína : 6.1 - Com que frequência consome: 	Anfetaminas : 6.1 - Com que frequência consome:
Chi-square	13,011	20,458	1,719	4,854	10,760	13,292	7,501	15,226	8,013	13,626	5,859	6,318	2,522
df	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,023	,001	,887	,542	,056	,022	,213	,009	,156	,018	,320	,276	,773

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Conceito de sexualidade

Test Statistics^{a, b}

	Q003_8_Abstinência_pré_GV1 Abstinência pré-nupcial : 3.3 - Responda o que mais coincide com a sua concordância pessoal: <u>COMP ORTAMENTO SEXUAL</u>	Q003_8_Admite_se_as_rel_GV1 Admite-se as relações para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso : 3.3 - Responda o que mais coincide com a sua concordância pessoal: <u>COMP ORTAMENTO SEXUAL</u>	Q003_8_Para_ambos_os_sexos_GV1 Para ambos os sexos admite-se relações sexuais, em qualquer situação (com ou sem compromisso) : 3.3 - Responda o que mais coincide com a sua concordância pessoal: <u>COMP ORTAMENTO SEXUAL</u>	Q003_8_Aceitam_se_as_relações_GV1 Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo masculino : 3.3 - Responda o que mais coincide com a sua concordância pessoal: <u>COMP ORTAMENTO SEXUAL</u>	Q003_8_Aceitam_se_as_relações_GV1_r5 Aceitam-se as relações sexuais esporádicas somente para o sexo feminino : 3.3 - Responda o que mais coincide com a sua concordância pessoal: <u>COMP ORTAMENTO SEXUAL</u>
Chi-Square	5,331	5,155	12,305	4,858	3,987
df	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,377	,397	,031	,433	,551

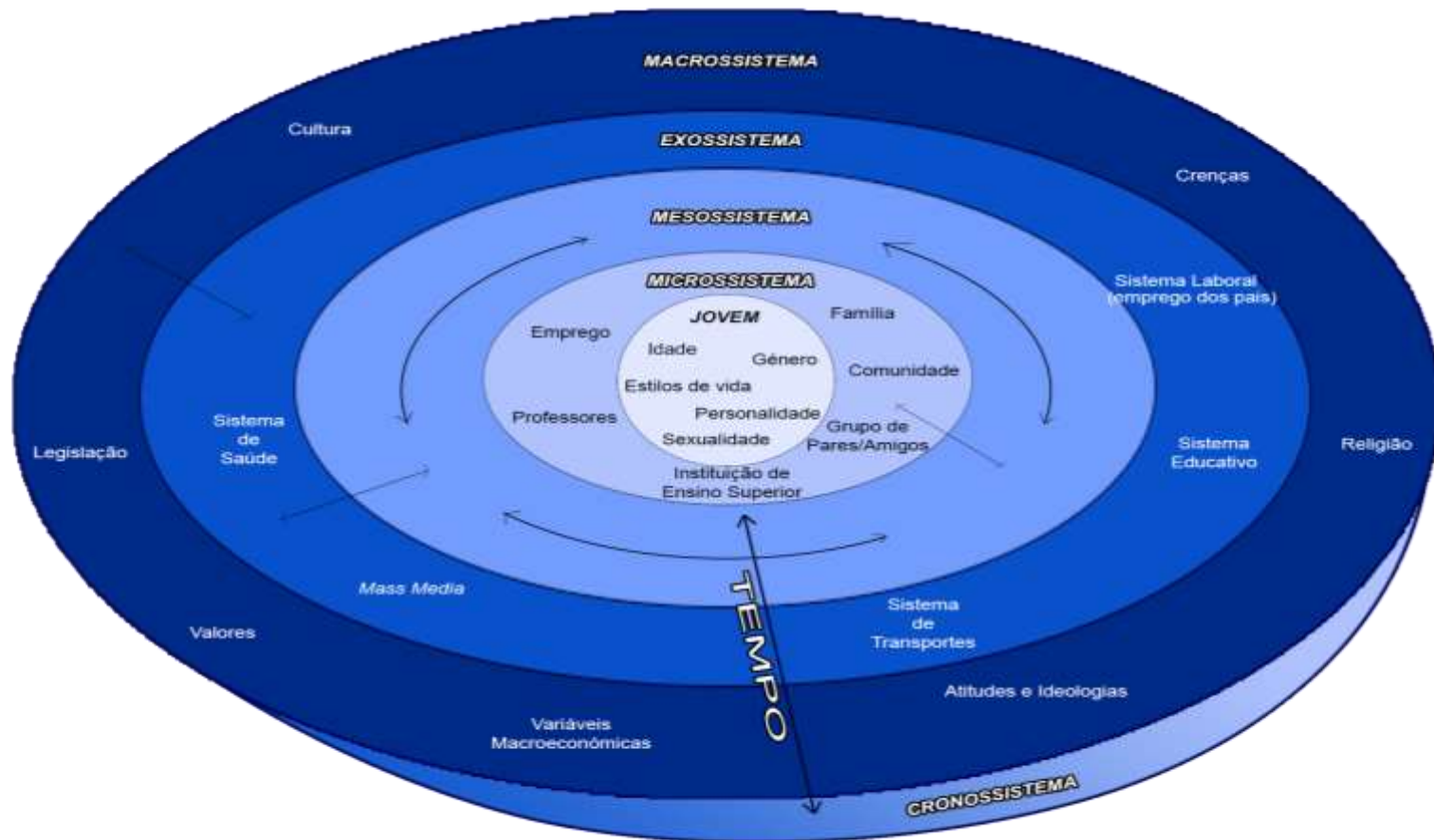
a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Conceito Conceito de sexualidade

APÊNDICE VII

MODELO BIOECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER ADAPTADO AO ESTUDANTE DO ENSINO SUPERIOR

Modelo Bioecológico De Bronfenbrenner Adaptado Ao Estudante Do Ensino Superior



APÊNDICE VIII

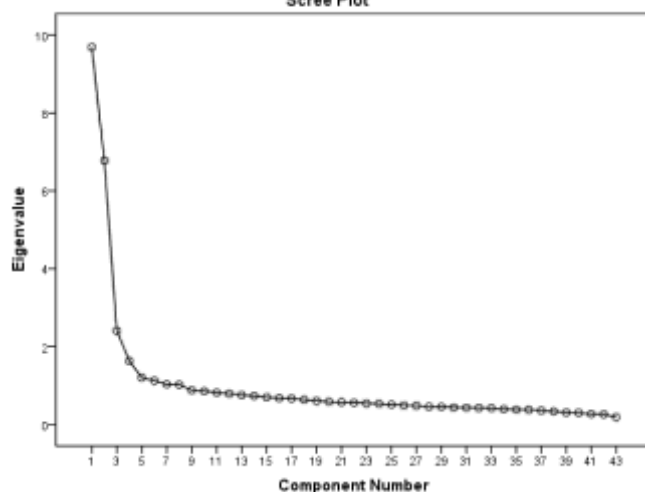
ESCALA EAS

Escala EAS

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
PER_01 Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela	2,91	1,282	1141
PER_02 As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	2,94	1,187	1141
PER_03 Gostaria de ter relações sexuais com muitos(as) parceiros(as)	4,39	,936	1141
PER_05 É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	4,24	,985	1141
INS_39 O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro	3,96	1,060	1141
INS_41 O sexo é, principalmente, uma atividade física	4,23	,853	1141
PER_10 É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa	3,22	1,186	1141
PER_11 O sexo é mais divertido com alguém que não amamos	4,21	1,016	1141
PRA_27 A masturbação é algo agradável e inofensiva	2,09	,914	1141
PER_15 O sexo, só pelo sexo, é perfeitamente aceitável	3,19	1,195	1141
INS_42 O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer	3,63	1,106	1141
PER_19 O sexo sem amor não faz sentido	3,46	1,205	1141
PER_20 As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais	3,54	1,007	1141
PER_21 Para que o sexo seja bom é necessário fazer sentido para as pessoas	4,25	,818	1141
PRA_24 Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar	1,36	,653	1141
PER_14 As "aventuras extras conjugais" são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas	4,74	,669	1141
PER_04 As "aventuras sexuais" de uma só noite, são por vezes, muito agradáveis	3,54	1,182	1141
PER_06 É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer qualquer promessa para o futuro	4,03	1,020	1141
PER_08 O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer "compromissos"	3,94	,989	1141
PER_09 A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre	3,53	1,165	1141
COM_35 O sexo é geralmente uma experiência intensa e absorvente	1,96	,828	1141
COM_31 Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana	1,78	,840	1141
COM_32 O orgasmo é a melhor experiência do mundo	2,42	,903	1141
COM_33 Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois "seres"	1,94	,827	1141
COM_34 O sexo é uma parte muito importante da vida	1,83	,740	1141
COM_30 O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas	1,92	,871	1141
COM_37 Fazer sexo é fundamentalmente bom	1,93	,756	1141
COM_36 Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor "estado de espírito"	1,94	,769	1141
PRA_28 Masturbar o nosso parceiro durante as relações sexuais pode aumentar o prazer do sexo	1,92	,773	1141
COM_29 O sexo torna-se melhor à medida que as relações progredem	1,91	,839	1141
INS_40 A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmos	3,82	,951	1141
INS_43 O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas	3,90	1,022	1141
PER_13 É bom ter uma prolongada experiência sexual pré-marital	2,72	,963	1141
PER_16 Sentir-me-ia confortável tendo relações sexuais com o meu parceiro na presença de outras pessoas	4,46	,914	1141
PER_17 A prostituição é aceitável	3,74	1,108	1141
PER_18 O sexo apenas como forma de "descarga" física é bom	3,51	1,127	1141
PRA_26 Usar "instrumentos e objetos sexuais" quando se faz amor é aceitável	2,37	,930	1141
INS_38 O sexo é melhor quando nos "deixamos ir" e nos centramos no nosso próprio prazer	3,23	1,088	1141
PER_07 As relações sexuais como simples "trocas de serviços" são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo	3,35	1,245	1141
PER_12 É correto "pressionar" alguém para ter relações sexuais	4,77	,594	1141
PRA_23 As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar	1,44	,743	1141
PRA_25 A educação sexual é importante para a juventude	1,31	,619	1141
PRA_22 O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável	1,33	,646	1141

Scree Plot



Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
PER_02 As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	,828			
PER_15 O sexo, só pelo sexo, é perfeitamente aceitável	,826			
PER_01 Não é preciso estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela	,809			
PER_19 O sexo sem amor não faz sentido	,759			
PER_04 As "aventuras sexuais" de uma só noite, são por vezes, muito agradáveis	,694			
PER_07 As relações sexuais como simples "trocas de serviços" são aceitáveis desde que ambos os parceiros estejam de acordo	,653			
PER_10 É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa	,637			
PER_09 A vida teria menos problemas se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre	,633			
PER_05 É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	,627			
PER_03 Gostaria de ter relações sexuais com muitos(as) parceiros(as)	,609			
PER_18 O sexo apenas como forma de "descarga" física é bom	,561			
PER_06 É correto influenciar uma pessoa para ter relações sexuais sem fazer qualquer promessa para o futuro	,539			
PER_08 O melhor sexo é o que se faz na ausência de quaisquer "compromissos"	,527			
PER_20 As pessoas devam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais	,456			
PER_11 O sexo é mais divertido com alguém que não amamos	,423			
COM_33 Na sua melhor expressão, o sexo parece ser a fusão de dois "seres"		,760		
COM_30 O sexo é a forma mais íntima de comunicação entre duas pessoas		,737		
COM_34 O sexo é uma parte muito importante da vida		,737		
COM_36 Durante as relações sexuais, o conhecimento intenso do parceiro é o melhor "estado de espírito"		,735		
COM_37 Fazer sexo é fundamentalmente bom		,712		
COM_31 Um encontro sexual entre duas pessoas profundamente apaixonadas é a forma mais sublime de interação humana		,703		
COM_32 O orgasmo é a melhor experiência do mundo		,631		
COM_35 O sexo é geralmente uma experiência intensa e absorvente		,615		
COM_29 O sexo torna-se melhor à medida que as relações progredem		,522		
PRA_22 O planeamento familiar faz parte de uma sexualidade responsável			,786	
PRA_25 A educação sexual é importante para a juventude			,778	
PRA_24 Os homens devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar			,744	
PRA_23 As mulheres devem partilhar as responsabilidades do planeamento familiar			,672	
PER_12 É correto "pressionar" alguém para ter relações sexuais			,653	
PER_14 As "aventuras extracônjugais" são aceitáveis desde que o nosso parceiro não saiba nada delas			,610	
INS_40 A principal finalidade do sexo é dar-nos prazer a nós mesmo				,709
INS_38 O sexo é melhor quando nos "deixamos ir" e nos centramos no nosso próprio prazer				,634
INS_43 O sexo é sobretudo um jogo entre machos e fêmeas				,619
INS_39 O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro				,602
INS_41 O sexo é, principalmente, uma atividade física				,552
INS_42 O sexo é, principalmente, uma função corporal, tal como comer				,470

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

APÊNDICE IX
AREAS DE FORMAÇÃO

AREA DE FORMAÇÃO	Nº	%
IST	344	21,9
COMPORTAMENTO DE RISCO	10	0,6
EDUCAÇÃO SEXUAL	10	0,6
RESPONSABILIDADE SEXUAL	10	0,6
PROJETO DE VIDA	58	3,7
TODOS TEMAS	164	10,4
GRAVIDEZ	24	1,5
ANTICONCECIONAIS	140	8,9
SEXUALIDADE SAUDAVEL	20	1,2
PLANEAMENTO FAMILIAR	82	5,2
SEXUALIDADE EM PESSOAS DEFICIENTES	4	0,3
PRAZER SEXUAL	92	5,9
DISPAURENIA	10	0,6
SEXUALIDADE DIFERENTES FAIXAS ETARIAS	28	1,8
VIOLÊNCIA DO NAMORO	24	1,5
COMO ULTRAPASSAR MEDO	4	0,3
MÉTODOS NATURAIS	10	0,6
SEXUALIDADE E OS PAIS	2	0,2
QUAL IDADE PARA INICIAR ATIVIDADE SEXUAL	6	0,4
PROBLEMAS SEXUAIS	10	0,6
ASSERTIVIDADE	16	1,1
TABUS	2	0,1
SEXUALIDADE E RELIGIÃO	10	0,6
ORIENTAÇÃO SEXUAL	36	2,2
SEXUALIDADE NAS DIFERENTES CULTURAS	28	1,8
SEXO E CONSUMOS	24	1,5
IVG	16	1,1
SEXUALIDADE E AFETOS	64	4,0
REPRODUÇÃO	16	1,1
FORMAÇÃO, SIM NENHUMA AREA ESPECIFICA	248	15,8
NÃO NECESSITA DE FORMAÇÃO	76	4,8
TOTAL	1572	100

APÊNDICE X

CONCEITO, COMPORTAMENTOS, ATITUDES

Comportamentos e atitudes dos estudantes cujo conceito de sexualidade recai na dimensão:

1- biológica:

- Os rapazes admitem relações sexuais com ou sem compromisso e relacionam a sexualidade com a componente genital. Em termos de consumos, bebem vinho e fumam. Apresentam os seguintes comportamentos de risco: admitem ter tido relações sexuais sobre o efeito de álcool, ter vários parceiros. - As raparigas relacionam a sexualidade com a componente genital e admitem ter tido relações sexuais sobre o efeito de álcool e de drogas. Consomem vinho, shots e fumam.

2- essencialmente afetiva:

Os rapazes ocupam os tempos livres com jogos sociais e em termos de consumos, consomem vinho. Já colocaram a hipótese de serem abstinentes sexuais e na primeira relação sexual, usaram um método anticoncepcional. As raparigas que privilegiam a dimensão afetiva, ocupam os tempos livres com marcha e andar de bicicleta. Em relação aos consumos bebem vinho e fumam. Também questionam o passado sexual do companheiro e colocaram a hipótese de serem abstinentes sexuais.

3- bio-psico-social:

Para as raparigas, a sexualidade é percecionada como fator de comunicação, de realização pessoal, e de relações interpessoais. Ocupam os tempos livres na catequese/grupo coral/grupo de jovens e valorizam as componentes psicoafectivas e sociais.

4- `sem conteúdo interpretável`:

Os rapazes, que ocupam o tempo livre com jogos eletrónicos e consomem cerveja, e as raparigas que ocupam igualmente o tempo com jogos eletrónicos e consomem *ecstasy*.

5- `conceito semelhante ao da OMS`:

Os rapazes que ocupam os tempos livres a ouvir música; percecionam a sexualidade como um potencial de vida, bem-estar e realização pessoal, consomem *shots* e *haxixe*. Em termos de comportamentos de risco referem que as namoradas utilizaram a pílula do dia seguinte. As raparigas, mantêm relações sexuais com o par amoroso.

Comportamentos dos estudantes em que a atitude que predomina é:

1- **Permissividade:**

quer os rapazes quer as raparigas consomem diariamente, para além de tabaco, cerveja e haxixe, ao fim de semana whisky, *shots* e bebidas espirituosas. Para além destes comportamentos acrescenta-se ainda às raparigas, o consumo de vinho e *ecstasy*.

2- **instrumentalidade**

as raparigas tem comportamentos coincidentes com a atitude permissividade. Já nos rapazes apenas está associado o consumo de bebidas espirituosas ao fim de semana.

3- **comunhão,**

para os rapazes está associada ao consumo de vinho ao fim de semana; para as raparigas está associado ao consumo de tabaco e haxixe.

4- **responsabilidade sexual,**

os rapazes têm associado o consumo de vinho esporadicamente. Não consomem whisky, nem *shots*. As raparigas não consomem cerveja, nem bebidas espirituosas ou, quando bebem, é esporadicamente.

Nos estudantes, em que os **COMPORTAMENTO** predominante é:

1-abstinência pré-nupcial,

os rapazes e as raparigas: não consomem cerveja, nem whisky, não consomem drogas e não fumam. Consomem esporadicamente refrigerantes. Os rapazes também não consomem *shots* e as raparigas, vinho.

2- admitir relações para ambos os sexos no contexto de uma relação com compromisso,

apenas os rapazes consomem vinho ao fim de semana.

3- admitir relações sexuais com ou sem compromisso para ambos os sexos:

as raparigas consomem diariamente cerveja; ao fim de semana vinho, whisky, *shots* e bebidas espirituosas, fumam e consomem haxixe.

4- aceitam relações sexuais esporádicas somente para o sexo masculino, ou feminino:

nas duas situações, os rapazes e as raparigas, mencionam consumo diário de cerveja.

‘PERFIL DAS ESTUDANTES’

Para as **RAPARIGAS**, a sexualidade:

- Envolve relacionamentos mais duradouros, com existência de afetos, procura de alguém que a ame e compreenda na construção de vida a dois. Valoriza envolvimento afetivo e amoroso na sexualidade. Concordam menos com as relações pré-nupciais.

- Pretende uma relação de igualdade e companheirismo, com respeito pelos valores do outro, respeito pelo direito à diferença, tanto nos valores, como na orientação sexual.

- Manifesta-se no direito à paternidade e maternidade livre, consciente e responsável.

- Procura de completa identificação espiritual e emocional e está mais associada à prática de religião (predomina a religião católica).

- Fazem mais vigilância de saúde (consulta de saúde), assim como consultas de planeamento familiar. Questionam o parceiro sobre passado e atual estado de saúde sexual.

- Apresentam conhecimentos relacionados com a sexualidade, revelando a existência de informação adequada.

- As principais razões para ter a primeira relação sexual são: ‘estava muito apaixonada’ e sente mais ‘pressão’.

- Mantêm mais o primeiro parceiro sexual e recusam relações sexuais desprotegidas. Já contraíram uma IST, tiveram relações sexuais forçadas, e sobre o efeito de álcool e drogas, foram agredidas em contexto sexual e já pensaram ser abstinentes sexuais.

- Ponderam ter uma relação fiel de longa duração e pensam no planeamento familiar como responsabilidade dos dois.

- Consideram vir a ter um projeto de vida.

Embora a visão geral, fundamentada estatisticamente, seja de que os rapazes têm mais comportamentos aditivos, não será de desvalorizar que neste estudo, apenas as raparigas referiram consumir ecstasy, heroína e anfetaminas.

‘PERFIL DOS ESTUDANTES’

Para os **RAPAZES**, a sexualidade:

- É percebida como impulsionador de vida e de prazer; um potencial de vida, de bem-estar e de realização pessoal.
- Pretendem um envolvimento afetivo sem ciúmes, e alguém com a capacidade de fazer sacrifícios por eles.
- Têm relacionamentos menos duradouros e aceitam mais relações sexuais esporádicas por parte de ambos os sexos. Concordam mais com relações sexuais com ou sem compromisso e iniciam mais cedo os relacionamentos sexuais.
- As principais razões apresentadas para terem a primeira relação sexual são a ‘curiosidade’ e o ‘por acaso’.
- Fazem mais, rastreio de IST; têm mais parceiros sexuais e aceitam a existência de múltiplos parceiros sexuais.
- Podem ter conflitos respeitantes à expressão sexual.
- Têm mais consumos aditivos de álcool e haxixe.