

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

*A DINÂMICA DA PERCEÇÃO E
COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES
NA ZONA DE ÉVORA*

Dissertação de Mestrado Apresentada Por:
Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete

Orientador:
Prof. Doutor José Manuel Palma – Oliveira

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

Évora, 2004

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

***A DINÂMICA DA PERCEÇÃO E
COMPORTAMENTO SEXUAL DOS ADOLESCENTES
NA ZONA DE ÉVORA***



147 115

Dissertação de Mestrado Apresentada Por:
Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete

Orientador:
Prof. Doutor José Manuel Palma – Oliveira

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

Évora, 2004

SIGLAS

DGCSP – Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

“A adolescência é a idade do contínuo morrer e renascer para outro, do contínuo experimentar as fronteiras do possível, apresentando-nos, assim, rápidos enamoramentos, um incessante unir e separar, num suceder de revelações e de desilusões”

FRANCESCO ALBERONI

A todos os que de alguma forma contribuíram para a consecução deste trabalho, em especial à Madalena, pelo tempo que a privámos da nossa atenção, ao Paulo e aos meus pais, pelo apoio incondicional

Agradecimentos

Dirijo um agradecimento muito especial, ao meu orientador Professor Doutor José Manuel Palma – Oliveira, pelo apoio que sempre dispensou e pela excelência dos seus doutos saberes e ensinamentos prestados.

Ao Dr. Rui Carvalho pela sua disponibilidade e pelo seu saber no âmbito estatístico.

À Escola Secundária André de Gouveia (Évora), à Escola Secundária Pública Ortência de Castro (Vila Viçosa) e à Escola EB2,3/S Isidoro de Sousa (Viana do Alentejo) que participaram no estudo, nomeadamente, aos Conselhos Executivos e aos docentes que colaboraram na aplicação do questionário.

A todos os adolescentes que integraram a amostra deste estudo, sem os quais não seria possível a concretização deste trabalho.

Aos familiares e amigos pelo apoio incondicional.

A todos os que directa ou indirectamente nos ajudaram a tornar este trabalho uma realidade.

RESUMO

A adolescência é um período privilegiado da vida, período este no qual as mudanças orgânicas, sociais, cognitivas e afectivas interferem amplamente nos relacionamentos interpessoais quer de ordem familiar, escolar e social. É um momento único entre as vivências do ser humano, em que se descobrem tanto as dificuldades de um relacionamento afectivo mais profundo como o prazer de se sentir amado e desejado por outro.

A sexualidade na adolescência representa a confluência de “sentimentos sexuais” (biologicamente determinados), de atitudes sexuais (derivadas de mudanças cognitivas) e de comportamentos (resultantes da interacção dos outros dois) e que podem ser modificados por “pressões sociais”.

Com o objectivo de conhecer as atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade, desenvolvemos um estudo exploratório e quase experimental, com 281 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, a frequentarem o 10º, 11º e 12º anos de escolaridade em escolas secundárias do Distrito de Évora.

Os resultados obtidos indicam que 45% dos adolescentes são sexualmente activos, sendo o início da actividade sexual semelhante para ambos os sexos ($x = 15.15$ anos), embora ligeiramente mais tardio nas raparigas que nos rapazes.

Dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, a maioria (90.4%) refere a utilização de contraceptivos. O preservativo é o método usado por quase todos eles. A utilização de contraceptivos não é, no entanto, uma prática regular de grande parte dos jovens sexualmente activos.

Pelas respostas aos itens e às dimensões utilizadas para avaliar as atitudes sobre sexualidade, a maioria dos jovens revelou atitudes liberais acerca destas, assumindo perante alguns itens e dimensões atitudes tolerantes e conservadoras.

Em relação aos itens e dimensões para avaliar os comportamentos sexuais, os adolescentes revelaram comportamentos favoráveis à maioria destes com excepção da dimensão «comunicação» e da prática da masturbação.

Globalmente os adolescentes inquiridos manifestaram um bom nível de conhecimentos acerca da sexualidade. Como agentes responsáveis pela sua informação

surge em primeiro lugar os amigos, seguidos dos livros e revistas e em terceiro lugar os *mass média*.

SYNOPSIS

Adolescence is a privileged period of life, a period in which organic, social, cognitive and affective changes widely interfere in interpersonal relationships whether they are of familial, scholastic or social nature. It is a unique moment among the human being's life experiences, in which the difficulties of a deeper affective relationship, as well as the pleasure one feels in being loved and wanted by another are acknowledged.

Sexuality in adolescence represents the confluence of "sexual feelings" (biologically determined), of sexual attitudes (derived from cognitive changes) and of behaviours (resulting from the interaction of the other two) that can be modified by "social pressures".

With the purpose of finding out about attitudes, behaviours and knowledge shown by teenagers in relation to sexuality, we developed an exploratory, almost experimental, study involving 281 adolescents of both sexes, aged between 15 and 18, attending 10th, 11th and 12th grades in secondary schools in the district of Évora.

The attained results show that 45% of teenagers are sexually active, being the age that marks the beginning of sexual activity similar for both sexes (\bar{x} = 15.15 years of age), although girls start at a slightly later age than boys.

The majority of adolescents that have already had sexual intercourse (90.4%) refers the use of contraceptives, being the condom the method used by almost all of them. The use of contraceptives isn't, however, a regular practice among most sexually active youths.

Through the answers given to the items and dimensions used to evaluate attitudes about sexuality, most adolescents showed a liberal sort of behaviour towards these, assuming, however, in relation to some items and dimensions, tolerant and conservative attitudes.

In what the items and dimensions to evaluate sexual behaviour are concerned, teenagers showed favourable attitudes towards most of them, with the exception of the dimension «communication» and of the practice of masturbation.

In general the queried adolescents proved to have good knowledge about sexuality, being firstly friends, secondly books and magazines and thirdly the mass media the sources of their information.

SUMÁRIO

	<i>Pág.</i>
INTRODUÇÃO	19
1 – ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM GLOBAL	23
2 – IDENTIDADE E AUTONOMIA NA ADOLESCÊNCIA	33
3 – SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	36
3.1 – O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE.....	36
3.2 – A SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE NO CONTEXTO SOCIAL.....	42
3.3 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS NA ADOLESCÊNCIA	45
3.4 – RISCOS ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA...	50
3.4.1 – Gravidez não Desejada.....	52
3.4.2 – Doenças sexualmente transmissíveis.....	55
3.5 – ATITUDES FACE À SEXUALIDADE.....	58
3.6 – SAÚDE REPRODUTIVA / PLANEAMENTO FAMILIAR.....	63
4 -INFORMAÇÃO / EDUCAÇÃO SEXUAL	68
5 – MODELOS QUE RELACIONAM ATITUDES, COMPORTAMENTOS, CONHECIMENTOS E SAÚDE	77
6 – ECOLOGIA HUMANA E SEXUALIDADE	83
7 – A ÁREA DE INVESTIGAÇÃO	87
7.1– O PROBLEMA.....	89
7.2– A METODOLOGIA.....	90
7.2.1 - Operacionalização das variáveis.....	90
7.2.1.1-Variáveis independentes.....	91
7.2.1.2-Variáveis dependentes.....	92
7.2.2 – População / amostra.....	97
7.2.3 - Instrumento de colheita de dados.....	98
7.2.4 – Pré-teste.....	101
7.2.5 – A colheita de dados.....	102
7.2.6 – Critérios de análise dos dados.....	102
8 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	104

8.1 - CONSISTÊNCIA INTERNA DOS ITENS DAS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS.....	104
8.2 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	109
8.2.1 – Caracterização da amostra	109
8.2.2 – Atitudes face à sexualidade.....	115
8.2.3 – Comportamentos sexuais	122
8.2.4 – Conhecimentos sobre sexualidade	137
8.2.5 – Informação e fontes de informação	142
8.3 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS.....	144
8.3.1 – Idade da primeira relação sexual e número de parceiros sexuais	144
8.3.2 – Conhecimentos sobre sexualidade	145
8.3.3 – Comparação das atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes	145
8.3.4 – Correlação entre as atitudes e os comportamentos dos adolescentes e algumas variáveis do estudo	166
9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	175
10 – CONCLUSÕES / SUGESTÕES.....	193
BIBLIOGRAFIA	197
ANEXOS	208
Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)	209
Anexo II – Dimensões das Atitudes e Comportamentos Face à Sexualidade.....	217
Anexo III – Pedidos de Autorização para Aplicação do Questionário.....	222

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº1 - Amostra por idade, sexo e zona de residência	97
Quadro nº2 - Consistência interna das dimensões do questionário de atitudes sexuais	106
Quadro nº3 - Consistência interna das dimensões do questionário de comportamentos sexuais	108
Quadro nº4 - Médias e desvios-padrão dos itens e das dimensões do questionário	116
Quadro nº5 - Médias e desvios-padrão dos itens que não constituíram as dimensões de atitudes sexuais	118
Quadro nº6 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «sexualidade na vida» em função da residência e do sexo	119
Quadro nº7 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «planeamento familiar» em função da residência e do sexo	120
Quadro nº8 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «condutas sexuais» em função da residência e do sexo	121
Quadro nº9 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «permissividade nas relações» em função da residência e do sexo	122
Quadro nº10 - Médias e desvios-padrão dos itens e das dimensões do questionário de comportamentos sexuais	124
Quadro nº11 - Médias e desvios-padrão dos itens que não constituíram as dimensões de comportamentos sexuais	125
Quadro nº12 - Adolescentes segundo o facto de terem namorado(a)	126
Quadro nº13 - Adolescentes segundo o facto de já terem tido relações sexuais...	126
Quadro nº14 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de estarem apaixonados	127
Quadro nº15 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo a idade da pessoa com quem tiveram relações sexuais comparativamente com a sua	127

Quadro nº16 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o tempo de namoro ao fim do qual tiveram relações sexuais	128
Quadro nº17 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de usarem algum método contraceptivo na primeira vez que tiveram relações sexuais	129
Quadro nº18 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o método contraceptivo utilizado na primeira vez que tiveram relações sexuais.....	129
Quadro nº19 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo as razões para não usarem métodos contraceptivos na primeira vez que tiveram relações sexuais	130
Quadro nº20 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de usarem algum método contraceptivo actualmente	130
Quadro nº21 -	Utilização de contraceptivos pelos adolescentes	131
Quadro nº22 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de recorrerem a consultas de planeamento familiar	131
Quadro nº23 -	Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo as razões para não frequentarem as consultas de planeamento familiar	133
Quadro nº24 -	Adolescentes do sexo feminino que já tiveram relações sexuais segundo o facto de terem engravidado sem desejar	134
Quadro nº25 -	Adolescentes do sexo masculino que já tiveram relações sexuais segundo o facto da sua parceira ter engravidado sem desejar	134
Quadro nº26 -	Adolescentes segundo aspectos relacionados com o namoro e relações sexuais em função da residência e do sexo	136
Quadro nº27 -	Adolescentes segundo a idade da primeira relação sexual e número de parceiros sexuais em função da residência e do sexo...	137
Quadro nº28 -	Adolescentes segundo as respostas correctas dadas às afirmações relativas aos conhecimentos	138
Quadro nº29 -	Adolescentes segundo as respostas correctas dadas às afirmações relativas aos conhecimentos e a idade	140
Quadro nº30 -	Frequência das respostas correctas dadas às dimensões relativas aos conhecimentos segundo a idade dos adolescentes	141

Quadro nº31 -	Frequência das respostas correctas dadas às dimensões relativas aos conhecimentos segundo a zona de residência dos adolescentes	142
Quadro nº32 -	Adolescentes segundo o modo como se sentem relativamente à informação sobre a sexualidade	143
Quadro nº33 -	Adolescentes segundo as fontes de informação sobre sexualidade	143
Quadro nº34 -	Adolescentes segundo o conhecimento de algum serviço onde podem obter informação sobre sexualidade	144
Quadro nº35 -	Adolescentes por idade, sexo e residência	150
Quadro nº36 -	Correlações entre as dimensões das atitudes face à sexualidade e algumas variáveis do estudo	169
Quadro nº37 -	Correlações entre as dimensões do comportamento sexual e algumas variáveis do estudo	172
Quadro nº38 -	Correlações entre as dimensões da atitude e do comportamento sexual	174

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela nº1 - Adolescentes segundo a idade	109
Tabela nº2 - Adolescentes segundo o sexo	110
Tabela nº3 - Adolescentes segundo o ano de escolaridade	111
Tabela nº4 - Adolescentes segundo a zona de proveniência	112
Tabela nº5 - Adolescentes segundo o grupo etário dos progenitores	113
Tabela nº6 - Adolescentes segundo a escolaridade dos progenitores	114

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1 - Adolescentes segundo a idade	109
Gráfico nº 2 - Adolescentes segundo o sexo	110
Gráfico nº 3 - Adolescentes Segundo o Ano de Escolaridade	111
Gráfico nº 4 - Adolescentes segundo o grupo etário dos progenitores	113
Gráfico nº 5 - Adolescentes segundo a escolaridade dos progenitores	115
Gráfico nº 6 - Comparação das médias dos itens At_8, At_15, At_21 e At_24, observadas para os adolescentes do sexo masculino, em função da idade	147
Gráfico nº 7 - Comparação das médias do item Comp_41 (pratico a masturbação com o/a meu/minha namorado/a) e Comp_42 (se um/uma rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o digo “não”), observadas para os adolescentes do sexo masculino, em função da idade	148
Gráfico nº 8 - Comparação das médias do item At_31 (o uso do preservativo diminui o prazer sexual), observadas para os adolescentes do sexo feminino, em função da idade	149
Gráfico nº 9 - Comparação das médias do item Comp_41 (pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a), observadas para os adolescentes do sexo feminino, em função da idade	150
Gráfico nº 10 - Comparação das médias da dimensão «sexualidade na vida» em função da célula	152
Gráfico nº 11 - Comparação das médias da dimensão «planeamento familiar» em função da célula	153
Gráfico nº 12 - Comparação das médias da dimensão «condutas sexuais» em função da célula	154
Gráfico nº 13 - Comparação das médias da dimensão «permissividade nas relações» em função da célula	155
Gráfico nº 14 - Comparação das médias da dimensão «decisão sexual» em função da célula	156

Gráfico nº 15 - Comparação das médias da dimensão «amor e afectividade» em função da célula	157
Gráfico nº 16 - Comparação das médias do item At_08 (o uso do preservativo quebra a confiança do parceiro) em função da célula	158
Gráfico nº 17 - Comparação das médias do item At_14 (o preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica) em função da célula..	159
Gráfico nº 18 - Comparação das médias do item At_16 (as raparigas deviam comportar-se de forma diferente dos rapazes) em função da célula	160
Gráfico nº 19 - Comparação das médias do item At_24 (o carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação) em função da célula...	161
Gráfico nº 20 - Comparação das médias do item At_31 (o uso do preservativo diminui o prazer sexual) em função da célula	162
Gráfico nº 21 - Comparação das médias do item Comp_34 (pratico a masturbação quando estou sozinho) em função da célula	164
Gráfico nº 22 - Comparação das médias do item Comp_42 (se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e não quero ser envolvida/o digo “não”) em função da célula	166

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Modelo de Crenças de Saúde.....	78
Figura 2 - Teoria da Acção Ponderada e do Comportamento Planeado	79
Figura 3 - Teoria da Motivação para a Protecção	80
Figura 4 - Processo de acção na saúde	82

INTRODUÇÃO

A adolescência representa uma etapa evolutiva de todo o ser humano. Marcado por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afectivas, intelectuais e sociais, este período da vida, considerado por muitos de “problemático” está, cada vez mais, sob o olhar atento das diversas ciências. O reconhecimento progressivo das características dos adolescentes, bem como das suas necessidades e problemas tem vindo a suscitar um interesse crescente.

Em termos de saúde global, os adolescentes têm congregado preocupações, não só porque o tipo de sociedade e qualidade de vida de amanhã assentam nos jovens de hoje, mas porque nestes foram observadas evidências preocupantes do aumento e generalização dos comportamentos comprometedores da saúde (Frasquilho, 1996). Os principais problemas de saúde estão ligados em larga medida, não só aos comportamentos individuais como de grupo (Prazeres, 2002).

Grande parte dos problemas que actualmente afectam os adolescentes está relacionada com a sexualidade e com a (des) informação sexual de que são detentores. Este fenómeno revela-se, no entanto, de formas diferentes de cultura para cultura, de país para país e até mesmo, dentro do mesmo país, de região para região. O seu impacto é de tal ordem que as Organizações Internacionais têm manifestado a sua preocupação, assim a OMS (1975) julgou necessário definir o que se devia entender por saúde sexual: “ (...) a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual de maneiras enriquecedoras e que favorecem a personalidade, a comunicação e o amor” (OMS, 1975, citado por Vaz, 1987: 180). A mesma Organização definiu ainda a sexualidade como “ (...) Uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo, ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (OMS citado por Vilar, 1987: 166).

A exposição constante a símbolos sexuais e estimulação erótica dos meios de comunicação a que os adolescentes actualmente estão sujeitos, associada à sua

vulnerabilidade, podem contribuir para uma maior susceptibilidade às influências e consequentemente à adopção de comportamentos de risco.

Embora muitos adolescentes tenham recebido educação sexual em idades precedentes, tanto no seio da família como na escola, nem sempre estão devidamente preparados para o impacto da puberdade. Muitos dos conhecimentos que possuem são adquiridos através dos amigos, consequentemente, grande parte da informação sobre sexualidade que possuem é incompleta e incorrecta.

Não se pode subestimar a importância de um problema que afecta grande parte da população, que pode ter consequências graves como gravidezes não desejadas e doenças sexualmente transmissíveis e, que pode ser facilmente evitado através de uma melhor e mais correcta informação aos adolescentes, tendo sempre em consideração que “(...) a adolescência é um período de desenvolvimento normal em que cada indivíduo é emocionalmente instável mas simultaneamente interessado, criativo, generoso, contestatário mas com apetência para a inovação” (Navarro, 1985: 9)

Muitos trabalhos têm sido publicados abordando esta problemática. Entre os estudos realizados em Portugal podemos referir um estudo de Loureiro (1990), o qual revela como conclusão o baixo nível de conhecimentos dos adolescentes em questões sexuais. Noutro estudo, realizado por Navarro (1985) a conclusão é a mesma: os adolescentes estão mal informados em relação à sexualidade e a principal fonte de informação nesta matéria é o(a) amigo(a). Em estudos mais recentes (Roque, 2001) as conclusões, em relação aos conhecimentos em matéria de sexualidade, são as mesmas. Outros estudos ainda (Lucas, 1993) referem a precocidade do início das relações sexuais entre os adolescentes, a inexistência de um parceiro regular e a reduzida utilização sistemática do preservativo nas situações de risco acrescido.

Para além dos trabalhos realizados, os meios de comunicação têm utilizado o tema promovendo debates e apresentando programas de índole educativa.

Contudo, os principais responsáveis pela educação dos adolescentes - os pais não se sentem à vontade para abordar questões sexuais com os seus filhos, ficando a responsabilidade da educação sexual para os sistemas educativos (professores) e de saúde (médicos e enfermeiros).

Nas escolas, os professores encontrando-se cada vez mais desportos e interessados pelo problema, além dos programas escolares promovem já algumas

conferências sobre sexualidade, no entanto estão ainda longe de colmatar a lacuna existente na preparação familiar.

No campo da saúde a informação sexual é um tema que traz grande preocupação mas, embora os profissionais de saúde, reconheçam a sua importância apresentam ainda uma certa insegurança na abordagem destes temas.

Após um conhecimento prévio desta problemática focalizámos o nosso interesse naquilo que nos pareceu serem aspectos cruciais: as atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade.

O interesse por este tema surgiu do contacto com jovens adolescentes, o que despertou em nós um interesse especial por esta faixa etária, com todos os seus problemas. Refira-se ainda que é no Alentejo que se verifica o maior recurso ao coito interrompido como método contraceptivo (Nodin, 2001) e onde simultaneamente se verificam números elevados de maternidade adolescente (INE; 1998).

Deste modo, decidimos orientar o nosso trabalho no sentido de encontrar respostas à questão:

Que atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade manifestam os adolescentes escolarizados, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade, da zona de Évora?

Com a realização deste trabalho pretendemos encontrar alguns subsídios que nos conduzam a uma melhor compreensão dos adolescentes e ainda, conhecer as necessidades dos adolescentes em informação sexual, o que servirá de base para uma actuação precoce ao nível da promoção da saúde e do bem-estar dos adolescentes, através da criação de estratégias de intervenção adequadas à realidade.

Pensamos deste modo, que os contributos que este estudo possa vir a oferecer serão importantes para o desenvolvimento das disciplinas que se preocupam com a resolução de alguns dos problemas e necessidades dos adolescentes.

Este trabalho surge assim no âmbito do Mestrado em Ecologia Humana a decorrer na Universidade de Évora, e tem como objectivos:

- Identificar as atitudes dos adolescentes face á sexualidade;
- Conhecer os comportamentos dos adolescentes face á sexualidade;
- Identificar o nível de conhecimentos dos adolescentes relativos á sexualidade;

- Verificar se a zona de proveniência (urbana/rural), a idade e o sexo constituem factores passíveis de influenciar atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade.

Para a consecução destes objectivos, iniciamos o nosso trabalho com uma revisão bibliográfica que pretendemos ser pertinente, de modo a permitir uma sistematização e compreensão do tema que iremos abordar.

Começamos assim por fazer uma abordagem global à adolescência como processo de desenvolvimento; abordaremos depois a identidade e autonomia na adolescência, o desenvolvimento da sexualidade na adolescência, o comportamento e as atitudes dos adolescentes face á sexualidade, a saúde reprodutiva e planeamento familiar e, por fim será abordada a informação e a educação sexual.

Posteriormente apresentaremos a área de investigação, a metodologia utilizada, a apresentação e análise dos resultados, a discussão dos resultados e, por fim, as conclusões e sugestões.

1 – ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM GLOBAL

Etimologicamente a palavra “adolescente” deriva da palavra latina “adolescere” que significa “tornar-se adulto”.

O conceito de adolescência é referido por diversos autores de forma análoga, como sendo um período de desenvolvimento humano que se situa entre a infância e a idade adulta, tendo o seu início com a puberdade.

Os estudos sobre a adolescência surgiram à relativamente pouco tempo. No entanto não podemos afirmar que anteriormente esta fase da vida fosse completamente ignorada.

Em todas as civilizações a criança teve sempre um lugar à parte, mas o estatuto do adolescente, historicamente, conheceu sortes diversas. Como refere Sprinthall e Collins (1994), “(...) apesar das componentes psicológicas e fisiológicas fundamentais terem existido sempre em cada pessoa jovem, indiferentemente dos períodos históricos, a cultura - a sociedade adulta - nem sempre reconheceu as características específicas da adolescência” (Sprinthall e Collins, 1994: 6).

Nas sociedades mais primitivas não era concedido qualquer estatuto ao adolescente, passava-se directamente da infância à idade adulta (Cordeiro, 1997).

Ao longo do tempo o estilo de vida e os valores preconizados são directamente afectados pelos acontecimentos históricos, ao mesmo tempo a adolescência, como um período da vida, foi essencialmente vulnerável ao impacto da mudança social. Assim, “(...) alguns acontecimentos sociais e culturais parecem ter propiciado a emergência da adolescência como um período distinto do desenvolvimento humano - e como campo de estudo com legitimidade própria” (Sprinthall e Collins, 1994: 6).

A adolescência surgiu, como realidade histórica, nos meados do século XIX, com a Revolução Industrial. A própria sociedade industrial, vai exigir a preparação profissional, o que leva a que a escolarização e a formação profissional passem a marcar este período. Também as profundas modificações que se verificaram, neste período, no seio da família contribuíram de forma decisiva para o aparecimento do conceito de adolescência.

Contudo, é principalmente a partir do século XX que começaram a surgir os primeiros estudos científicos sobre este estágio de desenvolvimento que, desde então, tem sido objecto de estudo e de interesse de investigadores das ciências sociais e humanas.

Para este facto, muito contribuíram as investigações realizadas por Stanley Hall (1904), segundo o qual, e citado por Sprinthall e Collins (1994: 14) “ (...)a adolescência era um estágio evolutivo de desenvolvimento - por isso, único, com direito a uma investigação específica”.

Assistimos assim, na última metade do século XX “(...) a algumas transformações no modo como os adolescentes são tratados pela sociedade adulta, as quais são semelhantes às modificações vividas pelas crianças no século XIX” (Sprinthall e Collins, 1994: 14).

Passou-se desta forma, de uma época sem adolescência, para outra, o século XX, em que esta é a idade favorita.

As diversas ciências como a Antropologia, a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, têm dado um contributo inquestionável para o estudo da adolescência. Estas têm encetado uma busca constante do estudo do adolescente no seu meio sócio - cultural, bem como interpretado algumas das suas atitudes e comportamentos.

A Psicologia do Desenvolvimento é, sem dúvida, uma das áreas científicas que muito tem contribuído para a compreensão da adolescência como um período de desenvolvimento com características próprias.

Assim a adolescência é hoje considerada uma etapa fundamental da evolução do indivíduo. Para a Associação Para o Planeamento da Família (1995), a adolescência “é o período de transição entre a infância e a condição de adulto. É um período de rápidas mudanças (no corpo, nas emoções, nas atitudes e valores, no intelecto, nas relações com os pais e com os colegas, na liberdade e responsabilidade) ” (Associação Para o Planeamento da Família, 1995: 1). Podemos ainda acrescentar que é “(...) uma época de maturação física, social e emocional(...)” (Whalley e Wong, 1989: 342).

As sub-etapas da adolescência

São muitas as definições de adolescência, mas para falarmos neste período –

entendido como um processo de crescimento, desenvolvimento e adaptação - é importante delimitá-lo cronologicamente.

Este período da vida pode ser sistematizado em várias fases, cujo número varia não havendo aqui uniformidade de critérios.

Nesta perspectiva, Fenwick e Smith (1995: 31-34) definem os “marcos” da adolescência e consideram-na decorrente em três fases:

- Adolescência inicial (dos 11 aos 14 anos), marcada pela preocupação com a aparência do corpo em desenvolvimento.

Surgem nesta fase, grandes alterações hormonais.

O adolescente reivindica independência e considera-se um ser individual. Os amigos tornam-se mais importantes e sente necessidade de ter a noção de que pertence a um grupo (os rapazes formam bandos e as raparigas têm uma ou duas boas amigas).

- Adolescência média (dos 15 aos 16 anos). O adolescente torna-se menos autocêntrico e desenvolve uma maior capacidade de cedência. Faz experiências constantes para encontrar a imagem de si mesmo com que se sinta mais à vontade. Aprende a pensar por si mesmo e toma as suas próprias decisões. Precisa de colher novas experiências, testar limites e correr riscos. Faz, nesta fase amizades mais duradouras e mais íntimas.

Aceita a própria sexualidade e cria relacionamentos sexuais envolvendo novos sentimentos.

- Adolescência final (dos 17 aos 18 anos). Emerge uma maior autonomia, capacidade de opção e decisão em relação à vida profissional, académica, familiar ou cívica, havendo um envolvimento com a sociedade, trabalho e relações fora da família; o adolescente sente necessidade de se dedicar a um curso para obter independência financeira e emocional.

Mostra-se mais apto a criar relacionamentos sexuais estáveis.

Por sua vez, Frade et al (1996) também considera a adolescência decorrente em

três fases correspondentes às idades em média abrangidas por cada ciclo de ensino do Sistema Educativo Nacional:

- Pré - adolescência ou puberdade (2º ciclo do ensino básico);
- Primeira fase da adolescência (3º ciclo do ensino básico);
- Fase tardia da adolescência (Ensino Secundário).

No entanto, o início da adolescência nem sempre coincide com o da puberdade, para além de que a puberdade tem a assinala-la evidências físicas bem definidas, o mesmo não acontecendo com a adolescência.

Segundo a perspectiva de vários autores, a puberdade varia consoante os indivíduos, o sexo, a cultura, o meio social e o clima sendo ainda a alimentação um factor significativo na aceleração ou desaceleração do desenvolvimento e crescimento, o que se traduz numa puberdade mais ou menos tardia.

Deste facto resulta a grande dificuldade em precisar o início da adolescência, pelo que quando se fala neste período da vida têm que ser abordados não só os aspectos biológicos mas também os psicossociais que a envolvem.

Se a demarcação do início da adolescência é difícil, precisar o seu fim, ainda mais difícil se torna uma vez que nas sociedades actuais não há um critério uniforme que estabeleça o fim da mesma. Na nossa cultura, acontecimentos como a conclusão dos estudos, o casamento, o início da actividade profissional, a saída do meio familiar ou a criação de uma nova família, são utilizados para demarcar o fim da adolescência e a entrada na idade adulta.

De uma maneira geral na nossa cultura, a adolescência tende a prolongar-se uma vez que, cada vez mais, as realidades sociais e económicas impõem ao adolescente o alcance cada vez mais tardio da estabilidade económica e social.

Não importa apenas delimitar o início e fim da adolescência, interessa essencialmente saber que é uma fase de desenvolvimento caracterizada por um extraordinário crescimento e amadurecimento global.

O desenvolvimento bio-psico-social do adolescente

De todas as mudanças que ocorrem nesta fase de desenvolvimento, a mais visível é a das estruturas físicas que se reflecte por um pico no crescimento. A par das

mudanças estruturais e físicas ocorrem grandes mudanças ao nível do funcionamento dos diversos órgãos e sistemas garantindo a continuidade da vida.

Na adolescência o organismo sofre assim modificações fundamentais, as quais irão afectar todos os aspectos relativos à vida biológica, psicológica e social do indivíduo. Como refere Blos (1985), “ não só é certo que os adolescentes de ambos os sexos são profundamente afectados pelas mudanças físicas que ocorrem nos seus corpos - como também, num plano mais subtil e inconsciente, o processo de pubescência afecta o desenvolvimento dos seus interesses, do seu comportamento social e a qualidade da sua vida afectiva (Blos, 1985: 9).

Desenvolvimento biológico

O desenvolvimento do adolescente é caracterizado por grandes e importantes transformações a nível físico.

A idade do início das alterações físicas varia entre os indivíduos, processando-se o desenvolvimento físico de forma significativamente diferente entre os rapazes e as raparigas. Nas raparigas a evolução pubertária dá-se mais cedo do que nos rapazes. No entanto, uma vez iniciado este processo, desenvolve-se de forma sequencial.

Assim, durante um período relativamente curto, o corpo da criança sofre um conjunto de transformações fisiológicas e morfológicas fundamentais assinaladas pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários e o desenvolvimento do sistema reprodutor, comandados por mecanismos hormonais.

Apesar das características sexuais primárias serem as características que estão directamente relacionadas com a reprodução não são, no entanto, segundo Sprinthall e Collins (1994) as modificações mais evidentes da adolescência relacionadas com o sexo. De facto é o aparecimento das características sexuais secundárias que produzem alterações mais evidentes no aspecto físico dos adolescentes e que, por sua vez, são a causa de muitas das suas preocupações.

Nas raparigas, segundo Whalley e Wong (1989) a adolescência começa com o aumento dos ovários e o amadurecimento do folículo de Graaf o qual leva à produção do óvulo. Mais tarde acompanhada de alterações visíveis, como o aumento do volume dos seios, o aparecimento de pêlos púbicos e axilares seguidos do aparecimento da primeira menstruação.

A menarca é assim o indicador que assinala o alcance da maturidade reprodutiva das raparigas. O momento do seu aparecimento é no entanto variável de rapariga para rapariga mas, segundo Sprinthall e Collins (1994) surge em média por volta dos treze anos e meio.

A menarca é apenas uma das muitas transformações que ocorre no corpo da rapariga durante a puberdade, no entanto é de longe a mais evidente.

No que concerne à capacidade reprodutora os órgãos sexuais internos desempenham uma função primordial Estes órgãos aumentam rapidamente de peso e tamanho durante a adolescência. Apesar de na altura do nascimento os ovários já se encontrarem bem desenvolvidos, contendo todos os óvulos que a mulher poderá vir a produzir, só depois da puberdade estes óvulos se tornam maduros de acordo com os ciclos menstruais.

Geralmente existe um espaço de tempo entre o início da menstruação e o alcance da fertilidade completa, no entanto, de acordo com Sprinthall e Collins (1994) “(...) as raparigas nem sempre são estéreis durante um certo período de tempo após a menarca, nem a duração desse período pode ser determinada com precisão” (Sprinthall e Collins, 1994: 54).

Quanto aos órgãos genitais externos nas raparigas, não têm um desenvolvimento tão evidente como nos rapazes, por isso, “(...) são menos referidos como indicadores de maturidade sexual nas mulheres” (Sprinthall e Collins, 1994:53).

Se o início da maturação pubertária na rapariga é determinado pelo sinal preciso da menarca, já no rapaz não se encontra um sinal preciso para determinar esse início.

Assim no rapaz, segundo Whaley e Wong (1989), começam por surgir alterações musculares significativas, seguidas de um aumento dos órgãos genitais externos. Posteriormente dá-se o aparecimento da pilosidade genital, axilar, facial e torácica. Mais tarde a próstata e as vesículas seminais amadurecem e dá-se a formação dos espermatozoides. Surge nesta fase a primeira ejaculação a qual é frequente ocorrer sob a forma de emissões nocturnas.

Segundo Sprinthall e Collins (1994: 55) a ejaculação é “(...) um acontecimento que pode ocorrer, apenas após as alterações sexuais primárias da pubescência (...)” no entanto, “(...) a capacidade de ter orgasmo, acontecimento que acompanha a ejaculação está presente desde o nascimento”, o que significa que pode ser um indicador de maturação sexual nos rapazes.

Das alterações físicas verificadas nos rapazes, “ o crescimento da barba é amplamente valorizado como um sinal de maturidade - um indicador mais aparente do que as modificações genitais” (Sprinthall e Collins, 1994: 56). Os mesmos autores referem ainda a voz como outro acontecimento da puberdade através do qual o mundo avalia a maturidade física dos homens.

Nesta fase verifica-se um aumento do ritmo de crescimento de uma maneira geral, nos indivíduos de ambos os sexos.

As mudanças bruscas que se verificam, podem conduzir a diferentes reacções por parte do adolescente, “(...) fazer do adolescente um organismo biológico ímpar, um ser que em cada momento necessita de espaço para se expandir e de oportunidade para se exercitar e se pôr à prova fisicamente, ou, outras vezes, um ser tímido e desajeitado que não sabe o que fazer dos seus longos braços e das suas longas pernas - para quem, em suma, crescer constitui um problema” (Almeida, 1987: 49).

Como consequência da dificuldade, por vezes sentida pelo adolescente em se ajustar à sua imagem corporal em constante mudança, este pode viver sentimentos de isolamento, solidão e confusão.

As sensações sexuais variam também de acordo com o sexo, segundo Whaley e Wong (1989: 345) “ no sexo masculino, a excitação sexual é muito directa e centrada nos genitais, ao passo que no sexo feminino é mais vaga, difusa e intimamente ligada à personalidade como um todo”.

Ainda segundo o mesmo autor os impulsos sexuais provocam no adolescente sensações contraditórias: se por um lado são motivo de contentamento pois “confirma a sua identificação com o papel masculino”, por outro lado são motivo de perturbação e embaraço quando surgem reacções espontâneas como a ejaculação, principalmente se o adolescente não estiver preparado para essa eventualidade.

Todas estas transformações constituem um acontecimento muito importante para o adolescente uma vez que vêm desorganizar um equilíbrio anteriormente conseguido. Por sua vez o desenvolvimento fisiológico é acompanhado por grandes alterações a nível psicológico as quais vão culminar na autonomia e na inserção social adulta.

Desenvolvimento psicológico e emocional

A par do crescimento biológico e de todas as transformações do organismo que lhe são inerentes, processa-se no adolescente uma revolução psicológica profunda e duradoira.

Segundo Almeida (1987) a evolução psicológica do adolescente processa-se paralelamente em quatro vertentes, intimamente ligadas (a emocional, a sexual, a intelectual e a social), sendo esse desenvolvimento conseguido mediante:

1. a interiorização das alterações físicas;
2. o estabelecimento de um novo tipo de relações (primeiro isossexuais e depois heterossexuais);
3. o aparecimento de um comportamento social responsável;
4. a evolução para uma personalidade em equilíbrio com os valores éticos da cultura vigente;
5. a capacidade para planear e orientar as suas actividades futuras.”

(Almeida, 1987: 57)

Neste processo de desenvolvimento, o adolescente “(...) aprende a usar as suas capacidades mentais em desenvolvimento, ao mesmo tempo que procura adaptar-se às mudanças físicas” (Whaley e Wong 1989: 346). Torna-se capaz de ultrapassar através do pensamento situações concretas e actuais, evadindo-se do real e do presente para abarcar o possível e o imaginário.

Segundo Lewis (1981) citado por Bee (1997: 329), “o adolescente pensa sobre opções e possibilidades, imagina-se em papéis diferentes (...). De modo que ele é capaz de imaginar consequências futuras de acções que deve empreender agora, possibilitando uma espécie de planeamento a longo prazo”.

Pode-se dizer que o adolescente já não se preocupa apenas com o presente, começa a pensar além deste, manifestando uma certa preocupação com o futuro.

O “pensamento formal” abre-lhe as portas para a especulação filosófica, pela inteligência ele é igual ao adulto no entanto “(...) estas habilidades, assim como a sua capacidade de julgamento são ainda limitadas pela falta de experiência e de conhecimentos que lhe possam fornecer a perspectiva adequada para a solução de problemas” (Whaley e Wong, 1989: 346).

O adolescente passa a ser capaz de raciocinar com base nas hipóteses, capacidade do pensamento hipotético - dedutivo. Ele é capaz de pensar “sobre o que ele próprio e os outros pensam”(Whaley e Wong,1989: 346). Adquire assim a capacidade de distinguir os seus próprios pensamentos dos pensamentos dos outros e desse modo interpretar de uma forma mais correcta o que os outros pensam. Isto leva a que o adolescente veja o mundo de uma maneira mais relativista.

È a partir deste momento, em que o adolescente já é capaz de raciocinar, reflectir e discutir, que adquire o estatuto de igualdade no plano intelectual frente ao adulto, o que aumenta a possibilidade de conflitos entre ambos.

Associado a esta capacidade mental encontra-se o seu espírito crítico o que o leva a criticar a família, a escola e a sociedade em geral, sentindo-se frustrado e insatisfeito perante tudo o que agora é capaz de entender.

Há no adolescente um grande empenho em alcançar a maturidade emocional e assim caminhar no sentido de se tornar adulto. Considera-se um indivíduo adulto, emocionalmente amadurecido quando, segundo Gesell (1978: 400) “(...) é capaz de tratar de maneira responsável dos seus próprios assuntos e é também capaz de se inteirar adequadamente das atitudes e responsabilidade das outras pessoas”.

Desenvolvimento social

Na adolescência verificam-se modificações importantes ao nível das relações sociais, os adolescentes lutam para se tornar adultos e desenvolvem todos os esforços para se livrarem progressivamente das restrições impostas pelos pais.

Por outro lado, de uma forma geral, a sociedade busca constantemente a compreensão dos adolescentes mas nem sempre age como se compreendesse os seus aspectos fundamentais e específicos. Assim existe “ (...) um marcado antagonismo entre o mundo dos adolescentes e o mundo dos adultos” (Almeida, 1987: 99).

Ainda de acordo com o mesmo autor, as necessidades dos adolescentes ameaçam a estabilidade social dos adultos os quais reagem através da instauração de medidas vigorosas para não perderem o controle da situação.

Sendo a adolescência a idade da oposição ao meio, à ordem estabelecida, da revolta contra os pais, é necessário estar atento aos comportamentos desviantes que daí poderão resultar.

Importa no entanto saber o que faz a sociedade para evitar estes comportamentos, para facilitar a passagem da infância à idade adulta, como é que ela considera os seus adolescentes, que estatuto e que papel lhes atribui.

De uma maneira geral, a sociedade considera-os imaturos, longe de os ajudar, aumenta-lhes a dificuldade de definir a sua situação. A comprová-lo está a falta de um estatuto claro e o prolongamento da duração da adolescência.

As sociedades industrializadas, prolongando cada vez mais os estudos e dificultando a inserção dos indivíduos no mundo do trabalho, mantêm os jovens num estado prolongado de dependência.

Assim, apesar dos adolescentes terem hoje um peso importante no sistema social e político este “ (...) não dispõe nem de estruturas nem de mentalidade para os acolher” (Almeida, 1987: 99).

Estas condições levam os adolescentes a contestarem os valores tradicionais, a voltarem as costas a uma sociedade que não compreendem, gerando-se assim sentimentos de desgosto, desilusão e revolta (Almeida, 1987).

Tudo isto conduz, por vezes, os adolescentes a adoptarem condutas de transgressão ou evasão.

A ausência de modelos e valores significativos para os jovens, a fragilidade de equilíbrio que os caracteriza dentro do contexto sócio - cultural, concomitantemente com a sua necessidade de independência, auto - afirmação e acesso ao estatuto de adulto leva-os a deslizar facilmente para uma forma de comportamento anti - social (Whaley e Wong, 1989).

Ao mesmo tempo a demissão da família das suas funções ou a partilha destas com outras instituições, os conflitos sociais, a presença quase constante da violência, assim como, todas as condições geradoras de ansiedade próprias da vida actual, funcionam como condicionantes dos comportamentos dos jovens.

A família vê-se assim progressivamente substituída pelo grupo de amigos o qual se torna o ponto de referência das normas de conduta.

2 - IDENTIDADE E AUTONOMIA NA ADOLESCÊNCIA

A identidade e a autonomia são “ (...) questões fundamentais da adolescência” (Sampaio, 1994: 241).

É durante o período da adolescência que o indivíduo começa a compreender-se como “(...) distinto, único e separado de todos os outros indivíduos” (Whaley e Wong, 1989: 346).

Através da conquista da identidade e da autonomia o adolescente vai assumindo gradualmente as suas realizações adultas. Este não é, no entanto, um processo passivo, pelo contrário é gerador de alterações nas relações interpessoais, “a formação da identidade deve ser considerada um processo dinâmico, verdadeira interface da dimensão interna e externa do adolescente” (Sampaio, 1994: 241).

Ainda de acordo com o mesmo autor a dimensão interna da identidade pressupõe a integração das pulsões características desta etapa de desenvolvimento num todo em interacção possível com o meio. A dimensão externa pressupõe um processo de assimilação e rejeição das identificações sofridas, bem como da interacção entre o desenvolvimento pessoal e as influências sociais.

É ainda nesta fase que se adquire a “identidade sexual” a qual, “(...) se foi estruturando a partir das dúvidas internas e das constantes interacções externas com a família e o grupo de jovens” (Sampaio, 1994: 242). Consolidam-se as relações com os outros e dá-se a integração das diversas estruturas da personalidade, terminando este processo na pós adolescência.

A própria sociedade espera que os seus membros jovens se tornem mais autónomos durante a adolescência no sentido de se tornarem adultos auto-suficientes

A formação da identidade é assim encarada segundo Sprinthall e Collins (1994) como um “processo integrador” das transformações pessoais, das “exigências sociais” e das “expectativas em relação ao futuro”. Deste modo, o adolescente é levado a uma procura activa de relações sociais, na busca de “interacções estabilizadoras” que contribuam para a formação da identidade.

A sociedade em que o adolescente está inserido desempenha assim um papel fundamental e, dentro desta, a relação que o adolescente estabelece com o grupo de

pares no seio do qual “(...) confluem diversos factores essenciais para a identidade e autonomia adolescentes e onde a informação externa é interpretada pelos adolescentes à luz da sua pessoa específica (o seu self)” (Sampaio, 1994: 242).

A amizade e o grupo funcionam como o primeiro recurso contra a solidão, fornecendo ao adolescente um clima afectivo compensador e uma identidade social. É através do grupo que adquire confiança em si próprio, que aprende a valorizar os seus sentimentos e os sentimentos dos outros.

O grupo assume um papel primordial na medida em que permite partilhar com os outros a experiência pessoal de cada um. Funciona como fonte de apoio, incute um sentimento de pertença, bem como sentido de poder, numa forma de partilhar um ideal colectivo.

É no grupo que se identificam partilhando os mesmos gostos, dúvidas e revoltas; ouvindo as mesmas músicas, usando as mesmas roupas, idolatrando o mesmo ídolo. Unem-se para encontrar novos pontos de referência, desejo de originalidade ou distanciamento em relação ao passado dos pais, o grupo de pares desempenha assim uma função de dinamizador do crescimento individual e de permanente aglutinador e protector face a uma ameaça externa, os mais experientes esclarecem as dúvidas, guiam perante novos desafios e apoiam em face de hesitações ou angústias (Sampaio, 1993).

Juntos, os adolescentes, tornam-se contestatários, assumem posições, mas sobretudo passam despercebidos como elementos individuais.

O grupo é um mundo de transição entre a dependência e a autonomia (Whaley e Wong, 1989).

Tal como a identidade, a autonomia representa outra questão central da adolescência (Sampaio, 1994). Segundo o mesmo autor, esta pode ser entendida como “(...) a necessidade do adolescente conquistar o domínio de si próprio e obter um espaço mental para reflectir e para se relacionar fora da família, o que pressupõe desde logo o abandono de uma posição de dependência face aos pais que caracteriza a infância” (Sampaio, 1994:243)..

Inicia-se assim um processo de alteração da relação com os pais mediante o qual o adolescente procurará abandonar a pouco e pouco a sua posição de dependência face a estes, e caminhar em direcção a uma progressiva autonomia face à família. Esta situação traduz-se, muitas vezes, num relacionamento interpessoal difícil para ambos.

Dias Cordeiro, mencionado por Sampaio (1993: 4), considera que, “(...) o luto face aos imagos parentais é decisivo para o prosseguimento do curso normal da evolução, porque a partir da liquidação conseguida dos imagos parentais passa a existir a possibilidade do estabelecimento de novas relações amorosas extra familiares”.

Neste sentido o adolescente tem necessidade de se tornar independente da família como forma de adquirir autonomia, a qual diz respeito não só à progressiva separação dos pais, mas também se relaciona com a capacidade de decidir com segurança em si próprio, nos comportamentos e nos valores (Sampaio, 1993).

Neste processo de autonomia dos jovens, os pais têm um papel muito importante podendo funcionar, ou não, como facilitadores. Como refere Cordeiro (1997: 80) “o problema da autonomia (...), mais do que dos filhos é muitas vezes um problema dos pais”.

Deste modo, a capacidade do adolescente atingir a autonomia está relacionada não só com a capacidade dos pais estimularem a separação, mas também com a qualidade emocional do vínculo que liga pais e filhos adolescentes (Fleming, 1993). A mesma autora diz-nos ainda, citada por Sampaio (1994: 243), “(...) se a emoção básica for o amor, o adolescente progride na sua capacidade de se individualizar e de se separar. Se a emoção básica for a hostilidade, o adolescente não encontra base segura a partir da qual inicia o processo de separação (...). Não estando seguro dos laços que o unem aos pais, e temendo uma perda de amor pelo facto de desejar separar-se deles, o adolescente pode retrair-se na marcha para a tarefa da individualização, dando lugar ao impasse ou à paragem do desenvolvimento psicológico”.

Aos pais deverá caber a tarefa de encorajar a autonomia, uma vez que esta proporciona e estimula os movimentos exploratórios, a experimentação, o confronto com situações de frustração ou de insucesso, estimulando também a gratificação conseguida pela realização de tarefas sem ajuda parental, como reforço consequente da auto - estima do adolescente.

Ao adolescente só é possível tornar-se independente psicologicamente se conseguir abandonar o vínculo infantil que o ligava aos pais e construir uma nova relação familiar menos dependente, que assente basicamente no respeito e na confiança mútua.

3 - SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

3.1 – O DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE

Durante a adolescência processam-se grandes transformações físicas, psicológicas e sociais, as quais vão alterar não só o aspecto do adolescente como também o seu comportamento e o seu estatuto na sociedade. De entre essas mudanças “... a transformação biológica fundamental (...) consiste no alcance da capacidade de reprodução ou da maturidade sexual” (Sprinthal e Collins, 1994: 44).

Normalmente, após a puberdade, o adolescente vivência um crescimento, a modificação de todo o seu corpo, com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Começa então a tornar-se evidente a diferença entre os rapazes e as raparigas o que representa uma questão central da sexualidade na adolescência (Sampaio, 2000).

A sexualidade na adolescência, faz parte do conjunto de transformações que envolvem a própria adolescência e que são provocadas pelo desenvolvimento sexual e que preparam e tornam possível o exercício da sexualidade (Miguel, 1987).

No entanto as questões sobre a sexualidade e os conflitos que a ela se ligam, podem surgir antes da adolescência e permanecer depois desta etapa da vida; mas não há dúvida de que é neste período do ciclo vital que o lidar com a sexualidade é crucial, porque o adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos, necessidades e desejos (nomeadamente o desejo sexual ou pulsões sexuais e a sua satisfação), de forma a dar-lhes sentido e coerência em relação a si (Costa, 1998).

A sexualidade do adolescente é contudo, temporariamente desarmoniosa, havendo frequentemente uma discrepância entre o desenvolvimento afectivo e psicológico e o correspondente desenvolvimento físico. A rapidez do crescimento biológico não é acompanhada pela lentidão do crescimento psicológico.

Ao longo deste processo de desenvolvimento, vão processar-se grandes alterações na vida do adolescente como a modificação da relação com os pais, a modificação da relação com o grupo, o problema da identidade sexual, que deslizando pelo amor e pela sexualidade, se propõe atingir o que se considera ser o final da adolescência, experimentando a autonomia, a identidade pessoal e o seu próprio

sistema de valores que lhe permitam decidir livremente aquilo que quer e aquilo que não quer (Marques e Silva, 1999; Sampaio, 2000).

A sexualidade adolescente organiza-se a partir das experiências que o adolescente vai tendo no seu contacto com os pais ou figuras parentais, bem como no seu contacto com o grupo de jovens (Andrade, 1996; Sampaio, 2000). Assim, as mensagens que os pais transmitem acerca da sua própria sexualidade são fundamentais no processo de maturação sexual do adolescente (Sampaio, 2000).

Também, neste processo, as interacções que se operam entre o jovem e o seu grupo revestem-se de uma importância extrema, podendo mesmo dizer-se que um jovem que passa a adolescência isolado, será provavelmente um jovem com um potencial acrescido de dificuldades na área da sexualidade, com problemas em assumir a sua autonomia e a identidade sexual (Rodrigues, 1999; Sampaio, 2000)

Depreende-se assim, que no término da adolescência o jovem tenha a sua identidade e relação sexual estável ou quase estável, tenha um projecto e capacidade de decisão, uma ideia sobre o seu futuro, bem como capacidade e assertividade para poder, assente num sistema de valores construídos, decidir sobre esse projecto e em relação à sua própria sexualidade (Andrade, 1996; Sampaio, 2000).

O grupo na adolescência vai assim evoluindo, sendo o grupo só de rapazes e o grupo só de raparigas substituído, por volta dos 15-16 anos, pelos grupos constituídos por jovens do sexo masculino e feminino.

Por sua vez, na fase final da adolescência, a tendência é para estes grupos darem lugar aos pares mais fixos (Sampaio, 2000). Neste período, a maioria dos rapazes e mais de metade das raparigas afirmam, em estudos efectuados por Miguel e Vilar (1987), já terem tido experiências sexuais, as quais ocorreram integradas nas relações amorosas. Ainda segundo Sampaio (2000) aos 18-19 anos só cerca de 20% dos rapazes é que não tiveram experiência de relações sexuais, enquanto que esse número nas raparigas se eleva para mais de 50%. Apesar de se verificarem diferenças entre estes estudos, principalmente no que se refere à actividade sexual das raparigas, em ambos os estudos se verifica a diferença que existe entre os sexos no que concerne à sexualidade.

A sexualidade é assim uma realidade que envolve toda a personalidade humana ao longo da vida.

No entanto, apesar da sexualidade acompanhar todo o nosso percurso de vida, “é difícil dizer o que é a sexualidade, dada a complexidade dos aspectos em que esta está implicada” (Miguel, 1990: 19).

De acordo com o mesmo autor, podemos, no entanto, apontar o seu papel fundamental:

- “**Na identificação:** é a sexualidade que nos faz sentir bio-psico-socialmente mulheres ou homens;
- **Na reprodução:** é através das relações sexuais que um homem e uma mulher podem ter filhos;
- **Na relação amorosa:** a sexualidade é uma forma de expressão física do nosso amor e reforça a relação amorosa;
- **No desejo e prazer:** a sexualidade é responsável por desejos extremamente intensos e um prazer muito grande acompanha habitualmente os pensamentos e actividades sexuais” (Miguel, 1990: 19).

Por tudo isto podemos considerar que a sexualidade se envolve de uma grande complexidade, perante a qual cada indivíduo reage de maneira distinta, podendo assim contribuir para a perturbação do indivíduo ou, pelo contrário, para a sua dignificação e para o seu desenvolvimento.

◆ **Afectividade**

Apesar da sexualidade estar presente ao longo de toda a nossa vida, como já referimos, manifestando-se de formas diferentes durante o processo de desenvolvimento humano é, no entanto, na adolescência que se manifesta de forma mais intensa o que está relacionado com as próprias mudanças a nível sexual que se verificam no adolescente. O adolescente começa ainda a estabelecer a ligação entre a sexualidade e afectividade, sendo esta ligação possibilitada pela transformação das relações com os pais e pelo maior envolvimento afectivo com os companheiros (Miguel, 1987).

A afectividade que até aqui era circunscrita á família, passa a orientar-se mais intensamente noutros sentidos. As relações alargam-se a outros amigos e amigas e também a outros adultos.

Segundo Lopez e Fuertes (1999), o ser humano não tem apenas apetência sexual instintiva preprogramada, mas tem, também, necessidades e capacidades afectivas que frequentemente se associam à actividade sexual.

A vida afectiva dos adolescentes é repleta de novidades, sendo a primeira a emergência do instinto sexual que entra na sua fase activa por ocasião do estabelecimento da função reprodutora. A sexualidade dos adolescentes, normalmente decorre numa relação de intimidade caracterizada por uma troca de sentimentos (reciprocidade) e por uma revelação pessoal mútua e apropriada (Menezes, 1990).

Estas relações de intimidade, de acordo com o autor citado, inicialmente surgem com pessoas do mesmo sexo e só posteriormente com pessoas do sexo oposto de forma a integrarem, no contexto da mesma relação, as necessidades de intimidade e o desejo sexual.

O grupo de pares desempenha uma função importante na elaboração destas relações heterossexuais. Podemos dizer que o grupo de amigos é essencial à estruturação psicológica e sexual, pois permite confrontar as próprias experiências com as dos outros.

É assim, neste período, que os jovens começam a sentir o desejo intenso de estabelecer com outra pessoa uma relação afectiva especial. Quando este desejo é correspondido surge a formação do par. Esta relação entre o par é normalmente chamada de namoro.

Miguel (1994) acentua a importância do namoro no desenvolvimento afectivo 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” (Miguel, 1994:18).

No namoro podem identificar-se duas sequências desenvolvimentais: a sequência tradicional e a sequência contemporânea. Enquanto que na sequência tradicional os papéis sexuais apresentam as características convencionais e ao mesmo tempo uma definição precoce de exclusividade, pelo contrário, na sequência contemporânea (“andar junto”) implica uma visão menos estática da relação e uma atitude de igualdade entre os sexos (Garbarino, 1985, citado por Menezes, 1990).

O namoro na adolescência, para além do aspecto recreativo que desempenha principalmente no início desta, dá ao jovem um estatuto prestigiado dentro do grupo pois pode representar um sinal de maturidade social. Proporciona também uma

aprendizagem não só sobre os desejos e interesses do sexo oposto como também sobre a própria personalidade, aumenta a auto-estima, promove o desenvolvimento da autonomia (uma vez que existe um investimento por parte do jovem noutros fora da própria família), possibilita a experimentação de comportamentos sexuais e permite seleccionar um companheiro para uma relação séria (Menezes, 1990).

O namoro, pelas experiências que promove, pelo intenso envolvimento romântico de que se reveste, é muitas vezes vivido pelos adolescentes com uma enorme intensidade e crença na sua duração, embora na opinião de Miguel (1994), sejam extremamente raros os que terminam numa relação de casamento.

Se o início do namoro é algo de gratificante, pelo contrário a ruptura do mesmo, principalmente quando não é de comum acordo, pode acarretar problemas para o adolescente, como sejam o “sofrimento pela perda afectiva; sentimentos de inferioridade pela parte do que se sente abandonado; sentimentos de culpa por parte do que abandona e dificuldade de estabelecimento de futuras relações de namoro, pelo medo da desilusão e do sofrimento” (Miguel, 1994:18).

◆ **Orientação sexual**

No período da adolescência, a acompanhar todas as alterações bio – psico – sociais, que caracterizam esta fase de desenvolvimento, opera-se no adolescente outra mudança importante: a especificação da orientação sexual (Lopez e Fuertes, 1999).

A orientação sexual diz respeito, de acordo com Lopes e Fuertes (1999), ao tipo de objecto pelo qual o adolescente se sente atraído sexualmente e em relação aos quais orientará o seu desejo sexual.

O modo como o indivíduo aprende a dirigir o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinado pela interacção de factores hereditários e biológicos com factores psicológicos e sociais.

Segundo Lopez e Fuertes (1999), podem considerar-se as seguintes formas de orientação sexual: heterossexual, homossexual, ambissexual (também chamada bissexual), assexual e parafilica.

Em termos gerais, os indivíduos são hetrossexuais quando se sentem atraídos por pessoas do sexo oposto; homossexuais quando se sentem atraídos por pessoas do mesmo sexo; ambissexuais quando se sentem atraídos para os dois sexos; assexual

quando carecem de desejo sexual e nos parafilicos a sua atracção sexual é dirigida para objectos não humanos e para crianças menores (Lopez e Fuertes, 1999).

Apesar desta definição, os individuos podem ter comportamentos hetero ou homossexuais sem no entanto se sentirem como hetero ou homossexuais. É necessário ter em conta a identificação que cada indivíduo faz em relação á sua orientação sexual (Newman e Newman, 1985, citado por Menezes, 1990).

Sendo no início da adolescência comuns as actividades homossexuais, a distinção entre actividade homossexual ocasional e identificação homossexual é particularmente problemática para os adolescentes.

De facto, nesta fase do ciclo de vida, em que predominam as amizades com companheiros do mesmo sexo, com o desabrochar da sexualidade, pode ser que um rapaz se sinta atraído por um grande amigo, ou que uma rapariga tenha uma atracção amorosa por uma das suas amigas predilectas, pois trata-se da época das amizades fortes e exclusivas. Contudo, embora muito frequentes, não podemos considerar estas relações, homossexuais. Muito pelo contrário, é importante que o adolescente as compreenda e viva com gosto, o que pode contribuir para, a pouco e pouco, adquirir um certo equilíbrio afectivo e possibilitar o encontro com o outro sexo (Andrade, 1996).

No que concerne aos comportamentos e orientações sexuais, a heterossexualidade é geralmente associada ao padrão da normalidade, o que excluiu à partida, a ambissexualidade e a homossexualidade.

Embora hoje em dia já se verifique alguma liberdade e tolerância face às situações e vivências sexuais diferentes. A homossexualidade só no século XX, na década de 80, deixou de ser considerada doença pela comunidade científica, continuando a ser problemática para quem está nela directamente envolvida (Andrade, 1996).

Tendo a percepção de que a orientação sexual não é uma escolha e que a sexualidade tem múltiplas manifestações, torna-se importante que os jovens compreendam e aceitem esta variabilidade, contribuindo desta forma para que essa mesma sexualidade possa ser vivida em plenitude e com satisfação (Frade et al., 1996).

3.2 – A SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE NO CONTEXTO SOCIAL

A entrada na vida adulta, que deveria marcar o fim da adolescência, tem vindo, na nossa sociedade, a ser progressivamente retardada. Este facto está directamente relacionado com factores de ordem social. O fim dos estudos propiciando o início de uma carreira ou o início de uma actividade profissional, que se traduzem na independência dos jovens é, hoje em dia, conseguido tardiamente.

Há assim, na nossa sociedade, tal como na maioria das sociedades ocidentais, uma ambivalência na regulação dos comportamentos dos jovens, se por um lado se consideram os jovens a partir dos 18 anos responsáveis pelos seus actos, nomeadamente do ponto de vista jurídico, por outro lado não lhes são proporcionadas as condições e os recursos necessários para uma vida autónoma em relação à família.

Tal como a própria adolescência, a sexualidade poderá ter o seu início com a biologia mas termine com a cultura (Sprinthal e Collins, 1994).

“A dificuldade em compreender a sexualidade do adolescente relaciona-se com o facto de ser necessário saber qual o grau em que a sua natureza é determinada pelas transformações pubertárias e em que medida é também o reflexo de expectativas sociais e culturais, ou de padrões de comportamento que foram aprendidos (Sprinthal e Collins, 1994:407).

Parafrazeando Miguel (1990: 78) a vida sexual dos adolescentes é “(...) influenciada por factores sócio-culturais e condicionada pelo desenvolvimento psico-afectivo, muito variável de adolescente para adolescente”. Assim, dadas as influências sociais, a forma como a sexualidade é vivenciada pelas raparigas é diferente da forma como é vivenciada pelos rapazes como consequência dos diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual dos rapazes e das raparigas.

Normalmente a família e a própria sociedade, incute à rapariga uma imagem da sexualidade na qual o valor mais importante é a maternidade culpabilizando ao mesmo tempo o desejo e prazer sexuais da mulher valorizando apenas os seus sentimentos Miguel (1990). Isto leva a que a rapariga se torne muitas vezes “(...) sexualmente menos interessada; culpabilizada em relação ao prazer sexual e receosa em relação aos rapazes” (Miguel, 1990: 30).

Em relação aos rapazes verifica-se uma mudança completa na forma como vêem a sexualidade, o que se deve à própria influência que a sociedade e mesmo a família desempenham na sua educação. Aos rapazes é-lhes inculcado que a capacidade sexual é o valor mais importante do homem e o seu desejo e actividade sexual são considerados como necessidades fundamentais do homem.

Deste modo o comportamento afectivo e sexual dos rapazes apresenta muitas vezes uma actividade sexual que é influenciada pela procura de “segurança” e “desejo de afirmação”, assim querem ter, “(...) relações sexuais o mais cedo possível, o maior número de vezes possível, com qualquer mulher, em qualquer momento” Miguel (1990: 32). O rapaz é desta forma muito interessado sexualmente mas pouco exigente no que diz respeito à qualidade afectiva das suas relações sexuais.

No entanto, as diferenças na atitude face à sexualidade das raparigas e dos rapazes é cada vez menor. Verifica-se actualmente que as raparigas começam a ter uma atitude mais favorável em relação à sexualidade e os rapazes começam a valorizar mais a qualidade afectiva das suas relações sexuais.

A sexualidade dos jovens portugueses não é muito conhecida. Os trabalhos de investigação nesta área são realmente insuficientes. De acordo com os dados do INE (2001), os jovens portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos eram 688 686 o que corresponde a 6,65 % da população. O estudo realizado por Lucas (1993) verificou que até aos 19 anos de idade, a taxa de virgindade era para as raparigas de 59,2% e para os rapazes de 20,5%. No grupo dos 18-19 anos 12% das raparigas e 34% dos rapazes eram sexualmente activos, embora sem parceiro regular.

Ainda de acordo com o Inquérito à Fecundidade e à Família, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em 1998, cerca de 4% das mulheres, com idades entre os 15 e os 19 anos, já haviam iniciado uma relação conjugal, enquanto que o mesmo acontecia apenas a pouco mais de 1% dos homens no mesmo grupo etário.

Parece estar bem patente, tanto no estudo de Lucas (1993) como nos resultados do Inquérito à Fecundidade e à Família (1998), a influência que a sociedade exerce sobre os indivíduos de sexos diferentes, impelindo-os para “este ou aquele comportamentos” socialmente aceites.

As diferenças, no que concerne à sexualidade, não se verificam apenas entre homens e mulheres mas também entre sociedades e culturas.

As sociedades sexualmente restritivas proíbem as práticas sexuais dos jovens, bloqueiam a aquisição de informação, tentando manter os jovens na ignorância, submetendo-os a sanções caso infrinjam as normas estabelecidas (Cortesão et al 1989).

Existem também sociedades permissivas, entre as quais se encontram, segundo Lopes (1993) a Indonésia, Oceania e Melanésia que permitem e até mesmo fomentam as práticas sexuais precoces, considerando que estas são uma preparação para a vida adulta e para as funções sexuais adultas.

Como seres sociais que somos podemos dizer que as atitudes e práticas sexuais dos indivíduos, estão directamente relacionadas com o tipo de sociedade em que estão inseridos. O meio em que se vive e os seus valores têm assim uma grande influência na parte emocional que se encontra directamente vinculada à prática sexual. Por conseguinte, segundo Lopes (1993) os adolescentes não estão preparados para entender e superar esta influência. Como consequência deste facto, “(...) poderá haver um desequilíbrio na afectividade sexual, onde os factores negativos se irão sobrepor aos positivos, ocasionando, portanto, ausência de prazer, temor de desempenho, contágio venéreo, gravidez indesejada, traumas etc.” Lopes (1993: 52).

No entanto, sabemos que a sexualidade deve ser entendida como uma relação de comunicação afectiva, cheia de amor, susceptível de contribuir para o desenvolvimento harmonioso que potencialize o desenvolvimento global da personalidade. Referente a isto, Gilda Montoro citada por Lopes (1993: 53) refere que, “O sexo poderá constituir-se num factor positivo de crescimento interior, de valorização do indivíduo, e que, para tal, seria necessário o cumprimento de algumas condições básicas tais como disposição (voluntária) afectividade, compreensão mútua, prazer a dois livre de constrangimentos ou sentimento de culpa”.

Para uma sexualidade “positiva” seria ainda importante que os adolescentes fossem pessoas com informação acerca de sexualidade, genitalidade, fisiologia da resposta sexual e ainda, tivessem conhecimento de certas “realidades” como as doenças transmitidas sexualmente e o perigo da gravidez (Lopes, 1993).

Assim, a informação que os adolescentes possuem é um contributo muito importante para uma sexualidade saudável na qual impere o respeito pelo outro. Para uma relação sadia é ainda fundamental “(...) a capacidade de lidar (e superar) a pressão

familiar e/ou social, bem como a carga emocional liberada por ou através do sexo” Lopes (1993: 53).

3.3 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DO ADOLESCENTE

O desenvolvimento sexual é um processo dinâmico e contínuo. A actividade sexual, que pode variar de um simples beijo ao contacto genital, surge como forma de satisfazer diversas necessidades, sendo o prazer físico apenas uma delas.

Os adolescentes tornam-se sexualmente activos pelos mais diversos motivos como seja a procura de novas experiências, a busca de intimidade, provar a sua maturidade, acompanhar os amigos ou pela tentativa de descoberta do amor.

A expressão da sexualidade é, no entanto, pautada pelas expectativas sociais associadas a padrões de actividade sexual, específicos de cada sexo, a aprender pelos adolescentes (Menezes, 1990).

Os jovens são hoje sexualmente mais activos e aceitam mais a actividade sexual. Verifica-se pelos diversos estudos, que o início da actividade sexual surge cada vez mais precocemente. Este facto parece dever-se á evolução constante, que se tem vindo a operar ao longo dos anos, nas atitudes e comportamento sexual. De entre as mudanças verificadas, o declínio do duplo padrão e a maior aprovação e tolerância com o sexo antes do casamento, principalmente num relacionamento de compromisso, são os mais evidentes (Papalaia e Olds, 2000).

No entanto, e apesar desta evolução, o padrão típico dos jovens do sexo masculino apresenta ainda hoje diferenças em relação ao padrão típico do sexo feminino. Enquanto nos rapazes a expressão da sexualidade tem o seu início com a masturbação, muitas vezes no contexto do grupo de pares sendo, geralmente, a primeira experiência de coito caracterizada pelo não envolvimento afectivo em relação ao parceiro (esta experiência é normalmente partilhada com os pares uma vez que é representativa de prestígio social). Por sua vez, nas raparigas, o padrão típico é diferente, iniciando-se a expressão da sexualidade com a experiência de coito normalmente associada a uma relação afectiva. A masturbação é, geralmente, uma actividade posterior á experiência da relação sexual. A actividade sexual feminina encontra-se mais dirigida a objectivos de expressividade e sensibilidade. Pelo contrário,

comportamento sexual masculino é instrumental na medida em que é orientado para os objectivos da realização da actividade sexual em si (Menezes, 1990).

Apesar das diferenças entre os dois sexos, existe uma tendência cada vez maior para um padrão único e comum caracterizado pela importância atribuída á actividade sexual em si e também ao contexto afectivo (Menezes, 1990).

Durante a adolescência, a sexualidade é vivida pelo adolescente numa ligação estreita com os seus sonhos e fantasias, manifestando-se através de :

- **Sonhos sexuais** - que são involuntários, considerados perfeitamente normais na adolescência e que podem ser acompanhados de excitação sexual e por vezes de orgasmo, podendo surgir nos rapazes a ejaculação.
- **Desejos e excitação sexual** - são também comportamentos normais nos rapazes e raparigas adolescentes. Contudo aparecem nas raparigas de uma forma menos intensa e relacionados com a sua vida afectiva. Nos rapazes surgem de forma mais intensa e ligados aos mais diversos estímulos, muitas das vezes sem qualquer relação com a vida afectiva.
- **Fantasias sexuais e masturbação** - as fantasias sexuais representam um papel importante na sexualidade pela capacidade que têm na excitação e em dar prazer. Por sua vez a masturbação é um comportamento muito frequente e está normalmente associada ás fantasias sexuais.
- **Relações sexuais** - são geralmente uma forma de expressão sexual entre um homem e uma mulher. Durante a adolescência o início da vida sexual das raparigas e dos rapazes não começa pelas relações sexuais propriamente ditas, mas limitando-se a acariciarem-se mutuamente explorando o corpo um do outro (Miguel, 1990).

De entre actividades sexuais da adolescência podemos referir a masturbação, a homossexualidade e as relações heterossexuais, acerca dos quais achamos importante fazer uma breve abordagem.

A **masturbação** “(...) é qualquer processo que uma pessoa utiliza para se excitar e atingir o orgasmo” Miguel (1990: 24). Este acto é, na maior parte das vezes,

solitário, automanipulativo, dirigido mentalmente para um objecto, geralmente heterossexual.

Até há alguns anos atrás a masturbação era considerada uma actividade anormal e prejudicial à saúde. Na idade média era uma prática que conduzia mesmo a prisão.

Hoje, pelo contrário é encarada com naturalidade considerando-se que “(...) não causa nem física nem psicologicamente qualquer prejuízo no organismo” (Miguel, 1990:25), e ainda “vai libertar tensões sexuais e é um passo fisiológico natural do processo maturativo” (Almeida, 1987: 82). Assim, a masturbação não é mais um factor a ser encarado como motivo de sentimentos de culpa, de vergonha ou de medo.

A masturbação é ainda, “(...) a actividade sexual mais frequente na adolescência e, quase sempre, a primeira actividade sexual levada até ao orgasmo” (Miguel, 1987: 81). Esta actividade é, de acordo com o mesmo autor, acompanhada de fantasias ou apoiada em imagens ou literatura pornográfica.

Tanto nos rapazes como nas raparigas adolescentes, a masturbação corresponde geralmente às exigências de uma sexualidade normal pois é através deste comportamento que o adolescente satisfaz o desejo sexual pelo prazer da excitação e do orgasmo.

A masturbação, conduzindo a imaginação para fantasias heterossexuais e extracorporais, representa um “progresso na evolução sexual” (Almeida, 1987: 83). O mesmo autor afirma também que “(...) a masturbação vai compensar o adolescente de outras frustrações e carências, como problemas escolares ou com o grupo, sentimentos de inferioridade, falta de afecto, solidão, incompreensão, crise de identidade e dificuldades de integração no seu novo estágio psicossocial. Ela representa o campo da fantasia, que compensa o adolescente das duras realidades da vida - o único prazer de que ninguém o pode privar” (Almeida, 1987: 83). Este tipo de comportamento, segundo os sexólogos, contribui ainda para que o adolescente conheça melhor o seu próprio corpo (Lopez e Fuertes, 1999).

Alguns estudos (Kinsey, 1948 e 1953 citado por Lopez e Fuertes, 1999 e McCary, 1980) demonstraram que, nas últimas décadas, as taxas de prática da masturbação se mantiveram para os homens, enquanto que para as mulheres aumentaram significativamente. No estudo de Hass (1979) citado por Lopez e Fuertes (1999) pode verificar-se que com 15 e 16 anos, 75% dos rapazes e 52% das raparigas praticam a masturbação, para os jovens com 17 e 18 anos estes dados são de 80% para

os rapazes e 59% para as raparigas. No entanto, Roque (2001) vem contradizer esta situação pois, através de um estudo realizado na região do Alentejo, concluiu que a maioria das raparigas respondeu que não se masturbavam (75,7%), o que demonstra uma baixa frequência desta prática nas raparigas, principalmente em relação á população masculina. Esta situação pode estar relacionada com as diferenças culturais entre o nosso país e países mais desenvolvidos (como é o caso dos Estados Unidos, onde foram realizados os estudos atrás referidos) em que a sexualidade é vivida de uma forma mais permissiva.

Apesar das taxas de incidência da masturbação e de esta representar uma experiência agradável, muitos adolescentes parecem sentir-se culpados e vivem sentimentos de angústia quando se masturbam, provavelmente este facto está relacionado com as mensagens negativas que receberam a esse respeito (Sorensen, 1973; Hass, 1979, citados por Lopez e Fuertes, 1999).

No entanto, verificamos que hoje em dia, existe uma maior aceitação e uma maior compreensão dos indivíduos face a este comportamento tendendo a aceitá-lo como normal o que poderá dever-se a uma maior e mais correcta informação.

A **homossexualidade** é outro comportamento importante da sexualidade durante a adolescência. De acordo com Almeida (1987) a “homossexualidade transitória” é um estágio normal da adolescência.

Segundo o mesmo autor estes contactos homossexuais em muitos casos são transitórios e o adolescente evolui posteriormente para um comportamento heterossexual normal. Assim a passagem para a heterossexualidade passa por uma fase de investimento homossexual. Deste modo, para Whaley e Wong (1989) “ (...) as relações de amizade e de simpatia mútua entre dois rapazes ou duas raparigas está mais relacionada com a necessidade de um amigo íntimo , típico da adolescência” (Whaley e Wong, 1989: 351).

Por seu lado Almeida (1987) diz-nos que a “A homossexualidade do adolescente é muitas vezes o resultado da curiosidade, e também do encontro de duas pessoas que, e exactamente por pertencerem ao mesmo sexo, tem problemas semelhantes” (Almeida, 1987: 44). No entanto e segundo o mesmo autor “(...) o tipo de relações homossexuais entre adolescentes é principalmente espiritual, “(...) quando há um componente físico

ele limita-se, quase sempre, a explorações sexuais superficiais e a carícias e estimulação nas zonas erógenas”(Almeida,1987: 94).

Nesta perspectiva, muitos dos adolescentes que tiveram contactos homossexuais não repetirão posteriormente a experiência pois, segundo Miguel (1994) “ alguns adolescentes têm relações homossexuais sem serem ou irem ser no futuro homossexuais” facto este que se deve:

- “à intensidade do desejo sexual e a vontade de o viver com outra pessoa;
- à maior frequência de amizades entre adolescentes, no início da adolescência, com adolescentes do mesmo sexo;
- à maior inibição que os adolescentes têm em relação aos adolescentes do sexo oposto;
- ao desenvolvimento afectivo e sexual ainda incompleto” Miguel (1994: 33)

Não existem muitos estudos sobre o comportamento homossexual dos adolescentes, contudo segundo o estudo de Dreyer (1982) citado por Lopez e Fuertes (1999) os contactos homossexuais são mais frequentes antes dos 15 anos de idade e apresentam uma maior incidência nos rapazes do que nas raparigas. O mesmo estudo conclui ainda que apesar da maior permissividade e aceitação actual destes comportamentos apenas 15% dos rapazes e 10% das raparigas tiveram algum contacto homossexual e, destes, apenas 3% dos rapazes e 2% das raparigas terão tido relações homossexuais de forma continuada.

A **heterossexualidade** é sem dúvida um dos comportamentos sexuais mais frequente na adolescência. A necessidade de autonomia e de desafio à autoridade, características desta fase de desenvolvimento, conduz à aproximação entre os dois sexos e permite que o desejo de intimidade heterossexual se efectue.

No entanto, as diferentes manifestações comportamentais e afectivas, às quais já fizemos referência, segundo Whaley e Wong (1989) encontram frequentemente o bloqueio por parte dos pais, que muitas vezes agem de forma errada perante os problemas sentimentais dos seus filhos, considerando culposas as relações sexuais entre os dois sexos, vendo o “mal” onde ele não existe.

Na maior parte dos casos a vida sexual dos rapazes e raparigas não se inicia

pelas relações sexuais propriamente ditas mas sim “ (...) limitando-se a acariciarem-se mutuamente explorando o corpo um do outro (...)” (Miguel, 1990: 26).

As intimidades sexuais entre adolescentes realizam-se geralmente as escondidas pois opõem-se às concepções da moral, assim como à vontade dos pais e, se ao rapaz dá satisfação transgredir as normas e valores, na rapariga, irá provocar mais cedo ou mais tarde preocupações de ordem afectiva ou ética. No entanto a atitude dos adolescentes face às relações heterossexuais parecem ser cada vez mais permissivas sobretudo no caso das raparigas, verificando-se uma aceitação cada vez maior quando aquelas têm lugar num contexto relacional de afecto ou amor.

Contudo, dada a debilidade ou ausência de habilidades sociais que os adolescentes ainda possuem “ (...) é frequente que estas se projectem nas várias relações e suscitem comportamentos pouco facilitadores das relações interpessoais” (Frade et al, 1996: 115). Esta inaptidão, segundo o autor supra citado também se repercute ao nível dos relacionamentos sexuais.

As investigações sobre o comportamento heterossexual (Sorenson, 1973, Hass, 1979, citados por Lopez e Fuertes, 1999) demonstram que os adolescentes praticam uma maior variedade de comportamentos heterossexuais em idades cada vez mais precoces, sendo este facto mais significativo nas raparigas.

3.4 – RISCOS ASSOCIADOS AO EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Esta vivência da sexualidade, nas mais frequentes formas de expressão (heterossexualidade e homossexualidade), abarca interações sociais e relações interpessoais importantes, as quais aliadas à pouca experiência do adolescente e, muitas vezes, aos seus poucos conhecimentos em matéria de sexualidade envolve riscos.

Segundo Lopes (1987) “tecnicamente a palavra risco refere-se a situações em que se toma uma decisão cujas consequências dependem do resultado de acontecimentos futuros que têm probabilidades conhecidas” (Lopes, 1987, citado por Lima, 2003).

De acordo com Lima, existe uma tendência para determinadas pessoas se exporem mais a riscos do que outras, sendo a percepção de riscos uma variável cognitiva considerada importante na explicação das opções arriscadas (Lima, 2003). Nesta perspectiva, os indivíduos tendo experiências e necessidades diferentes avaliam

as situações também de forma diferente, conduzindo a níveis diferentes de exposição ao risco (Lima, 2003). A percepção de risco, de acordo com o mesmo autor, é uma variável mediadora entre o comportamento passado e o comportamento futuro, “refere-se a um tipo de pensamento socialmente construído, que só faz sentido enquadrado no contexto social dos indivíduos que fazem a estimativa” (Lima, 2003: 228). Segundo Palma Oliveira (1992), perante uma situação de risco, existem “indicações sobre a probabilidade de ocorrência desses acontecimentos negativos (...) em jogo entrará a avaliação dessa possibilidade e a adopção ou não das medidas mais adaptadas para prevenir” (Palma Oliveira, 1992: 34).

Não sendo a saúde uma preocupação prioritária na adolescência, os jovens adoptam comportamentos, que podemos considerar de risco “risk taking”, e que podem acarretar consequências graves, muitas até mesmo irreparáveis.

No caso dos comportamentos sexuais, a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis encontram-se entre os riscos da vivência de uma sexualidade desprovida de responsabilidade. Esta irresponsabilidade, de que se revestem as relações dos adolescentes, associada a um “optimismo irrealista” geralmente culmina com consequências para os jovens. A tendência para achar que o azar só acontece aos outros leva-os a sentirem-se despreocupados e, muitas vezes, a correrem riscos.

A percepção de vulnerabilidade definida como “uma susceptibilidade pessoal percebida face á ocorrência de um acontecimento” (Nodin, 2001: 64), assume grande importância na avaliação de comportamentos de risco ao nível da saúde sexual e reprodutiva e é ainda responsável pelo evitamento de comportamentos de risco e pelo início de comportamentos preventivos (Nodin, 2001). Nos estudos realizados por Costa e Lima (1998), citados por Lima (2003), constatou-se que a percepção de vulnerabilidade á SIDA estava inversamente relacionada á confiança no parceiro e na relação: quanto maior a confiança no parceiro, menor a percepção de vulnerabilidade á SIDA. De facto, os indivíduos com comportamentos de risco consideram-se vulneráveis ás consequências negativas desses comportamentos, e os que tomam medidas preventivas consideram-se menos vulneráveis a essas consequências (Nodin, 2001).

Através de diversos estudos (Nodin, 2001; Roque, 2001; Cruz et al, 1997), tem-se verificado que é na adolescência que se inicia, na maioria dos casos, a vida sexual dos rapazes e raparigas. Portanto é na adolescência que surgem as primeiras relações sexuais (Sampaio, 1997). Aliando ás conclusões dos estudos que apontam no sentido de que

as relações sexuais coitais na adolescência se iniciam cada vez mais cedo, o que conduz a que o comportamento sexual seja uma área de potencial risco para os jovens não só por esta precocidade nas relações sexuais mas também pela falta de ponderação dos riscos possíveis.

Na opinião de Frade et al (1996) o número de jovens que mantêm relações sexuais é tendencialmente mais elevado na “fase tardia da adolescência”. No entanto, na sua maioria, a primeira relação sexual com penetração é efectuada sem a utilização de meios contraceptivos, o que representa um risco acrescido para os jovens não só de uma gravidez não desejada como a possibilidade de contraírem uma doença sexualmente transmissível.

No entanto, a própria sociedade também tem a sua “quota-parte” neste problema, pois tendo-se tornado progressivamente mais permissiva, por um lado, possibilitando uma maior liberdade aos jovens e até mesmo fomentando de uma forma indirecta a actividade sexual, por outro lado, não reconhece os jovens como sexualmente activos e dessa forma nem os pais nem o sistema educativo, nem o próprio sistema de saúde oferecem as condições necessárias aos adolescentes para que vivam uma sexualidade sem riscos. (Lopez & Oroz, 1999)

3.4.1 - Gravidez não desejada

A gravidez na adolescência é, sem dúvida, um problema que se reveste de uma grande complexidade, não só pelas consequências que acarreta para os jovens pais como para a sua família e a própria sociedade. Para além das situações de grande ansiedade e dos problemas sócio económicos que dela advém, comporta ainda riscos para a saúde física tanto da mãe como do bebé (Lopez e Fuertes, 1999).

A gravidez na adolescência (principalmente antes dos 18 anos) constitui em Portugal uma situação de alto risco materno-fetal que se traduz num significativo aumento do parto pré-termo, atraso do crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer e do internamento de recém-nascidos nas unidades de cuidados especiais, acrescendo o fato da gravidez poder ainda implicar um compromisso simultâneo no crescimento materno e fetal (Silva, 1992).

Esta problemática apresenta ainda uma maior dimensão quando se trata de uma gravidez não planeada, sendo esta, “ (...) regra geral, considerada como algo de

indesejável ou como um mal a evitar” (Nodin, 2001: 47). Estas considerações fazem parte tanto da parte do discurso científico como do senso comum. É no entanto difícil, do ponto de vista psicológico, comprovar a ideia de que a gravidez não planeada é indesejável, dada a ausência de estudos nesta área, o que, pelo contrário, já é possível sob o ponto de vista social e de saúde da mulher (Nodin, 2001).

De acordo com o relatório da UNICEF (1998), Portugal é o país da União Europeia com maior número de mães adolescentes. Em 1998, os dados do Instituto Nacional de Estatística apontavam para um total de 7403 partos em adolescentes: 95 em jovens com idade inferior a 15 anos e 7308 em jovens dos 15 aos 19 anos. Em 2000, cerca de 7500 jovens portuguesas foram mães (Tavares, 2003). É claro, que estes números pouco podem ter a ver com o número de gravidezes em adolescentes, isto porque nem toda a grávida adolescente vem a ser mãe adolescente (Lourenço, 1998).

A gravidez nesta fase da vida, é naturalmente uma gravidez precoce, uma vez que surge antes da grávida atingir a maturidade física e psicológica adequada á maternidade. Esta maternidade precoce não pode ser, no entanto, desligada de outros problemas que afectam os adolescentes em geral, vítimas de falhas educacionais, culturais e sócio - económicas (Cano et al, 2000).

São muitos os motivos que estão na origem de uma gravidez na adolescência, mas um acentuado desconhecimento dos adolescentes acerca dos métodos contraceptivos e a pouca difusão do seu uso entre eles (Lopez e Fuertes, 1999), parece ser dos motivos que mais contribui para um dos maiores riscos da sexualidade nesta fase da vida, a gravidez não desejada.

É necessário ainda ter em conta que não basta a utilização de contraceptivos, é essencial a utilização de um método eficaz e que seja utilizado correctamente.

Num estudo efectuado por Almeida (1988), com adolescentes grávidas com idades compreendidas maioritariamente entre os 16 e os 19 anos, verificou-se que nas jovens que manifestavam conhecimentos sobre contracepção houve um maior número de mães casadas antes de engravidarem, de acesso a contraceptivos e de gravidezes planeadas. Pelo contrário, nas que tiveram menor acesso aos métodos contraceptivos, aparecem mais mães solteiras, mais gravidezes não planeadas e não desejadas e ainda é mais significativa a intenção de abortar.

Para o uso efectivo de um método contraceptivo são necessários alguns pressupostos como: “conhecer os métodos contraceptivos; prever a possibilidade de ter uma relação sexual; adquirir o método contraceptivo; falar com o/a companheiro/a acerca do assunto; utilizar o método de forma consistente e efectiva” (Byrne, 1983; citado por Lopez e Fuertes, 1999).

Deste modo qualquer factor (de ordem pessoal, relacional ou social) que interfira com algum destes pressupostos levará á não utilização de um método contraceptivo eficaz ou á utilização inconsistente do mesmo (Lopez e Fuertes, 1999).

De entre os factores que influenciam negativamente a predisposição para a obtenção de métodos contraceptivos encontram-se a ansiedade gerada por suspeita da eventual condenação dos observadores no acto da aquisição, ou na abordagem dos profissionais de saúde e ainda as dificuldades de colocar o assunto ao parceiro sexual (Nodin, 2001). A baixa acessibilidade á contracepção enquadra-se não só no facto real da aquisição do método, como na decisão partilhada da sua utilização, pois os adolescentes ainda que desejem precaver-se, os obstáculos a ultrapassar são muitos (Sim Sim, 2002).

Verifica-se ainda a existência de relação entre a maternidade na adolescência e o nível sócio-económico e cultural em que a mesma ocorre (Lourenço, 1998). O mesmo autor (1998: 30) ao referir-se ao nosso país, diz-nos que “ (...) aumentaram o número de nados-vivos fora do casamento, sendo um número significativo filhos de raparigas com 19 ou menos anos de idade. Casadas ou não, a grande maioria destas mães, possui os actuais 1º ou 2º ciclo do ensino obrigatório, e não exerce qualquer actividade profissional ou escolar. Muitas das que trabalham têm um emprego precário ou de baixa remuneração”. Também Almeida (1987) refere um estudo realizado por Oliveira da Silva a 100 mães adolescentes o qual concluiu que a maioria (68%) residia em bairros de lata e tinha famílias numerosas (média: 4,7 irmãos); 47% destas mães adolescentes eram ainda provenientes de famílias desagregadas. As mães adolescentes apresentavam ainda, quando comparadas com um grupo padrão, uma escolaridade mais baixa e uma menor diferenciação profissional.

De acordo com Nodin (2001) é notória a relação entre a gravidez não planeada e o recurso á interrupção voluntária da gravidez.

O número de abortos clandestinos em Portugal não é conhecido, no entanto alguns dados apontam para cerca de 30 milhares para o total da população feminina nacional entre 1993 e 1995 (Jornal de notícias, 20/02/97 citado por Nodin, 2001). Por sua vez Tavares (2003), refere o estudo realizado por Carlos Dias, Isabel Falcão e José Falcão durante o período de 1993 a 1997, que aponta para 40 mil abortos ilegais por ano. Apesar de não existirem dados concretos, estudos recentes apresentados pela Associação para o Planeamento Familiar (1999) referem o aborto clandestino como um grave problema da nossa sociedade.

Confrontadas com uma gravidez não desejada, as adolescentes têm quatro alternativas: o casamento, o aborto, serem mães solteiras ou entregarem o filho para adopção (Meneses, 1990).

Segundo Vasconcelos (1998), calcula-se que cerca de 1,1% das jovens que já tiveram relações sexuais engravidaram sem o desejar. Destas, 2,7% recorreram ao aborto.

Tendo em conta que os riscos físicos, psicológicos e sociais são mais elevados nas gravidezes não desejadas do que nas desejadas e planeadas consideramos que estas deviam constar dos primeiros lugares na hierarquia das prioridades de prevenção do Sistema Nacional de Saúde.

3.4.2 – Doenças sexualmente transmissíveis

O conceito de doenças transmitidas sexualmente diz respeito a “ (...) infecções, situações e síndromes que são adquiridos primariamente, embora não exclusivamente, através de contacto sexual” (Ellene & Monasterio, 2001: 146).

Os indivíduos de alto risco, são os que trocam frequentemente de parceiro e os homossexuais com parceiros múltiplos (Brunner e Sudarth, 1985).

A incidência das doenças transmitidas por via sexual é muito elevada no mundo inteiro e, muitas destas doenças tornaram-se epidémicas na maioria dos países do mundo durante o último quarto de século (Holmes e Handsfield, 1992).

Segundo a Federação Internacional Para o Planeamento Familiar (1988) a razão para o aumento destas doenças deve-se ao facto da idade de maturidade sexual ter vindo a diminuir, a idade em que as pessoas têm pela primeira vez relações sexuais ser mais baixa e, ainda ao facto de que mais indivíduos têm relações sexuais pré -

matrimoniais. Por outro lado a grande circulação de indivíduos, tanto a nível nacional como internacionalmente, leva-os muitas vezes, estando separados das suas famílias e das restrições sociais, a ter contactos sexuais fora de uma relação estável.

As doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), encontram-se entre as causas de morti-morbilidade na adolescência (Ellene & Monasterio, 2001). Embora a adolescência seja em geral, um período em que a boa saúde física impera, a mortalidade e morbilidade neste grupo etário podem ser associadas aos comportamentos de risco.

De entre todas as faixas etárias são os adolescentes que apresentam a taxa mais alta de doenças sexualmente transmissíveis. Este facto deve-se não só à experimentação sexual que caracteriza o desenvolvimento psicossocial do adolescente, sendo as primeiras relações sexuais, frequentemente, desprovidas de qualquer método contraceptivo, mas também, embora menos frequente, ao uso de contraceptivos orais dando ao adolescente a certeza de que o seu uso evita uma gravidez indesejada mas favorecendo a abolição do preservativo cuja utilização no controlo das doenças sexualmente transmissíveis se reveste de particular eficácia (Behrman, 1994).

Não nos podemos também esquecer que as possibilidades de se contrair uma DST aumentam “se se teve um contacto sexual esporádico; se não se conhece bem a pessoa com a qual se teve essa relação; se o/a parceiro/a disse que tem ou teve uma doença transmissível sexualmente; se durante a relação sexual se descobre no/a parceiro/a alguma ferida ou algum dos sintomas inerentes às DST; se se pensa que existe alguma possibilidade de que o/a parceiro/a, ainda que o/a conheçamos bem, tenha contraído uma dessas infecções sem o saber” (Federação Internacional de Planeamento Familiar, 1978 citado por Felix e Lopez, 1999: 117).

Os adolescentes, relutando em ponderar a possibilidade do seu parceiro sexual apresentar uma doença sexualmente transmissível e, muitas vezes, por não possuírem ainda as habilidades de comunicação indispensáveis para discutir a questão (Behrman, 1994) são, muitas vezes afectados pelos malefícios destas doenças.

O desconhecimento de aspectos fundamentais da sexualidade, da contracepção e da procriação bem como a existência de crenças inadequadas, continuam a ser características da maioria dos adolescentes.

Este facto pode ser ilustrado pelos resultados do estudo “Conhecimento e atitudes dos adolescentes e jovens face ao VIH/SIDA” realizado por Cruz et al (1997).

De acordo com este estudo, 46% dos sujeitos pensavam que os preservativos tornam a relação sexual completamente segura e 42% acreditava quando se tem sempre um só parceiro sexual não é necessário usar preservativo. Ainda no mesmo estudo, e apesar de se constatar a existência de um bom nível de conhecimentos em relação aos aspectos da prevenção do VIH, cerca de 20% dos sujeitos acreditava que é necessário ter vários parceiros sexuais para ficar exposto à SIDA.

Um outro estudo, realizado por Santos Lucas (1993), no sentido de identificar áreas comportamentais prioritárias no combate à infecção pelo VIH em Portugal, evidencia uma “reduzida utilização sistemática do preservativo nas situações de risco acrescido, nomeadamente por parte da população jovem” (Lucas, 1993: 85).

Ainda de acordo com Lucas (1993: 28) “uma das situações que comporta maior risco potencial é a dos indivíduos com uma vida sexual activa que já tiveram um parceiro regular e que se encontram actualmente sem parceiro(a) sexual regular”. Este facto reveste-se de extrema importância na adolescência se considerarmos os resultados do referido estudo, segundo o qual, aos 18-19 anos 34% dos rapazes e 12% das raparigas iniciados sexualmente se encontram solteiros e sem parceiro regular.

Das doenças sexualmente transmissíveis (Gonorréia, úlcera mole, Herpes genital, sífilis, hepatite, SIDA, etc.), a que foi reconhecida mais recentemente e, a que mais afecta determinadas populações é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). O vírus foi identificado nos anos 80 graças a pesquisas epidemiológicas americanas.

O SIDA “ (...) é uma doença grave, de evolução quase sempre fatal com longo período de incubação, que se transmite por contacto sexual e ou através de sangue e seus derivados” (Amaro, 1987: 351). É causado pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV), o qual origina “(...) depressão do sistema imunitário, nos indivíduos infectados, a qual facilita o surgimento de infecções oportunistas e alguns tipos de neoplasias” (D.G.C.S.P., 1990: 57).

Qualquer pessoa pode ser infectada pelo vírus, no entanto existem grupos de risco que pelo seu comportamento se encontram mais expostos ao risco de contrair e propagar o HIV, responsável pelo SIDA. Desses grupos de risco, os jovens são extremamente vulneráveis como indivíduos sexualmente activos, no entanto é nos

homossexuais, prostitutas, heterossexuais com vários parceiros e, toxicómanos que a sua incidência é mais elevada.

O profundo efeito que esta doença tem sobre a estrutura familiar, a sexualidade dos adolescentes, a frequência de creches e escolas, assim como a mortalidade, a morbidade e os altos custos económicos faz com que actualmente a dinamização de esforços na sua prevenção seja uma das prioridades em saúde comunitária, nomeadamente a nível dos mais jovens.

Nenhuma doença transmitida por via sexual pode, no entanto, ser vista como um problema isolado, uma vez que “ (...) as coinfeções múltiplas são comuns e também porque a existência de uma DST implica a ocorrência de um comportamento sexual de alto risco que, amiúde, está associado ao risco de outras infecções mais graves” (Holmes e Handsfield, 1992: 78).

Devido à gravidade e às complicações que poderão surgir das doenças sexualmente transmissíveis é de extrema importância a informação correcta dos adolescentes de tal modo que estes adoptem comportamentos sexuais informados e responsáveis conducentes à prevenção destas doenças e, ao mesmo tempo, para que procurem o mais precocemente possível assistência médica em caso de doença.

3.5 - ATITUDES FACE À SEXUALIDADE

As Atitudes têm constituído, desde há muito tempo, um foco de interesse e de pesquisa sociopsicológica. O conceito de Atitude é um conceito central em psicologia social sendo, segundo Lima (2000) um dos mais antigos e mais estudados por esta ciência.

A sua importância deriva essencialmente do seu presumível impacto no comportamento social dos indivíduos; das implicações que a mudança de atitude tem na mudança de comportamentos; das importantes funções cognitivas e motivacionais de construção e validação subjectivas do mundo social e da sua mensurabilidade (Carvalho et al, 1997).

São muitos os conceitos de atitudes formulados ao longo dos anos, desde Znaniecki (1915) que define atitudes como “(...) um processo de consciência individual que determina actividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social”

(Znaniacki, 1915; citado por Lima, 2000:188), passando pela definição de Ajzen (1998), segundo o qual a atitude é “(...) uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento” (Ajzen, 1988 citado por Lima, 2000:188) até aos nossos dias em que as atitudes são definidas como “(...) um constructo hipotético referente á tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (Eagly e Chaikent, 1993 citado por Lima, 2000:188).

As atitudes, “predisposições para valorizar favorável ou desfavoravelmente os objectos” (Insko e Schopler, 1980, citado Lopez e Fuertes, 1999: 22) são, no dizer de Lopez e Fuertes (1999) formadas ao longo da vida como resultado de experiências e condutas aprendidas e, embora constituam um todo unitário, elas são na verdade integradas pelas componentes cognitiva (opiniões ou crenças), afectiva (sentimentos) e comportamental (tendência para actuar de determinada maneira). Monteiro e Santos (1995) sustentam que as três componentes se reforçam mutuamente, formando uma estrutura de conjunto que tende a permanecer estável aparecendo geralmente associadas (embora a afectividade seja a mais central), a afectividade torna as atitudes diferentes das simples crenças e opiniões.

A componente cognitiva é considerada por Lima (2000) como uma das bases para a formação de atitudes, referindo a este propósito a linha teórica cognitivista da sua formação. Basicamente esta centra-se nos processos cognitivos remetendo o problema da formação daquelas para a questão da aquisição de crenças as quais, em seu entender, têm origem em informação obtida directamente através da experiência pessoal do indivíduo ou, indirectamente através da interacção com os outros, existindo sempre um suporte racional.

Fazio e Zano, citados por Lima (2000), referem que a experiência directa tem como efeito a formação de atitudes mais estáveis e duradouras, havendo no entanto muitas questões sociais que exigem um posicionamento sem experiência directa (por exemplo a homossexualidade, o aborto, as relações pré-matrimoniais, as doenças sexualmente transmissíveis, etc.), nos quais a informação atitudinal é obtida de forma indirecta.

Esta perspectiva é secundada por Lopez e Fuertes, acrescentando ainda que “as opiniões são neste caso, ideias ou crenças referentes a questões discutíveis ou a aspectos dos quais o sujeito não tem informação científica” (Lopez e Fuertes, 1999: 22)

A dimensão cognitiva surge a par e passo com sentimentos, pois “as opiniões são acompanhadas de sentimentos” (Lopez e Fuertes, 1999:22).

A componente comportamental, reportando-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar (tendência para actuar de determinada maneira), insere-se na perspectiva de que as atitudes possuem um componente activo instigador de comportamentos coerentes com as cognições relativas aos objectos atitudinais (Lima, 2000).

As atitudes podem assim ser consideradas como importantes factores na previsão do comportamento humano (Fishbein e Ajzen, 1975; citado por Lima, 2000). Os mesmos autores (1975), consideram ainda, na teoria da acção reflectida, que “o melhor preditor do comportamento será a intenção comportamental, sendo a atitude específica apenas um dos dois factores na decisão” (Fishbein e Ajzen, 1975; citado por Lima, 2000: 209). Outro factor importante na intenção comportamental diz respeito às pressões exercidas pelos outros significativos (pressões sociais) e que afectam a realização do comportamento. Neste modelo o comportamento decorre de uma intenção que é determinada pela atitude perante esse comportamento. A atitude é assim vista como o “resultado do “somatório” das crenças acerca das consequências do comportamento (expectativas) pesadas pela avaliação dessas consequências (valor) ” (Fishbein e Ajzen, 1975; citado por Lima, 2000: 209).

Apesar das atitudes poderem ser consideradas bons preditores do comportamento, pode no entanto, não existir correlação entre atitude e comportamento, uma vez que este não é apenas determinado pelo que os adolescentes gostariam de fazer mas também pelo que eles pensam que devem fazer (normas sociais), pelo que eles geralmente têm feito (hábitos), e pelas consequência esperadas do seu comportamento.

A riqueza da significação do conceito de atitude, torna-o assim num conceito que pretende ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. As atitudes são inferidas e não directamente observáveis mas, por outro lado, pressupõe-se que têm ligação com os comportamentos (Lima, 2000).

Na opinião de vários autores (Lopez e Fuertes, 1999) a expressão da sexualidade continua a ser uma realidade social que envolve polémicas e contradições, uma vez que aquela está em muitos casos sujeita a influências contrárias. Se, por um lado a pulsão sexual é uma fonte de motivação que conduz os indivíduos no sentido de procurar e a

realizar determinados comportamentos; por outro o sistema de crenças interiorizado por muitas pessoas na nossa sociedade limita a legitimidade destes comportamentos a situações e relações muito determinadas (adultos heterossexuais casados). Assim, do ponto de vista social, por um lado estimula-se e oferecem-se mesmo oportunidades de levar a cabo determinados comportamentos sexuais, por outro não se aceita realmente que os que não estão casados, como é o caso da maioria dos jovens, sejam sexualmente activos.

Esta contradição é responsável por numerosos riscos na adolescência, como é o caso das relações sexuais desprotegidas e das consequências que estas podem acarretar para os jovens como doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes não desejadas.

Nos últimos anos as atitudes sexuais dos adolescentes sofreram uma evolução constante que se traduz por uma permissividade e liberalização crescente em relação às questões relacionadas com a sexualidade, como as relações sexuais pré-matrimoniais e a homossexualidade. Esta permissividade, no que se refere á homossexualidade, parece no entanto ser influenciada pelo nível socio-económico e pela idade, pelo que os jovens mais velhos e pertencentes a classes economicamente mais favorecidas aceitam melhor as práticas homossexuais (Menezes, 1990).

Esta ideia é secundada por Claes (1990), o qual refere que os adolescentes mais velhos manifestam atitudes mais permissivas que os adolescentes mais novos, os primeiros admitem mais facilmente que é importante falar e pensar na sexualidade e mostram-se mais tolerantes face a questões como as relações sexuais pré-matrimoniais, a contracepção e a homossexualidade.

Como já referimos, o género tem influência na forma como rapazes e raparigas vivenciam a sexualidade, como consequência dos diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual de uns e de outros, o que cria entre eles atitudes e comportamentos distintos. As raparigas apresentam, normalmente, uma actividade sexual menor que a dos rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências directas que podem advir das práticas sexuais., como refere Miguel (1994: 30) “ quase poderíamos dizer que as raparigas querem o amor se possível sem sexo”.

Aos rapazes, por sua vez, são-lhe inculcados, pela família e pela própria sociedade, certos padrões comportamentais como a importância de ser o rapaz a iniciar a relação amorosa e o desejo e a actividade sexual como uma necessidade fundamental no homem. Muitas vezes o comportamento afectivo e sexual dos rapazes apresenta uma

actividade sexual que é influenciada pela procura de segurança e desejo de afirmação, “quase poderíamos dizer que os rapazes querem sempre sexo sem amor” (Miguel, 1994: 32).

As diferenças das atitudes entre rapazes e raparigas, no que se refere á sexualidade, encontra-se actualmente mais esbatida, se por um lado as raparigas começam a ter uma atitude mais favorável em relação á sexualidade, os rapazes começam a dar mais importância á afectividade que envolve a relação sexual.

No entanto, estamos ainda longe de conseguir uma convergência entre os padrões sexuais de rapazes e raparigas. A atitude que ainda prevalece na sociedade portuguesa é mais culpabilizante e negativa quanto á sexualidade feminina (Menezes, 1990).

A descrição das atitudes tem ainda um valor em termos históricos e sociais, pois aquilo que num determinado momento e numa determinada sociedade é considerado “liberal”, pode ser considerado “conservador” num outro momento ou numa outra sociedade (Lopez e Fuertes, 1999).

Os autores supracitados (1999), distinguem dois grandes tipos de atitudes: atitudes conservadoras e atitudes liberais.

A atitude conservadora caracteriza-se por uma visão da sexualidade em que impera o sentido da reprodução. Ao ter uma visão conservadora da sexualidade, mantém-se também uma opinião conservadora relativamente a uma série de temas socialmente polémicos como o divórcio, relações pré-matrimoniais, homossexualidade, bissexualidade, masturbação, uso de métodos contraceptivos, direito á sexualidade (Lopez e Fuertes, 1999).

A atitude liberal caracteriza-se por uma visão da sexualidade em que esta não é conotada especificamente com a reprodução, esta é entendida como uma opção responsável e livre que os jovens podem aceitar ou evitar. As atitudes liberais aceitam a sexualidade como um acto humano positivo que oferece múltiplas possibilidades ao indivíduo como estabelecer relações amorosas, formas de comunicação íntimas, sentimentos e expressões de ternura e afecto. Em relação aos temas que socialmente são geradores de polémica (aborto, divórcio, relações pré-matrimoniais, homossexualidade, bissexualidade, masturbação, uso de métodos contraceptivos, direito á sexualidade; etc.) os que participam da atitude liberal mostram-se partidários de uma maior liberalização das leis e dos costumes sociais.

3.6 - SAÚDE REPRODUTIVA/PLANEAMENTO FAMILIAR

Dos problemas que podem comprometer a saúde dos adolescentes, as doenças sexualmente transmissíveis estão, sem dúvida, entre as mais importantes. Os adolescentes, pelas características próprias do período de desenvolvimento em que se encontram, em que se operam grandes transformações, e pelo contexto sócio-económico em que está inserida a maioria dos jovens, constituem o grupo etário de maior exposição ao risco de contrair estas doenças (Saito et al, 2001).

A saúde global dos adolescentes, passa assim pela saúde reprodutiva e sexual. Esta última entendida como “a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual de maneiras enriquecedoras e que favoreçam a personalidade, a comunicação e o amor” (OMS, 1975 citado por Vaz, 1987: 180).

Promover estilos de vida sexual saudáveis, durante a adolescência, implica valorizar as dimensões ética, afectiva e relacional que potenciam uma personalidade harmoniosa (Prazeres, 1998).

A promoção da saúde sexual deve, assim, estimular o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade humana.

A saúde reprodutiva do adolescente não deve ser entendida meramente como a ausência de doença e sim como um estado físico, psíquico e social de bem estar relacionado ao adolescente e ao seu sistema reprodutivo (Saito et al, 2001).

O conceito de saúde reprodutiva implica que homens e mulheres possam ter uma vida sexual segura e satisfatória, que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir quando e com que frequência o fazem (Conferência Internacional do Cairo citado por Nodim, 2001). Esta última condição pressupõe o direito á informação, ter acesso a consultas de planeamento familiar e métodos contraceptivos que sejam seguros e eficazes, bem como ter acesso aos serviços de saúde sempre que necessário.

São elementos – chave da saúde reprodutiva, segundo Saito (2001: 325) “a garantia do acesso a programas de planeamento familiar; a garantia de bem-estar materno na gestação e na redução da mortalidade neonatal; a prevenção e o tratamento das DST e HIV/AIDS e a prevenção da gravidez indesejada; a eliminação de práticas tradicionais presentes em certas culturas que colocam em risco a saúde reprodutiva da mulher, como a mutilação genital feminina, praticada em algumas culturas da África; o fomento e a busca do envolvimento e da responsabilidade do homem em relação á

saúde reprodutiva de si próprio e da sua parceira; a luta contra a violência sexual e o aborto ilegal que vitimam milhares de mulheres todos os anos”.

As actividades de planeamento familiar constituem, uma componente fundamental 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 dar resposta às necessidades da população, considerando os adolescentes como um alvo prioritário.

Apesar da acção intensa que se tem verificado nos últimos anos a nível da Associação do Planeamento Familiar, dos Centros de Saúde e outros serviços de saúde, continua a verificar-se um uso deficiente dos métodos contraceptivos (Cordeiro, 1998). Ainda de acordo com o mesmo autor (1998) os adolescentes vêm os serviços prestadores de planeamento familiar com alguma desconfiança e pouca credibilidade. Para Calado (1990) os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem estas consultas, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento.

É necessário estimular os adolescentes a procurarem os serviços de saúde mas também garantir que estes sejam acessíveis aos jovens, de forma a garantir o acesso à informação e educação sobre sexualidade e reprodução, bem como ao uso de métodos contraceptivos preventivos das doenças sexualmente transmissíveis e de gravidezes não desejadas, assim como o início o mais precocemente possível da vigilância da gravidez no caso de esta acontecer.

◆ Contraceção na adolescência

A contraceção é “ (...) o conjunto de processos que procuram evitar que a mulher fique grávida quando tem relações sexuais” (Miguel, 1990: 62).

Como referimos anteriormente a primeira relação sexual dos jovens é geralmente desprovida de qualquer método contraceptivo. A este propósito Frade et al (1996) refere que até decidirem a utilização de um método, os adolescentes estão desprotegidos em relação a uma gravidez. Ainda de acordo com o mesmo autor (1996: 97) “apesar de existir nos meios de comunicação social alguma informação acerca da contraceção, é

ainda notório o baixo nível de informação de rapazes e raparigas”, sendo ainda frequente a resistência ao recurso dos serviços de saúde, adoptando os adolescentes medidas substitutivas de uma contracepção adequada e segura como é o caso da “...utilização da pílula por auto-prescrição, do coito interrompido e de outras formas altamente falíveis” (Frade et al, 1996: 97).

Para serem capazes de assumir comportamentos informados, por conseguinte com maior responsabilidade face à vivência da sexualidade é importante que os adolescentes conheçam os serviços disponíveis e as capacidades de resposta dos mesmos no que respeita a informação sobre contracepção masculina e feminina, não remetendo esta responsabilidade exclusivamente para a rapariga.

Uma correcta utilização dos serviços de planeamento familiar e o uso de uma contracepção segura têm influência “ (...) não apenas na diminuição do número de gravidezes não desejadas, mas também na diminuição do número de interrupções voluntárias da gravidez (aborto) nas adolescentes” (Frade et al, 1996: 97), uma vez que o aparecimento de métodos contraceptivos eficazes, acessíveis e generalizados proporcionam modificações positivas e directas na maternidade e na paternidade, encaradas enquanto opção e não como obrigação ou consequência directa dos relacionamentos amorosos.

Existe no mercado uma grande variedade de métodos contraceptivos, no entanto o preservativo e a pílula sendo os de mais fácil acesso e utilização, são os que apresentam mais vantagens para os adolescentes.

Segundo a declaração da I.P.P.F/ International Medical Advisory Panel (1995: 20) “Os preservativos, quando fornecidos e utilizados de forma correcta e adequada, constituem um dos meios mais importantes de contracepção para este grupo etário”.

A grande vantagem do uso do preservativo relaciona-se com a segurança que proporciona.

Ainda segundo a referida declaração (1995) para além de proteger de uma gravidez não desejada, o preservativo pode proporcionar protecção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Este segundo factor é muito importante dada a grande disseminação, a que actualmente assistimos, deste tipo de doenças. A eficácia do preservativo é “ (...) bastante boa dependendo as falhas quase totalmente de erros de utilização” (Oliveira, 1982: 106), requerendo assim a utilização deste método de “motivação e informação adequada” acerca da sua utilização. É, deste modo,

necessário fornecer informações correctas quanto ao seu modo de utilização/eficácia e restringir os mitos quanto às limitações sensitivas que lhe são imputadas.

Segundo Oliveira (1982: 106) o uso correcto do preservativo implica:

- “ Aplicação cuidadosa, evitando deteriorá-lo;
- Ser colocado em todas as ocasiões de coito;
- Colocação desde o início dos contactos;
- Evitar o refluxo de esperma pela parte superior do preservativo, que pode acontecer se o contacto se prolonga muito tempo para além da ejaculação;
- Usar uma só vez e inutilizar em seguida”.

Este método é usado sobretudo quando as relações sexuais são esporádicas (Oliveira, 1982).

Como “... o relacionamento sexual entre adolescentes é, na maior parte das vezes esporádico, não premeditado e feito com o receio de poder ser descoberto” (Sousa, 1986: 2), o preservativo masculino como método de fácil utilização assume grande importância.

Os contraceptivos orais são também, de acordo com a declaração da IPPF/ International Medical Advisory Panel (1995: 20) “... Uma boa escolha para este grupo etário devido à sua elevada eficácia e à menor frequência de Efeitos secundários”.

Geralmente a melhor opção relacionada com a contracepção oral é uma pílula de baixa dosagem, dando informações detalhadas à adolescente sobre a necessidade de uma utilização regular e adequada, assim como da necessidade de um acompanhamento posterior frequente.

A contracepção hormonal pós – coital, assume um papel importante neste grupo etário, uma vez que os adolescentes têm, muitas vezes, como já referimos relações sexuais não planeadas e desprotegidas. No entanto, esta deverá ser considerada como último recurso, pois a sua utilização tem efeitos secundários “consideráveis” (Sousa, 1986).

Quanto aos métodos naturais, entre os quais se encontra o coito interrompido, o seu uso é “ (...) praticamente impossível neste grupo etário devido a irregularidades do período menstrual da adolescente” (Sousa, 1986: 3). No entanto este é, em algumas circunstâncias, o único método disponível para os adolescentes, pelo que é importante que sejam informados sobre a técnica e sobre a sua fiabilidade.

O acesso á contracepção é, na opinião de Vilar (1992), um direito que os jovens têm, permitindo-lhes viverem a sua sexualidade em segurança.

Apesar da facilidade de acesso que os jovens têm ao planeamento familiar, os adolescentes sexualmente activos tendem a não utilizar, ou a utilizar de forma ineficaz os métodos contraceptivos, expondo-se a todo o tipo de riscos de uma sexualidade desprotegida (Menezes, 1990). Isto poderá demonstrar que "...as questões da contracepção não preocupam muito os adolescentes" (Claes, 1990: 90). Ferreira (1996:25) sustenta ainda que "muitos rapazes sexualmente activos não se importam com o que possa acontecer em resultado da sua actividade sexual. A eles cabe-lhes a iniciativa, a elas a responsabilidade pelo que possa acontecer".

Justifica-se assim a necessidade de uma intervenção preventiva dirigida aos adolescentes.

Os jovens têm necessidade de adoptar comportamentos informados e responsáveis relativamente á contracepção, tendo um maior e melhor conhecimento acerca dos métodos contraceptivos de que podem dispor e, sobretudo, entender a contracepção como uma responsabilidade conjunta de rapazes e raparigas.

È importante que médicos, enfermeiros, entre outros, tomem consciência do papel que desempenham junto dos mais jovens e se empenhem no desenvolvimento de acções de educação para a saúde na área da sexualidade e saúde reprodutiva, contribuindo de forma decisiva para que os jovens possam viver a sua sexualidade de uma forma saudável

4 – INFORMAÇÃO / EDUCAÇÃO SEXUAL

◆ Informação sexual

Ao abordamos a problemática da adolescência não podemos deixar de abordar a informação sob o prisma da socialização, comunicação e interacção uma vez que as relações humanas assentam em acções e reacções baseadas na comunicação.

Neste período do desenvolvimento humano é necessária uma informação adequada dos jovens, para que estes, como detentores dessa informação, possam agir de forma consciente, uma vez que “(...) a desinformação favorece experiências sexuais desastrosas, responsáveis, inclusive, por doenças venéreas, gestações indesejáveis e outras mazelas decorrentes da promiscuidade sexual” (Gilda Montoro citada por Lopes, 1993: 54).

Ainda segundo a autora supra citada (1993: 54) “ (...) o conhecimento da sexualidade conduz à opção consciente no exercício da mesma”.

Julgamos ser assim imprescindível que uma informação e educação adequadas sobre sexualidade, façam parte da formação dos adolescentes ajudando-os a estruturarem critérios que lhes permitam viver uma sexualidade humanizada. A informação sexual é fundamental para que os jovens consigam ultrapassar as inibições, medos e vergonhas que muitas vezes são factores de perturbação na forma como a sexualidade é vivida, e ainda possibilitar que cada um possa determinar o seu comportamento sexual numa forma mais livre, de acordo com as suas ideias e opções (Miguel, 1983).

A informação sexual pode ser considerada como o “(...) conjunto de informações anatómicas, fisiológicas e psicossociais que podem permitir a um rapaz ou rapariga conhecer e compreender melhor o seu corpo, o seu funcionamento sexual e reprodutor, os processos contraceptivos e os aspectos psicológicos da sexualidade, e que lhe permitem também compreender-se na grande variedade de comportamentos sexuais existentes” (Miguel, 1983: 19).

É assim necessário para uma informação eficaz a existência de uma boa comunicação entre adolescentes / adultos e pais. No entanto a falta de diálogo que muitas vezes se verifica entre estes, leva à criação de barreiras as quais funcionam como obstáculos a uma informação correcta e adequada, com bases científicas, sendo de salientar que a sua abordagem, deveria ser feita, tendo em conta Vilar (1987), no período inicial da aprendizagem, pela família (pai, mãe, irmãos, irmãs), uma vez que as interrogações sobre a sexualidade surgem na criança desde muito antes da idade escolar. Também na adolescência os pais continuam a ter um papel essencial pois “numa fase em que o relacionamento erótico e afectivo se torna mais explícito, a reacção (positiva ou negativa) dos pais face a este processo continua a contribuir para a formação de valores e atitudes do jovem face à vida sexual” (Vilar, 1987: 169).

Tal facto não parece ser uma realidade, os vários estudos *indicam* que os rapazes e raparigas consideram que os amigos foram a sua principal fonte de informação sexual. O papel dos amigos surge assim referenciado, na bibliografia consultada, como o recurso privilegiado em matérias de conhecimento sobre sexualidade. A este propósito Vilar (1987) diz-nos que, “ (...) face ao “mutismo sexual” dos adultos, face ao desejo de autonomia dos jovens em relação aos primeiros, face à visão negativa repetidamente expressa pelos adultos em relação à sexualidade dos adolescentes, as respostas e as perguntas ou o pedido de conselho faz-se junto dos outros adolescentes muitas vezes tão pouco informados como quem pede ajuda (...)” (Vilar, 1987: 169).

Os adolescentes procuram fontes de informação que nem sempre são as mais adequadas. As informações trocadas entre os jovens, não advindo de uma fonte muito segura, são assim fragmentadas e na maior parte das vezes falsas.

Para além dos amigos, os mass média também se revestem de uma importância significativa neste contexto. Os jornais, as revistas e a televisão em particular, têm vindo a assumir um impacto crescente intervindo como meio de divulgação alargado de novos temas, “(...) actualmente, uma percentagem significativamente alta das mensagens emitidas por estes meios de comunicação são mensagens sobre sexualidade, boa parte delas estereotipadas mas que, no fundamento acabam por trazer ao quotidiano de milhões de pessoas novos temas, traduzindo-se este facto na citada dimensão dos temas sexuais” (Vilar, 1987: 170).

Apesar de todos os esforços e interesse que já se vão manifestando pelos vários agentes envolvidos na informação há que Ter em conta que “(...) os jovens precisam de mais e melhor informação e educação sexual, não para obter um modelo de comportamento definido por sexologistas profissionais, mas para poderem fazer as suas próprias escolhas e viver a sua própria vida da sua própria maneira” (Langfeld e Porter, 1986, citado por Loureiro, 1990: 23).

Na opinião de vários autores (Lopes, 1993; Miguel, 1987) é necessário consciencializarmo-nos de que os conhecimentos sobre sexualidade, ao invés de encorajarem a promiscuidade, potencializam o desenvolvimento das capacidades de comunicação, ternura, entendimento, sensibilidade para conosco e com os outros. A mudança de atitudes promovida pela informação e educação sexual adequadas vai reflectir-se na iniciação mais tardia das relações sexuais, no conhecimento real da contracepção e na diminuição para contrair doenças sexualmente transmissíveis. Como refere Loureiro (1990:23) citando Susie Hayman (1982) “(...) quantas mais tragédias terão os nossos jovens que sofrer antes que os adultos aceitem o facto de que a inocência não é preservada pela ignorância(...)”.

◆ **Educação sexual**

A educação sexual comporta a informação, no entanto, de acordo com Leitão (1990), transcende-a na medida em que visa, enquanto processo educativo, o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado.

Esta tem, portanto, como objectivo promover o desenvolvimento psicosexual da criança e do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta. Para Cortesão, et al (1989) a sexualidade humana não é apenas genitalidade. Por isso a educação sexual não se pode reduzir à informação científica sobre morfologia e fisiologia dos órgãos genitais, mas antes tem de ajudar os jovens a integrar a sua sexualidade na globalidade da sua pessoa.

Podemos dizer que é a personalidade em si que está em causa, devendo a educação sexual integrar objectivos amplos que preparem o adolescente para a vida adulta, promovendo o seu desenvolvimento psico – social, e ajudando-o na construção

de uma imagem positiva do seu corpo como entidade sexuada, conduzindo a uma vivência mais esclarecida e gratificante da sexualidade humana.

Compete-nos a nós como pais, educadores, amigos e essencialmente como pessoas, integrar a educação sexual no processo educativo global de todos os indivíduos, atendendo à dimensão da mesma para a comunicação, para a relação e para a afectividade, num contexto de desenvolvimento da personalidade, que se entende do nascimento até à morte.

Durante muito tempo ignorou-se a sexualidade como uma dimensão fundamental na vida das crianças e dos adolescentes, tendo como consequência uma educação em clima repressivo e culpabilizante em relação a tudo o que diz respeito ao sexo.

Contudo, esta problemática tem vindo, progressivamente a ser valorizada e sofrido assim alterações positivas, facto que a legislação portuguesa tem em conta, e a que faz referência na Lei 3/84, de 24 de Março, Artigo 2º, responsabilizando os professores, conjuntamente com os pais pela educação sexual de educandos e filhos.

Neste campo os profissionais de saúde têm um papel relevante a desenvolver, como agentes promotores da saúde e bem-estar da população e, de cujas responsabilidades não se podem demitir, pelo exposto na lei atrás mencionada, Artigo 3º a 7º, e essencialmente pelas repercussões que a sexualidade pode imprimir ao binómio Saúde / Doença. A este facto faz-nos referência Allen, citado por Rodrigues (1989: 25) quando nos diz que “ (...) uma sexualidade harmoniosa e satisfatória passa a ser uma valência fundamental no moderno conceito de saúde. Não faz realmente sentido conceber, hoje, um estado de bem – estar físico, psíquico e social sem uma vida sexual gratificante”.

Por sua vez a O M S referida por Vaz (1987: 180) define a saúde sexual como “(...) a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual de maneiras enriquecedoras e que favorecem a personalidade, a comunicação e o amor”.

No entanto questionamo-nos muitas vezes: Quem deve assumir a responsabilidade da educação sexual?

Na opinião de Almeida (1987) esta educação deve começar desde o nascimento e deve ser ministrada progressiva e gradualmente. Assim, caberá à família a educação sexual durante os primeiros anos de vida. Parafraseando Almeida (1987: 199) “(...) com exagero ou talvez não, pode dizer-se que a informação sexual começa logo depois do

nascimento, acompanhando as primeiras sensações da sexualidade oral. E (...) quanto mais cedo melhor”.

Os pais, são assim os primeiros educadores e os primeiros a poderem estabelecer o diálogo com os seus filhos. É no seio da família que a criança se depara com fenómenos directa ou indirectamente relacionados com a sexualidade, como sejam a gravidez, o parto e a diferenciação de papéis sexuais.

Um ambiente familiar, em que reine um clima de amor, compreensão, inter – ajuda, com manifestações de carinho e afecto entre pais e entre pais e filhos, terá na opinião de Cortesão (1989), um peso positivo na interiorização de comportamentos sexuais sadios, associados à afectividade e à relação. Nesta vivência de espontaneidade, liberdade e respeito, desprovida de tabus é que a criança e mais tarde o adolescente, terão abertura para colocarem as suas dúvidas e, assim os pais poderão exercer a sua acção educativa.

No entanto, o que se verifica é que a grande maioria dos pais apoiam a ideia da educação sexual para os filhos, mas na maior parte das vezes não se sentem aptos para desempenharem esse papel, necessitando para isso de ajuda ou delegando essa função para os professores ou outros profissionais que considerem melhor preparados. Contudo, mesmo que os professores ou outros profissionais ofereçam a melhor educação possível, os filhos aprendem com os pais directa ou indirectamente, através do modelo das relações familiares e das próprias atitudes face à sexualidade.

É no seio da família que se processa a transmissão dos conhecimentos mais importantes, é onde a criança e o adolescente aprendem a construir as suas primeiras representações cognitivas e afectivas da sexualidade do casal e do amor, é onde adquirem a sua identidade sexual. Por isso, as repercussões da educação sexual na criança e adolescente, no seio familiar, são de extrema importância para o seu desenvolvimento global como pessoas.

Assim, de acordo com Almeida (1987), os pais como educadores, terão de ter alguns predicados, como sejam:

- Saberem ouvir com a garantia do total sigilo;
- Terem conhecimentos correctos sobre o assunto;
- Serem capazes de nunca abdicar de empatia, sinceridade e honestidade;
- Serem capazes de autocritica e de elasticidade perante os valores adquiridos, numa sociedade em rápida evolução;

- Saberem respeitar os jovens e também saberem-se respeitar;
- Saberem desenvolver nos jovens sentimentos de confiança e amor-próprio;
- Saberem estabelecer sempre comunicação, nunca fugirem às questões levantadas pelos seus filhos;
- Acima de tudo viverem de forma saudável e plena a sua própria sexualidade. Serem felizes e transmitirem essa felicidade aos filhos.

Ao mesmo tempo, “(...)os pais terão que vencer os seus próprios tabus, terão que tomar consciência da existência dos problemas e da importância primordial da sua participação em resolvê-los, terão que procurar fontes de informação seguras, para finalmente poderem informar com segurança os seus filhos” (Loureiro, 1990: 18).

Perante esta constatação, e ganhando a educação sexual uma dimensão especial na adolescência, dada a complexidade dos processos cognitivos e afectivos que acompanham o crescimento e desenvolvimento contribuindo para a consolidação da identidade pessoal do jovem, é necessário que neste contexto a escola, como instituição que partilha a função educativa, assuma de um modo explícito a abordagem da sexualidade.

A escola é um dos locais onde “(...) a educação sexual deveria complementar a preparação familiar” (Rodrigues, 1989: 27). Contudo, apesar da Lei 3/84, os aspectos relacionados com a sexualidade apenas fazem parte do programa de Ciências Naturais do 8º ano de escolaridade (3º Ciclo do Ensino Básico), no qual são abordados os aspectos biológicos e fisiológicos da reprodução, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. Por sua vez, estes temas fazendo parte do último capítulo do livro de Ciências Naturais, não chegam, na maioria das vezes a serem abordados.

No entanto, se no 8º ano os alunos têm oportunidade de ver abordados estes temas, o mesmo não se passa relativamente ao ensino secundário.

No âmbito dos conteúdos programáticos dos adolescentes, a abordagem à sexualidade é essencial. Para tal seria importante e necessário o seu enquadramento em várias disciplinas, tratando de temas que vão de encontro às expectativas e necessidades dos jovens devendo incluir aspectos como “ (...) a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade et al, 1992: 15).

Os professores têm, neste âmbito, um papel de extrema importância, não só pela sua opinião funcionando por vezes como modelo do aluno, mas também pela forma como pode proporcionar aos alunos uma atmosfera de confiança que favorece o diálogo através de uma atitude de disponibilidade, aceitação e respeito pela curiosidade e avidez de informação dos adolescentes.

Criado este ambiente propício à comunicação o professor possui todos os requisitos necessários para ajudar o adolescente a ultrapassar dificuldades e angústias não os deixando sós e entregues a si próprios. Por outro lado ainda, discutir assuntos relacionados com a sexualidade de uma forma aberta, na aula, contribui para desdramatizar situações, esclarecer atitudes, abrir caminhos para aprender a ser homem ou mulher (Cortesão, 1989).

No entanto, apesar desta necessidade de educação ser sentida pelos professores, são eles muitas vezes os próprios que não se sentem à vontade para abordar o tema, sentindo dificuldade em lidar com um assunto, considerado por muitos, como “delicado”.

A escola deverá ser assim um dos locais de eleição onde se dê resposta às necessidades de informação/educação sexual dos adolescentes, deste modo é necessário que os próprios professores e a escola o reconheçam como tal.

Almeida (1987:204) refere uma sondagem realizada em 1985, a 601 jovens da área da grande Lisboa, na qual 89.2% foram a favor da educação sexual na escola, 7.7% foram contra e 3.2% não responderam.

Estes resultados demonstram o grande interesse dos jovens pela escola como veículo de informação sobre sexualidade. Se a escola assumir este papel, impedirá que o acesso dos jovens à realidade sexual seja feito “ (...) ao sabor do acaso, acabando muitas vezes por ser alcançado pelas piores vias: a pornografia, a curiosidade mórbida, a experimentação às escondidas e em condições geralmente traumatizantes” (Cortesão, 1989: 41).

A actividade sexual dos adolescentes é uma realidade, pelo que, uma educação sexual adequada será um contributo valioso para as suas vidas. No entanto, a educação sexual por si só não é suficiente, o acesso a serviços confidenciais e a contraceptivos de baixo preço ou gratuitos é essencial para a diminuição das taxas de gravidez não desejada e de aborto na adolescência.

Neste contexto os técnicos de saúde, nomeadamente dos Centros de Saúde, têm um papel extremamente importante a desempenhar, através da educação para a saúde, quer a nível individual ou em grupo. Como elementos privilegiados que são, no contacto com a população, podem e devem exercer uma actividade pedagógica susceptível de alterar comportamentos menos salutareos, fornecer informações pertinentes, promover a saúde e bem-estar da população, em particular dos mais jovens.

No entanto o que se verifica a nível dos Cuidados de Saúde Primários e, citado por Rodrigues (1989: 28) é que “(...) os centros de saúde, muito dinâmicos no Planeamento familiar, estão quase paralisados na educação sexual das camadas mais jovens”.

È neste aspecto que Subtil (1990) refere que ao nível dos Cuidados de Saúde Primários os adolescentes não dispõem de cuidados de saúde apropriados, sugerindo ainda que “ (...) corremos o risco de tornar vazias as expressões «saúde para todos» e «cuidados de saúde primários» se não conseguirmos começar a traduzi-los em realidade” (Subtil, 1990: 46).

Contudo, ainda na opinião de Rodrigues (1989) os centros de saúde deveriam ser os locais “polarizadores” e “dinamizadores” da problemática sexual. Em primeiro lugar porque têm todas as condições necessárias para constituírem equipas pluridisciplinares as quais, sendo conhecedoras da sexualidade humana, reúnem as condições necessárias não só para darem uma melhor educação sexual às populações como promoverem cursos de formação e actualização a outros técnicos de saúde e a professores.

È assim, no âmbito da educação para a saúde que os profissionais de saúde e professores tem um papel preponderante como agentes de informação. Esta intervenção deverá contribuir para uma educação sexual positiva a qual visa, “(...) fornecer aos jovens e adultos a possibilidade de conhecerem e compreenderem as dimensões da sua sexualidade, de as integrarem positivamente na sua personalidade e, portanto, de se realizarem de forma harmoniosa e responsável no seu projecto de vida pessoal e social como seres sexuados” (Vilar, 1987: 173).

Não podemos no entanto esquecer-nos que, sendo a expressão da sexualidade uma actividade de vida que se reveste de vertentes intrinsecamente relacionadas com a intimidade, o adolescente ao procurar os serviços de saúde e ao dividir com os profissionais de saúde informações que considera serem de caracter muito pessoal é

“(…) importante que se entenda que tudo o que comunique ao pessoal será tratado confidencialmente” (Roper, Logan e Tierney, 1985: 130).

Contudo, continuamos a verificar a pouca procura dos serviços de saúde pelos adolescentes, muitas vezes talvez pelo medo de serem identificados. Assim, uma vez que os adolescentes não procuram os centros de saúde “(…) mais se justificaria a oferta de cuidados antecipatórios para satisfazer necessidades que reconhecemos e identificamos” (Subtil, 1990: 46).

5 - MODELOS QUE RELACIONAM ATITUDES, COMPORTAMENTOS, CONHECIMENTOS E SAÚDE

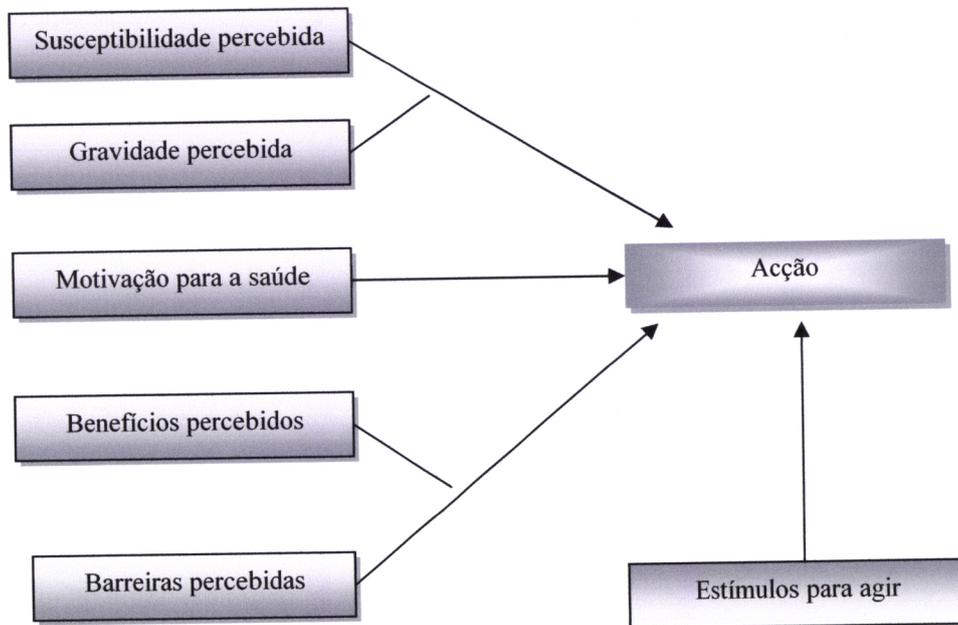
Os principais modelos que procuram explicar a relação entre as atitudes, o comportamento e a saúde são: o Modelo de Crenças de Saúde (MCS), a Teoria da Acção Ponderada (TAP) e do Comportamento Planeado (TCP), a Teoria da Motivação para a Protecção (TMP), o Modelo Transteórico (MT) e o Processo de Acção na Saúde.

Modelo de Crenças de Saúde

O modelo de Crenças de Saúde, inicialmente desenvolvido por Rosenstoch, em 1966, e posteriormente por BeckKer, ao longo dos anos 70 e 80, aplica-se á relação entre a crença da pessoa e o seu comportamento (Bennett e Murphy, 1999). Este modelo foi desenvolvido de modo que permitisse predizer os comportamentos de prevenção ligados à saúde assim como a resposta comportamental dos indivíduos a sintomas de doença, ao seu diagnóstico e ao seu tratamento. O MCS tem sido utilizado no contexto da saúde pública baseando-se principalmente na necessidade de adopção de hábitos de saúde adequados, que sejam preventivos de doenças, por parte da população.

De acordo com este modelo, a adopção de medidas preventivas na saúde resulta da susceptibilidade percebida do indivíduo á doença, da gravidade da doença, a avaliação dos custos e dos beneficios envolvidos na realização de um comportamento e ainda a motivação do indivíduo e a própria preparação (informação) para se preocupar com assuntos de saúde (Ogden, 1999; Bennett e Murphy, 1999) (fig.1).

Fig. 1 – Modelo de Crenças de Saúde



Fonte: Bennett e Murphy, 1999

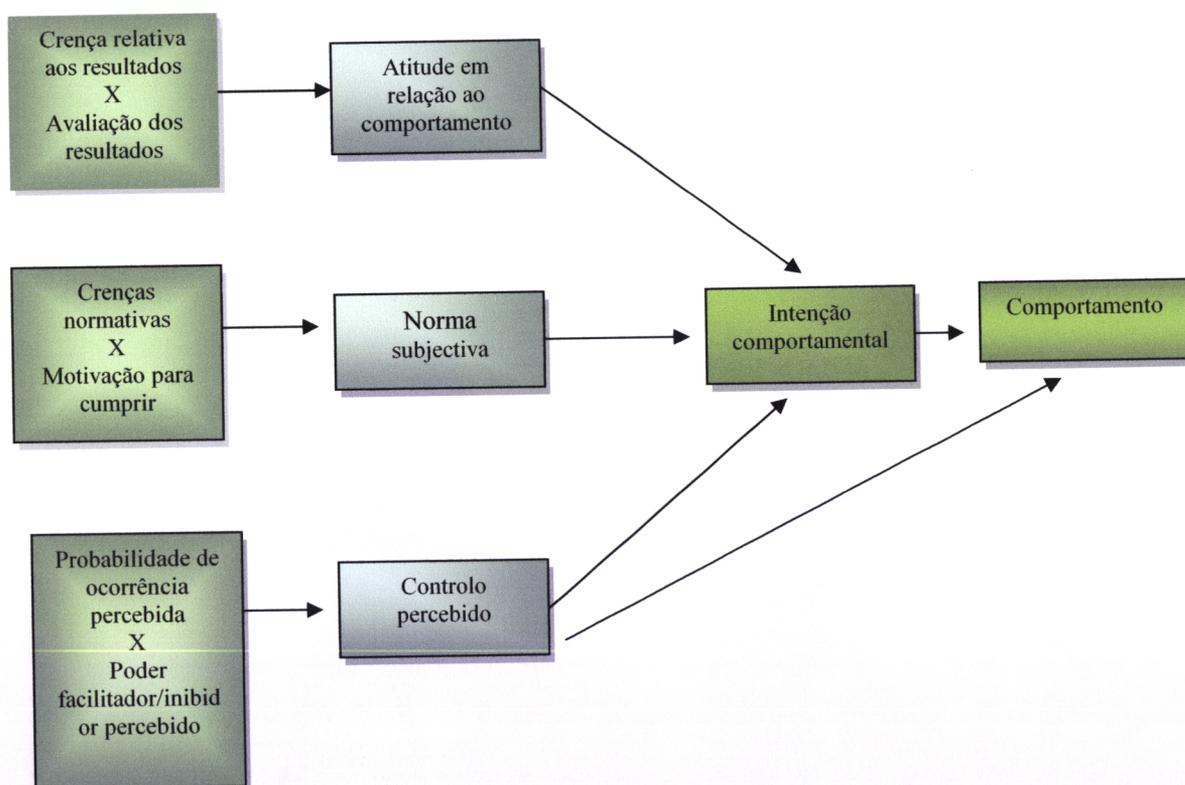
Teoria da Acção Ponderada e do Comportamento Planeado

A Teoria da Acção Ponderada, de Ajzen e Fishbein (1980), pressupõe que a intenção comportamental representa o factor determinante do comportamento (Bennett e Murphy, 1999). Por sua vez, as intenções comportamentais estão relacionadas com as atitudes do indivíduo em relação ao comportamento considerado, por um lado, e por outro ás normas sociais (Bennett e Murphy, 1999). Esta Teoria, contrasta com uma abordagem mais racional dos comportamentos uma vez que coloca os indivíduos no seu contexto social e sugere um papel para os valores (Ogden, 1999).

A Teoria do Comportamento Planeado surgiu a partir da Teoria da acção ponderada representando um conceito mais alargado desta (Ajzen, 1985; citado por Bennett e Murphy, 1999). Segundo esta teoria a percepção de controlo constitui um constructo central na explicação da mudança comportamental, “o controlo percebido combina-se com as atitudes e as normas percebidas, para formar a intenção de desenvolver um comportamento particular” (Bennett e Murphy, 1999:50) (fig.2).

A teoria da acção ponderada e do comportamento planeado foram usados para antecipar alguns comportamentos, entre os quais o uso de anticoncepcionais orais (Doll e Orth, 1993, citado por Bennett e Murphy, 1999). Foi também utilizado em estudos sobre o uso do preservativo em adolescentes e adultos jovens tendo-se verificado uma correlação significativa, nos homens, entre as intenções de usar preservativo durante a relação sexual e o seu uso efectivo (Bennett e Murphy, 1999).

Fig. 2 – Teoria da Acção Ponderada e do Comportamento Planeado



Fonte: Bennett e Murphy, 1999

Teoria da Motivação Protectora

A Teoria da Motivação Protectora, originalmente defendia que os comportamentos relacionados com a saúde são o resultado de quatro componentes: auto-eficácia, eficácia da resposta, gravidade e vulnerabilidade (Ribeiro, 1998).

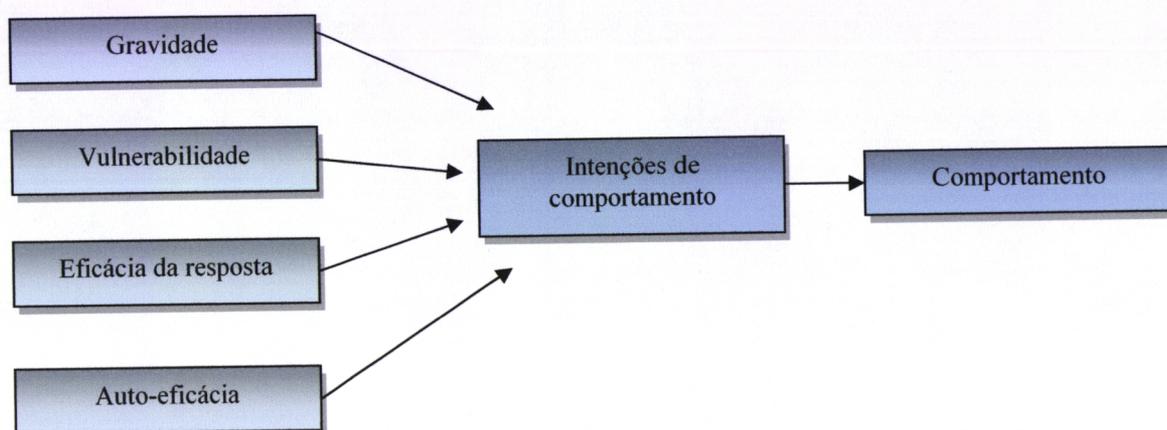
Os componentes referidos permitem predizer as intenções de comportamento relacionadas com o comportamento. Recentemente o autor deste modelo, Rogers, sugeriu que fosse incluído o medo, como quinto componente, em resposta á informação e á educação.

A TMP defende que “a gravidade, a vulnerabilidade e o medo estão relacionados com a avaliação da ameaça (isto é, a estimativa das ameaças externas) e que a eficácia da resposta e a auto-eficácia estão relacionadas com a avaliação de coping (isto é, avaliação das suas próprias capacidades para lidar com a doença)” (Ogden, 1999: 41) (fig. 3).

De acordo com esta teoria, as fontes de informação – ambientais (por exemplo a persuasão verbal) versus intrapessoais (por exemplo, experiência anterior) – influenciam os comportamentos, conduzindo a respostas adaptativas (intenções de comportamento) ou desadaptativas (negação, evitamento) (Ribeiro, 1998; Ogden, 1999).

A Teoria da motivação para a protecção, foi utilizada em estudos para predizer o comportamento sexual e as intenções de comportamento (Van Der Velde e Van Der Pligt, 1991), tendo os resultados deste estudo confirmado a eficácia do uso desta teoria para predizer o comportamento sexual no contexto do VIH (Ogden, 1999).

Fig. 3 – Teoria da Motivação para a Protecção



Fonte: Ogden, 1999

Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982). O MT centra-se nos processos de mudança de comportamento relacionados com determinados estádios de mudança, os indivíduos não passam directamente de comportamentos antigos para comportamentos novos mas progridem por essa sequência de estádios: pré-contemplação (em que não pretendem fazer qualquer mudança), contemplação (consideram a possibilidade de mudar), preparação (realizam pequenas mudanças), acção (empenham-se activamente num novo comportamento) e manutenção (da mudança ao longo do tempo) (Ogden, 1999). O modelo analisa ainda o modo como os indivíduos pesam os custos e os benefícios do seu comportamento (Ogden, 1999).

De acordo com Gallavotti et al (1995) e Sutton (1997) citados por Roque (2001), os vários estádios de mudança dão uma dimensão temporal que fornece informação acerca de mudanças específicas que podem ocorrer nas atitudes, nas intenções e no comportamento.

Processo de Acção na Saúde

O Processo de Acção na Saúde foi desenvolvido por Schwarzer em 1992. O modelo combina muitos dos processos anteriormente descritos e coloca-os no contexto de uma teoria de fases, afirmando que “a adopção de comportamentos relacionados com a saúde envolve duas fases: uma motivacional e outra volitiva. Esta última é ainda subdividida nas fases de planificação, acção e manutenção” (Bennett e Murphy, 1999:55).

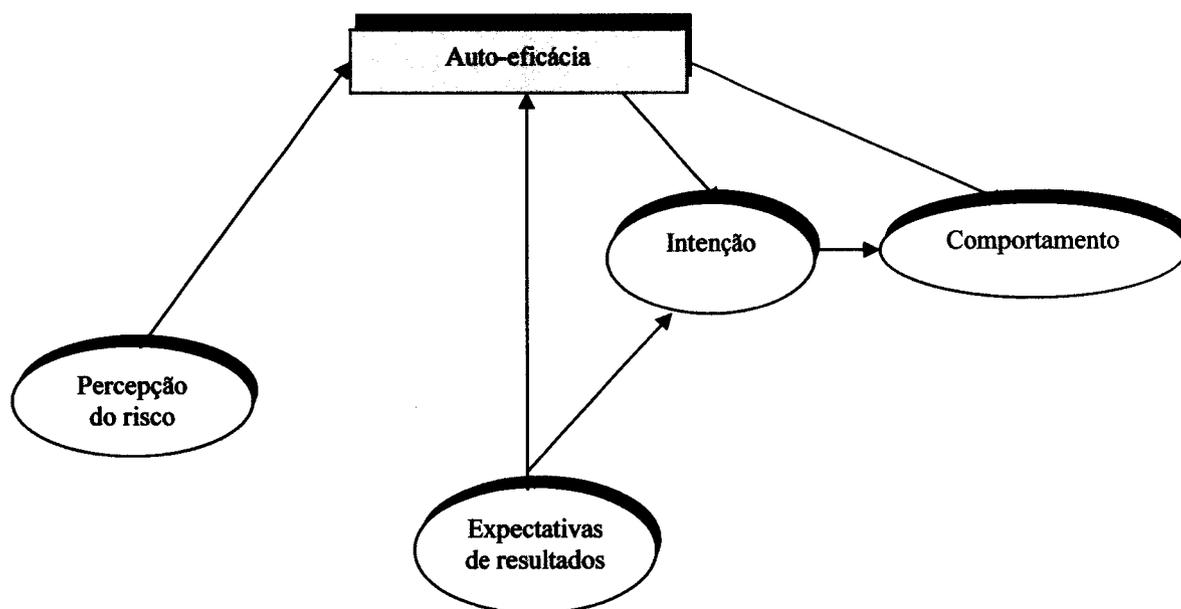
De acordo com os autores supra citados, a fase motivacional é iniciada pela percepção de uma ameaça á saúde, bastando um nível mínimo de ameaça para desencadear a consideração de mudança. Segundo Ogden (1999) esta fase é ainda composta por vários elementos: auto-eficácia, expectativas relativamente aos resultados e um subconjunto de expectativas, de resultados sociais e avaliação da ameaça (composta por crenças acerca da gravidade de uma doença e pelas percepções da vulnerabilidade do indivíduo. Ainda de acordo com Bennett e Murphy (1999: 55) “ o

mais importante são as expectativas de acção-resultado e os juízos de auto-eficácia, isto é, a consideração do modo como o risco pode ser reduzido e se as acções necessárias estão ao alcance das capacidades do indivíduo” (Bennett e Murphy, 1999: 55). Como resultado destas deliberações pode surgir uma intenção de adoptar uma medida de precaução ou de alterar comportamentos de risco em favor de outros comportamentos.

Quando determinada a intenção, o indivíduo avança para a fase de acção. Após iniciada a fase de acção, esta tem de ser controlada por processos cognitivos de forma a ser mantida. Também o contexto em que surge a tentativa de mudança vai influenciar o seu resultado, uma vez que as acções não são apenas influenciadas pelos processos cognitivos são também controladas pelo ambiente percebido e real. Assim as mudanças favorecidas pelo ambiente social e estrutural têm maior probabilidade de serem mantidas do que as que não o são (Bennett e Murphy, 1999) (fig. 4).

Este modelo foi utilizado em investigações sobre o uso efectivo de contraceptivos, tendo-se verificado que a auto-eficácia era, consistentemente, o melhor predictor das intenções de comportamento e da mudança de comportamentos (ogden, 1999).

Fig. 4 – Processo de acção na saúde



Fonte: Bennett e Murphy, 1999

6 – ECOLOGIA HUMANA E SEXUALIDADE

A problemática da adolescência e sexualidade, pela sua complexidade, tem despertado interesse por parte de diferentes disciplinas. Também a Ecologia Humana, definida como a “ciência que estuda as condições de existência dos seres vivos e as interações de toda e qualquer natureza que existem entre esses seres vivos e o seu meio” (Lamy, 1996: 20) tem contribuído de forma significativa para a compreensão desta etapa da vida.

A ecologia tem uma larga tradição na história do pensamento. Já os filósofos gregos tinham uma ampla percepção do meio ambiente considerando a existência de inter-relações entre os seres vivos e o meio físico.

O estudo científico das relações entre os seres vivos iniciou-se no Séc.XIX e progrediu no âmbito da Biologia com contributos Botânicos e Zoólogos.

Em 1866 o biólogo Ernst Haeckel propôs o termo “Ecologia” para designar o estudo das interações seres vivos – ambiente. Este termo começou a surgir e a tornar-se comum nos trabalhos de botânicos e zoólogos, quando com o objectivo de descrever os modos de vida dos seres vivos se referiam às relações dos seres vivos com os seus ambientes.

Só no decurso do Séc.XX, depois da Segunda Guerra Mundial a ecologia adquiriu a sua autonomia como ciência.

A Ecologia Humana enquanto estudo científico das interações só teve possibilidade de emergir quando a Ecologia já havia desenvolvido um conjunto de conceitos.

Em 1911, Thomson contribuiu para o desenvolvimento da Ecologia Humana ao constatar semelhanças entre conhecimentos do domínio biológico e das ciências sociais, propiciando o surgimento de uma ponte entre os dois domínios (Machado, 1985).

Nas décadas de 20 e 30, sociólogos dos Estados Unidos da Universidade de Chicago, centraram os seus estudos nas interações entre o homem e o meio natural e nas interações de grupos humanos em determinados meios geográficos.

Amos Hawley (1991: 20) representa um marco importante nesta problemática, sistematizando os principais pressupostos do paradigma da ecologia humana. A

ecologia humana fazia uma abordagem do estudo das organizações humanas, era uma tentativa de lidar holisticamente com as organizações.

O autor explica a ecologia humana através de três preposições: a adaptação, o crescimento e a evolução. O pressuposto básico é que a adaptação é encarada como um processo colectivo e não individual, visto ser uma ciência centralizada nas diferentes formas através das quais as populações humanas se organizam para se manterem em determinados ambientes.

Têm sido muitas as concepções de ecologia humana a desempenhar um papel decisivo na evolução do conceito. Machado (1985: 33) considera a ecologia humana como “o estudo interdisciplinar das interacções entre o homem e o meio ambiente, estudo realizado sob inspiração sistémica e com objectivos prospectivos”. Para Mórán (1990: 34) a ecologia humana “visa integrar o conhecimento sobre a diversidade de comportamento das populações humanas com os sistemas dentro do qual tais populações se encontram”.

Nazareth (1996) vê a ecologia humana segundo dois pontos de vista, como sendo uma nova disciplina e/ou como uma reflexão sobre a sociedade inserida num determinado contexto ambiental. Por sua vez Roberto (1996: 19) refere-se à ecologia humana como “uma filosofia de existência, eventualmente produto de uma paragem para reflectir sobre os grandes caminhos da felicidade humana. Então a ecologia é também ciência, sem deixar de ser uma filosofia, e ela é também a génese de uma sabedoria”.

A ecologia humana define-se assim como o conjunto de interacções entre o homem e o ambiente, mas em que cada um deles será considerado como um todo complexo.

Não podemos esquecer que já no início dos anos 60 Dubos chamava a atenção da comunidade científica para o estudo da “resposta do organismo total ao ambiente total” (Dubos, in Déoux, 1996: 27).

A ecologia humana visa assim compreender o homem e os seus problemas, estudando os indivíduos e as populações como entidades biológicas profundamente modificadas pela cultura. Estuda por isso os efeitos do meio sobre o homem e os efeitos deste sobre o meio. Ocupa-se assim da espécie humana e das relações desta com outros componentes do ambiente tanto orgânicas como inorgânicos. O homem é encarado como um elemento vivo, dependente de outros nos equilíbrios biológicos naturais,

como um ser exposto a muitos perigos naturais e a outros criados por ele próprio (Sargent, 1974, in Mendes, 1994).

O objecto de estudo da ecologia humana é assim o comportamento humano em toda a sua variabilidade (Viertler, 1988, in Moran, 1990). Mas, não podemos no entanto esquecer que, actualmente os comportamentos humanos fazem correr mais riscos que as forças da própria natureza (Déoux, 1996).

O ambiente, a par dos comportamentos individuais, dos factores genéticos e da qualidade dos tratamentos médicos são os grandes determinantes do estado de saúde de uma população (Jean-François Mattei, 1996, in Déoux, 1996), pelo que os problemas do ambiente e da saúde não deverão ser tratados separadamente.

A saúde é o equilíbrio e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, biológicas, psicológicas e sociais. Este equilíbrio exige por um lado a satisfação das necessidades humanas básicas (necessidades afectivas, nutricionais, sanitárias, educativas e sociais), e por outro lado uma adaptação permanente a um ambiente em constante mutação (Aubert e San Marco, 1995).

A sexualidade, de acordo com a definição da OMS influencia tanto a saúde física como mental, estando mesmo cientificamente provado que "...possuir relações sociais e sexuais compensadoras, ajudam a que o sentimento de bem-estar no individuo cresça e constituem verdadeiro obstáculo à doença" (OMS, 1985: 76).

A sexualidade e, conseqüentemente, a saúde sexual estando intimamente ligadas aos comportamentos dos indivíduos, não podem ser separadas do ambiente em que estes se inserem. Estes comportamentos, principalmente entre os mais jovens, representam muitas vezes comportamentos de risco para a saúde.

Assim, é necessário a adopção de estilos de vida saudáveis nos quais imperem comportamentos sexuais positivos à saúde. Para tal é necessário um ambiente físico, social, cultural e económico propício.

Pelo exposto, não podemos conceber uma sexualidade saudável dissociada de um ambiente, também ele, saudável.

Pode-se dizer que a saúde e o bem-estar do homem, tal como o de qualquer outro ser vivo, depende da natureza das comunidades e dos ecossistemas, sobre os quais ele impõe a sua cultura. Como refere Odum (1997: 222) "...segundo vai a comunidade, assim vai o organismo..." considerando este a comunidade como "...qualquer conjunto de populações que vivem numa área determinada ou habitat físico; é uma unidade

organizada na medida que tem características adicionais às das suas componentes, indivíduos e populações...”

7 – A ÁREA DE INVESTIGAÇÃO

A adolescência representa um processo de maturação profundamente marcado por alterações, não somente ao nível do crescimento físico acelerado, mas também na capacidade cognitiva, nas expectativas sociais e no desenvolvimento da personalidade.

Enquanto os adolescentes experimentam alterações do desenvolvimento físico, durante a puberdade, provavelmente a área mais estimulante é o seu desenvolvimento psicossocial, uma vez que a partir deste momento se consideram no caminho para a idade adulta.

E também neste período da vida que se adquirem e afinam atitudes e competências para uma efectiva participação social, bem como para uma eficaz gestão do bem-estar pessoal.

Existem diversas concepções de compreensão da adolescência, mas todas elas referem a importância dos factores biológicos e psicossociais relacionados com a fase do ciclo vital em que os adolescentes se encontram. Verifica-se que há importantes domínios de homogeneidade neste campo, nomeadamente quanto às tarefas psíquicas a cumprir, como o estabelecimento duma identidade, todavia a heterogeneidade decorrente do ambiente social e cultural não pode ser negada. Os adolescentes influenciam e são influenciados por vários contextos como a família, a sociedade, a cultura, a economia, o ambiente, a educação e o próprio sistema político.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento que tem sido alvo de grande reflexão. Das ciências da saúde às da educação, da psicologia à sociologia, são raras as áreas do conhecimento que não dediquem uma parte da sua atenção à adolescência. Existe assim, não só ao nível do nosso país como mesmo a nível mundial um movimento crescente no sentido de se considerar os adolescentes como grupo vulnerável com necessidades de saúde particulares e, como tal, necessitando de cuidados de saúde específicos e acessíveis.

Embora os adolescentes sejam considerados um grupo etário saudável, esta afirmação só é aceite do ponto de vista físico e não em termos de saúde global. Na sua maioria os problemas de saúde dos adolescentes estão relacionados com comportamentos de risco, facto estes que são comprovados pelos diversos estudos.

O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, o que deriva essencialmente de actividade sexual precoce, algumas vezes sem ponderação das consequências possíveis, como por exemplo, contrair doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez não desejada.

Através dos vários estudos verifica-se que os adolescentes têm cada vez mais cedo a sua iniciação sexual ou a primeira experiência de relações sexuais. Os métodos contraceptivos não são utilizados de uma forma consistente pelos adolescentes, o que poderá estar relacionado com esta precocidade nas relações sexuais uma vez que, quanto mais cedo for o início das relações sexuais, menos provável será o uso de contraceptivos, pois quanto mais novos são os adolescentes menos conhecimentos e competências terão relativos à sexualidade.

A acompanhar estes factos, tem-se verificado um aumento da gravidez na adolescência assim como o número de abortos.

Dos estudos realizados no nosso país, o estudo efectuado por Navarro (1985), revela que 23,5% dos adolescentes do sexo masculino de 15 anos e 60% do sexo feminino já tiveram relações sexuais. A mesma autora (1985) no seu estudo verificou que, há ausência de conhecimentos sobre doenças sexualmente transmitidas e sobre a não utilização de meios contraceptivos; refere ainda que a opinião sobre a contracepção reflecte a falta de conhecimentos sobre estes assuntos.

Segundo a OMS, a infecção pelo (VIH) Vírus de Imunodeficiência Humana, tem na maior parte dos casos, lugar antes dos 20 anos; mais de 50% das pessoas com VIH/SIDA, infectaram-se entre os 15 e os 24 anos. Estima-se ainda que 16% de todos os adultos e adolescentes com SIDA foram infectados com VIH na adolescência e que 31% dos doentes com SIDA através de contacto heterossexual foram infectados na adolescência (Hu et al, 1994, in Ribeiro, 1996).

Na opinião de Frasquilho (1996), os adolescentes percebem a saúde de forma distinta dos adultos. Para eles, ter saúde é igual a ser plenamente activo, ser corajoso, fazer o que se quer. O bom funcionamento físico, a integridade corporal são, nesta fase da vida, tidos como garantidos; há um forte sentimento de invulnerabilidade derivado do egocentrismo que lhes é próprio. Acreditam na singularidade das suas próprias experiências e estão convencidos que as consequências negativas dos seus comportamentos de risco só acontecem aos outros.

Por outro lado, os adolescentes fixam-se em atitudes passivas próprias de quem sente não deter o poder de influenciar aquilo que lhes acontece, indo à deriva das circunstâncias ou do desejo da maioria.

Deste modo a adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser um período crítico para intervenções significativas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

Neste sentido há que saber quais os factores que acentuam a vulnerabilidade e como agir para reforçar a resistência individual tal como a protecção em geral.

Assim, propusemo-nos a elaborar um estudo que tem como objectivos:

- Identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade;
- Conhecer os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade;
- Identificar o nível de conhecimentos dos adolescentes relativos à sexualidade;
- Verificar se a zona de proveniência (urbana/rural), a idade e o sexo constituem factores passíveis de influenciar atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade.

7.1 – O PROBLEMA

Definimos no nosso estudo, como problema:

Determinar se as atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade, dos adolescentes dos 15 aos 18 anos de idade, variam consoante a idade o sexo e a zona de residência.

7.2 – A METODOLOGIA

Em qualquer processo de investigação é necessário reflectir sobre as opções metodológicas disponíveis para se poder decidir pela que mais correctamente se adequa ao estudo que se pretende desenvolver. Deste modo, ao pretender-mos saber quais as atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade optámos pelo método quantitativo pois este método representa “(...) a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente uma mensagem de segurança quanto às inferências” (Richardson et al, 1989: 29).

O modo de conceptualização e a forma como pretendemos desenvolver o nosso estudo torna-o num estudo exploratório e quase experimental. Exploratório, porque nos interessa explorar as dimensões do fenómeno e a maneira como ele se manifesta e quase – experimental, na medida em que “...a variável independente é controlada, assim como muitos outros aspectos da investigação mas os participantes não são distribuídos de modo aleatório pelos grupos” Ribeiro (1999: 46).

7.2.1 – Operacionalização das variáveis

A investigação como base do conhecimento científico, tem como função principal descobrir e exprimir relação entre os fenómenos. Segundo Polit (1995) um estudo científico “(...) refere-se ao estudo de variáveis e da forma como elas se inter-relacionam” Polit (1995: 26).

Para Lakatos e Marconi (1991) as variáveis devem ser definidas com clareza, com objectividade e de forma operacional. Os mesmos autores referem ainda que todas as variáveis podem afectar ou interferir no objecto de estudo, devendo ser levadas em consideração para impedir comprometimento ou risco de invalidar a pesquisa.

7.2.1.1 – Variáveis independentes

Tendo em conta a multicausalidade que caracteriza uma variável dependente, o seu estudo será tanto mais completo quanto maior for o número de variáveis independentes a abordar.

Assim consideramos como variáveis independentes as seguintes:

- Idade dos adolescentes
- Sexo
- Zona de proveniência

Uma vez que decidimos estudar os adolescentes escolarizados, no âmbito das suas atitudes, comportamentos e conhecimentos relativamente à sexualidade, parece-nos serem a idade, o sexo e a zona de residência variáveis passíveis de influenciar a dependente.

Idade

A idade é sem dúvida um factor que pode influenciar atitudes, comportamentos e conhecimentos nos adolescentes. É necessário ter em conta o grau de maturidade fisiológica e intelectual que lhe permitam não só a aquisição de conhecimentos em matéria de sexualidade como também a forma como utilizam esses conhecimentos. Neste contexto e em função do grupo etário considerado e das características próprias desta fase de desenvolvimento, pensamos que a diferença de idade entre os jovens é susceptível de condicionar as atitudes, os comportamentos e os conhecimentos dos mesmos.

Sexo

O sexo pode ser definido como o “conjunto das características que permitem distinguir na maior parte dos seres vivos o género feminino e o género masculino” (Alvarenga et al, 1999: 6348).

Em muitos aspectos as atitudes das raparigas e dos rapazes em relação à sexualidade, são diferentes e isto como consequência dos critérios utilizados na educação afectiva e sexual quer dos rapazes quer das raparigas, o que cria nuns e noutros atitudes mais ou menos adequadas (Miguel, 1994). Menezes (1990) refere ainda que a expressão da sexualidade é regulada pelas expectativas sociais associadas a padrões de actividade sexual, específicos de cada sexo.

O sexo terá ainda influência na necessidade de procura e aquisição de informação, uma vez que a própria estrutura anátomo-fisiológica é diferente nos dois sexos, o que implica que os interesses se centrem em temáticas também diferentes.

Por estes motivos, pensamos ser o sexo um factor interveniente no problema em estudo. Consideramos assim, o sexo masculino e o sexo feminino.

Zona de Proveniência

A zona é definida por Azevedo (1999) como o “(...) espaço de uma região, de uma cidade, etc., definidos por determinadas características” (Azevedo et al, 1999:7098). Proveniência como “lugar de onde provém alguma coisa” (Azevedo et al, 1999:5745).

O meio rural é “próprio ou pertencente ao campo ou à vida agrícola” (Costa, Melo et al, 2003: 1477) enquanto que o meio urbano “diz respeito à cidade, próprio da cidade” (Costa, Melo et al, 2003: 1686). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística a população urbana é a residente nas áreas predominantemente urbanas.

Tendo em consideração a influência que o meio, físico e social, exerce sobre os indivíduos, leva-nos a pensar que a zona de proveniência, rural ou urbana, como local com características muito particulares influenciará as atitudes, os comportamentos e os conhecimentos dos adolescentes.

7.2.1.2 – Variáveis dependentes

A variável dependente é “aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever” (Polit, 1995: 26).

No nosso estudo definiu-se como variáveis dependentes: **As atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes face à sexualidade.**

Consideramos as **atitudes**, tal como Monteiro e Santos (1995), como “uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação, de uma forma positiva ou negativa” (Monteiro e Santos, 1995: 152).

È através do comportamento manifestado pelo indivíduo que poderemos inferir as atitudes, dado que estas não são objectivamente observáveis. Segundo os autores supra citados as atitudes “ (...) manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais, de opiniões, de comportamentos, (...)” (Monteiro e Santos, 1995: 152).

Por **comportamento** entende-se, “o conjunto de reacções, objectivamente observáveis, de um organismo que age em resposta a um estímulo proveniente do seu meio interior ou do seu meio exterior” (Azevedo et al, 1997: 1863).

No nosso estudo o comportamento sexual refere-se à frequência: com que os adolescentes realizam determinadas práticas sexuais (masturbação, relações homossexuais, relações heterossexuais) e faz uso de métodos contraceptivos durante essas práticas; se comporta de forma assertiva em relação à sexualidade; decide sobre a sua sexualidade com responsabilidade e discute aspectos da sexualidade com outros significativos.

Para efeitos deste estudo consideramos ainda os **conhecimentos** sobre sexualidade como o conjunto de informações científicas, racionais e conscientes que os adolescentes demonstram objectivamente possuir sobre os aspectos anatomo-fisiológicos e comportamentais da sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e ainda, relativamente a meios para evitar a gravidez.

Para medirmos as variáveis dependentes, utilizamos um questionário de atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade (Anexo I), cuja elaboração foi inspirada nos questionários para adolescentes sobre sexualidade de Kirby, D., ETR Associates (s.d.). Foram assim definidas várias dimensões para cada uma das variáveis dependentes e, para cada uma destas, vários itens (Anexo II).

Para avaliar as atitudes face à sexualidade foram criadas as dimensões: «sexualidade na vida» (1, 10, 18, 25); «planeamento familiar» (2, 11, 19, 26); «condutas sexuais» (3, 12, 20, 27); «permissividade nas relações» (4, 13, 28, 30); «métodos contraceptivos» (5, 22, 29); «uso do preservativo» (8, 14, 31); «relacionamento sexual pré-matrimonial» (6, 15); «papeis de género» (7, 16, 23) e «amor e afectividade» (9, 17, 21, 24).

- A dimensão «sexualidade na vida», pretende avaliar a atitude face à valorização da sexualidade como dimensão fundamental do ser humano e aspecto necessário á vida;
- A dimensão «planeamento familiar» reporta-se á importância atribuída ás consultas de planeamento familiar;
- A dimensão «condutas sexuais» reporta-se á aceitação positiva, ou não, dos comportamentos sexuais, nomeadamente a masturbação e a homossexualidade;
- A dimensão «permissividade nas relações» refere-se ás atitudes face ao “sexo ocasional”, ao “sexo sem compromisso” e á “diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais”;
- A dimensão «métodos contraceptivos» pretende avaliar a atitude, favorável ou não, ao uso de contracepção nas relações íntimas;
- A dimensão «uso do preservativo» refere-se á atitude relativamente ao uso especificamente do preservativo.
- A dimensão «relacionamento sexual pré-matrimonial», refere-se á atitude, favorável ou não, dos adolescentes em relação á prática de relações sexuais antes do casamento;
- A dimensão «papeis de género» refere-se à atitude face á diferenciação de papeis atribuídos ao sexo masculino e feminino, nomeadamente se “os rapazes e raparigas se deveriam comportar de formas diferentes” e se “homens e mulheres deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes”.
- A dimensão «amor e afectividade» refere-se á valorização do carinho e do amor nas relações entre os indivíduos.

Para avaliar o comportamento dos inquiridos foram criadas as dimensões: «decisão sexual» (32, 39, 46, 50); «comunicação» (33, 35, 40, 47, 52); «masturbação» (34, 41); «doenças sexualmente transmissíveis» (44, 48); «assertividade sexual» (36, 42); «amor e afectividade» (37, 43, 49) e «amigos, o que fazem» (38, 45, 51).

- A dimensão «decisão sexual» refere-se á capacidade de decidir com responsabilidade no que se refere a comportamentos de índole sexual, por exemplo “quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, penso arduamente sobre as consequências de cada escolha possível” (item 50);
- A dimensão «comunicação» refere-se á frequência com que os adolescentes falam sobre aspectos da sexualidade com os que lhe são mais próximos, nomeadamente os pais, o parceiro sexual e os amigos;
- A dimensão «masturbação» reporta-se á prática da masturbação como acto solitário ou com o parceiro;
- A dimensão «doenças sexualmente transmissíveis» refere-se ao comportamento dos indivíduos perante o risco de doenças sexualmente transmissíveis;
- A dimensão «assertividade sexual» refere-se à capacidade de “dizer não a um envolvimento sexual não desejado” e à capacidade de decidir “o que quer ou não sexualmente”;
- A dimensão «amor e afectividade» refere-se á vivência dos relacionamentos íntimos num contexto de relações afectivas positivas, nomeadamente “manter relacionamentos íntimos apenas com pessoas por quem se está apaixonado” e “expressar sentimentos de carinho pelo/a namorado/a”;
- A dimensão «amigos, o que fazem» refere-se ao que os adolescentes pensam que os amigos fazem nomeadamente no que respeita a masturbação e uso de métodos contraceptivos.

Ainda no sentido da avaliação do comportamento sexual dos jovens foram utilizadas as variáveis:

Iniciação sexual (54, 55, 56 57)

Número de parceiros sexuais (58)

Período de tempo do início do namoro até início de relacionamento sexual (59)

Utilização de métodos contraceptivos na 1ª relação sexual (60, 60.1, 60.2)

Utilização de métodos contraceptivos nas relações actuais (61, 61.1, 61.1.1, 61.2)

Planeamento familiar (62, 62.1, 62.2)

Gravidez não desejada (63a, 63b, 64)

Para avaliar os conhecimentos sobre sexualidade foram criadas as dimensões: «anatomia e fisiologia sexual» (65, 70, 75, 80, 81, 86, 87, 91); «desenvolvimento físico adolescente» (66, 71, 76, 82, 88); «controle da natalidade/métodos contraceptivos» (68, 73, 78, 84, 89); «doenças sexualmente transmissíveis» (69, 74, 79, 85, 90) e «conduta sexual adolescente» (67, 72, 77, 83).

- A dimensão «anatomia e fisiologia sexual» pretende avaliar os conhecimentos dos adolescentes sobre anatomia e fisiologia do aparelho sexual feminino e masculino;
- A dimensão «desenvolvimento físico adolescente» pretende avaliar os conhecimentos sobre aspectos relacionados com o desenvolvimento físico normal da adolescência;
- A dimensão «controle da natalidade/métodos contraceptivos» pretende avaliar os conhecimentos sobre o que é a contracepção e os objectivos desta prática;
- A dimensão «doenças sexualmente transmissíveis» pretende avaliar conhecimentos gerais sobre algumas doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente Hepatite B, Gonorreia e SIDA e sobre formas de evitar as doenças de transmissão sexual;
- A dimensão «conduta sexual adolescente» pretende avaliar os conhecimentos sobre as práticas sexuais da adolescência, nomeadamente masturbação homossexualidade e coito.

Informação Sexual

Informação sobre sexualidade (92)

Fontes de informação sobre sexualidade (93)

Conhecimento de instituições de saúde de apoio ao adolescente no âmbito da sexualidade (94, 94.1)

7.2.2 – População/ amostra

Participaram neste estudo 281 adolescentes (155 do sexo feminino e 126 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade, a frequentarem o 10º, 11º e 12º anos da Escola Secundária André de Gouveia (Évora), Escola Secundária Pública Hortênsia de Castro (Vila Viçosa) e a Escola EB2,3/S Isidoro de Sousa (Viana do Alentejo). Destes adolescentes, 146 residem em zonas urbanas e 132 em zonas rurais (Quadro nº1).

O método de amostragem foi por conveniência.

A opção em inquirir adolescentes escolarizados, resulta da sua maior facilidade de localização e acesso.

A selecção das escolas para a realização do estudo deve-se essencialmente aos recursos humanos disponíveis e á facilidade de acesso, interesse e disponibilidade manifestado por estas escolas em participarem no estudo.

Quadro nº1 – Amostra por idade, sexo e zona de residência

Idade \ Proveniência \ Sexo	URBANO		RURAL		TOTAL
	M	F	M	F	
15 Anos	16	17	15	16	64
16 Anos	16	21	15	19	71
17 Anos	16	22	15	18	71
18 Anos	15	26	18	16	75
TOTAL	63	86	63	69	281

7.2.3 – Instrumento de colheita de dados

Visando a colheita de dados susceptível de fornecer a informação necessária para o nosso estudo, utilizámos como instrumento de colheita de dados o questionário.

Este método constitui uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados tendo, segundo POLIT e HUNGLER (1995) as vantagens de garantir o anonimato total, não haver tendenciosidade nas respostas que reflectam a reacção do respondente ao entrevistador e não às perguntas em si uma vez que o entrevistador não está presente, um menor custo e ainda requerem menos tempo.

Para a construção do questionário tivemos em consideração a literatura consultada, nomeadamente, a que se refere a estudos já realizados sobre a sexualidade na adolescência. O questionário, nomeadamente o questionário de atitudes sexuais e as questões relativas ao comportamento e conhecimentos sexuais, foi elaborado tendo por base os questionários para adolescentes sobre sexualidade de Kirby, D., ETR Associates (s.d.). No que respeita às questões sobre a história das relações íntimas dos sujeitos e as circunstâncias da primeira relação sexual, estas resultaram do questionário aplicado por Roque (2001).

O instrumento utilizado na presente investigação, questionário, é composto por sete páginas. Nas instruções deste constam o objectivo do mesmo, o seu carácter de anonimato, de confidencialidade e o agradecimento aos participantes.

O questionário é constituído por oito partes.

A primeira parte é composta por itens que reflectem as atitudes sexuais dos sujeitos. Os seus itens (31) foram agrupados em dez dimensões, nomeadamente: «sexualidade na vida» (itens *1, *10, 18, 25); «planeamento familiar» (2, *11, 19, *26); «condutas sexuais» (3, 12, *20, 27); «permissividade nas relações» (4, 13, 28, 30); «métodos contraceptivos» (5, *22, *29); «uso do preservativo» (*8, *14, *31); «relacionamento sexual pré-matrimonial» (*6, 15); «papeis de género» (*7,*-16, 23) e «amor e afectividade» (*9, 17, 21, 24).

As questões identificadas com sinal (*) devem ser pontuadas inversamente.

Este questionário compreende uma escala de tipo likert (1 – Discordo

totalmente; 2 – Discordo parcialmente; 3 – não concordo nem discordo; 4 – Concordo parcialmente; 5 – concordo totalmente). Assim, são consideradas atitudes:

- Liberais as respostas posicionadas nos níveis quatro (4) e cinco (5)
- Tolerantes no nível três (3)
- Conservadoras as respostas posicionadas nos níveis (2) e um (1)

As classificações mais altas representam atitudes mais favoráveis.

A segunda parte do Questionário pretende avaliar a frequência com que os adolescentes fazem certos comportamentos e o que pensam que os amigos fazem. É composta por vinte e um itens (21), da questão nº32 á nº52.

Para avaliar o comportamento dos inquiridos os itens foram agrupados em seis dimensões: «decisão sexual» (32, 39, 46, 50); «comunicação» (33, 35, 40, 47, 52); «masturbação» (34, 41); «doenças sexualmente transmissíveis» (44, *48); «assertividade sexual» (36, 42); «amor e afectividade» (37, 43, 49). No sentido de avaliar o que os adolescentes pensam que os amigos fazem foram utilizados três itens (38, 45, 51).

Foi utilizada uma escala de tipo likert (1 – Nunca (0% das vezes); 2 – Algumas vezes (25% das vezes); 3 – Metade das vezes (50% das vezes); 4 – Usualmente (75% das vezes); 5 – Quase sempre (95% das vezes ou mais).

O índice de avaliação para a escala é determinado pela adição das respostas dividindo pelo número de itens, como é sugerido por Kirby (s.d.).

Relativamente às dimensões «decisão sexual», «comunicação», e «amor e afectividade» as classificações mais elevadas representam comportamentos mais favoráveis. Em relação à dimensão «doenças sexualmente transmissíveis» classificações mais baixas representam comportamentos de risco.

A terceira parte pretende avaliar a história das relações íntimas dos sujeitos. Avaliou-se se no momento tinha namorado (53); em caso de resposta negativa se já tinha tido pelo menos um namorado (53.1); se já tinha tido relações sexuais (54) e, em caso de resposta afirmativa, ao fim de quanto tempo de namoro (namoro actual ou último namorado) (59), com quantos parceiros teve experiência de relação sexual (58) e qual a idade que considerava apropriada para a iniciação sexual (95).

Na quarta parte, circunstâncias da primeira relação sexual avaliou-se com que idade teve relações sexuais pela primeira vez (55); se estava ou não apaixonado (56); se o parceiro sexual era da mesma idade, mais novo ou mais velho (57);

Na quinta parte, uso de métodos contraceptivos / Planeamento familiar avaliou-se: na primeira relação sexual utilizou algum método contraceptivo (60), em caso de resposta afirmativa qual o método que utilizou (60.1) e em caso de resposta negativa, porque não utilizou (60.2), se actualmente utiliza algum método contraceptivo (61), em caso de resposta afirmativa, qual o método que utiliza (60.1) e com que frequência utiliza esse método (61.1.1); em caso de resposta negativa, porque não utiliza (61.2); se costuma recorrer às consultas de planeamento familiar (62), em caso de resposta negativa, porque não recorre às consultas (62.1), em caso de resposta afirmativa, qual o local onde costuma recorrer (62.2); se já alguma vez engravidou sem o desejar, no caso das raparigas (63^a) ou se a sua parceira, no caso dos rapazes, já alguma vez tinha engravidado sem o desejar (63b) e ainda, se já alguma vez tinha recorrido ao aborto para interromper uma gravidez não desejada (64).

Na sexta parte pretendeu-se avaliar os conhecimentos sobre sexualidade. Foram utilizadas cinco dimensões, nomeadamente «anatomia e fisiologia sexual» (*65, 70, *75, 80, *81, *86, *87, 91); «desenvolvimento físico adolescente» (66, 71, *76, *82, 88); «controle da natalidade/métodos contraceptivos» (*68, *73, *78, 84, *89); «doenças sexualmente transmissíveis» (*69, *74, *79, 85, 90); «conduta sexual adolescente» (*67, 72, 77, *83). Foram apresentadas vinte e sete (27) afirmações que se pretendia serem identificadas pelos adolescentes como correctas ou incorrectas.

As afirmações incorrectas encontram-se identificadas com o sinal (*).

As respostas certas foram pontuadas com um valor e as respostas erradas com zero valores.

O resultado final indica um índice de conhecimentos sobre sexualidade que varia de 0% (nenhuma resposta correcta) a 100% (todas as respostas correctas).

Considerou-se que os adolescentes, em relação aos conhecimentos que possuem sobre sexualidade, relativamente aos itens referidos, apresentam um nível de conhecimentos:

- Muito bom..... [85% - 100%]
- Bom..... [70% - 85%]
- Suficiente..... [50% - 70%]
- Insuficiente..... [0% – 50%]

(Escala de avaliação adoptada pelo Ministério da Educação para o Ensino Secundário)

Na sétima parte avaliou-se a informação sexual, nomeadamente como é que os inquiridos se consideram em relação á informação que possuem sobre sexualidade (92); quais as fontes de informação sobre sexualidade (93) e se têm conhecimento de instituições de saúde de apoio ao adolescente no âmbito da sexualidade (94, 94.1).

Na oitava parte a caracterização sociodemográfica dos sujeitos: Idade (96); sexo (97); ano de escolaridade (98); zona de proveniência (99); idade dos pais (100) e habilitações literárias dos pais (101).

7.2.4 - Pré-teste

O objectivo do pré-teste de um instrumento de colheita de dados é “assegurar-lhe validade e precisão” (Gil, 1989: 133).

Deste modo, com vista à validade do instrumento de colheita de dados, foi realizado o pré-teste a 15 (quinze) adolescentes, a frequentarem o 10º Ano na Escola Secundária de Vila Viçosa. Estes alunos apresentam características semelhantes ás do grupo do nosso estudo.

O pré-teste foi realizado no dia 14 de Maio de 2003. Depois de responderem ao questionário foi solicitado aos alunos que referissem as dificuldades sentidas. De acordo com os mesmos as dificuldades prenderam-se apenas em relação a questões que não sabiam responder por falta de conhecimentos sobre os temas e não com a forma como as perguntas estavam formuladas.

De acordo com Gil (1989: 132) a finalidade do pré-teste é “evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão etc.”.

Após a análise dos dados obtidos no pré-teste não foi encontrado qualquer obstáculo que levasse à reformulação do questionário, pelo que mantivemos todas as perguntas e a sua estrutura.

7.2.5 – A colheita de dados

Para que fosse possível a recolha de dados necessários à realização deste trabalho foram solicitadas autorizações aos Concelhos Executivos das respectivas Escolas (Anexo III).

Foi pedida a participação dos estudantes voluntários, para responderem ao questionário.

O preenchimento do questionário foi precedido de uma breve exposição sobre os objectivos do estudo. Foram garantidos o anonimato das respostas, a confidencialidade dos dados e a liberdade de participação no estudo, tendo todos os estudantes concordado de imediato com o preenchimento do mesmo.

Os questionários foram aplicados nas salas de aulas das escolas e na presença do investigador.

7.2.5 – Critérios de análise dos dados

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico statistica versão 5.1.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da ESTATÍSTICA DESCRITIVA e da ESTATÍSTICA INFERENCIAL, nomeadamente:

- FREQUÊNCIAS:
 - Absolutas (nº)
 - Relativas (%)

- MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL:
 - Médias aritméticas (\bar{x})
 - Modas (M_o)
- MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE:
 - Desvios padrão (s)
- COEFICIENTES:
 - Correlação de Pearson
 - “alpha” de Cronbach
- TESTES DE HIPÓTESES:
 - Teste t de Student para diferença de médias, com grupos independentes
 - Teste da análise de variância (ANOVA)
 - Teste de comparações múltiplas HSD- Tukey

As questões abertas foram objecto de tratamento qualitativo através de análise de conteúdo. Segundo Almeida (1994) a análise de conteúdo pode ser utilizada como auxiliar de outras técnicas, “é frequente utilizá-la nas perguntas abertas de um inquérito por questionário para analisar as significações de respostas em que o inquirido foi convidado a expressar a sua opinião livremente” (Almeida, 1994: 210).

A análise qualitativa de conteúdo é a inferência que permite a passagem de descrição á interpretação enquanto atribuição de sentido ás características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas. Segundo Bardin (1998) é considerada a técnica mais apropriada para a classificação da informação subjectiva.

8-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos dar a conhecer os resultados obtidos, após o tratamento de toda a informação recolhida.

Os resultados apresentados resultam da aplicação do questionário aos adolescentes das três escolas seleccionadas. Referem-se apenas ao grupo de sujeitos inquiridos, não podendo ser efectuadas extrapolações para a população em geral.

Os dados são apresentados através de Tabelas, Quadros e Gráficos.

Todos os dados são referentes à amostra em estudo, pelo que omitimos nos títulos das tabelas e quadros, a referência ao local onde foi efectuada a colheita e o período em que decorreu.

8.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA DOS ITENS DAS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Após o estudo da consistência interna das dimensões que constituem o questionário de atitudes sexuais dos adolescentes, verificámos que a dimensão «sexualidade na vida» ficou constituída pelos itens 18 e 25. Desta dimensão foi retirado o item 01 por apresentar uma correlação muito baixa com os restantes e por fazer baixar acentuadamente a consistência interna da dimensão. Apesar disso a validade da dimensão não pode ser considerada muito elevada atendendo ao facto do valor do coeficiente α de Cronbach ser muito baixo ($\alpha = 0.56$). A correlação inter-item é de 0.39 com $p < 0.05$.

Da dimensão «planeamento familiar foi retirado o item 02, por apresentar uma correlação muito baixa com a total da dimensão constituída pelos itens 11, 19 e 26 e por provocar uma diminuição acentuada da consistência interna desta dimensão. A dimensão constituída pelos três itens referidos apresenta uma consistência interna relativamente baixa, atendendo a que o coeficiente α de Cronbach ($\alpha = 0.64$)

apresenta valor inferior a 0.70 (que é o valor de referencia que alguns estatísticos consideram como adequado). A correlação inter-item varia entre 0.31 e 0.46, sendo significativas para $p < 0.05$.

A dimensão «condutas sexuais dos adolescentes» ficou constituída pelos itens 12, 20 e 27 após ter sido retirado o item 03 por apresentar baixa correlação com os restantes e fazer diminuir bastante a consistência interna da dimensão. As correlações inter-itens variam entre 0.27 e 0.52 e são significativas para $p < 0.05$. Esta dimensão apresenta uma validade relativamente baixa ($\alpha = 0.63$).

Relativamente à dimensão «permissividade nas relações» constatámos a necessidade de retirar o item 30, por verificarmos que a sua presença conduzia a uma diminuição acentuada da consistência interna da dimensão e por apresentar uma correlação baixa com os restantes itens. O coeficiente α de Cronbach apresentou valor igual a 0.69 e as correlações inter-item situaram-se entre 0.32 e 0.52, sendo significativas para $p < 0.05$.

Os itens das dimensões «métodos contraceptivos», «uso de preservativo», «relacionamento sexual pré-matrimonial», «papéis de género» e «amor e afectividade» não evidenciaram características que permitissem constituir as dimensões pelo que serão analisados isoladamente.

Quadro nº 2 - Consistência interna das dimensões do questionário de atitudes sexuais

Item	Correlação se o item fosse eliminado	α se o item fosse eliminado
Dimensão «Sexualidade na vida»		
At.18- Um relacionamento sexual é uma das melhores coisas que uma pessoa pode ter	0.30	0.45
At.25- Os relacionamentos sexuais fornecem uma parte importante e auto-realizadora da vida	0.45	0.24
Dimensão «Planeamento familiar»		
At.11- O planeamento familiar não é muito importante	0.38	0.60
At.19- Mais pessoas deviam ter conhecimento do planeamento familiar	0.53	0.49
At.26- O planeamento familiar não é tão importante como algumas pessoas dizem	0.48	0.52
Dimensão «Condutas sexuais»		
At.12- A homossexualidade é uma orientação sexual minoritária, mas normal	0.47	0.29
At.20- Os homossexuais são poucos mas perigosos	0.45	0.31
At.27- A escolha da orientação sexual é uma opção individual	0.32	0.45
Dimensão «Permissividade nas relações»		
At.04- As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	0.49	0.62
At.13- O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável	0.54	0.58
At.28- É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	0.51	0.60

Relativamente aos comportamentos sexuais dos adolescentes verificamos que a dimensão «decisão sexual» ficou constituída por três itens, tendo sido retirado o item 50 por apresentar correlação muito baixa com os restantes itens e por fazer diminuir acentuadamente a consistência interna da dimensão. As correlações inter-itens variam entre 0.24 e 0.38 sendo significativas para $p < 0.05$, a homogeneidade dos itens é baixa atendendo a que o coeficiente α de Cronbach apresenta um valor ($\alpha = 0.56$) muito inferior a 0.70.

Na dimensão «comunicação» foram retirados os itens 33 e 35 por apresentar em correlação muito baixa com os restantes itens e por fazer diminuir acentuadamente a consistência interna da dimensão, ficando constituída pelos itens 40, 47 e 52 sendo o

coeficiente α de Cronbach igual a 0.69. As correlações inter-itens variam entre 0.33 e 0.61 e são significativas para $p < 0.05$.

Também na dimensão «amor e afectividade» não foi retirado qualquer item, ficando constituída pelos itens 37, 43 e 49. As correlações inter-itens variaram entre 0.34 e 0.46 sendo todas significativas para $p < 0.05$. A consistência interna da dimensão é relativamente baixa dado que o valor ($\alpha = 0.65$) do coeficiente α de Cronbach é inferior a 0.70.

Na dimensão «o que pensam dos amigos» foi retirado o item 38 pelas razões já expostas nas situações anteriores. Para o coeficiente α de Cronbach obtivemos um valor baixo ($\alpha = 0.58$), pelo que concluímos que a validade da dimensão não é muito boa. A correlação entre os dois itens que constituem esta dimensão é de 0.41 e é significativa para $p < 0.05$.

Os itens das dimensões «masturbação», «doenças sexualmente transmissíveis» e «assertividade sexual» não evidenciaram características psicométricas que nos permitam considerar que constituem dimensões por este facto serão tratados isoladamente.

Quadro nº 3 - Consistência interna das dimensões do questionário de comportamentos sexuais

Item	Correlação se o item fosse eliminado	α se o item fosse eliminado
Dimensão «Decisão sexual»		
Comp.32- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual tomo a responsabilidade das consequências	0.25	0.49
Comp.39- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, procuro o máximo de informação que consiga antecipadamente	0.41	0.34
Comp.46- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, penso arduamente sobre as consequências de cada escolha possível	0.40	0.35
Dimensão «Comunicação»		
Comp.40- Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre sexo	0.38	0.76
Comp.47- Falo com os meus amigos sobre controle da natalidade	0.58	0.51
Comp.52- Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre controle da natalidade	0.59	0.50
Dimensão «Amor e afectividade»		
Comp.37- Só mantenho um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estou apaixonado	0.41	0.63
Comp.43- Vivo a sexualidade numa relação afectiva, de uma forma responsável, partilhada em igualdade	0.50	0.50
Comp.49- Expresso sentimentos de preocupação e carinho pelo/a meu namorado/a	0.48	0.53
Dimensão «O que pensam dos amigos»		
Comp.45- Penso que os meus amigos usam preservativo quando têm relações sexuais	0.34	0.20
Comp.51- Penso que os meus amigos usam algum método contraceptivo, para evitar uma gravidez não desejada, quando têm relações sexuais	0.31	0.22

8.2 – ANÁLISE DESCRITIVA

8.2.1 - Caracterização da amostra

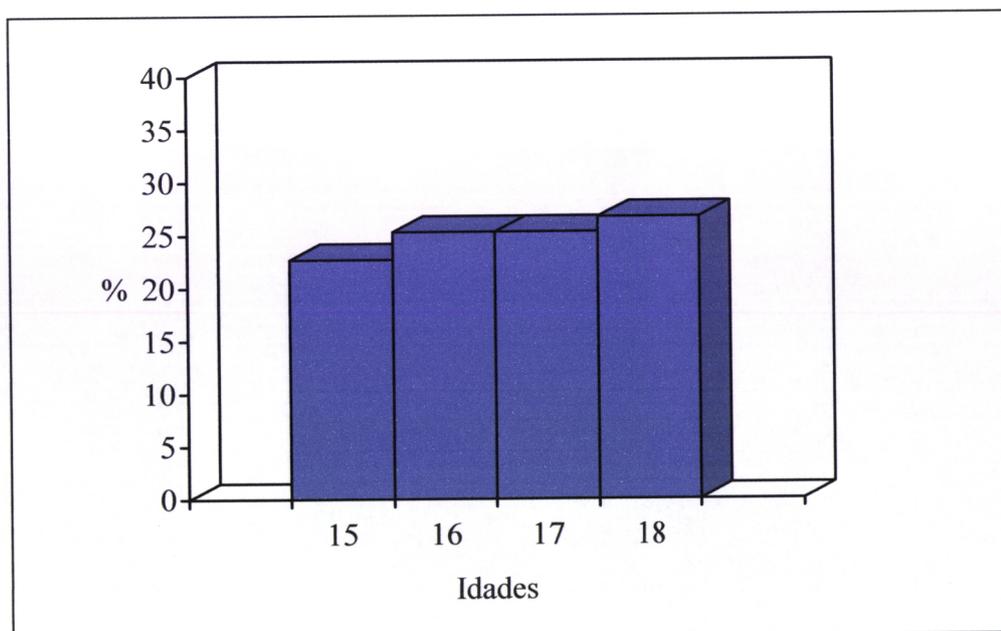
IDADE

O grupo de adolescentes estudado é constituído por 281 jovens, com idades compreendidas entre os 15 (quinze) e os 18 (dezoito) anos. A média de idades é de 16.56 anos. A idade modal foi de 18 anos (tabela n.º1 e gráfico n.º1).

Tabela n.º 1 - Adolescentes segundo a idade

Idade (anos)	n	%
15	64	22.7
16	71	25.3
17	71	25.3
18	75	26.7
Total	281	100.0

Gráfico n.º 1 - Adolescentes segundo a idade



SEXO

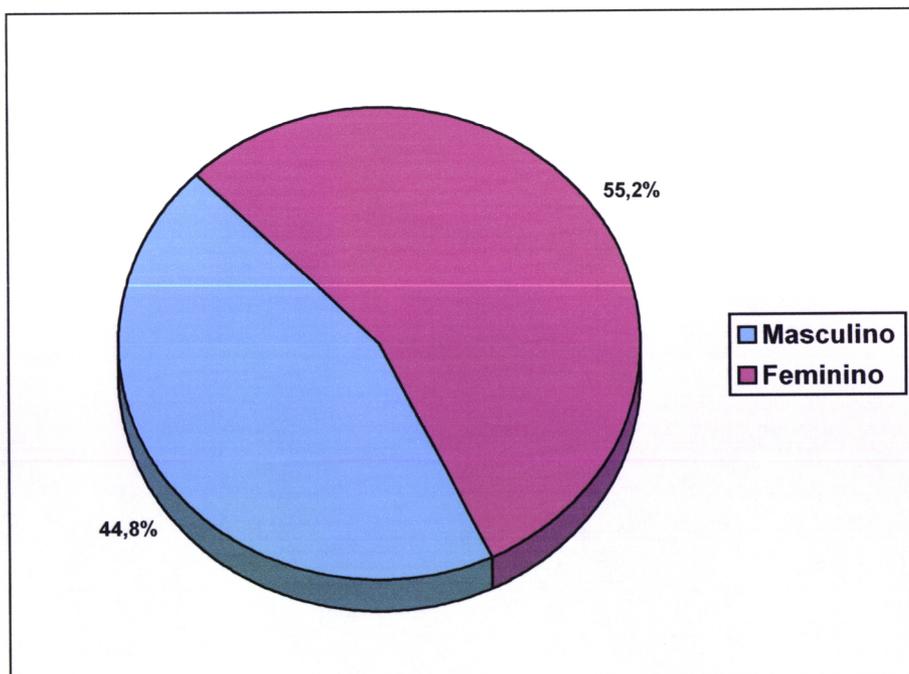
Pela análise da tabela nº2 e gráfico nº2 podemos constatar que 55.2% (155) da amostra pertence ao sexo feminino e 44.8% (126) ao sexo masculino.

Há assim predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino, sendo a moda o sexo feminino.

Tabela nº 2 - Adolescentes segundo o sexo

Sexo	n	%
Masculino	126	44.8
Feminino	155	55.2
Total	281	100.0

Gráfico nº 2 - Adolescentes segundo o sexo



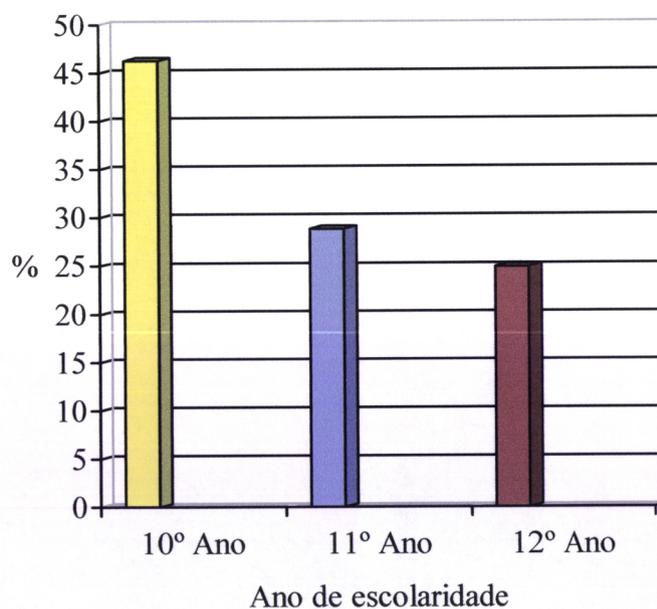
ANO DE ESCOLARIEDADE

Como já referimos contribuíram para o nosso estudo os alunos do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade das três escolas secundárias. Verificou-se que 46.3% dos jovens frequentam o 10º ano, 28.8% o 11º e 24.9% o 12º ano (tabela nº3 e gráfico nº3).

Tabela nº 3 - Adolescentes segundo o ano de escolaridade

Ano de Escolaridade	n	%
10º Ano	130	46,3
11º Ano	81	28,8
12º Ano	70	24,9
Total	281	100.0

Gráfico nº 3 - Adolescentes Segundo o Ano de Escolaridade



ZONA DE PROVENIÊNCIA

Através da análise da Tabela n.º 4 podemos verificar que 53.0% (149) dos adolescentes residem em zonas “urbanas” e 47.0% (132) em zonas “rurais”.

Tabela n.º 4 - Adolescentes segundo a zona de proveniência

Zona	n	%
Urbana	149	53,0
Rural	132	47,0
Total	281	100.0

GRUPO ETÁRIO DOS PROGENITORES

Nesta questão é importante salientar que três adolescentes não referem a idade do pai e um a idade da mãe.

Relativamente à idade dos pais dos adolescentes do nosso estudo, podemos constatar, através da análise da tabela n.º5 e gráfico n.º5 que 62.28% (175) pertencem ao grupo etário dos 41 aos 50 anos, seguidos de 21.70% (61) que situam o grupo etário dos 31 a 40 anos.

A moda corresponde às idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos.

No que concerne às mães, 47.33% (133) pertencem ao grupo etário dos 41 a 50 anos seguidas de 43.42% (122) que pertencem ao grupo etário dos 31 a 40 anos.

É de salientar que a maior parte das mães se encontram neste dois grupos etários, havendo apenas uma diferença de 3.91% do grupo etário dos 41 a 50 anos para o grupo etário dos 31 a 40 anos. A moda corresponde às idades compreendidas entre os 41 anos e os 50 anos de idade (tabela n.º5 e gráfico n.º4).

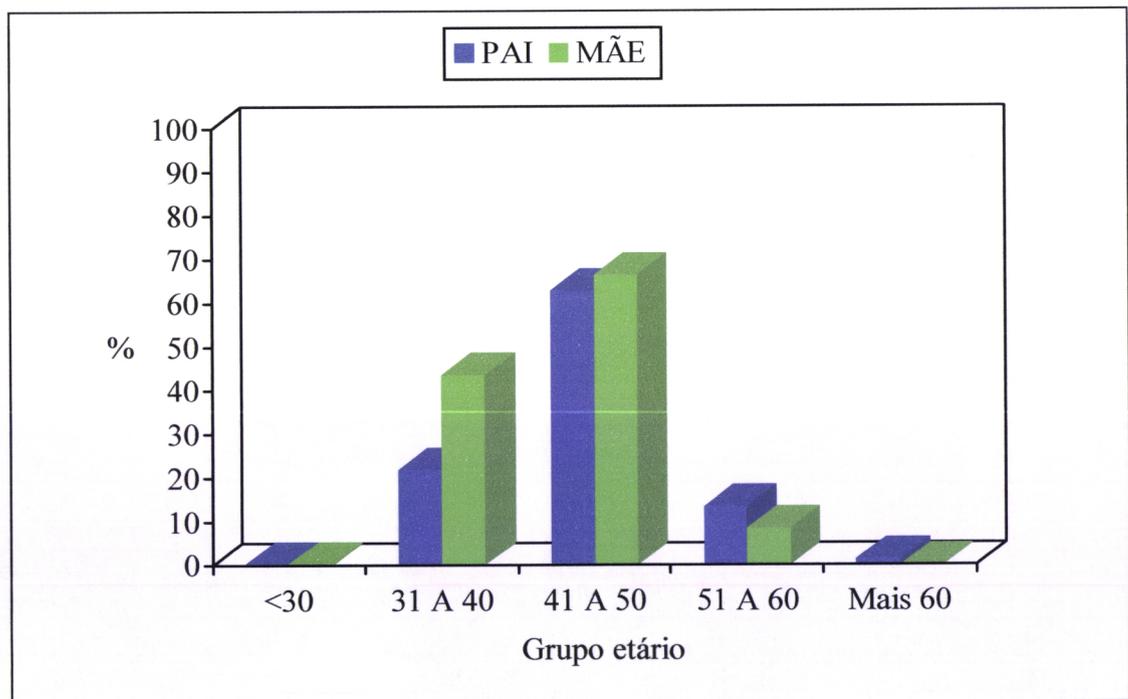
Tabela nº 5 - Adolescentes segundo o grupo etário dos progenitores

Grupo Etário (anos)	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
< 30	1	0.4	1	0.4
31 a 40	61	21.9	122	43.6
41 a 50	175	62.9	133	66.5
51 a 60	37	13.4	24	8.5
≥ 61	4	1.4	-	0.0
TOTAL	278*	100.0	280**	100.0

* três adolescentes não referem a idade do pai

** um adolescente não refere a idade da mãe

Gráfico nº 4 - Adolescentes segundo o grupo etário dos progenitores



ESCOLARIDADE DOS PROGENITORES

Nesta questão, tal como na anterior, três adolescentes não referiram a escolaridade do pai e um a da mãe, surgindo novamente um total de 278 elementos que responderam à questão no que se refere ao pai e 280 no que se refere à mãe .

Através da tabela nº6 e do gráfico nº5 observa-se que 29.89% (84) dos jovens têm mães cujo grau de escolaridade é o ensino preparatório e a mesma modalidade para o pai é representada com 28.47% (80). Quanto ao ensino secundário constata-se que é representado por 27.76% (78) das mães e 27.40 % (77) dos pais.

Relativamente ao ensino superior, verificamos que 14.95% (42) das mães e 12.46% (35) dos pais possuem um curso superior.

È ainda importante salientar a grande percentagem de progenitores que possuem apenas o nível de ensino primário, representando os pais 22.42% (63) e as mães 18.51% (52). Verifica-se também que ainda existem progenitores que apesar de saberem ler e escrever, 0.71% (2) dos pais e das mães, não são detentores de nenhum grau académico.

Uma outra constatação é que 49.11% dos progenitores possuem actualmente níveis de instrução inferiores ao dos filhos.

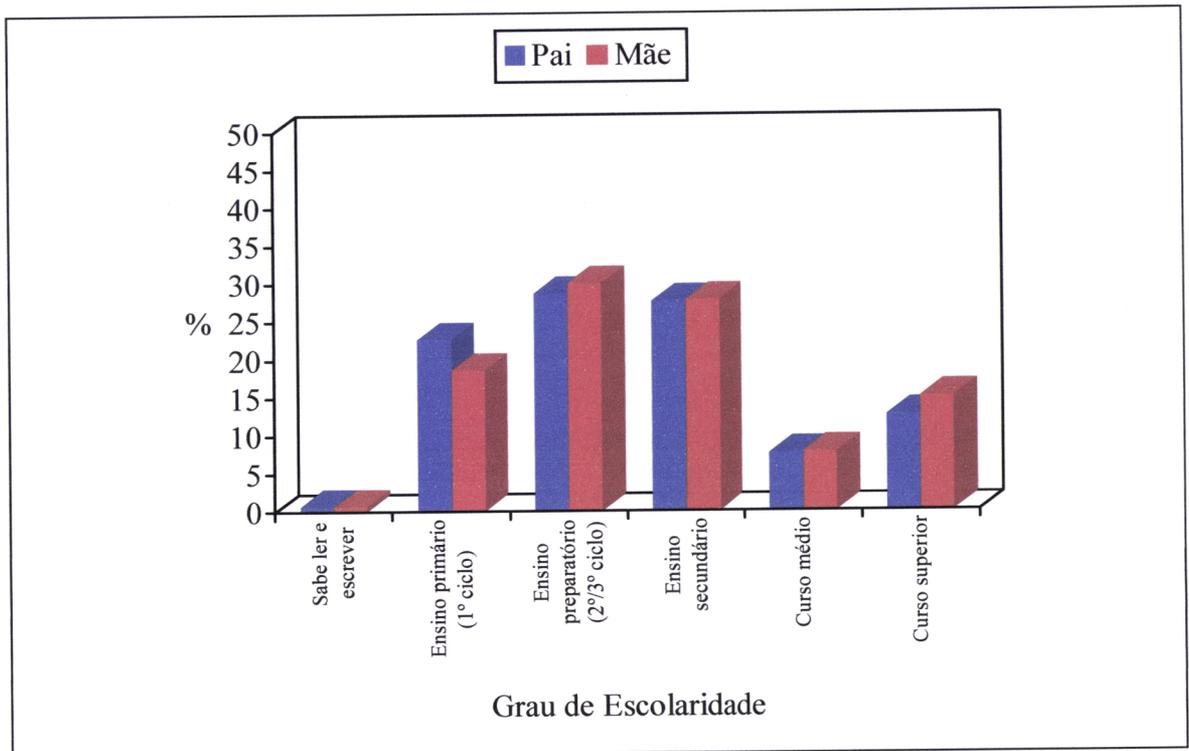
Tabela nº 6 - Adolescentes segundo a escolaridade dos progenitores

Grau de Escolaridade	Pai		Mãe	
	n	%	n	%
Sabe ler e escrever	2	0.7	2	0.7
Ensino primário (1º ciclo)	63	22.7	52	18.6
Ensino preparatório (2º e 3º ciclo)	80	28.7	84	30.0
Ensino secundário	77	27.7	78	27.8
Curso médio	21	7.6	22	7.8
Curso superior	35	12.6	42	15.0
TOTAL	278*	100.0	280**	100.0

* Três adolescentes não referem a escolaridade do pai

** Um adolescente não refere a escolaridade da mãe

Gráfico nº 5 - Adolescentes segundo a escolaridade dos progenitores



8.2.2 – Atitudes face à sexualidade

Analisando os dados apresentados no quadro nº4 podemos verificar que para os itens que constituíam o questionário de atitudes sexuais observámos médias compreendidas entre 2.36 (Item 28) e 4.80 (item 02). Para as dimensões criadas observámos resultados médios compreendidos entre 2.95, na dimensão «permissividade nas relações» e 4.47, na dimensão «planeamento familiar».

Quadro nº4 - Médias e desvios-padrão dos itens e das dimensões do questionário de atitudes sexuais

Item	Média	Desvio-padrão
*At.01- As relações sexuais geram mais problemas do que aquilo que valem	3.86	1.10
At.02- Duas pessoas que tenham relações sexuais deveriam usar algum tipo de contraceptivo se não estão preparadas para ter um filho	4.80	0.65
At.03- A masturbação é uma manifestação natural da sexualidade	4.27	0.93
At.04- As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	3.44	1.14
At.05- A utilização dos métodos contraceptivos dá segurança na relação	4.56	0.83
*At.06- As pessoas só deviam ter relações sexuais se fossem casadas	4.68	0.81
*At.07- Os rapazes não deveriam ter trabalhos tradicionalmente ocupados por raparigas	4.20	1.16
*At.08- O uso do preservativo quebra a confiança do parceiro	4.44	0.93
*At.09- A afectividade nada tem a ver com a sexualidade	3.50	1.35
*At.10- Os relacionamentos sexuais tornam a vida demasiado difícil	4.34	0.95
*At.11- O planeamento familiar não é muito importante	4.53	1.00
At.12- A homossexualidade é uma orientação sexual minoritária, mas normal	3.40	1.36
At.13- O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável	3.06	1.31
*At.14- O preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica	4.09	1.28
At.15- É correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento	4.42	0.98
*At.16- As raparigas deveriam comportar-se de forma diferente dos rapazes	3.81	1.38
At.17- A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor	4.47	0.90
At.18- Um relacionamento sexual é uma das melhores coisas que uma pessoa pode ter	4.01	0.89
At.19- Mais pessoas deviam ter conhecimento do planeamento familiar	4.57	0.86
*At.20- Os homossexuais são poucos mas perigosos	3.74	1.45
At.21- O namoro não faz sentido sem amor	4.29	1.29
*At.22- Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral	4.06	1.23
At.23- As mulheres e os homens deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes	4.53	0.90
At.24- O carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação	4.53	0.79
At.25- Os relacionamentos sexuais fornecem uma parte importante e auto-realizadora da vida	4.10	0.85
*At.26- O planeamento familiar não é tão importante como algumas pessoas dizem	4.33	0.96
At.27- A escolha da orientação sexual é uma opção individual	4.25	1.13
At.28- É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	2.36	1.33
*At.29- Os métodos contraceptivos devem ser usados apenas quando se quer evitar uma gravidez	3.88	1.58
At.30- A vida seria mais fácil se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre	3.30	1.29
*At.31- O uso do preservativo diminui o prazer sexual	3.48	1.36
Dimensão		
«Sexualidade na vida»	4.06	0.72
«Planeamento familiar»	4.47	0.72
«Condutas sexuais»	3.79	1.00
«Permissividade nas relações»	2.95	1.00

* Itens pontuados inversamente

Pela observação do quadro nº5 e analisando as respostas dos adolescentes em relação aos itens At_9 (“A afectividade nada tem a ver com a sexualidade”), At_17 (“A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor”), At_21 (“O namoro não faz sentido sem amor”) e At_24 (“O carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação”), podemos constatar resultados médios compreendidos entre 3.50 para o item At_9 (“A afectividade nada tem a ver com a sexualidade”) e 4.53 no item At_24 (“O carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação”). Perante estes resultados podemos dizer que a maioria dos adolescentes relaciona a afectividade à sexualidade.

Em relação aos itens At_6 (“As pessoas só deviam ter relações sexuais se fossem casadas”) e At_15 (“É correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento”) constatamos que os jovens manifestam uma atitude favorável no que respeita às relações sexuais pré-matrimoniais, observando-se resultados médios de 4.68 e 4.42 respectivamente.

No que concerne aos itens At_7 (“Os rapazes não deveriam ter trabalhos tradicionalmente ocupados por raparigas”), At_16 (“As raparigas deveriam comportar-se de forma diferente dos rapazes”) e At_23 (“As mulheres e os homens deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes”), que reflectem a atitude dos jovens em relação aos papéis desempenhados por rapazes e raparigas, verifica-se que os jovens manifestam atitudes que podemos considerar favoráveis á igualdade de papeis entre os dois sexos. Para estes itens observaram-se resultados médios compreendidos entre 3.81 para o item At_16 (“As raparigas deveriam comportar-se de forma diferente dos rapazes”) e 4.53 no item At_23 (“As mulheres e os homens deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes”).

Nos itens que reflectem a atitude dos jovens face ao uso do preservativo, nomeadamente At_8 (“o uso do preservativo quebra a confiança do parceiro”), At_14 (“o preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica”) e At_31 (“o uso do preservativo diminui o prazer sexual”) observam-se resultados médios compreendidos entre 3.48 no item At_31 e 4.44 no item At_8. Constata-se assim que, apesar dos jovens manifestarem uma atitude, na sua maioria, favorável ao uso do preservativo, no item At_31 o valor encontrado é mais baixo relativamente ao verificado para os outros dois itens. Os jovens manifestam assim uma atitude intermédia (nem favorável nem desfavorável) ao uso do preservativo quando está em causa o prazer

sexual. Pelos valores verificados, parece ainda existir entre os jovens a crença de que o preservativo reduz o prazer sexual.

Em relação aos itens que reflectem as atitudes contraceptivas, At_5 (A utilização dos métodos contraceptivos dá segurança na relação), At_22 (Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral) e At_29 (Os métodos contraceptivos devem ser usados apenas quando se quer evitar uma gravidez) verificaram-se médias compreendidas entre 3.88 e 4.56, o que revela uma atitude favorável á contracepção por parte dos adolescentes.

Quadro nº 5 - Médias e desvios-padrão dos itens que não constituíram as dimensões de atitudes sexuais

Item	Média	Desvio-padrão
At.05- A utilização dos métodos contraceptivos dá segurança na relação	4.56	0.83
*At.06- As pessoas só deviam ter relações sexuais se fossem casadas	4.68	0.81
*A7.07- Os rapazes não deveriam ter trabalhos tradicionalmente ocupados por raparigas	4.20	1.16
*At.08- O uso do preservativo quebra a confiança do parceiro	4.44	0.93
*At.09- A afectividade nada tem a ver com a sexualidade	3.50	1.35
*At.14- O preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica	4.09	1.28
At.15- É correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento	4.42	0.98
*At.16- As raparigas deveriam comportar-se de forma diferente dos rapazes	3.81	1.38
At.17- A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor	4.47	0.90
At.21- O namoro não faz sentido sem amor	4.29	1.29
*AT.22- Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral	4.06	1.23
At.23- As mulheres e os homens deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes	4.53	0.90
At.24- O carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação	4.53	0.79
*At.29- Os métodos contraceptivos devem ser usados apenas quando se quer evitar uma gravidez	3.88	1.58
*At.31- O uso do preservativo diminui o prazer sexual	3.48	1.36

* Itens pontuados inversamente

Atitudes dos adolescentes face às dimensões «sexualidade na vida», «planeamento familiar», «condutas sexuais» e «permissividade nas relações»

Analisando a média das respostas dos adolescentes em relação aos itens da dimensão «sexualidade na vida» verifica-se, pela análise do quadro nº4, que estes se posicionam no 4.06 o que manifesta uma atitude favorável em relação a esta dimensão. Os relacionamentos sexuais parecem assim revestir-se de grande importância na vida dos jovens. Os adolescentes inquiridos revelam homogeneidade na atitude face à valorização da sexualidade pois o coeficiente de variação apresenta um valor bastante baixo, concretamente 0.72.

Pela análise do quadro nº6 podemos verificar que maioritariamente, a atitude dos jovens em relação a esta dimensão é uma atitude liberal, manifestada por 86.1% dos inquiridos. Apenas 9.6% dos adolescentes declaram uma atitude tolerante e 4.3% uma atitude conservadora.

Quadro nº6 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «sexualidade na vida» em função da residência e do sexo

Residência	Urbana				Rural				Total	
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino			
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
«Sexualidade na vida»	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liberal	57	90.5	73	84.9	58	92.1	54	78.3	242	86.1
Tolerante	6	9.5	9	10.5	5	7.9	7	10.1	27	9.6
Conservador	0	0	4	4.7	0	0	8	11.6	12	4.3
Total	63	100	86	100	63	100	69	100	281	100

No que respeita à dimensão «planeamento familiar», os adolescentes manifestam uma atitude muito favorável posicionando-se, em média, no 4.47 com um desvio padrão de 0.70 o que também expressa homogeneidade na atitude dos adolescentes face ao planeamento familiar (quadro nº 4).

Também em relação a esta dimensão é evidente a atitude liberal manifestada pelos inquiridos (quadro nº7). De salientar que a totalidade das raparigas do meio rural, 100.0%, e 95.3% das do meio urbano expressam uma atitude liberal em relação a esta dimensão.

Quadro nº7 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «planeamento familiar» em função da residência e do sexo

Residência	Urbana				Rural				Total	
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino			
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
«Planeamento familiar»										
Liberal	59	93.7	82	95.3	52	82.6	69	100	262	93.2
Tolerante	4	6.3	1	1.2	6	9.5	0	0	11	3.9
Conservador	0	0	3	3.5	5	7.9	0	0	8	2.9
Total	63	100	86	100	63	100	69	100	281	100

Na dimensão «condutas sexuais», os jovens posicionam-se em média no ponto 3.79 com um desvio padrão de 1.00 (quadro nº4). A atitude dos adolescentes em relação às condutas sexuais dos indivíduos (homossexualidade) revela-se, na sua maioria, uma atitude liberal embora não se verifique grande homogeneidade nas respostas.

Pela observação do quadro nº8, podemos verificar que a atitude manifestada pelos inquiridos do sexo feminino, no que respeita às condutas sexuais, é diferente da manifestada pelo sexo masculino. Das raparigas, 87.1% manifestam atitudes liberais, enquanto apenas 7.7% apresentam uma atitude conservadora. Já nos rapazes o posicionamento assume proporções diferentes, verificando-se 59.5% com atitudes liberais e 28.6% atitudes conservadoras. São os rapazes, principalmente os do meio rural (31.8%), quem manifesta uma atitude mais conservadora em relação a esta dimensão.

Quadro nº8 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «condutas sexuais» em função da residência e do sexo

Residência	Urbana				Rural				Total	
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino			
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
«Condutas sexuais»										
Liberal	38	60.3	76	88.4	37	58.7	59	85.5	210	74.7
Tolerante	9	14.3	3	3.5	6	9.5	5	7.3	23	8.2
Conservador	16	25.4	7	8.1	20	31.8	5	7.3	488	17.1
Total	63	100	86	100	63	100	69	100	281	100

Em relação à «permissividade nas relações» os adolescentes não manifestam uma atitude favorável às relações vividas num clima permissivo, a média de resposta situa-se no nível 2.95 (quadro nº 4).

Pelo quadro nº9, podemos ainda constatar que, embora globalmente não exista uma diferença significativa inerente às atitudes liberal e conservadora, apresentando percentagens de 44.5% e 42.7% respectivamente, verifica-se que a atitude das raparigas face á permissividade nas relações é diferente da constatada para os rapazes. As raparigas apresentam em 51.6% dos casos uma atitude conservadora enquanto que somente 32.9% apresentam uma atitude liberal. Já nos rapazes, o posicionamento atitudinal é inverso ao das raparigas, verificando-se que 58.7% adoptam uma atitude liberal, em relação a esta dimensão e só 31.7% uma atitude conservadora.

São principalmente as raparigas, 57.0% do meio urbano e 44.9% do meio rural, que manifestam atitudes predominantemente conservadoras em relação á permissividade nas relações.

Em termos globais, os inquiridos do meio urbano (rapazes e raparigas) manifestam uma atitude predominantemente conservadora, 50.3% dos casos, seguido de 39.6% que manifestam uma atitude liberal e apenas 11% uma atitude tolerante. Pelo contrário, os jovens do meio rural manifestam, na sua maioria, uma atitude liberal,

representada por 50% dos jovens, seguido de 34.1% que manifestam uma atitude conservadora e 15.9% uma atitude tolerante.

Quadro nº9 - Adolescentes segundo a atitude em relação á dimensão «permissividade nas relações» em função da residência e do sexo

Residência	Urbana				Rural				Total	
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino			
Sexo	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Total	
«Permissividade nas relações»	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liberal	35	55.5	24	27.9	39	61.9	27	39.1	125	44.5
Tolerante	2	3.2	13	15.1	10	15.9	11	16.0	36	12.8
Conservador	26	41.3	49	57.0	14	22.2	31	44.9	120	42.7
Total	63	100	86	100	63	100	69	100	281	100

8.2.3. – Comportamentos sexuais

Os dados apresentados no quadro nº 10 permitem verificar que para os itens que constituíam o questionário de comportamentos sexuais evidenciaram médias compreendidas entre 1.95 (Item 41) e 4.43 (item 48). Para as dimensões observámos resultados médios compreendidos entre 2.75, na dimensão «comunicação» e 4.17, na dimensão «amor e afectividade».

Pela observação do quadro nº 10 e analisando a média das respostas dos adolescentes em relação a dimensão «decisão sexual» verifica-se que estes se posicionam no nível 4.02 o que manifesta um comportamento favorável em relação a esta dimensão. Os jovens manifestam que, na maior parte das vezes, quando têm de tomar decisões relacionadas com a sexualidade, assumem a responsabilidade das

consequências (comp.32) assim como procuram o máximo de informação antes de tomarem decisões sobre o seu comportamento sexual (comp.39).

Na dimensão «comunicação», a média de respostas situa-se no nível 2.75, o que revela que a comunicação sobre aspectos relacionados com a sexualidade, essencialmente com o/a namorado/a, não é de toda uma prática corrente dos jovens. Pela análise dos itens isolados, podemos verificar no quadro nº10 que os adolescentes falam com os amigos sobre sexualidade (comp.35) situando-se este item em média no nível 3.84, no entanto negligenciam os aspectos da sexualidade relacionados com o controle da natalidade (comp.47) situando-se o item no nível 2.69.

Em relação à dimensão «Amor e afectividade» observa-se o resultado médio de 4.17, com um desvio padrão de 0.87 manifestando homogeneidade nas respostas. Este facto é revelador da importância atribuída à afectividade nos relacionamentos dos jovens.

Relativamente ao que pensam que os amigos fazem, os adolescentes expressam os comportamentos dos amigos como favoráveis, resultado médio de 4.03. Tendo em conta os itens que constituem a dimensão: Comp_45 (“penso que os meus amigos usam algum método contraceptivo para evitar uma gravidez não desejada, quando têm relações sexuais”) e Comp_51 (“Penso que os meus amigos usam preservativo quando têm relações sexuais”) estes comportamentos revelam-se essencialmente preventivos.

Quadro nº 10 - Médias e desvios-padrão dos itens e das dimensões do questionário de comportamentos sexuais

Item	Média	Desvio-padrão
Comp.32- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual tomo a responsabilidade das consequências	4.29	0.97
Comp.33- Converso com os meus pais sobre sexualidade	2.39	1.27
Comp.34- Pratico a masturbação quando estou sozinho	2.02	1.31
Comp.35- Converso com os meus amigos sobre sexualidade	3.84	1.07
Comp.36- Digo num encontro amoroso ao meu namorado/a o que quero e não quero fazer sexualmente	3.24	1.42
Comp.37- Só mantenho um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estou apaixonado	4.15	1.16
Comp.38- Os meus amigos/as praticam a masturbação	3.06	1.28
Comp.39- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, procuro o máximo de informação que consiga antecipadamente	3.68	1.21
Comp.40- Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre sexo	3.12	1.22
Comp.41- Pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a	1.95	1.37
Comp.42- Se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o, digo “não”	4.11	1.39
Comp.43- Vivo a sexualidade numa relação afectiva, de uma forma responsável, partilhada em igualdade	4.14	1.08
Comp.44- Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis	4.32	1.24
Comp.45- Penso que os meus amigos usam preservativo quando têm relações sexuais	4.06	0.94
Comp.46- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, penso arduamente sobre as consequências de cada escolha possível	4.08	1.08
Comp.47- Falo com os meus amigos sobre controle da natalidade	2.69	1.25
*Comp.48- Pratico sexo oral para evitar doenças sexualmente transmissíveis	4.43	1.08
Comp.49- Expresso sentimentos de preocupação e carinho pelo/a meu namorado/a	4.21	1.15
Comp.50- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, discuto isso primeiro com os outros	2.05	1.13
Comp.51- Penso que os meus amigos usam algum método contraceptivo, para evitar uma gravidez não desejada, quando têm relações sexuais	4.00	1.02
Comp.52- Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre controle da natalidade	2.43	1.30
Dimensão		
«Decisão sexual»	4.02	0.80
«Comunicação»	2.75	0.99
«Amor e afectividade»	4.17	0.87
«O que pensam dos amigos»	4.03	0.83

- Item pontuado inversamente

Analisando o quadro nº11 podemos ainda verificar que os adolescentes, nos itens Comp_44 (“Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis”) e Comp_48 (“Pratico sexo oral para evitar doenças sexualmente transmissíveis”) também manifestam comportamentos preventivos em relação às doenças sexualmente transmissíveis, posicionando-se em média nos níveis 4.32 e 4.43, no entanto é de salientar que o desejável seria o seu posicionamento no nível mais elevado (nível 5). Constatase assim que, em média, cerca de 25% das vezes que os adolescentes têm contactos sexuais mais íntimos, não usam preservativo ficando assim desprotegidos para as doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro nº 11 - Médias e desvios-padrão dos itens que não constituíram as dimensões de comportamentos sexuais

Item	Média	Desvio-padrão
Comp.34- Pratico a masturbação quando estou sozinho	2.02	1.31
Comp.36- Digo num encontro amoroso ao meu namorado/a o que quero e não quero fazer sexualmente	3.24	1.42
Comp.41- Pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a	1.95	1.37
Comp.42- Se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o, digo “não”	4.11	1.39
Comp.44- Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis	4.32	1.24
*Comp.48- Pratico sexo oral para evitar doenças sexualmente transmissíveis	4.43	1.08

* Item pontuado inversamente

RELAÇÕES ÍNTIMAS E CIRCUNSTÂNCIAS DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

Questionados acerca do facto de terem namorado verificamos que 61.6% dos adolescentes responderam negativamente. Destes, 77.5% disseram que não tinham namorado(a) actualmente, mas já tiveram pelo menos um(a).

Quadro nº 12 - Adolescentes segundo o facto de terem namorado(a)

Tem namorado(a)	n	%
Sim	108	38.4
Não	173	61.6
Total	281	100.0

Quando questionados acerca do facto de já terem tido relações sexuais, 55.0% dos adolescentes responderam que nunca tiveram. Para os adolescentes que responderam afirmativamente a idade média da primeira relação sexual foi de 15.15 anos, com desvio-padrão de 1.75 anos. Também para estes adolescentes o número médio de parceiros foi aproximadamente dois.

Entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais 53.2% são raparigas e 46.8% rapazes. Destas, a maioria (59.7%) são do meio urbano e apenas 21.2% do meio rural. No que concerne aos rapazes verifica-se a situação inversa, 52.5% dos que já tiveram relações sexuais pertencem ao meio rural enquanto 47.5% ao meio urbano.

Quadro nº 13 - Adolescentes segundo o facto de já terem tido relações sexuais

Teve relações sexuais	n	%
Sim	126	45.0
Não	154	55.0
Total	280*	100.0

* 1 adolescente não respondeu

Cerca de três em cada quatro dos adolescentes que já tiveram relações sexuais afirmaram que estavam apaixonados quando tiveram relações sexuais. A maioria (57.2%) teve relações sexuais com pessoas mais velhas e 34.1% tiveram relações sexuais com pessoas da mesma idade.

Quadro nº 14 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de estarem apaixonados

Estava apaixonado(a)	n	%
Sim	94	74.6
Não	32	25.4
Total	126	100.0

Quadro nº 15 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo a idade da pessoa com quem tiveram relações sexuais comparativamente com a sua

A pessoa era	n	%
Mais nova	11	8.7
Da mesma idade	43	34.1
Mais velha	72	57.2
Total	126	100.0

Analisando os dados apresentados no quadro nº16 verificamos que 28.6% dos adolescentes do sexo masculino que residiam em meio urbano tiveram relações sexuais após 3 a 4 semanas de namoro; 27.5% dos adolescentes do sexo feminino que residiam em meio urbano tiveram relações sexuais após 1 a 3 meses e a mesma percentagem após 6 meses a 1 ano de namoro; 22.6% dos adolescentes do sexo masculino que residiam em meio rural tiveram relações sexuais após 3 a 4 semanas e a mesma percentagem após 1 a 3 meses de namoro; 33.3% dos adolescentes do sexo feminino que residiam em meio rural tiveram relações sexuais após 1 a 3 meses e a mesma percentagem após 6 meses a 1 ano de namoro. Globalmente, verificamos que 23.8% dos adolescentes tiveram

relações sexuais após 1 a 3 meses de namoro, seguidos de 23.0% que tiveram relações sexuais após 6 meses a 1 ano de namoro.

Quadro nº 16 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o tempo de namoro ao fim do qual tiveram relações sexuais

Residência	Urbana				Rural				Total	
	Sexo		Feminino		Masculino		Feminino			
Tempo de namoro	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 semana ou menos	4	14.3	2	5.0	5	16.1	-	0.0	11	8.7
2 semanas	5	17.9	3	7.5	5	16.1	-	0.0	13	10.3
3 a 4 semanas	8	28.6	1	2.5	7	22.6	-	0.0	16	12.5
1 a 3 meses	3	10.7	11	27.5	7	22.6	9	33.3	30	23.8
3 a 6 meses	3	10.7	9	22.5	1	3.2	2	7.41	15	11.9
6 meses a 1 ano	5	17.9	11	27.5	4	12.9	9	33.3	29	23.0
1 a 2 anos	-	0.0	2	5.0	2	6.5	5	18.5	9	7.1
Mais de 2 anos	-	0.0	1	2.5	-	0.0	2	7.4	3	2.3
Total	28	100.0	40	100.0	31	100.0	27	100.0	126	100.0

Quando questionados acerca da idade ideal para as pessoas terem a primeira relação sexual, independente de estarem ou não apaixonadas, os adolescentes deram respostas que variaram entre 13 e 25 anos, sendo a idade média de 16.79 anos com desvio padrão de 1.50 anos, ou seja a maioria dos adolescentes referiu idade compreendidas entre 15 e 18 anos, aproximadamente.

USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS / PLANEAMENTO FAMILIAR

Dos 126 adolescentes que já tiveram relações sexuais 80.2% usaram algum método contraceptivo na primeira vez que tiveram relações sexuais (Quadro nº17). O preservativo foi o método usado por quase todos eles (98.0%), apenas 2% dos jovens sexualmente activos referiram a utilização de dois métodos associados (pílula +

preservativo) (Quadro nº18). De evidenciar ainda que 19.8% dos jovens sexualmente activos referem que não usaram nenhum método contraceptivo na primeira relação sexual.

Quadro nº 17 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de usarem algum método contraceptivo na primeira vez que tiveram relações sexuais

Uso de contraceptivo	n	%
Sim	101	80.2
Não	25	19.8
Total	126	100.0

Quadro nº 18 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o método contraceptivo utilizado na primeira vez que tiveram relações sexuais

Método contraceptivo utilizado na 1ª relação sexual	n	%
Preservativo	99	98.0
Preservativo e pílula	2	2.0
Total	101	100.0

Pela análise das respostas à questão aberta em que se questionam os adolescentes sobre as razões que os levaram a não se proteger quando tiveram relações sexuais pela primeira vez, foram criadas quatro categorias: *ocasional*, *experiência*, *transferência de responsabilidade e informação*. A categoria *ocasional* é a que apresenta maior número de respostas, em que 22 adolescentes justificam que não utilizam nenhum método de contracepção com o facto não terem nenhum método por se tratar de uma relação sexual não planeada.

Na categoria *experiência*, verifica-se que 1 jovem refere a falta de experiência como o factor que conduziu a uma relação sexual desprotegida. De salientar ainda que 1 jovem responsabiliza o parceiro pela não utilização de contracepção referindo que não utilizou porque o parceiro não tinha. A falta de informação é também referida apenas por 1 adolescente.

Quadro nº19 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo as razões para não usarem métodos contraceptivos na primeira vez que tiveram relações sexuais

CATEGORIAS	INDICADORES	Nº
Ocasional	“Não tinha nessa altura, relação sexual não planeada”	22
Experiência	“Falta de experiência”	1
Transferência de responsabilidade	“O meu parceiro não tinha”	1
Informação	“Não estava bem informado”	1
Total		25

No que se refere à situação actual relativamente ao uso de métodos contraceptivos, 90.4% dos adolescentes afirmaram que usavam, enquanto que 9.6% (12) não utilizam nenhum método. Dos que referem a utilização de métodos contraceptivos, 73.4% (83) disseram usar o preservativo, 19.5% (22) a pílula e 7.1% (8) a pílula associada ao preservativo.

Dos 12 adolescentes que disseram não usar actualmente qualquer método contraceptivo apenas 10 justificaram este facto e 90.0% destes afirmaram que não usavam nenhum método porque na actualidade não tinham relações sexuais.

Quadro nº 20 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de usarem algum método contraceptivo actualmente

Usa método contraceptivo	n	%
Sim	113	90.4
Não	12	9.6
Total	125	100.0

* 1 adolescente não respondeu

Podemos ainda constatar, que uma grande parte dos jovens sexualmente activos não utiliza regularmente um método contraceptivo.

Dos adolescentes que referem a utilização de métodos contraceptivos, 66.4% (75) utilizam esse método sempre, 14.1% (16) utilizam-no usualmente, 12.4% (14) utilizam algumas vezes e 7.1% (8) metade das vezes (Quadro nº21).

Quadro nº 21 - Utilização de contraceptivos pelos adolescentes

Uso de contraceptivos	n	%
Sempre	75	66,4%
Usualmente	16	14,1%
Metade das vezes	8	7,1%
Poucas vezes	14	12,4%
Nunca	0	0
TOTAL	113	100%

Cerca de três em quatro dos adolescentes que já tinham tido relações sexuais disseram que não frequentavam consultas de planeamento familiar. Dos 32 adolescentes que frequentavam estas consultas 84.4% disseram que o faziam no Centro de saúde.

Quadro nº 22 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo o facto de recorrerem a consultas de planeamento familiar

Consultas de planeamento familiar	n	%
Sim	32	25.4
Não	94	74.6
Total	126	100.0

Na tentativa de identificar quais os motivos que levam os adolescentes, que já tiveram relações sexuais, a não frequentarem as consultas de planeamento familiar, elaborou-se uma questão aberta de forma a permitir que os jovens se expressassem

livremente. Das respostas á questão foram criadas quatro categorias: *desconhecimento*, *indiferença*, *constrangimento* e *desculpabilização* (Quadro nº23).

A categoria mais representativa diz respeito á indiferença. Como se pode verificar através dos indicadores: 64 jovens referem que *não sentem necessidade dessas consultas* e 4 referem que *não vêem interesse na consulta*. Estes dados podem ser elucidativos de um desinteresse e despreocupação, destes jovens, em relação á própria saúde

A segunda categoria mais representativa diz respeito à falta de conhecimentos/informação dos jovens. Assim, 6 jovens referem que *desconhecem as finalidades destas consultas*. É de salientar os conceitos errados que os jovens possuem em relação ás consultas de planeamento familiar, uma vez que estes consideram que *essas consultas são apenas para pessoas casadas* ou porque: *“raramente tenho relações sexuais”* ou *“ainda não tive uma relação séria”*.

Outros motivos referidos pelos jovens evidenciam uma tentativa de se desculpabilizarem, como se pode confirmar pelos indicadores: *“Ainda não tive oportunidade”* e *“Ainda não pensei nisso”*.

Outro aspecto ainda a salientar é o *constrangimento* manifestado por 4 jovens, ao justificarem que não frequentam as consultas de planeamento familiar porque têm *vergonha*, devido a *considerarem-se muito novas* para frequentarem este tipo de consultas. Estes factos põem em evidência os preconceitos que ainda existem em torno da sexualidade, mesmo entre os mais jovens.

Quadro nº23 - Adolescentes que já tiveram relações sexuais segundo as razões para não frequentarem as consultas de planeamento familiar

CATEGORIAS	INDICADORES	Nº
Desconhecimento	“Desconheço as finalidades das consultas”	6
	“Raramente tenho relações sexuais”	1
	“Ainda não tive uma relação séria”	1
	“Ainda não penso casar”	4
SUB-TOTAL		12
Indiferença	“Não sinto necessidade”	64
	“Não vejo interesse na consulta”	4
SUB-TOTAL		68
Constrangimento	“Não tenho idade para ir a essa consulta”	2
	“Tenho vergonha”	2
SUB-TOTAL		4
Desculpabilização	“Ainda não tive oportunidade”	6
	“Ainda não pensei nisso”	4
SUB-TOTAL		10
TOTAL		94

GRAVIDEZ

A maioria dos adolescentes do sexo feminino que já tinham tido relações sexuais, concretamente 92.5%, afirmou que nunca tinham engravidado sem desejar. Todas as adolescentes que engravidaram sem desejar afirmaram que recorreram ao aborto para interromper a gravidez.

Todos os adolescentes do sexo masculino que já tinham tido relações sexuais afirmaram que as suas parceiras nunca engravidaram sem desejar.

Das jovens que recorreram ao aborto, apenas uma é residente em meio rural.

Quadro nº 24 - Adolescentes do sexo feminino que já tiveram relações sexuais segundo o facto de terem engravidado sem desejar

Engravidou sem desejar	n	%
Sim	5	7.5
Não	62	92.5
Total	67	100.0

Quadro nº 25 - Adolescentes do sexo masculino que já tiveram relações sexuais segundo o facto da sua parceira ter engravidado sem desejar

Parceira engravidou sem desejar	n	%
Sim	-	0.0
Não	59	100.0
Total	59	100.0

Resumindo:

Observando os dados apresentados no quadro seguinte podemos verificar que a maioria (77.8%) dos adolescentes do sexo masculino que residiam em meio urbano não tinha namorada. Para os adolescentes do sexo feminino verificamos a situação oposta, ou seja, 59.3% têm namorado. A maioria dos adolescentes que residiam em meio rural não tinha namorado(a), sendo as percentagens de 76.2% para o sexo masculino e 59.4% para o sexo feminino. Em ambos os meios de residência e para qualquer dos sexos a maioria dos adolescentes que não tinha namorado(a) no momento da colheita de dados mas já tiveram anteriormente.

A maioria dos adolescentes ainda não tinha tido relações sexuais e a situação é idêntica para ambos os meios de residência e para ambos os sexos.

Relativamente ao tempo de namoro ao fim do qual tiveram relações sexuais, verificamos que, para o meio rural, 28.6% dos adolescentes do sexo masculino tiveram relações ao fim de 3 a 4 semanas de namoro. Para as adolescentes deste meio de residência verificamos que 27.5% tiveram relações ao fim de 1 a 3 meses e que igual percentagem tiveram relações ao fim 6 meses a 1 ano. Verificamos também que no meio rural 22.6% dos adolescentes do sexo masculino tiveram relações sexuais ao fim de 3 a 4 semanas de namoro ou ao fim de 1 a 3 meses. Dos adolescentes do sexo feminino

33.3% tiveram relações sexuais ao fim de 1 a 3 meses e igual percentagem disseram tê-lo feito ao fim de 6 meses a 1 ano. Com base nestes dados julgamos poder afirmar que as adolescentes de ambos os meios de residência tiveram um tempo de namoro mais prolongado antes de terem relações sexuais com os seus namorados que os adolescentes do sexo masculino.

Com excepção dos adolescentes do sexo masculino que residiam em meio rural todos os outros referiram maioritariamente que estavam apaixonados quando tiveram relações sexuais pela primeira vez com os seus (suas) namorados (as). No entanto, é de salientar que as percentagens são significativamente mais elevadas nos adolescentes do sexo feminino.

Verificamos que 57.1% dos adolescentes do sexo masculino que residiam em meio urbanos afirmaram que tiveram a primeira experiência sexual com uma pessoa da mesma idade e que 72.5% dos adolescentes do sexo feminino afirmaram que o seu parceiro era mais velho. Para os adolescentes do meio rural verificamos que 41.9% tiveram a sua primeira experiência sexual com pessoas da mesma idade ou mais velhas e que 74.1% dos adolescentes do sexo feminino tiveram as primeiras relações sexuais com pessoas mais velhas. Julgamos poder concluir que os adolescentes do sexo feminino de ambos os meios de residência tendem a ter a primeira experiência sexual com pessoas mais velhas enquanto que os adolescentes do sexo masculino tendem a ter esta experiência com pessoas da mesma idade.

A maioria dos adolescentes de ambos os meios e sexos disse que tinham utilizado algum método contraceptivo quando tiveram relações sexuais pela primeira vez. Verificamos também que em todas as situações o método contraceptivo utilizado foi predominante o preservativo. Dos adolescentes que não usaram qualquer método contraceptivo a maioria ou mesmo a totalidade justificou-se com o facto de ter sido uma relação sexual não planeada.

Quadro nº 26 - Adolescentes segundo aspectos relacionados com o namoro e relações sexuais em função da residência e do sexo

Questão	Residência	Meio urbano				Meio rural			
	Sexo	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Resposta	n	%	n	%	n	%	n	%
Tem namorado(a)	Sim	14	22.2	51	59.3	15	23.8	28	40.6
	Não	49	77.8	35	40.7	48	76.2	41	59.4
Se respondeu não	Nunca teve	15	30.6	3	8.6	13	27.1	8	19.5
	Não tem mas já teve	34	69.4	32	91.4	35	72.9	33	80.5
Já teve relações sexuais	Sim	28	44.4	40	47.1	31	49.2	27	39.1
	Não	35	55.6	45	52.9	32	50.8	42	60.9
Ao fim de quanto tempo de namoro teve relações sexuais	1 semana ou menos	4	14.3	2	5.0	5	16.1	-	0.0
	2 semanas	5	17.9	3	7.5	5	16.1	-	0.0
	3 a 4 semanas	8	28.6	1	2.5	7	22.6	-	0.0
	1 a 3 meses	33	10.7	11	27.5	7	22.6	9	33.3
	3 a 6 meses	3	10.7	9	22.5	1	3.2	2	7.4
	6 meses a 1 ano	5	17.9	11	27.5	4	12.9	9	33.3
	1 a 2 anos	-	0.0	2	5.0	2	6.5	5	18.5
	Mais de 2 anos	-	0.0	1	2.5	-	0.0	2	7.4
Estava apaixonado(a)	Sim	15	53.6	39	97.5	13	41.9	27	100.0
	Não	13	46.4	1	2.5	18	58.1	0	0.0
A pessoa com era	Mais nova	2	7.1	3	7.5	5	16.1	1	3.7
	Da mesma idade	16	57.1	8	20.0	13	41.9	6	22.2
	Mais velha	10	35.7	29	72.5	13	41.9	20	74.1
Na primeira relação sexual usou contraceptivo	Sim	21	75.0	34	85.0	23	74.2	23	85.2
	Não	7	25.0	6	15.0	8	25.8	4	14.8
Qual o método utilizado	Preservativo	21	100.0	32	94.1	23	100.0	23	100.0
	Pílula	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
	Preservativo e pílula	-	0.0	2	5.9	-	0.0	-	0.0
Motivo pelo qual não usou método contraceptivo na primeira relação sexual	Não tinha (rel. sex. não planeada)	6	85.7	4	66.7	8	100.0	4	100.0
	Falta de experiência	-	0.0	1	16.7	-	0.0	-	0.0
	O parceiro não tinha	-	0.0	1	16.7	-	0.0	-	0.0
	Falta de informação	1	14.3	-	0.0	-	0.0	-	0.0

No que se refere á situação actual relativamente ao uso de contraceptivos, 90.4% referem a sua utilização, e destes a maioria, 73.4%, disseram usar o preservativo.

Dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, 74.6% referiram que não frequentam as consultas de planeamento familiar. A maioria destes adolescentes, 68.1%, justificou o facto dizendo que não sentiam necessidade de o fazer.

Observando os resultados apresentados no quadro seguinte podemos constatar que, em média, a idade da primeira relação sexual é semelhante para os adolescentes de ambos os sexos e meios de residência e situa-se próximo dos 15 anos. Situação idêntica se verifica quanto à idade considerada ideal para a iniciação sexual. Os jovens de ambos os sexos e dos dois meios de residência consideraram que, em média, a primeira experiência sexual deve ocorrer entre os 16 e 17 anos.

Quadro nº 27 - Adolescentes segundo a idade da primeira relação sexual e o número de parceiros sexuais em função da residência e do sexo

Residência	Meio urbano				Meio rural			
	Sexo	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino
Questão	Média	dp	Média	dp	Média	dp	Média	dp
Idade da primeira relação sexual	15.42	1.50	15.42	0.98	14.44	2.66	15.30	1.30
Idade considerada ideal para a iniciação sexual	16.52	1.42	16.87	1.73	16.65	1.41	17.07	1.30
Número de parceiros sexuais	1.86	1.43	1.67	1.10	2.45	1.73	1.48	0.89

8.2.4 – Conhecimentos sobre sexualidade

Analisando os dados apresentados no quadro seguinte podemos verificar o modo como os adolescentes responderam às afirmações relativas aos conhecimentos.

Como podemos constatar, apesar do número de respostas correctas ser superior às incorrectas observam-se alguns itens nos quais se verifica um maior número de respostas incorrectas do que correctas, nomeadamente na afirmação 80 (os testículos são um órgão interno) com 74.7% de respostas erradas, a afirmação 84 (os contraceptivos orais impedem a ovulação) com 58.7% e afirmação 87 (a fecundação dá-se no ovário) com 50.9% de respostas erradas. De salientar ainda que em alguns itens a percentagem de respostas erradas, embora não sendo superior às certas, apresentam valores muito elevados: 47.3% de respostas incorrectas na afirmação 81 (o escroto é um órgão interno), 46.3% na afirmação 82 (para um rapaz, secreções nocturnas (sonhos molhados) significa que ele está perfeitamente amadurecido fisicamente) 42, 47.0% na afirmação 85 (a Gonorreia torna muitos homens e mulheres estéreis (impossibilitados de ter filhos)) e 38.8% na afirmação 69 (o sexo oral é uma boa forma de ter sexo sem o risco

de contrair uma doença sexualmente transmissível). Este facto é elucidativo da falta de conhecimentos dos jovens em alguns itens.

Quadro nº28 - Adolescentes segundo as respostas correctas dadas às afirmações relativas aos conhecimentos

respostas	correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
Afirmações				
CONH_65- As trompas de falópio são um órgão externo	268	95.4	13	4.6
CONH_66-A menarca (1ª menstruação) é o indicador que assinala o alcance da maturidade reprodutiva das raparigas	257	91.5	24	8.5
CONH_67- A masturbação tem consequências psicológicas negativas	254	90.4	27	9.6
CONH_68- A contraceção é uma forma de evitar ter relações sexuais	437	84.3	44	15.7
CONH_69- O sexo oral é uma boa forma de ter sexo sem o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível	172	61.2	109	38.8
CONH_70- O útero é um órgão interno	272	96.8	9	3.2
CONH_71 Quando os rapazes atravessam a puberdade as suas vozes ficam mais graves	259	92.2	22	7.8
CONH_72- A masturbação não tem consequências físicas negativas	228	81.1	53	18.9
CONH_73- As pessoas que estejam a escolher um método de controle da natalidade devem usar o mais fácil de arranjar	199	70.8	82	29.2
CONH_74- A Hepatite B só pode ser transmitida através de contacto sexual	233	82.9	48	17.1
CONH_75- O período de maior fertilidade no ciclo menstrual é durante a menstruação	197	70.1	84	29.9
CONH_76- Fisicamente, normalmente os rapazes amadurecem mais cedo que as raparigas	219	77.9	62	22.1
CONH_77- Ser homossexual significa ter relações sexuais, a maioria das vezes, com pessoas do mesmo sexo	221	78.6	60	21.4
CONH_78- É impossível uma rapariga engravidar na primeira vez que tiver relações sexuais	218	77.6	63	22.4
CONH_79-O vírus da SIDA só pode ser transmitido através de relações sexuais entre portadores do vírus que sejam homossexuais	253	90.0	28	10.0
CONH_80- Os testículos são um órgão interno	71	25.3	210	74.7
CONH_81- O escroto é um órgão interno	148	52.7	133	47.3
CONH_82-Para um rapaz, secreções nocturnas (sonhos molhados) significa que ele está perfeitamente amadurecido fisicamente	151	53.7	130	46.3
CONH_83- O coito e o orgasmo são a mesma coisa	224	79.7	57	20.3
CONH_84- Os contraceptivos orais impedem a ovulação	116	41.3	165	58.7
CONH_85- A Gonorreia torna muitos homens e mulheres estéreis (impossibilitados de ter filhos)	149	53.0	132	47.0
CONH_86- Os espermatozóides produzem-se uma vez por mês	256	91.1	25	8.9
CONH_87- A fecundação dá-se no ovário	138	49.1	143	50.9
CONH_88- As mudanças físicas da puberdade acontecem a rapazes e raparigas diferentes em idades diferentes	252	89.7	29	10.3
CONH_89- A pílula é um bom método contraceptivo para mulheres que fumam	205	73.0	76	27.0
CONH_90-O uso do preservativo durante uma relação sexual reduz o risco de contrair SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis	235	83.6	46	16.4
CONH_91-Os espermatozóides produzem-se nos testículos	230	81.9	51	18.1

Como podemos constatar pela análise do quadro nº29 para os adolescentes de 15 anos as percentagens de respostas correctas variaram entre 28.1% (afirmação 80 – os testículos são um órgão interno) e 98.4% (afirmação 70 - o útero é um órgão interno); para os adolescentes com 16 anos as percentagens de respostas correctas variaram entre 22.5% (afirmação 80 – os testículos são um órgão interno) e 98.6% (afirmação 70 - o útero é um órgão interno); os adolescentes de 17 anos deram respostas correctas que variaram entre 23.5% (afirmação 82 – para um rapaz, secreções nocturnas (sonhos molhados) significa que ele está perfeitamente amadurecido fisicamente) e 97.2% (afirmação 70 – (o útero é um órgão interno); para os adolescentes com 18 anos as percentagens de respostas correctas variaram entre 26.2% (afirmação 74 – a hepatite B só pode ser transmitida através de contacto sexual) e 96.0% (afirmação 65 – as trompas de Falópio são um órgão externo). Globalmente as percentagens de respostas correctas variaram entre 25.3% (afirmação 80 – os testículos são um órgão interno) e 96.8% (afirmação 70 – o útero é um órgão interno).

Quadro nº 29 - Adolescentes segundo as respostas correctas dadas às afirmações relativas aos conhecimentos e a idade

Idade	15		16		17		18		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afirmações										
CONH_65	63	98.4	67	94.4	66	93.0	72	96.0	268	95.4
CONH_66	59	92.2	65	92.0	65	92.0	68	90.7	257	91.4
CONH_67	58	90.6	65	92.0	63	88.7	68	90.7	254	90.4
CONH_68	56	87.5	61	85.9	58	81.7	62	82.7	237	84.3
CONH_69	37	57.8	37	52.1	44	62.0	54	72.0	172	61.2
CONH_70	63	98.4	70	98.6	69	97.2	70	93.3	272	96.8
CONH_71	57	89.1	65	92.0	66	93.0	71	94.7	259	92.2
CONH_72	54	84.4	59	83.1	56	78.9	59	78.7	228	81.1
CONH_73	50	78.1	44	62.0	48	67.6	57	76.0	199	70.8
CONH_74	53	82.8	58	81.7	61	85.9	61	26.2	233	82.9
CONH_75	45	70.3	54	76.1	43	60.6	55	73.3	197	70.1
CONH_76	51	79.7	56	78.9	51	71.8	61	81.3	219	77.9
CONH_77	49	76.6	58	81.7	54	76.1	60	80.0	221	78.6
CONH_78	47	73.4	54	76.1	57	80.3	60	80.0	218	77.6
CONH_79	61	95.3	65	92.0	59	83.1	68	90.7	253	90.0
CONH_80	18	28.1	16	22.5	17	23.9	20	26.7	71	25.3
CONH_81	33	51.6	31	43.7	42	59.2	42	56.0	148	52.7
CONH_82	24	37.5	41	57.8	38	23.5	48	64.0	151	53.7
CONH_83	51	79.7	54	76.1	56	78.9	63	84.0	224	79.7
CONH_84	24	37.5	27	38.0	31	43.7	34	45.3	116	41.3
CONH_85	39	60.9	33	46.5	36	50.7	41	54.7	149	53.0
CONH_86	60	93.8	62	87.3	66	93.0	67	89.3	255	90.7
CONH_87	30	46.9	37	52.1	38	53.5	33	44.0	138	49.1
CONH_88	57	89.1	58	81.7	68	96.8	68	90.7	251	89.3
CONH_89	42	65.6	49	69.0	61	85.9	53	70.7	205	73.0
CONH_90	61	95.3	54	76.1	59	83.1	60	80.0	234	83.3
CONH_91	61	95.3	56	78.9	60	84.5	53	70.7	230	81.8

Considerando as afirmações agrupadas por categoria procedemos à contagem de respostas correctas tendo obtido os dados que apresentamos no quadro seguinte. Da sua análise podemos constatar que, para os adolescentes de 15 anos, as percentagens de respostas correctas variaram entre 68.4% na categoria «controlo da natalidade/métodos contraceptivos» e 82.8% na categoria «conduta sexual adolescente»; para os adolescentes com 16 anos de idade verificamos que as percentagens de repostas correctas variaram entre 66.2% e 83.1% também nas categorias «controlo da

natalidade/métodos contraceptivos» e «conduta sexual adolescente»; as percentagens de respostas correctas para os adolescentes com 17 anos de idade variaram entre 70.6% na categoria «anatomia e fisiologia sexual» e 81.1% na categoria «desenvolvimento físico adolescente», situação idêntica se verificou para os adolescentes de 18 anos, com percentagens de 68.7% e 84.3%, respectivamente.

Em termos totais verificamos que as percentagens de respostas correctas variaram entre 69.4% na categoria controlo da natalidade/métodos contraceptivos e 82.5% na categoria conduta sexual adolescente.

Tendo em consideração os níveis de conhecimento definidos na metodologia: Muito bom ([85% - 100%] respostas correctas) – Bom ([70% - 85%[respostas correctas) – Suficiente ([50% - 70%[respostas correctas) e Insuficiente ([0% – 50%[respostas correctas), constatamos que os adolescentes manifestam possuírem conhecimentos suficientes sobre os aspectos relacionados com o controle da natalidade e os métodos contraceptivos e um bom nível de conhecimentos nos restantes temas.

Quadro nº 30 - Frequência das respostas correctas dadas às dimensões relativas aos conhecimentos segundo a idade dos adolescentes

Idade	15		16		17		18		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anatomia e fisiologia sexual	353	68.9	386	68.0	401	70.6	412	68.7	1579	70.2
Desenvolvimento físico adolescente	248	77.5	285	80.3	288	81.1	316	84.3	1137	80.9
Controlo da natalidade / métodos contraceptivos	219	68.4	235	66.2	255	71.8	266	70.9	975	69.4
Doenças sexualmente transmissíveis	251	78.4	247	69.6	259	73.0	284	75.7	1041	74.1
Conduta sexual adolescente	212	82.8	236	83.1	229	80.6	250	83.3	927	82.5
Total	1283	74.2	1389	72.5	1434	74.8	1528	75.5	5659	74.6

Pela análise do quadro nº31 podemos constatar que os adolescentes do meio urbano manifestam um nível de conhecimentos bom, em relação a todas as dimensões definidas. Por sua vez, os jovens do meio rural, apesar de globalmente manifestarem

um nível bom de conhecimentos, verifica-se que em relação aos aspectos da anatomia e fisiologia sexual e do controle da natalidade/métodos contraceptivos manifestam possuir conhecimentos suficientes.

Globalmente os 281 adolescentes deram 5659 respostas correctas o que corresponde a 74.6%. Com base nestes resultados julgamos poder concluir que os adolescentes inquiridos evidenciaram um bom nível de conhecimentos.

Quadro nº 31 - Frequência das respostas correctas dadas às dimensões relativas aos conhecimentos segundo a zona de residência dos adolescentes

Zona de residência	Urbano		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Anatomia e fisiologia sexual	842	70.6	737	69.8	1579	70.2
Desenvolvimento físico adolescente	611	82.0	526	79.7	1137	80.9
Controlo da natalidade / métodos contraceptivos	521	70.5	450	68.2	975	69.4
Doenças sexualmente transmissíveis	561	75.3	480	72.7	1041	74.1
Conduta sexual adolescente	502	84.2	425	80.5	927	82.5
Total	3037	75.5	2618	73.5	5659	74.6

8.2.5 – Informação e fontes de informação

Analisando os dados apresentados no quadro seguinte podemos verificar que 43.4% dos adolescentes consideraram-se bem informados relativamente à sexualidade, seguidos de 37.0% que se consideraram informados e de 15.3% que se consideraram muito bem informados.

Quadro nº32 - Adolescentes segundo o modo como se sentem relativamente à informação sobre a sexualidade

Grau de informação	n	%
Sem informação	-	0.0
Pouco informado	12	4.3
Informado	104	37.0
Bem informado	122	43.4
Muito bem informado	43	15.3
Total	281	100.0

Relativamente às fontes de informação verificamos que predominam os amigos com 42.3% das respostas, seguidos dos livros e revistas com 16.7% e da televisão e rádio com 11.0%. A mãe surge logo em quarto lugar com uma percentagem de 10.0%. Os professores são referidos por 6.4% dos adolescentes.

Os técnicos de saúde, a par dos professores, são fontes de informação pouco referidas pelos adolescentes, como se pode observar pelas escolhas manifestadas. Os enfermeiros são referidos por 3.9% dos jovens e os médicos por 3.6%.

Os inquiridos referem maioritariamente a modalidade “amigos” como agente de informação sobre sexualidade.

Quadro nº33 - Adolescentes segundo as fontes de informação sobre sexualidade

Fontes de informação	n	%
Pai	4	1.4
Mãe	28	10.0
Irmãos	6	2.1
Amigos	119	42.3
Professores	18	6.4
Livros e revistas	47	16.7
Televisão/rádio	31	11.0
Internet	7	2.5
Médicos	10	3.6
Enfermeiros	11	3.9
Total	281	100.0

Questionados acerca do facto de conhecerem algum serviço onde poderiam obter informação sobre sexualidade ou para resolver alguns problemas nesse domínio, a maioria dos adolescentes, concretamente 52.0%, respondeu afirmativamente. Destes, 80.8% referiram o centro de saúde, seguido de 15.6% que referiram a consulta de planeamento familiar do IPJ.

De salientar que cerca de metade dos adolescentes, 48.0%, desconhece a existência de serviços onde podem obter informação sobre sexualidade.

Quadro nº 34 - Adolescentes segundo o conhecimento de algum serviço onde podem obter informação sobre sexualidade

Conhece algum serviço	n	%
Sim	146	52.0
Não	135	48.0
Total	281	100.0

8.3 – ANÁLISE INFERENCIAL

8.3.1 - Idade da 1ª relação sexual e número de parceiros sexuais

As diferenças observadas, quer para a idade da primeira experiência sexual quer para a idade considerada ideal para a iniciação sexual, não são significativas ($p > 0.05$).

Relativamente ao número de parceiros sexuais verificamos que existe diferença significativa ($p < 0.05$) entre os adolescentes do sexo masculino do meio rural e os restantes adolescentes. Para aqueles o número médio de parceiros sexuais situa-se entre 2 e 3, enquanto que para os restantes adolescentes o número médio se situa entre 1 e 2.

8.3.2 - Conhecimentos sobre sexualidade

Aplicando um teste de proporções comparámos as percentagens de respostas correctas em função da idade. Verificámos a existência de diferenças significativas ($p < 0.05$) na categoria «desenvolvimento físico do adolescente», entre os adolescentes com 15 e 18 anos, e na categoria «doenças sexualmente transmissíveis», entre os adolescentes com 15 e 16 anos. Os adolescentes de 18 anos são os que manifestam ter mais conhecimentos sobre aspectos relacionados com o desenvolvimento físico na adolescência. Em relação à categoria «doenças sexualmente transmissíveis», são os adolescentes de 16 anos quem manifesta possuir mais conhecimentos.

Em termos totais, como já foi referido, as percentagens de respostas correctas variaram entre 69.4% na categoria controlo da «natalidade/métodos contraceptivos» e 82.5% na categoria «conduta sexual adolescente». Comparando as pontuações médias em função da idade não se verificou a existência de diferenças significativas.

8.3.3 - Comparação das atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes

Comparação das Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes em Função da Idade

Utilizando o teste da análise de variância (ANOVA) procedemos à comparação das atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes. Este estudo foi desenvolvido em separado para cada um dos sexos. Atendendo ao volume de informação em termos estatísticos envolvido neste processo, optámos por apresentar apenas as situações em que verificámos a existência de diferenças significativas.

- **Adolescentes do sexo masculino**

Para os adolescentes do sexo masculino, no que concerne às atitudes, verificámos a existência de diferenças significativas ($p < 0.05$) ao nível dos itens:

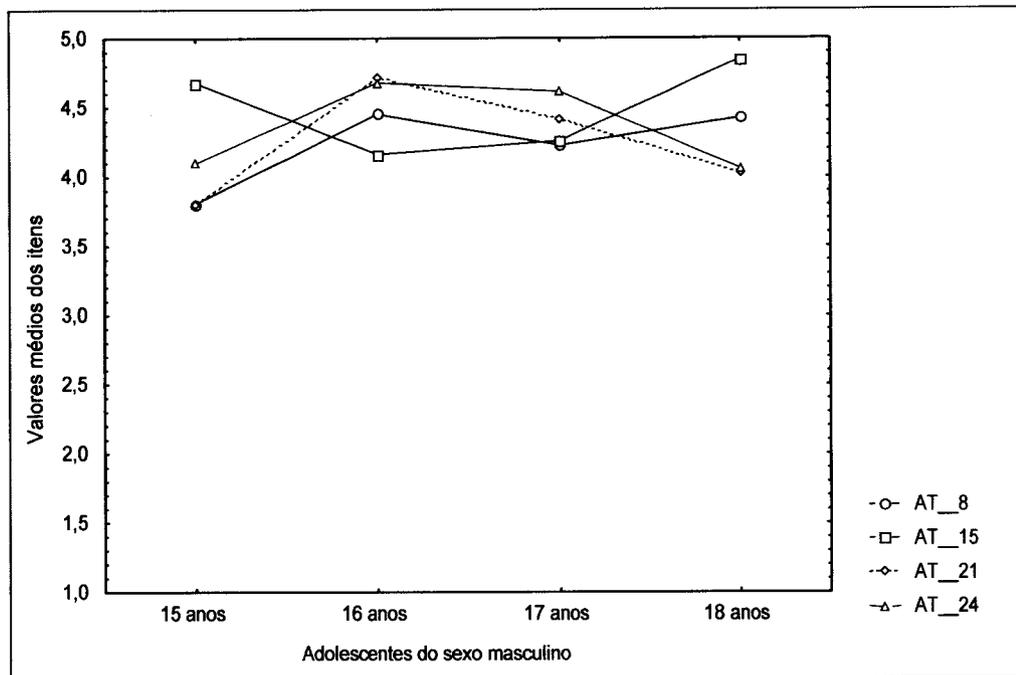
→ At_08: “o uso do preservativo quebra a confiança do companheiro”, sendo que os adolescentes com 15 anos apresentam um valor médio significativamente inferior ($p = 0.0482$) ao dos adolescentes com 16 anos (gráfico nº6);

→ At_15: “é correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento”. Os adolescentes com 18 anos apresentam um valor médio significativamente superior ($p = 0.0157$) ao dos adolescentes com 16 anos (gráfico nº6);

→ At_21: “o namoro não faz sentido sem amor”, sendo a significância de 0.0267. Os adolescentes com 15 anos que apresentam um valor médio significativamente inferior ($p = 0.0247$) ao dos adolescentes com 16 anos (gráfico nº6);

→ At_24: “o carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação”. O valor médio para os adolescentes com 15 anos é significativamente inferior ($p = 0.0401$) ao dos adolescentes com 16 anos e o valor médio observado para os adolescentes com 18 anos é significativamente ($p = 0.0251$) inferior ao observado para os adolescentes com 16 anos (gráfico nº6).

Gráfico nº6 – Comparação das médias dos itens At_8, At_15, At_21 e At_24, observadas para os adolescentes do sexo masculino, em função da idade

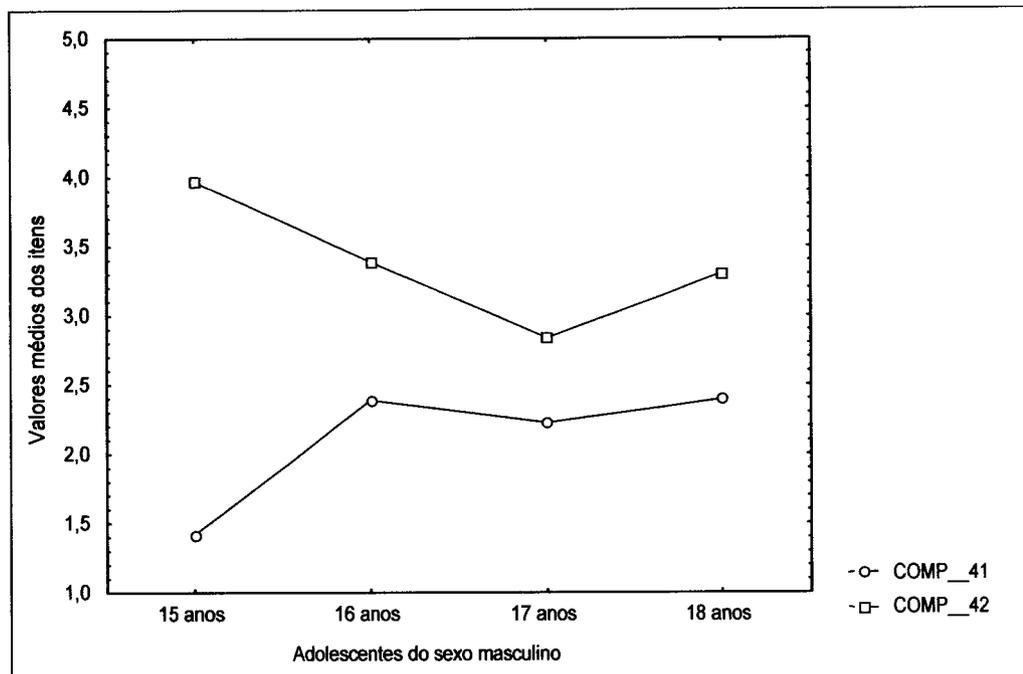


Para os comportamentos, verificámos a existência de diferenças significativas ($p < 0.05$) ao nível dos itens:

→ Comp_41: “pratico a masturbação com o/a meu/minha namorado/a”. O valor médio encontrado para os adolescentes com 15 anos é significativamente inferior ($p = 0.0314$) ao encontrado para os adolescentes com 16 anos e ao valor médio observado para os adolescentes com 18 anos ($p = 0.0297$) (gráfico nº7);

→ Comp_42: “se um/uma rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o digo “não””. O valor médio encontrado para os adolescentes com 17 anos é significativamente inferior ($p = 0.0180$) ao encontrado para os adolescentes com 15 anos (gráfico nº7).

Gráfico nº7 – Comparação das médias do item Comp_41 (pratico a masturbação com o/a meu/minha namorado/a) e Comp_42 (se um/uma rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o digo “não”), observadas para os adolescentes do sexo masculino, em função da idade



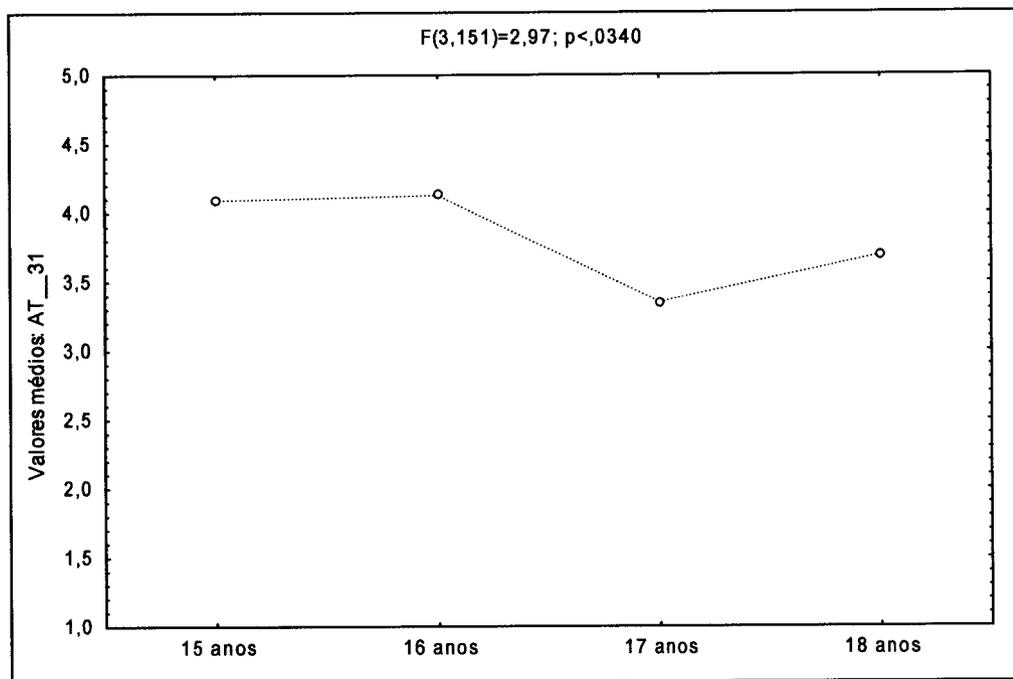
Nos restantes itens e nas dimensões, quer das atitudes quer dos comportamentos não observámos diferenças significativas em função da idade dos adolescentes do sexo masculino.

- **Adolescentes do sexo feminino**

Para os adolescentes do sexo feminino verificámos a existência de diferenças significativas ($p < 0.05$) ao nível dos itens:

→ At_31: “o uso do preservativo diminui o prazer sexual”. Sendo as adolescentes com 17 anos de idade que apresentam um valor médio significativamente inferior ($p = 0.0442$) ao valor médio observado para as adolescentes com 15 anos (gráfico nº 8);

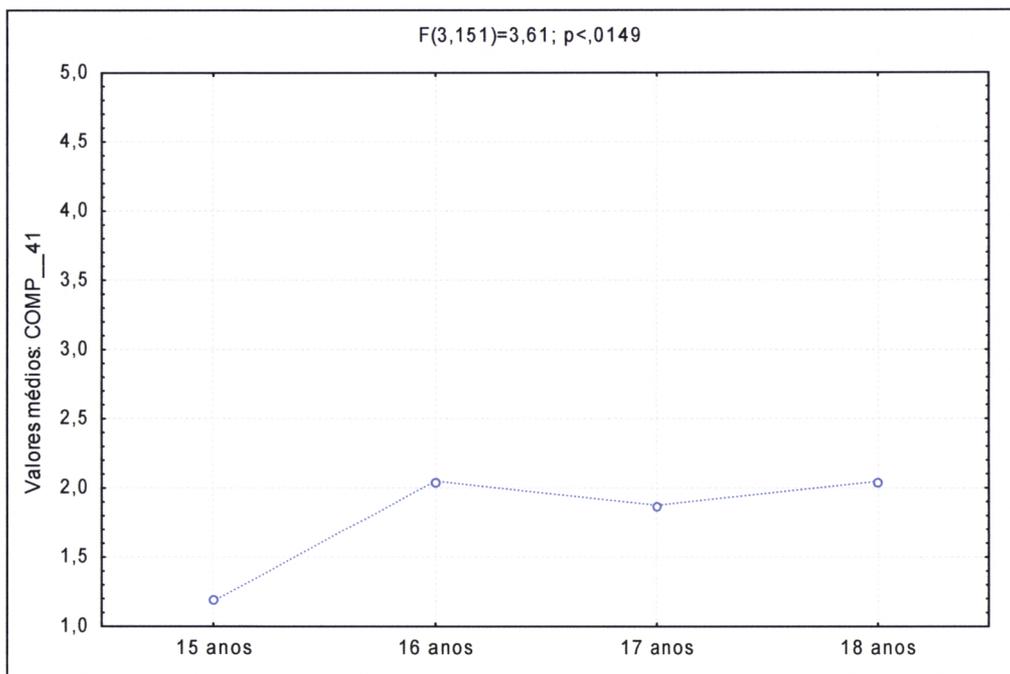
Gráfico nº8 – Comparação das médias do item At_31 (o uso do preservativo diminui o prazer sexual), observadas para os adolescentes do sexo feminino, em função da idade



→ Comp_41: “pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a”, onde as adolescentes com 15 anos apresentam um valor médio significativamente inferior ao valor médio observado para as adolescentes com 16 anos ($p = 0.0307$) e para as adolescentes com 18 anos ($p = 0.0314$) (gráfico nº9).

Nos restantes itens e nas dimensões não observámos diferenças significativas.

Gráfico nº9 – Comparação das médias do item Comp_41 (pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a), observadas para os adolescentes do sexo feminino, em função da idade



Comparação das Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes em Função do Sexo, Idade e Residência

Atendendo às características dos adolescentes em termos de sexo, idade e meio de residência criámos 16 grupos (células) (Quadro nº35).

Quadro nº35 - Adolescentes por idade, sexo e residência

Residência \ Idade \ Sexo	URBANO		RURAL	
	M	F	M	F
15 Anos	C1	C9	C2	C10
16 Anos	C3	C11	C4	C12
17 Anos	C5	C13	C6	C14
18 Anos	C7	C15	C8	C16

Com base nesta classificação procedemos à comparação das atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes. Em conformidade com o que referimos anteriormente também aqui optámos por apresentar apenas as situações onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Atitudes

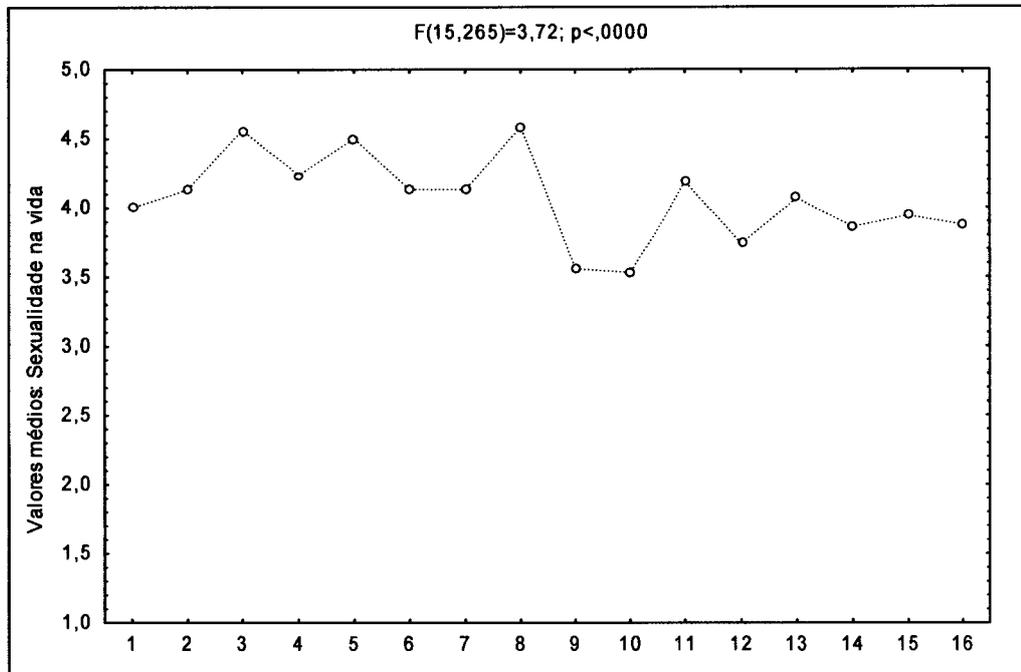
Para a dimensão «sexualidade na vida» verificámos que as raparigas com 15 anos residentes em meio urbano (célula 9), apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 3 ($p = 0.0028$), 5 ($p = 0.0082$) e 8 ($p = 0.0011$), respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural.

As raparigas de 15 anos residentes em meio rural (célula 10), evidenciaram média significativamente inferior aos adolescentes das células 3 ($p = 0.0017$), 5 ($p = 0.0052$) e 8 ($p = 0.0012$), respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural.

Verificámos também que as raparigas com 16 anos residentes em meio rural (célula 12), apresentaram média significativamente inferior aos adolescentes das células 3 ($p = 0.0460$) e 8 ($p = 0.0163$), respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural.

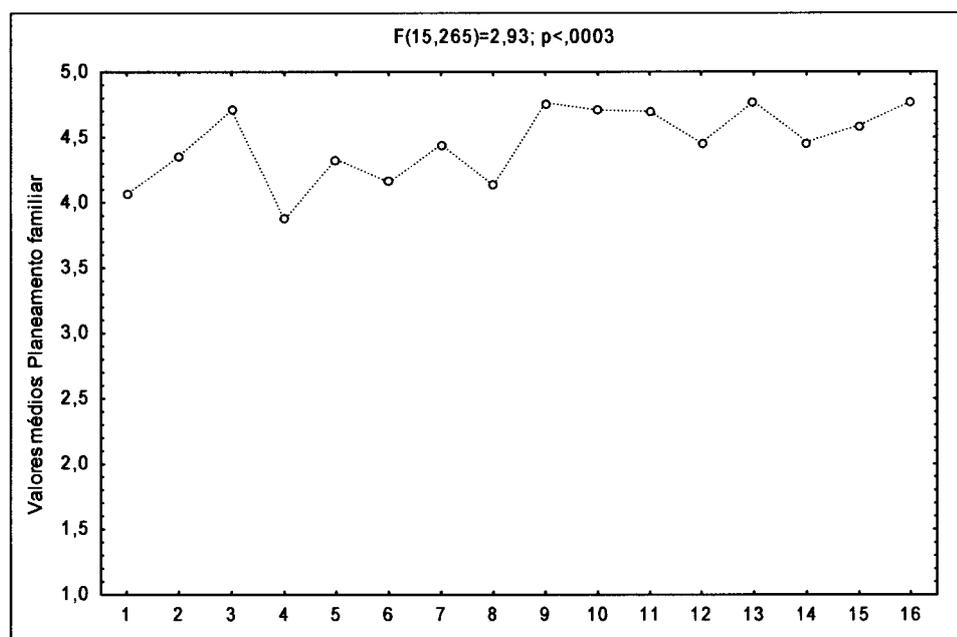
Verificamos assim, que dos adolescentes inquiridos, as raparigas com 15 anos, tanto do meio rural como urbano, e as de 16 anos do meio rural, manifestam uma atitude menos favorável a esta dimensão. São estas jovens que menos valor atribuem à sexualidade como dimensão fundamental da vida.

Gráfico nº10 – Comparação das médias da dimensão «sexualidade na vida» em função da célula



Na dimensão «planeamento familiar» verificámos que os rapazes com 16 anos residentes em meio rural (célula 4), apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0274$), 13 ($p = 0.0245$) e 16 (0.0252), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Gráfico nº11 – Comparação das médias da dimensão «planeamento familiar» em função da célula



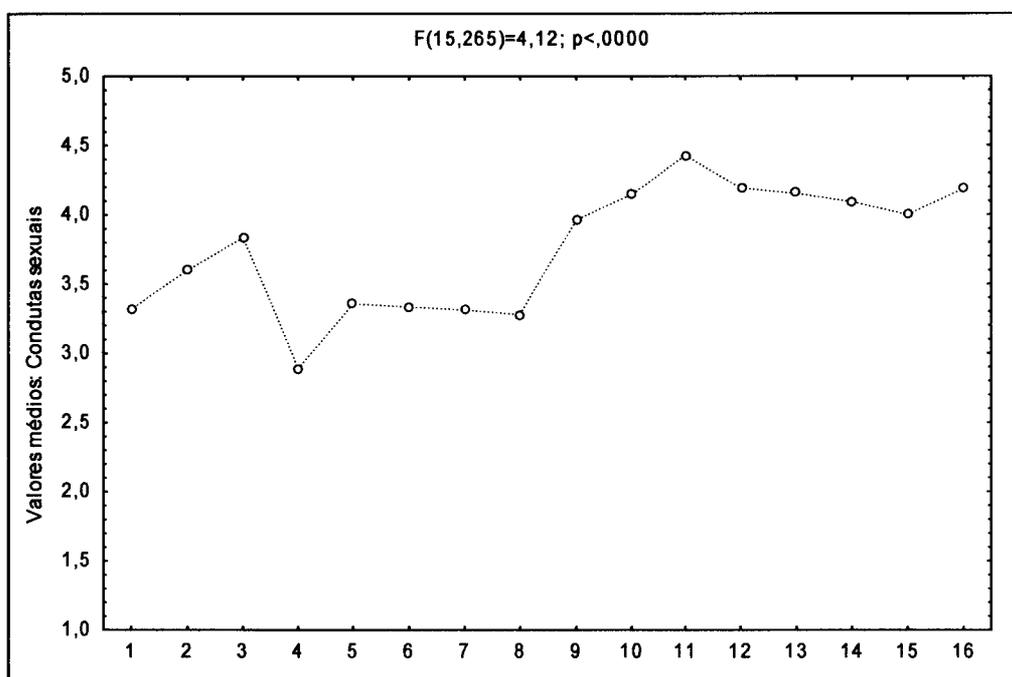
Na dimensão «condutas sexuais» verificámos que os adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio rural (célula 4), apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 10 ($p = 0.0189$), 11 ($p = 0.0006$), 12 ($p = 0.0113$), 13 ($p = 0.0178$), 14 ($p = 0.0328$) e 16 (0.0252), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Verificámos também que os adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural (célula 8), apresentam média significativamente inferior aos adolescentes da célula 11 ($p = 0.0182$), ou seja, dos adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano.

Constatamos assim que os rapazes de 16 e 18 anos do meio rural têm uma

atitude menos favorável, que os restantes inquiridos, em relação às condutas sexuais, nomeadamente em relação á masturbação e á homossexualidade.

Gráfico nº12 – Comparação das médias da dimensão «condutas sexuais» em função da célula



Comparando os valores médios da dimensão «permissividade nas relações» verificamos que as raparigas com 15 anos residentes em meio urbano (célula 9) apresentam uma média significativamente inferior aos adolescentes da célula 8 ($p = 0.0453$) que são os adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural.

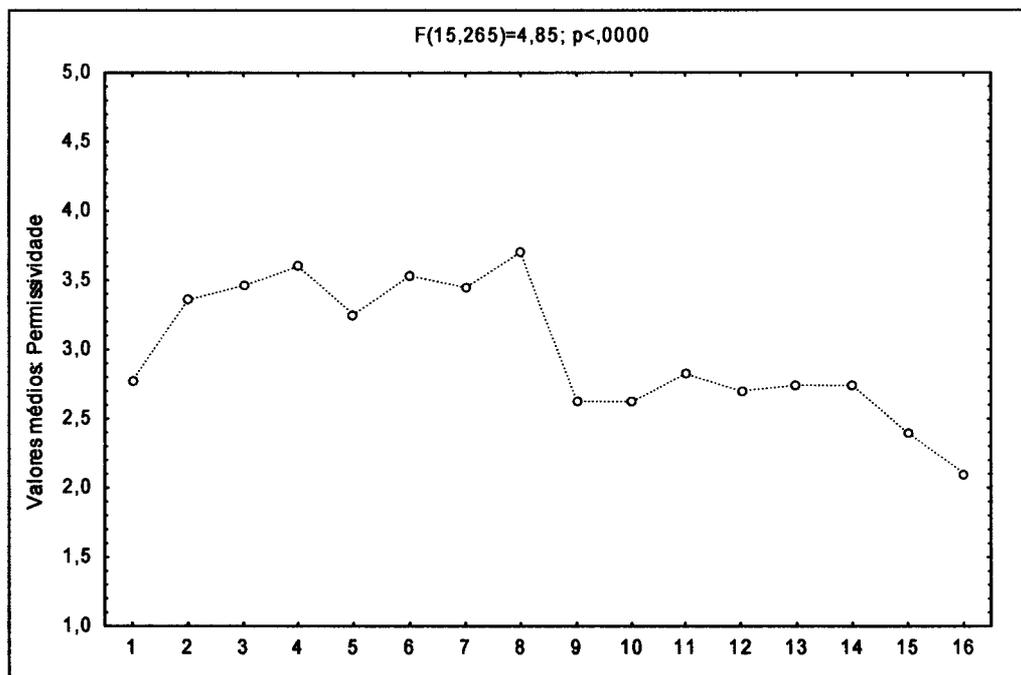
As raparigas com 18 anos residentes em meio urbano (célula 15), evidenciam média significativamente inferior aos adolescentes das células 4 ($p = 0.0255$), 6 ($p = 0.0498$) e 8 ($p = 0.0017$), respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural.

Por último, as raparigas de 18 anos do meio rural (célula 16), apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 2 ($p = 0.0150$), 3 ($p = 0.0026$), 4 ($p = 0.0007$), 5 ($p = 0.0311$), 6 ($p = 0.0017$), 7 ($p = 0.0054$) e 8 ($p < 0.0001$),

respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 15 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural.

Em relação á permissividade nas relações, as raparigas, nomeadamente as de 15 e 18 anos do meio urbano e as de 18 anos do meio rural, manifestam uma atitude desfavorável ás relações vividas num clima muito permissivo.

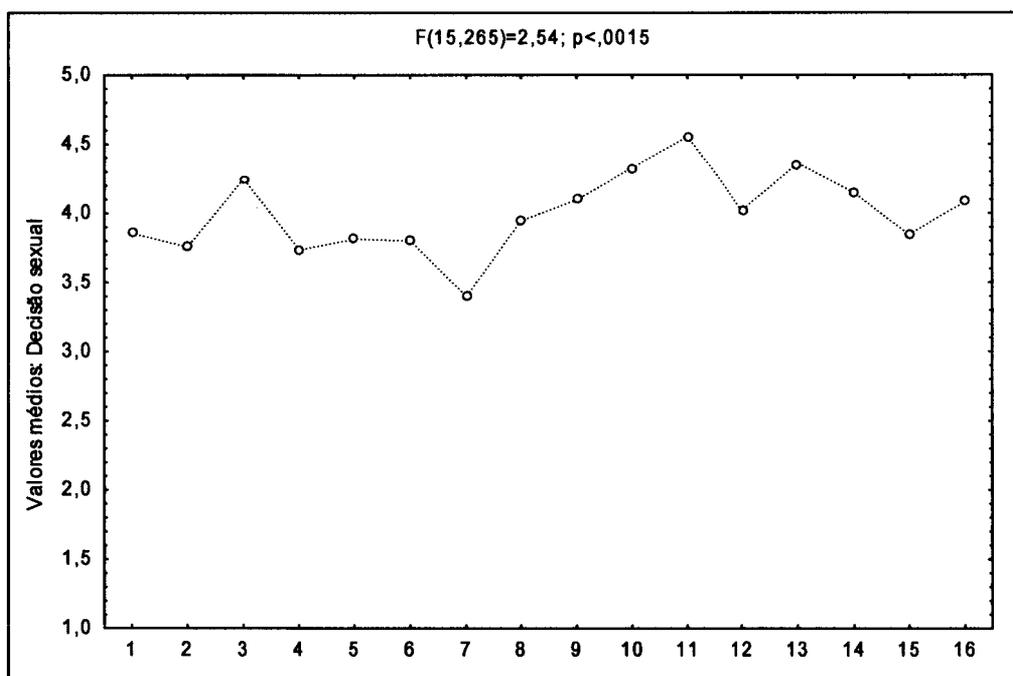
Gráfico nº13 – Comparação das médias da dimensão «permissividade nas relações» em função da célula



Comportamentos

Na dimensão «decisão sexual» verificamos que os adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio urbano (célula 7), evidenciam um valor médio significativamente inferior aos adolescentes das células 11 ($p = 0.0036$) e 13 ($p = 0.0460$), respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano.

Gráfico nº14 – Comparação das médias da dimensão «decisão sexual» em função da célula



Na dimensão “amor e afectividade” verificámos que os rapazes de 15 anos residentes em meio urbano (célula 1) apresentaram média significativamente inferior aos adolescentes da célula 13 ($p = 0.0450$), ou seja, média inferior aos adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano.

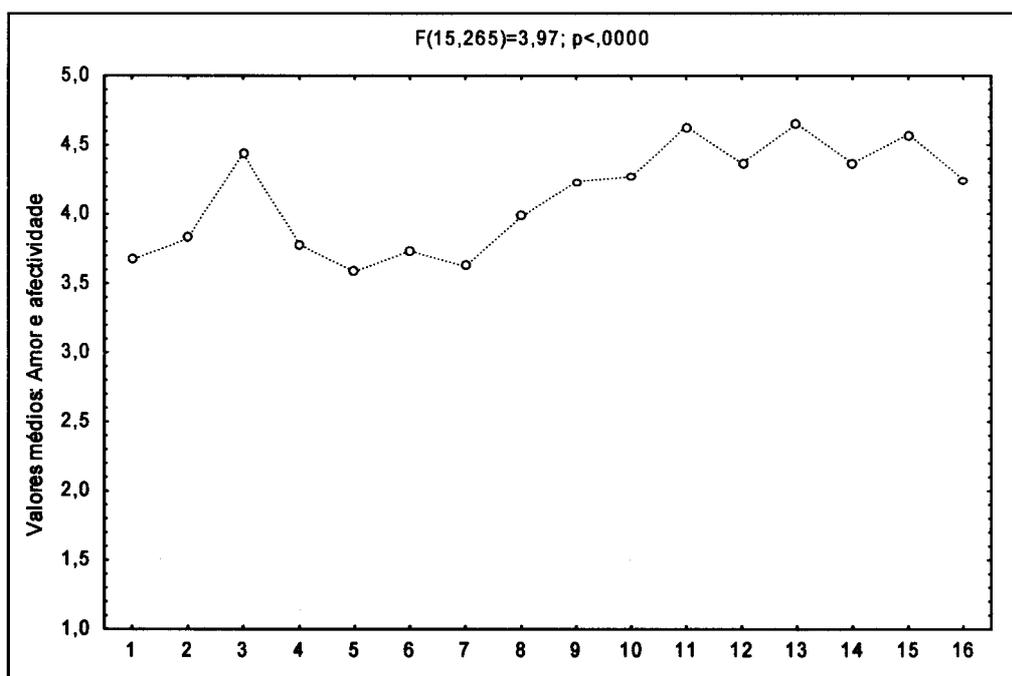
Verificamos também que os rapazes com 17 anos residentes em meio urbano (célula 5), apresentaram média significativamente inferior aos adolescentes das células

11 ($p = 0.0203$), 13 ($p = 0.0164$) e 15 ($p = 0.0407$), respectivamente, 11 – Adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano.

Constatamos ainda que os rapazes de 18 anos residentes em meio urbano (célula 7), apresentaram média significativamente inferior aos adolescentes das células 11 ($p = 0.0473$) e 13 ($p = 0.0393$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano.

Verifica-se assim que os rapazes com 15, 17 e 18 anos, residentes em zonas urbanas, são os que manifestam comportamentos menos favoráveis às relações vividas num clima de amor e afectividade.

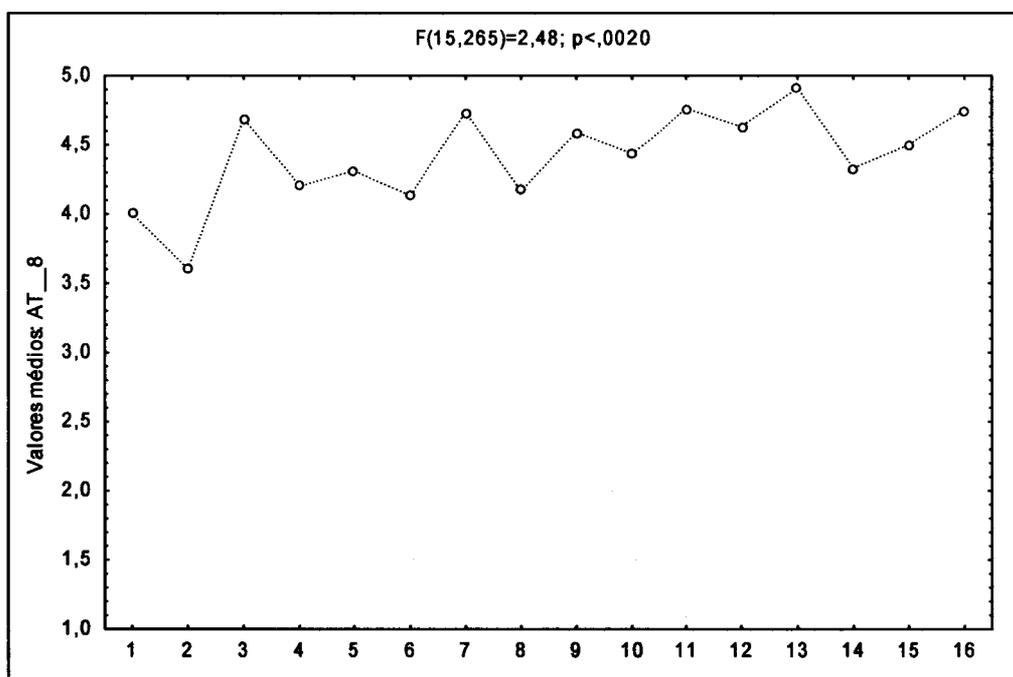
Gráfico nº15 – Comparação das médias da dimensão «amor e afectividade» em função da célula



Para os itens isolados verificou-se:

A comparação das médias do item At_08 (o uso do preservativo quebra a confiança do parceiro) em função da célula revelou que os rapazes de 15 anos do meio rural (célula 2), apresentam média significativamente inferior às médias dos adolescentes das células 7, (p = 0.0430), 11 (p = 0.0321), 13 (p = 0.0061) e 16 (p = 0.0363) que correspondem respectivamente aos adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio urbano, aos adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, aos adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano e aos adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

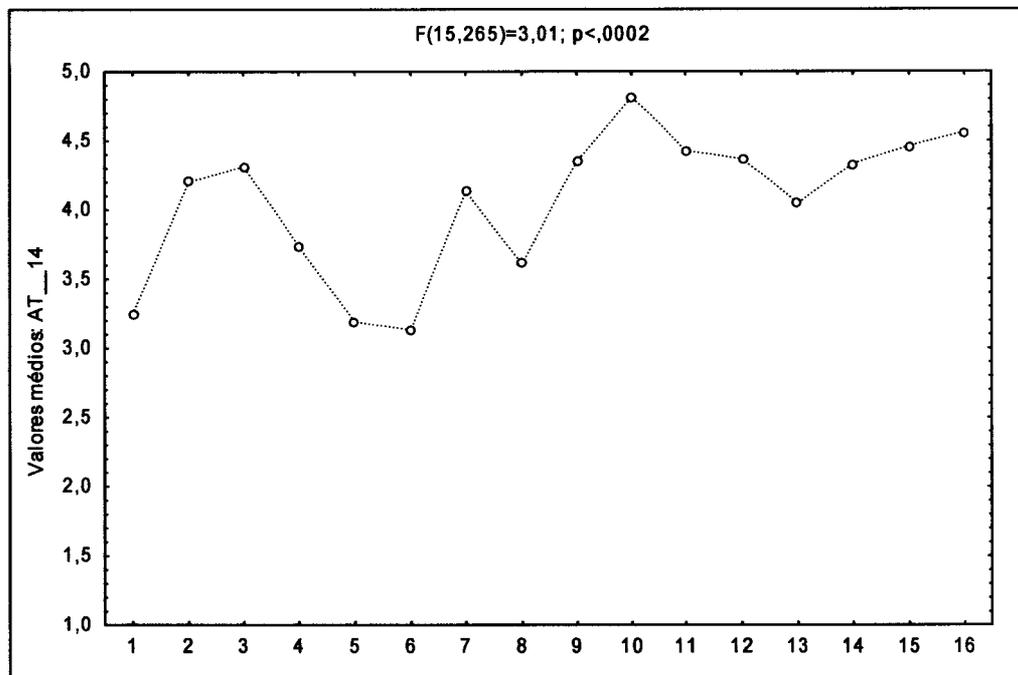
Gráfico nº16 – Comparação das médias do item At_08 (o uso do preservativo quebra a confiança do parceiro) em função da célula



Para o item At_14 (o preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica) verificamos que as raparigas com 15 anos residentes em meio rural (célula 10) evidenciam um valor médio superior aos valores médios observados para os adolescentes das células 1 (p = 0.0246), 5 (p = 0.0146) e 6 (p = 0.0145),

respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo masculino com 17 anos residentes em meio rural. Considerando que este item foi pontuado inversamente, constatamos que, como se pode observar pelo gráfico nº17, são as raparigas de 15 anos do meio rural quem manifesta uma atitude mais favorável ao uso do preservativo.

Gráfico nº17 – Comparação das médias do item At_14 (o preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica) em função da célula



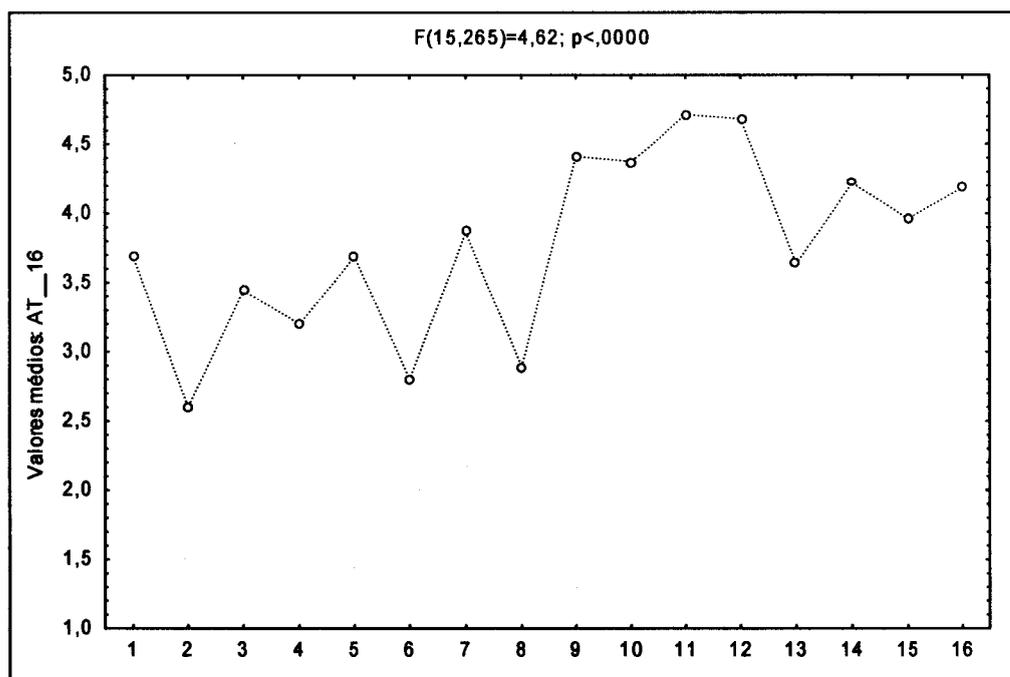
No item At_16 (as raparigas deviam comportar-se de forma diferente dos rapazes) verificamos que os adolescentes do sexo masculino com 15 anos residentes em meio rural (célula 2) apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0084$), 10 ($p = 0.0114$), 11 ($p = 0.0005$), 12 ($p = 0.0007$), 14 ($p = 0.0371$) e 16 ($p = 0.0474$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do

sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Verificamos também que os rapazes de 17 anos do meio rural (célula 6), apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0399$), 11 ($p = 0.0035$) e 12 ($p = 0.0045$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural.

Tendo em consideração que este item foi pontuado inversamente, constatamos que os rapazes de 15 e 17 anos do meio rural são, dos inquiridos, os que manifestam uma atitude menos favorável á igualdade de papéis desempenhados por rapazes e raparigas.

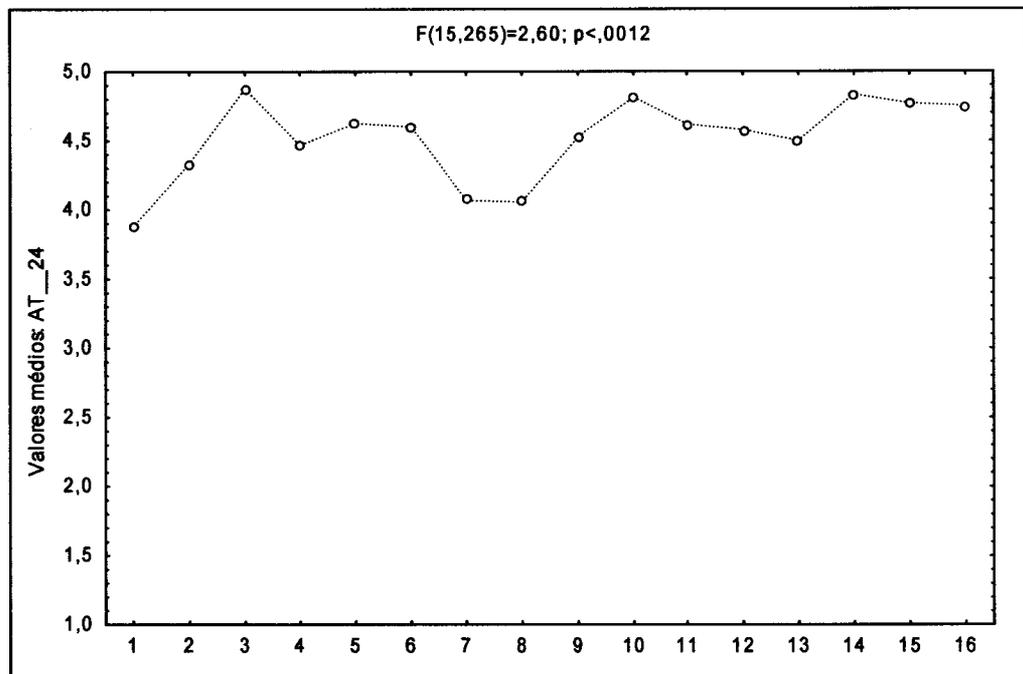
Gráfico nº18 – Comparação das médias do item At_16 (as raparigas deviam comportar-se de forma diferente dos rapazes) em função da célula



Para o item At_24 (o carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação) os adolescentes do sexo masculino com 15 anos residentes em meio urbano

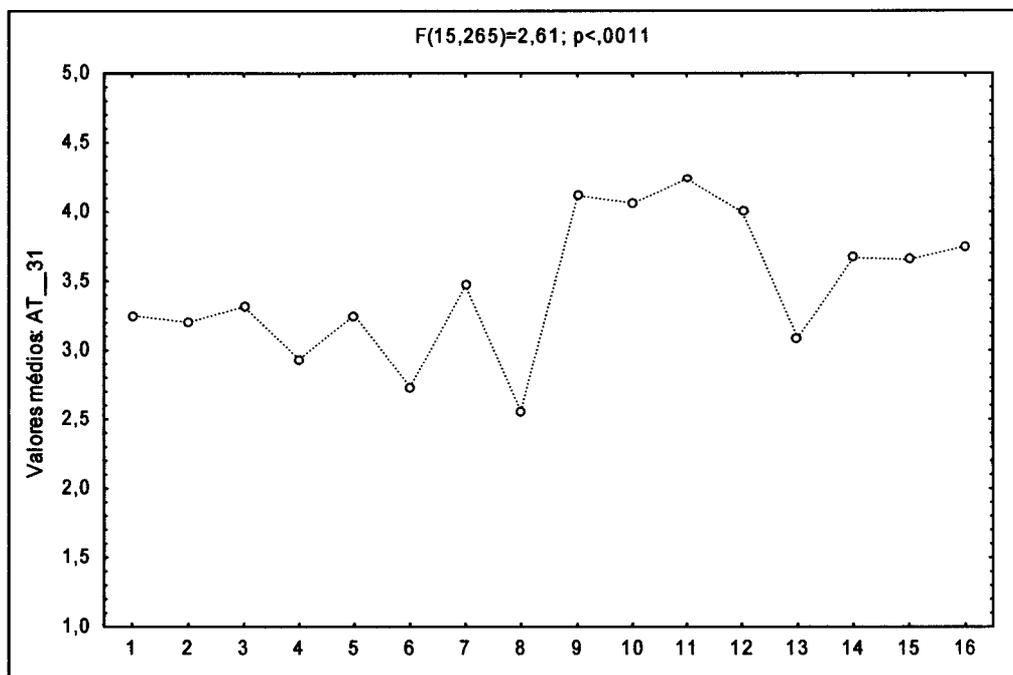
(célula 1) apresentaram média significativamente inferior aos adolescentes das células 3 ($p = 0.0172$), 10 ($p = 0.0387$) e 14 ($p = 0.0300$), respectivamente, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural.

Gráfico nº19 – Comparação das médias do item At_24 (o carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação) em função da célula



No item At_31 (o uso do preservativo diminui o prazer sexual) os adolescentes do sexo masculino com 18 anos residentes em meio rural (célula 8) apresentaram média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0416$) e 11 ($p = 0.0110$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano. São assim os rapazes de 18 anos do meio rural os que manifestam uma atitude menos favorável ao uso do preservativo considerando-o como factor de diminuição do prazer durante o acto sexual.

Gráfico nº20 – Comparação das médias do item At_31 (o uso do preservativo diminui o prazer sexual) em função da célula



Em relação aos itens do comportamento

No item Comp_34 (pratico a masturbação quando estou sozinho) verificámos que os adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano (célula 3) apresentam média significativamente superior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0052$), 12 ($p = 0.0068$), 13 ($p = 0.0380$), 14 ($p = 0.0045$), 15 ($p = 0.0210$) e 16 ($p = 0.0060$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Verificámos também que os rapazes com 16 anos residentes em meio rural (célula 4) apresentaram média significativamente superior aos adolescentes das

células 9 ($p = 0.0050$), 12 ($p = 0.0065$), 13 ($p = 0.0346$), 14 ($p = 0.0044$), 15 ($p = 0.0194$) e 16 ($p = 0.0057$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

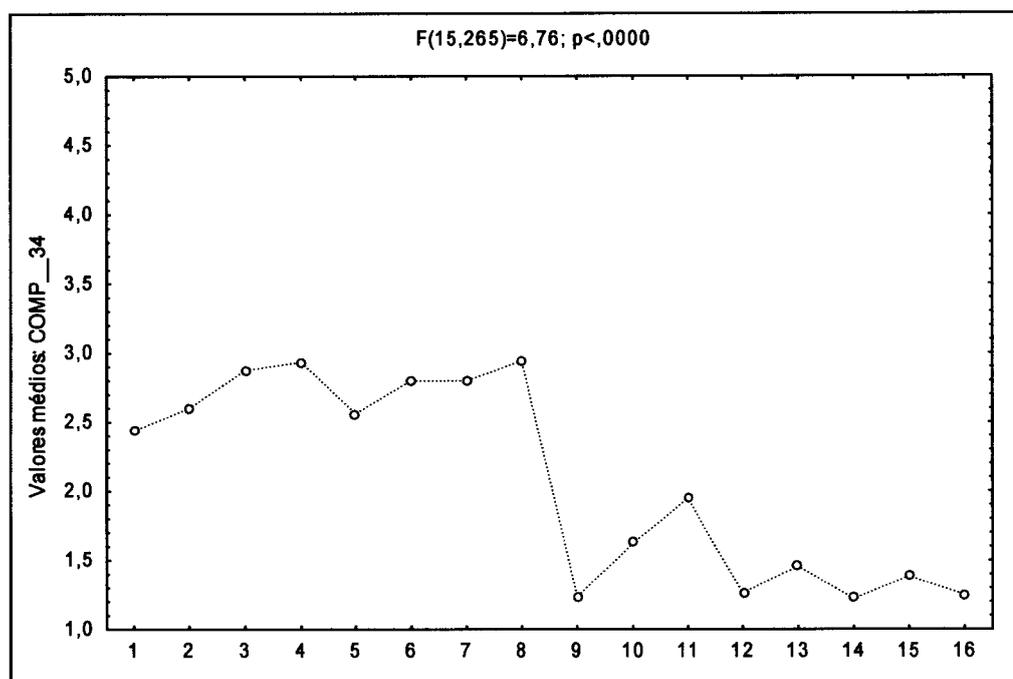
Ainda, os rapazes de 17 anos do meio rural (célula 6) evidenciam média significativamente superior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0169$), 12 ($p = 0.0214$), 14 ($p = 0.0150$) e 16 ($p = 0.0191$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Também os rapazes com 18 anos residentes em meio urbano (célula 7) apresentam média significativamente superior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0169$), 12 ($p = 0.0214$), 14 ($p = 0.0150$) e 16 ($p = 0.0191$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Finalmente os rapazes com 18 anos residentes em meio rural (célula 8) apresentaram média superior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0014$), 12 ($p = 0.0011$), 13 ($p = 0.0092$), 14 ($p = 0.0007$), 15 ($p = 0.0045$) e 16 ($p = 0.0030$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Em suma, são os rapazes, nomeadamente os de 17 e 18 anos do meio urbano e os de 16,17 e 18 anos do meio rural, quem mais refere a prática da masturbação. No entanto, a masturbação é muito pouco referida pelos adolescentes, particularmente pelas raparigas.

Gráfico nº21 – Comparação das médias do item Comp_34 (pratico a masturbação quando estou sozinho) em função da célula



A comparação das médias observadas para o item COMP_42 (se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e não quero ser envolvida/o digo “não”) revelou que os rapazes com 16 anos residentes em meio rural (célula 4) apresentam média significativamente inferior aos adolescentes pertencentes às células 9 ($p = 0.0120$), 10 ($p = 0.0368$), 11 ($p = 0.0014$), 12 ($p = 0.0097$), 13 ($p = 0.0237$), 14 ($p = 0.0171$) e 16 ($p = 0.0227$), respectivamente, a adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Os rapazes de 17 anos do meio urbano (célula 5) apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0020$), 10 ($p = 0.0082$), 11 ($p = 0.0002$), 12 ($p = 0.0017$), 13 ($p = 0.0048$), 14 ($p = 0.0033$), 15 ($p = 0.0240$) e

16 ($p = 0.0046$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

Idêntica situação se verifica com os rapazes de 17 anos do meio rural (célula 6) que apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0005$), 10 ($p = 0.0020$), 11 ($p < 0.0001$), 12 ($p = 0.0004$), 13 ($p = 0.0012$), 14 ($p = 0.0007$), 15 ($p = 0.0066$) e 16 ($p = 0.0011$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 18 anos residentes em meio rural.

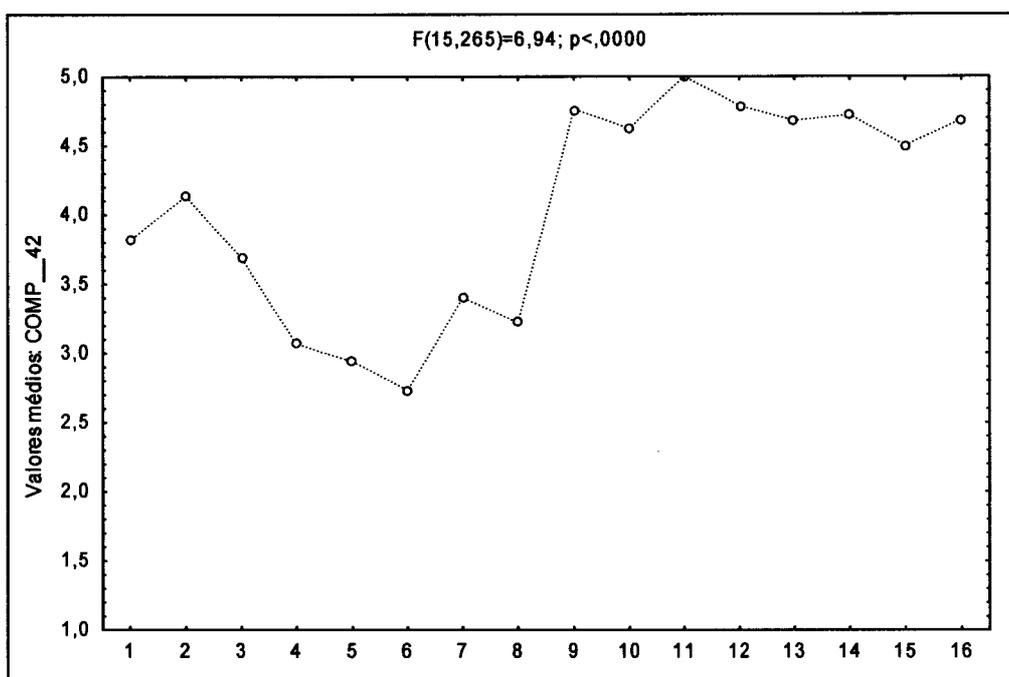
Os rapazes com 18 anos residentes em meio urbano (célula 7) apresentam média significativamente inferior aos adolescentes da célula 11 ($p = 0.0267$), ou seja, aos adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano.

Por último, os rapazes com 18 anos residentes em meio rural (célula 8) apresentam média significativamente inferior aos adolescentes das células 9 ($p = 0.0191$), 11 ($p = 0.0012$), 12 ($p = 0.010$), 13 ($p = 0.0270$) e 14 ($p = 0.0189$), respectivamente, adolescentes do sexo feminino com 15 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo masculino com 16 anos residentes em meio urbano, adolescentes do sexo feminino com 16 anos residentes em meio rural, adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio urbano e adolescentes do sexo feminino com 17 anos residentes em meio rural.

Globalmente, as raparigas, independentemente do meio de residência, manifestam grande capacidade para dizer “não” a um envolvimento sexual não

desejado. Para os rapazes verifica-se a situação inversa, a qual se torna mais evidente com o aumento da idade.

Gráfico nº22 – Comparação das médias do item Comp_42 (se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e não quero ser envolvida/o digo “não”) em função da célula



8.3.4 – Correlação entre as atitudes e os comportamentos dos adolescentes e algumas das variáveis do estudo

Na análise da correlação, que passamos a apresentar, é importante referir que a relação entre as variáveis utilizadas trata-se de uma relação recíproca, “indica-se assim que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso” (Murteira et al, 2002: 39).

Correlação Entre as Dimensões das Atitudes dos Adolescentes Face à Sexualidade e Algumas das Variáveis do Estudo

O estudo das correlações entre as dimensões das atitudes sexuais e algumas das variáveis em estudo revelou, como se pode verificar pela observação do quadro nº36, que:

Existe correlação positiva e significativa entre a idade dos adolescentes e a atitude face à «sexualidade na vida» ($r= 0.14$; $p= 0.022$).

Existe correlação negativa e muito significativa entre a idade da primeira relação sexual e a dimensão «sexualidade na vida» ($r= -0.26$; $p= 0.003$).

O número de parceiros sexuais apresenta correlação negativa e muito significativa com a dimensão «planeamento familiar» ($r= -0.30$; $p= 0.001$), correlação também negativa mas significativa com a dimensão «condutas sexuais» ($r= -0.22$; $p= 0.012$) e correlação positiva e muito significativa com a dimensão «permissividade nas relações» ($r= 0.28$; $p= 0.001$).

Existe correlação positiva e altamente significativa entre o tempo de namoro ao fim do qual os adolescentes tiveram relações sexuais e as dimensões «planeamento familiar» ($r= 0.34$; $p= 0.000$) e «condutas sexuais» ($r= 0.31$; $p= 0.000$) e correlação negativa com a dimensão «permissividade nas relações» ($r= -0.34$; $p= 0.000$).

Existe correlação positiva entre frequência de utilização de métodos contraceptivos e as dimensões «planeamento familiar» ($r= 0.20$; $p= 0.036$) e «condutas sexuais» ($r= 0.26$; $p= 0.005$), sendo a correlação significativa no primeiro caso e muito significativa no segundo. A correlação com a dimensão «permissividade nas relações» é negativa e significativa ($r= -0.23$; $p= 0.016$).

Existe correlação positiva e altamente significativa entre a atitude dos adolescentes face à aceitação de relações sexuais ocasionais (At_04) e as dimensões «sexualidade na vida» ($r= 0.28$; $p= 0.000$) e «permissividade nas relações» ($r= 0.75$; $p= 0.000$) e correlação negativa e significativa com a dimensão «planeamento familiar» ($r= -0.14$; $p= 0.019$).

Entre a opinião dos adolescentes relativamente ao facto da utilização de métodos contraceptivos dar segurança na relação (At_05) e as dimensões «planeamento familiar» e «condutas sexuais» existe correlação positiva, sendo altamente significativa no primeiro caso ($r= 0.29$; $p= 0.000$) e significativa no segundo ($r= 0.14$; $p= 0.020$).

Existe correlação positiva e altamente significativa entre a opinião dos adolescentes acerca do facto do sexo só pelo sexo ser perfeitamente aceitável (At_13)

e a atitude face á «sexualidade na vida» ($r= 0.33$; $p= 0.000$) e á «permissividade nas relações» ($r= 0.84$; $p= 0.000$).

A correlação entre a opinião dos adolescentes acerca do facto de ser correctas duas pessoas terem sexo antes do casamento (AT_15) é positiva e muito significativa com a dimensão «sexualidade na vida» ($r= 0.17$; $p= 0.005$) e também positiva mas altamente significativa com a «permissividade nas relações» ($r= 0.26$; $p= 0.000$).

Existe correlação positiva e altamente significativa entre o facto dos adolescentes só manterem um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estão apaixonados (Comp_37) e a dimensão «planeamento familiar» ($r= 0.25$; $p= 0.000$) e correlação negativa também altamente significativa com a dimensão «permissividade nas relações» ($r= -0.30$; $p= 0.000$).

Existe correlação positiva e altamente significativa entre o facto dos adolescentes praticarem masturbação com o(a) namorado(a) (Comp_41) e a «permissividade nas relações» ($r= 0.23$; $p= 0.000$).

Existe correlação negativa e significativa entre as respostas dos adolescentes perante a afirmação de que falam com os seus amigos sobre controle da natalidade (Comp_47) e os resultados da dimensão «permissividade nas relações» ($r= -0.15$; $p= 0.013$).

Quadro nº36 - Correlações entre as dimensões das atitudes face à sexualidade e algumas variáveis do estudo

Dimensões	Sexualidade na vida		Planeamento familiar		Condutas sexuais adolescentes		Permissividade nas relações	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Idade	+0.14	0.022	+0.01	0.919	-0.03	0.652	-0.01	0.918
Idade da primeira relação sexual	-0.26	0.003	+0.16	0.069	+0.09	0.332	-0.15	0.088
Nº de parceiros sexuais	+0.07	0.438	-0.30	0.001	-0.22	0.012	+0.28	0.001
Tempo de namoro ao fim do qual teve relações sexuais	-0.17	0.053	+0.34	0.000	+0.31	0.000	-0.34	0.000
Frequência de utilização de métodos contraceptivos	+0.02	0.851	+0.20	0.036	+0.26	0.005	-0.23	0.016
Informação sobre a sexualidade	+0.05	0.368	-0.03	0.585	+0.07	0.214	-0.02	0.710
AT_04 (As relações sexuais ocasionais são aceitáveis)	+0.28	0.000	-0.14	0.019	-0.10	0.095	+0.75	0.000
AT_05 (A utilização de métodos contraceptivos dá segurança na relação)	+0.08	0.154	+0.29	0.000	+0.14	0.020	-0.05	0.402
AT_13 (O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável)	+0.33	0.000	-0.11	0.057	-0.09	0.138	+0.84	0.000
AT_15 (É correcto ter sexo antes do casamento)	+0.17	0.005	+0.03	0.662	+0.04	0.483	+0.26	0.000
COMP_37 (Só mantenho um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estou apaixonado/a)	-0.08	0.175	+0.25	0.000	+0.21	0.000	-0.30	0.000
COMP_41 (Pratico a masturbação com o meu/minha namorado/namorada)	+0.12	0.052	-0.24	0.069	-0.11	0.069	+0.23	0.000
COMP_43 (Vivo a sexualidade numa relação afectiva partilhada em igualdade)	+0.04	0.484	+0.25	0.000	+0.32	0.000	-0.12	0.042
COMP_44 (Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da Sida e outras doenças sexualmente transmissíveis)	+0.01	0.857	+0.11	0.065	+0.07	0.233	+0.01	0.921
COMP_47 (Falo com os meus amigos sobre controle da natalidade)	-0.10	0.081	+0.07	0.222	+0.10	0.089	-0.15	0.013

Correlação Entre as Dimensões do Comportamento dos Adolescentes Face à Sexualidade e Algumas das Variáveis do Estudo

Entre a idade dos adolescentes e as dimensões dos comportamentos sexuais não existe qualquer relação significativa, mas entre a idade da primeira relação sexual e a dimensão «amor e afectividade» existe correlação positiva e muito significativa ($r=0.38$; $p=0.001$).

Entre o número de parceiros sexuais e as dimensões «decisão sexual» e «amor e afectividade» existe correlação negativa, sendo muito significativa no primeiro caso ($r=-0.27$; $p=0.002$) e altamente significativa no segundo ($r=-0.35$; $p=0.000$).

O tempo de namoro ao fim do qual os adolescentes tiveram relações sexuais com o seu (sua) namorado(a) está positivamente relacionado com as dimensões dos comportamentos sexuais. Verificamos que a correlação com a dimensão «decisão sexual» é muito significativa ($r=0.26$; $p=0.003$), com a «comunicação» é significativa ($r=0.21$; $p=0.016$) e com o «amor e afectividade» é altamente significativa ($r=0.40$; $p=0.000$).

Entre a frequência de utilização de métodos contraceptivos e as dimensões dos comportamentos sexuais existe correlação positiva, sendo a correlação altamente significativa com a dimensão «decisão sexual» ($r=0.33$; $p=0.000$) e com a «comunicação» ($r=0.34$; $p=0.000$) e muito significativa com o «amor e efectividade» ($r=0.30$; $p=0.001$).

A informação que os adolescentes consideram possuir sobre a sexualidade está positivamente correlacionada com a dimensão «comunicação» ($r=0.13$; $p=0.033$), sendo a correlação significativa.

Existe correlação negativa e muito significativa entre a atitude dos adolescentes face à aceitação de relações sexuais ocasionais (At_04) e a dimensão «amor e afectividade» ($r=-0.18$; $p=0.003$).

Existe correlação negativa e muito significativa entre a opinião dos adolescentes acerca do facto do sexo só pelo sexo ser perfeitamente aceitável (At_13) e a dimensão «amor e afectividade» ($r=-0.17$; $p=0.005$).

Existe correlação positiva e altamente significativa entre o facto dos adolescentes só manterem um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estão apaixonados (Comp_37) e as dimensões «decisão sexual» ($r=0.31$; $p=0.000$) e «amor e afectividade» ($r=0.74$; $p=0.000$).

Existe também correlação positiva e altamente significativa entre o facto dos adolescentes praticarem masturbação com o(a) namorado(a) (Comp_41) e a dimensão «comunicação» ($r= 0.21$; $p= 0.000$).

As respostas dos adolescentes perante o facto de viverem a sexualidade numa relação afectiva, de uma forma responsável, partilhada e em igualdade (Comp_43) estão positivamente correlacionadas com os resultados de todas as dimensões do comportamento sexual. A correlação é altamente significativa com as dimensões «decisão sexual» ($r= 0.52$; $p= 0.000$) e «amor e afectividade» ($r= 0.78$; $p= 0.000$) e muito significativa com a dimensão «comunicação» ($r= 0.16$; $p= 0.007$).

Idêntica situação se verifica com a correlação existente entre as respostas dos adolescentes perante o facto de usarem preservativo quando têm contactos sexuais mais íntimos para se protegerem da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis (Comp_44) e as dimensões dos comportamentos sexuais.

Existe correlação positiva entre as respostas dos adolescentes perante a afirmação de que falam com os seus amigos sobre controlo da natalidade (Comp_47) e os resultados das dimensões «decisão sexual», «comunicação» e «amor e afectividade». A correlação é altamente significativa nos dois primeiros casos, ($r= 0.26$; $p= 0.000$) e ($r= 0.82$; $p= 0.000$) respectivamente, e significativa no terceiro ($r= 0.13$; $p= 0.034$).

Quadro nº37 - Correlações entre as dimensões do comportamento sexual e algumas variáveis do estudo

Dimensões Variáveis	Decisão sexual		Comunicação		Amor afectividade ^e	
	r	p	r	p	r	p
Idade	-0.10	0.099	-0.07	0.215	+0.03	0.563
Idade da primeira relação sexual	+0.03	0.739	+0.04	0.615	+0.38	0.001
Nº de parceiros sexuais	-0.27	0.002	-0.14	0.107	-0.35	0.000
Tempo de namoro ao fim do qual teve relações sexuais	+0.26	0.003	+0.21	0.016	+0.40	0.000
Frequência de utilização de métodos contraceptivos	+0.33	0.000	+0.34	0.000	+0.30	0.001
Informação sobre a sexualidade	+0.07	0.215	+0.13	0.033	+0.05	0.405
AT_04 (As relações sexuais ocasionais são aceitáveis)	-0.05	0.435	+0.01	0.966	-0.18	0.003
AT_05 (A utilização de métodos contraceptivos dá segurança na relação)	+0.06	0.354	+0.11	0.067	+0.11	0.066
AT_13 (O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável)	-0.09	0.138	-0.02	0.783	-0.17	0.005
AT_15 (É correcto ter sexo antes do casamento)	-0.01	0.832	+0.13	0.029	+0.02	0.726
COMP_37 (Só mantenho um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estou apaixonado/a)	+0.31	0.000	+0.08	0.192	+0.74	0.000
COMP_41 (Pratico a masturbação com o meu/minha namorado/namorada)	-0.08	0.171	+0.21	0.000	-0.01	0.909
COMP_43 (Vivo a sexualidade numa relação afectiva partilhada em igualdade)	+0.52	0.000	+0.16	0.007	+0.788	0.000
COMP_44 (Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da Sida e outras doenças sexualmente transmissíveis)	+0.39	0.000	+0.21	0.001	+0.24	0.000
COMP_47 (Falo com os meus amigos sobre controle da natalidade)	+0.26	0.000	+0.82	0.000	+0.13	0.034

Correlações Entre as Dimensões da Atitude e do Comportamento Sexual

O estudo das correlações entre as dimensões das atitudes e dos comportamentos sexuais revelou que:

Existe correlação positiva e muito significativa entre a dimensão «sexualidade na vida» e a dimensão «permissividade nas relações» ($r= 0.36$; $p= 0.000$).

Existe correlação positiva e muito significativa entre a dimensão «planeamento familiar e as dimensões: «condutas sexuais» ($r= 0.35$; $p= 0.000$) «decisão sexual» ($r= 0.26$; $p= 0.000$ e «amor e afectividade» ($r= 0.33$; $p= 0.000$) e correlação negativa com a dimensão «permissividade nas relações» ($r= -0.19$; $p= 0.001$).

Existe correlação positiva e muito significativa entre a dimensão «condutas sexuais» e as dimensões «decisão sexual» ($r= 0.28$; $p= 0.000$) e «amor e afectividade» ($r= 0.37$; $p= 0.000$).

Existe correlação negativa e muito significativa entre a dimensão «permissividade nas relações» e a dimensão «amor e afectividade» ($r= -0.24$; $p= 0.000$).

Existe correlação positiva e muito significativa entre a dimensão «decisão sexual e as dimensões «comunicação» ($r= 0.29$; $p= 0.000$) e «amor e afectividade» ($r= 0.52$; $p= 0.000$).

Quadro nº38 - Correlações entre as dimensões da atitude e do comportamento sexual

	Sexualidade na vida		Planeamento familiar		Condutas sexuais		Permissividade nas relações		Decisão sexual		Comunicação		Amor e Afectividade	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Sexualidade na vida	+1	—	+0.04	0.501	+0.05	0.432	+0.36	0.000	+0.00	0.983	-0.02	0.695	+0.00	0.947
Planeamento familiar	+0.04	0.501	+1	—	+0.35	0.000	-0.19	0.001	+0.26	0.000	+0.06	0.290	+0.33	0.000
Condutas sexuais	+0.05	0.432	+0.35	0.000	+1	—	-0.13	0.027	+0.28	0.000	+0.08	0.167	+0.37	0.000
Permissividade nas relações	+0.36	0.000	-0.19	0.001	-0.13	0.027	+1	—	-0.11	0.068	-0.06	0.339	-0.24	0.000
Decisão sexual	+0.00	0.983	+0.26	0.000	+0.28	0.000	-0.11	0.068	+1	—	+0.29	0.000	+0.52	0.000
Comunicação	-0.02	0.695	+0.06	0.290	+0.09	0.167	-0.06	0.339	+0.29	0.000	+1	—	+0.18	0.003
Amor e Afectividade	+0.00	0.947	+0.33	0.000	+0.37	0.000	-0.24	0.000	+0.52	0.000	+0.18	0.003	+1	—

Dimensões do questionário de atitudes sexuais: «sexualidade na vida», «planeamento familiar», «condutas sexuais» e «permissividade nas relações».

Dimensões do questionário de comportamentos sexuais: «decisão sexual», «comunicação» e «amor e afectividade»

9 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A sexualidade humana, é um dos domínios em que, de uma forma muito marcada, se encontram entrelaçados aspectos de ordem biológica, psicológica e sociocultural, cuja influência é determinante de atitudes e comportamentos.

Numa fase em que cada vez mais se valoriza a importância da sexualidade no adolescente e em que esta tomada de consciência põe em causa os valores morais tradicionais, desencadeando reacções de temor em muitos adultos, parece útil reflectir sobre os resultados obtidos.

Não se pode deixar de fazer referência à selecção da amostra. Se por um lado, procuramos garantir a sua uniformidade ao incluirmos apenas adolescentes escolarizados, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos de idade inclusive e, de certo modo, podermos controlar as variáveis concorrentes, ao circunscrevermos a amostra apenas a adolescentes escolarizados não se poderão inferir os resultados para outros adolescentes, sendo mais cauteloso restringir os resultados para os adolescentes contemplados neste estudo.

Como as variáveis a estudar envolviam dimensões afectivas do comportamento, consideramos que o método de recolha de dados (questionário) utilizado foi o mais adequado. As respostas obtidas através do instrumento de recolha de dados, sobre as práticas sexuais devem ser lidas predominantemente como declarações. Pois se é certo que remetem para práticas comportamentais concretas e com elas têm alguma correspondência, devem estas ser tomadas como respostas tendencialmente adequadas ao que o inquirido espera que seja a resposta socialmente correcta.

Reportando-nos ao referencial teórico ficou claro, que a convergência de padrões sexuais está longe de ser absoluta, persistindo ainda crenças tradicionais sobre o comportamento sexual dos rapazes e das raparigas; o primeiro orientado pelos valores da virilidade enquanto que, a sexualidade feminina continua subordinada a uma lógica de preservação. Deste modo as respostas dos jovens, do sexo feminino e do sexo masculino, não podem igualmente ser desligadas dos estereótipos dominantes sobre o que se pensa que deve ser, respectivamente, o comportamento sexual do rapaz e da

rapariga. A sociedade portuguesa parece ser mais culpabilizante e negativa quanto à sexualidade feminina.

Com base nos dados verificamos que os adolescentes inquiridos (com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos) apresentam uma média de idades de 16.6 anos, com predomínio do sexo feminino (55.2%). Destes adolescentes, 46.3% frequentam o 10º ano de escolaridade, 28.8% o 11º e 24.9% o 12º.

Quanto à proveniência, 53.0% são oriundos do meio urbano e 47.0% de zonas rurais.

No que concerne aos pais dos adolescentes têm, em média, idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos e possuem como grau de escolaridade, predominantemente, o ensino preparatório. Tendo em conta o nível de escolaridade dos pais com maior representatividade (ensino preparatório), pensamos que a sua influência ao nível da educação sexual dos filhos poderá ser reduzida, uma vez que, poderão não estar preparados para abordar estes temas. Este facto poderá contrariar a necessidade de uma educação sexual a começar “(...) quanto mais cedo melhor” (Almeida, 1987: 199).

Caracterização das Atitudes dos Indivíduos Face à Sexualidade

Pela análise dos dados considerados para avaliar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, constatou-se que estes assumiram maioritariamente posições liberais. Esta posição atitudinal vai de encontro ao referido por Lopez e Fuertes (1999) segundo os quais actualmente a atitude predominante é a que caracteriza uma sociedade liberal.

As pessoas que têm atitudes liberais aceitam a sexualidade como um acto humano positivo e estão preparadas mental, afectiva e socialmente a viver a sua sexualidade e a aceitar que os outros vivam também a sua, ainda que diferente.

◆ Atitude relativamente à «sexualidade na vida»

Maioritariamente os jovens manifestam uma atitude liberal em relação à sexualidade na vida, existindo porém diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas, apresentando os rapazes médias mais elevadas do que as raparigas, revelando assim uma maior valorização da sexualidade como dimensão fundamental do ser

humano e como aspecto necessário à vida. Verifica-se ainda que as raparigas com 15 anos, tanto do meio rural como urbano, são as que menos valor atribuem à sexualidade na vida.

É assim evidente a influência do género na valorização da sexualidade. De facto o género parece influenciar a forma como os jovens da nossa amostra percebem a sexualidade o que, como foi referido na revisão da literatura, poderá ser consequência dos diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual de uns e de outros, criando entre eles atitudes diferentes.

Por outro lado, verificou-se ainda que existe associação positiva forte entre a atitude face à sexualidade na vida e a idade dos adolescentes e associação negativa, mas também forte, com a idade da primeira relação sexual.

♦ Atitude relativamente ao «planeamento familiar»

Em relação ao planeamento familiar a atitude dos jovens também é predominantemente liberal.

As raparigas, tanto do meio urbano como rural, manifestam uma atitude extremamente favorável ao planeamento familiar. Das raparigas do meio urbano, 95.3% manifestam uma atitude liberal e das do meio rural a percentagem é de 100%.

Pela comparação das médias das respostas dos adolescentes, constatou-se que, globalmente, as raparigas, manifestam uma atitude, face ao planeamento familiar, mais favorável do que os rapazes. Parece estar aqui evidente o sustentado por Ferreira (1996), segundo o qual muitos rapazes sexualmente activos não se importam com as consequências da sua actividade sexual, cabendo-lhes a eles a iniciativa e a elas a responsabilidade pelo que possa acontecer.

Podemos afirmar que, sendo os adolescentes favoráveis ao planeamento familiar, as raparigas possuem atitudes mais valorizadoras que os rapazes. Parece assim, que as raparigas continuam ainda a sentir o planeamento familiar como uma responsabilidade que lhes compete mais a elas que aos rapazes.

Verificou-se ainda uma associação positiva forte entre a atitude face ao planeamento familiar e o tempo de namoro ao fim do qual os adolescentes tiveram relações sexuais com o seu (sua) namorado(a), a frequência de utilização de métodos contraceptivos e o facto dos adolescentes só manterem um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estão apaixonados e uma associação negativa forte com o

número de parceiros sexuais. Constatou-se ainda, uma associação positiva forte com a atitude face às «condutas sexuais» e os comportamentos no que concerne à «decisão sexual» e ao «amor e afectividade» e uma associação negativa com a atitude face à «permissividade nas relações».

◆ Atitude relativamente às «condutas sexuais»

Em relação às «condutas sexuais», nomeadamente homossexualidade e escolha da orientação sexual, 74.1% dos jovens manifestam atitudes liberais, 17.1% atitudes conservadoras e 8.2% atitudes tolerantes. São os rapazes que manifestam atitudes mais conservadoras em relação a esta dimensão, sendo destes 31.8% do meio rural e 25.4% do meio urbano.

Através da comparação das médias, constatou-se que os rapazes, com 16 anos de idade do meio rural, apresentam média significativamente inferior, no que concerne às «condutas sexuais», às raparigas do meio rural e aos rapazes de 16 e raparigas de 17 anos do meio urbano.

Globalmente os inquiridos do sexo feminino manifestam uma atitude mais favorável a esta dimensão do que os do sexo masculino. O que parece estar de acordo com o referido na revisão da literatura. Assim, no estudo de Miguel e Vilar (1987), 54.2% dos rapazes e 52.8% das raparigas consideram que a sociedade deve proibir a homossexualidade. Ainda segundo Menezes (1990) a permissividade, no que diz respeito à homossexualidade parece ser influenciada pelo nível sócio-económico e pela idade, pelo que os jovens mais velhos e pertencentes a classes economicamente mais favorecidas aceitam melhor as práticas homossexuais.

A atitude face às condutas sexuais associa-se positivamente com as dimensões «decisão sexual» e «amor e afectividade» e negativamente com o número de parceiros sexuais.

◆ Atitude relativamente à «permissividade nas relações»

Na dimensão «permissividade nas relações», verificou-se a existência de uma grande percentagem de jovens com atitudes conservadoras, concretamente 42.7%. No entanto, as atitudes liberais sobrepõem-se às conservadoras, sendo a percentagem de liberais de 44.5%.

Através da comparação das médias verificou-se ainda que as raparigas com 15 e 17 anos do meio urbano e as de 18 do meio rural, evidenciam média significativamente inferior, face à «permissividade nas relações», aos rapazes de 15, 16, 17 e 18 anos de idade do meio rural e rapazes de 16,17 e 18 anos do meio urbano

Globalmente os inquiridos do meio urbano manifestam uma atitude predominantemente conservadora, 50.3%, seguido de 39.6% que manifestam atitudes liberais e apenas 11.0% atitudes de tolerância. Nos jovens do meio rural verifica-se o inverso, ou seja, 50.0% manifestam atitudes liberais, 34.1% atitudes conservadoras e 15.9% atitudes de tolerância.

São principalmente as raparigas que manifestam atitudes mais conservadoras em relação à permissividade nos relacionamentos. Apesar disso, 31.0% das raparigas manifestou atitudes liberais, o que leva a pensar que a adesão ao “sexo só pelo sexo” e às “relações sexuais ocasionais” deixou de ser exclusivamente masculina.

Estes dados vão de encontro aos do estudo de Nodin (2001), segundo o qual na região Alentejo quando comparada com as restantes zonas territoriais estudadas (Norte, Lisboa e Algarve), encontra-se uma percentagem significativamente superior de parceiros ocasionais (39.2%) e inferior de parceiros considerados fixos (55.8%).

◆ Atitude relativamente ao uso do preservativo

Através das respostas dos adolescentes aos itens que reflectem a atitude face ao uso do preservativo, nomeadamente “o uso do preservativo quebra a confiança do parceiro” (At_8), “o preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica” (At_14) e “o uso do preservativo diminui o prazer sexual” (At_31), constatou-se que, globalmente, os jovens manifestam uma atitude favorável ao seu uso.

No entanto, no item “o uso do preservativo diminui o prazer sexual” (At_31), os jovens posicionaram-se em média no nível 3.48, com um desvio padrão de 1.36. Pela comparação das médias das respostas em função da idade, sexo e zona de residência verificou-se que são os rapazes, nomeadamente os de 16,17 e 18 anos residentes em meio rural os que manifestam uma atitude menos favorável ao uso do preservativo na medida em que associam o seu uso à diminuição do prazer na relação sexual.

Parece assim, transparecer ainda a crença entre os jovens de que o preservativo diminui o prazer sexual.

Estes resultados parecem estar de acordo com os de outros estudos (Hart, 1975; Felman e Santora, 1981; Crujel, 1964) que permitiram concluir que a subutilização do preservativo pelos homens estava associado por um lado à falta de rápido acesso, à ausência de planeamento da relação sexual e ao uso do álcool antes da relação (ou consumo de droga), por outro lado estava dependente das crenças de que o preservativo reduzia o prazer sexual, que poderia ser ofensivo para o parceiro, que era imoral ou antinatural usá-lo (Lucas, 1993).

Considerando apenas as raparigas verificou-se diferenças significativas ($p < 0.05$) ao nível deste item (At_31). As adolescentes com 17 e 18 anos de idade apresentam um valor médio inferior ao valor médio observado para as adolescentes com 15 e 16 anos. Assim, entre as raparigas, são as que têm mais idade que manifestam uma atitude menos favorável ao uso do preservativo, relacionando o uso deste à diminuição do prazer na relação sexual. Pensamos que este facto poderá estar relacionado com a criação de relacionamentos mais estáveis e duradouros por parte das raparigas, nesta fase do desenvolvimento, o que poderá conduzir à necessidade de vivenciarem plenamente todas as experiências que lhes são proporcionadas, considerando o preservativo como algo impeditivo dessa vivência.

Ainda no que concerne às atitudes face à sexualidade, verificaram-se diferenças significativas entre as médias das respostas dos adolescentes em alguns itens do questionário. Das diferenças mais significativas destacam-se, entre os adolescentes do sexo masculino, a existência de diferenças significativas ($p < 0.05$) ao nível dos itens: “o uso do preservativo quebra a confiança do companheiro” (At_08); “é correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento” (At_15); “o namoro não faz sentido sem amor” (At_21) e “o carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação” (At_24).

Verificou-se que nos itens “o uso do preservativo quebra a confiança do companheiro”, “o namoro não faz sentido sem amor” e “o carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação” os adolescentes de 15 anos apresentam um valor médio inferior ao dos adolescentes das restantes idades. Isto leva-nos a inferir que os rapazes mais novos da nossa amostra não manifestam uma atitude muito favorável ao uso do preservativo nas relações sexuais (associando o uso deste à quebra da confiança do parceiro), nem aos relacionamentos investidos de amor. O que poderá ter a ver com o facto destes jovens, com 15 anos de idade, se encontrarem ainda, como refere Fenwick

e Smith (1995), numa fase inicial de aceitação da própria sexualidade, criando relacionamentos sexuais que envolvem sentimentos que talvez até aí nunca tenha tido de enfrentar.

Em relação ao item “é correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento” os adolescentes com 18 anos são os que apresentam o valor médio superior, pelo que podemos dizer que os rapazes desta idade manifestam uma atitude muito favorável às relações sexuais pré matrimoniais.

Verificaram-se ainda diferenças significativas entre as médias das respostas dos adolescentes das diferentes idades, género e zona de residência em alguns itens do questionário de atitudes sexuais, salientando-se as diferenças encontradas face ao item “as raparigas deviam comportar-se de forma diferente dos rapazes” (At_16) que reflecte a atitude face aos papéis de género.

Relativamente a este item, (At_16), constatou-se que os adolescentes do sexo masculino não manifestam uma atitude favorável à igualdade de papéis atribuídos ao sexo masculino e feminino. Destes, são principalmente os rapazes do meio rural que mais desfavoravelmente se manifestam em relação à possibilidade de igualdade de papéis entre os sexos. Por sua vez as raparigas, manifestam globalmente, uma atitude favorável à igualdade de papéis, sendo, no entanto, as mais velhas que manifestam uma atitude menos favorável a esta igualdade.

Estes resultados parecem ir ao encontro dos resultados encontrados num estudo realizado em Portugal (Amâncio, 1994, citado por Neto et al, 1999), com estudantes universitários, o qual revelou a associação do masculino à dominância e à instrumentalidade e o feminino à submissão e expressividade, verificando-se ainda um maior número de traços masculinos valorizados positivamente.

Comportamentos sexuais dos Indivíduos

Perante os dados considerados para avaliar os comportamentos dos adolescentes face à sexualidade constatou-se que:

Relativamente à dimensão «decisão sexual» os adolescentes manifestam capacidade de decidir com responsabilidade no que concerne aos comportamentos de índole sexual, posicionando-se em média no nível 4.02.

Pela comparação de médias, verificou-se que os rapazes de 18 anos do meio urbano, apresentam média significativamente inferior às raparigas de 16 e 17 anos também da zona urbana. São os rapazes de 18 anos do meio urbano quem evidencia menor capacidade de reflexão, ponderação e decisão sobre os aspectos relacionados com o seu comportamento sexual.

Globalmente, as raparigas manifestam possuir maior capacidade, do que os rapazes, de decisão sobre os aspectos relacionados com a sexualidade.

Na dimensão «comunicação», os jovens posicionaram-se em média no nível 2.75 o que revela que o diálogo, com os parceiros sobre aspectos relacionados com a sexualidade e com os amigos especificamente sobre controlo da natalidade, não é uma prática corrente dos jovens.

Em relação à dimensão «amor e afectividade» constata-se que os inquiridos valorizam os aspectos da afectividade nos seus relacionamentos. Em média os jovens posicionam-se no nível 4.17.

Pela comparação de médias, verificaram-se médias significativamente inferiores:

- Nos rapazes com 15 anos do meio urbano em relação as raparigas com 17 anos também do meio urbano.
- Nos rapazes com 17 anos do meio urbano em relação aos rapazes de 16 anos e as raparigas de 17 e 18 anos do mesmo meio.
- Nos rapazes com 18 anos do meio urbano em relação as raparigas com 17 e 18 anos do mesmo meio.

São assim os rapazes de 15,17 e 18 anos do meio urbano quem manifesta um comportamento menos favorável à vivência das relações num clima de amor.

Globalmente, as raparigas manifestam comportamentos mais favoráveis ao amor e à afectividade nos seus relacionamentos. Efectivamente, como referido na literatura, os rapazes são muito interessados sexualmente mas pouco exigentes no que diz respeito à qualidade afectiva dos seus relacionamentos, verificando-se o inverso nas raparigas.

Relativamente à prática da masturbação, verificou-se pelas respostas aos itens: “pratico a masturbação quando estou sozinho” (Comp_34) e “pratico a masturbação

com meu/minha namorado/a” (Comp_41), que esta é uma prática pouco utilizada pelos inquiridos.

Verificou-se ainda que existem diferenças significativas entre as médias das respostas dos adolescentes das diferentes idades e género em relação a este item, sendo os adolescentes com 15 anos, tanto rapazes como raparigas, quem menos refere esta prática. Constatação importante, pois como refere Menezes (1990) os adolescentes sexualmente activos tendem a masturbar-se mais frequentemente do que os não activos e nas raparigas a masturbação tende a ser descoberta solitariamente e a suceder à experiência de coito.

A maioria dos jovens com 15 anos de idade, que constituem a amostra do estudo, ainda não se iniciou sexualmente, pelo que, possivelmente também não praticam muito a masturbação. Particularmente as raparigas, muitas delas, poderão mesmo ainda não ter experimentado esta prática.

Relações Íntimas

Relativamente às relações íntimas dos adolescentes, os dados obtidos permitiram saber que a quase totalidade dos jovens inquiridos tinha ou já teve pelo menos uma relação de namoro.

A maioria dos respondentes (55.5%), afirmaram ainda não ter tido relações sexuais, facto que se verifica tanto para os adolescentes do meio urbano como rural.

Considerando o género, 46.8% dos rapazes e 43.2% das raparigas do estudo são sexualmente activos.

O início da actividade sexual foi semelhante para os dois sexos, embora ligeiramente mais tardio nas raparigas ($X=15.36$ anos) que nos rapazes ($X=14.93$ anos). Os rapazes do meio rural são os que referem a iniciação sexual mais cedo, em média aos 14.4 anos com um desvio padrão de 2.66.

O prestígio e valorização social atribuído à sexualidade masculina podem ter influenciado as respostas dos rapazes do meio rural. As declarações feitas (que se iniciaram sexualmente aos 12 anos de idade) por alguns destes jovens, colocam-nos algumas reservas quanto à sua veracidade, não só devido à idade precoce em que estas ocorrem mas também ao estágio de desenvolvimento em que o adolescente se encontra.

Na opinião de Levisky (1995), os impulsos e emoções sexuais, neste período – puberdade – ocorrem principalmente ao nível das fantasias e devaneios. O jovem nesta fase está mais voltado para si e para o seu corpo. Os jogos sexuais, frequentes nesta fase do ciclo vital, estão mais voltados para a descoberta do próprio corpo e das sensações e prazeres que esta lhe proporciona.

Frade et al (1992) referem que embora nesta fase a actividade sexual (genitalidade) seja pouco frequente, alguns jovens podem, no entanto, envolver-se em relações sexuais com penetração.

Os resultados obtidos no nosso estudo parecem reforçar a ideia veiculada por Vasconcelos (1999), de que a idade de iniciação sexual esteja a decrescer nas gerações mais novas, já que os jovens inquiridos revelaram maioritariamente que se iniciaram sexualmente por volta dos 15 anos. Segundo Abreu (1999), em Portugal o início da actividade sexual ocorre em média entre os 15 e os 17 anos.

Não sendo exactamente o mesmo grupo etário, os resultados do nosso estudo vão ainda ao encontro dos verificados por Nodin (2001) no estudo sobre a sexualidade efectuado à população portuguesa na faixa etária 18-25 anos. Nesse estudo, é no Alentejo que se encontra a maior percentagem de indivíduos com experiência sexual (85.7%). Este autor, refere ainda que “talvez o isolamento vivido pelos indivíduos mais novos os induza a um início de actividade sexual mais precoce relativamente a outras partes do país (Nodin, 2001: 100). Acrescentaríamos ainda que porventura factores como a ausência de horizontes académicos e profissionais nesta região do interior do país, assim como um quotidiano facilitador de encontros afectivo-sexuais, na medida em que alguns dos estudantes frequentam a escola em localidades diferentes da sua residência, criam as condições favoráveis para a precocidade do relacionamento sexual.

Dos adolescentes sexualmente activos (45.5% dos inquiridos), com excepção dos residentes em meio rural, todos os outros referiram maioritariamente que estavam apaixonados quando tiveram relações sexuais pela primeira vez, sendo as percentagens significativamente mais elevadas nas raparigas (98.5%) do que nos rapazes (47.5%). Verificou-se ainda, através do estudo da correlação, uma associação positiva forte entre a idade da primeira relação sexual e o comportamento face ao amor e à afectividade.

Os rapazes declararam-se menos apaixonados pelo parceiro do que as raparigas, no que diz respeito à primeira relação sexual. Estes dados estão de acordo com os

encontrados no estudo de Alferes (1997), realizado a jovens do ensino superior, segundo o qual 62.7% dos rapazes e 88.5% das raparigas declararam-se apaixonados pelo parceiro com quem tiveram relações sexuais pela primeira vez. Menezes (1990) também refere que a primeira experiência de coito dos rapazes é geralmente caracterizada por um não investimento afectivo em relação ao parceiro e grande parte dos adolescentes não repete a experiência com este primeiro parceiro.

A maioria das raparigas referiu ainda ter feito a sua iniciação sexual com parceiros mais velhos (73.1%) e raramente com parceiros mais novos (6.0%) enquanto que os rapazes o fizeram principalmente com pessoas da mesma idade (49.2%). Estes resultados confirmam as tendências encontradas noutros estudos (Alves et al., 1998).

Relativamente ao número de parceiros sexuais verificou-se que existe diferença significativa ($p < 0.05$) entre os adolescentes do sexo masculino do meio rural e os restantes adolescentes. Para aqueles o número médio de parceiros sexuais situa-se entre 2 e 3, enquanto que para os restantes adolescentes o número médio se situa entre 1 e 2. Estes dados contrariam a ideia de que nas zonas urbanas, o número de parceiros sexuais seria maior do que nas zonas predominantemente rurais.

Verificou-se ainda, que o número de parceiros sexuais apresenta associação positiva forte com a atitude face à permissividade nas relações e associação negativa com a atitude face ao planeamento familiar e às condutas sexuais. Apresenta também associação negativa com a capacidade de decidir com responsabilidade no que respeita aos comportamentos de índole sexual («decisão sexual») e à vivência dos relacionamentos íntimos no contexto de relações afectivas positivas («amor e afectividade»).

Uso de Métodos Contraceptivos

Relativamente ao uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual, a maioria (80.2%) dos jovens sexualmente activos referem que, utilizaram contraceção. O preservativo foi o método usado por quase todos (98.0%).

As razões que levaram 19.8% dos jovens a não utilizarem qualquer método contraceptivo na primeira relação sexual foram expressas através de uma questão aberta. Assim a maioria, justificou com o facto de não ter por se tratar de uma relação sexual

não planeada. Este facto está de acordo com Cordeiro (1998) segundo o qual a maioria dos jovens continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações sexuais e em muitas relações ocasionais. A justificação “não tinha nessa altura. Relação sexual não planeada” dada pela maioria dos jovens para a não utilização de contracepção parecem revelar um comportamento sexual ocasional e sem ponderação dos riscos (gravidez não desejada e doenças sexualmente transmissíveis).

Realmente parece existir nas populações mais jovens a percepção de invulnerabilidade e um optimismo irrealista, nomeadamente ao VIH. De facto, num estudo realizado em 1988, Abrams et al concluíram que os jovens “têm um forte sentimento de invulnerabilidade à SIDA, o que parece envolver a percepção de que têm controlo sobre os riscos em que se colocam” (Abrams et al, 1990; in Ogden, 1999: 218).

Em relação ao uso de métodos contraceptivos nas relações actuais, 90.4% dos adolescentes sexualmente activos referem a sua utilização enquanto 9.6% afirmam que não utilizam. Dos que não utilizam contracepção, 90.0%, justifica com o facto de não ter relações sexuais na actualidade.

Para os jovens que utilizam contracepção, o preservativo é o método mais utilizado (73.4%), seguido da pílula (19.5%). A associação de dois métodos (preservativo + pílula) é usada apenas por 7.1% dos jovens. Esta utilização dos métodos contraceptivos não é no entanto regular, apenas 66.4% dos jovens referem que utilizam sempre esse método. Constata-se assim que apesar dos inquiridos se perspectivarem como possíveis utilizadores de contraceptivos, através da manifestação de atitudes favoráveis ao uso destes, o seu uso real é inconsistente.

Os jovens sexualmente activos, ao não utilizar sempre um método contraceptivo, assumem frequentemente comportamentos de risco, quer pela possibilidade de gravidezes não desejadas quer pela possibilidade de contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Uma análise mais pormenorizada, considerando que entre os adolescentes que referem a utilização de um método contraceptivo “sempre” se encontram os utilizadores da pílula (como único método), permite-nos constatar que o preservativo só é utilizado de forma sistemática por 42.1% dos jovens sexualmente activos, sugerindo que existem situações em que a possibilidade de contágio por doenças sexualmente transmissíveis é deixada ao acaso. Ainda a grande percentagem de jovens que utiliza apenas a pílula, protege-se de uma gravidez não desejada esquecendo a protecção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Só a utilização do

preservativo pelos jovens em todas as relações sexuais pode diminuir os riscos referidos.

Os resultados encontrados estão de acordo com os resultados do estudo de Lucas (1993), segundo o qual entre os jovens de 18-19 anos pelo menos um em cada dois terá experimentado alguma vez o preservativo, sendo estes resultados superiores aos verificados para os grupos etários mais elevados. No entanto ainda no estudo de Lucas (1993) apenas 22.0% dos jovens com 18-19 anos poderão estar a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais.

Do estudo da correlação, verificou-se ainda uma associação positiva entre a frequência de utilização de métodos contraceptivos e a atitude face ao planeamento familiar e às condutas sexuais, e correlação negativa com a atitude face à permissividade nas relações.

Verificou-se também, associação positiva forte entre as respostas dos adolescentes perante o facto de usarem preservativo quando têm contactos sexuais mais íntimos para se protegerem da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis (Comp_44) e as dimensões dos comportamentos sexuais («decisão sexual», «comunicação» e «amor e afectividade»).

Planeamento Familiar

Em relação às consultas de planeamento familiar verificou-se que os jovens procuram pouco este tipo de consulta. No nosso estudo, os dados revelaram que a frequência das consultas de planeamento familiar pelos adolescentes é apenas de 25.4%.

Em relação ao local onde os jovens frequentam as consultas, 84.4% dos que frequentam estas consultas, referiram o Centro de Saúde.

Os motivos referidos pelos jovens que os leva a não frequentarem as consultas de planeamento familiar, foram expressos através de uma questão aberta, da sua análise emergiram quatro categorias: desconhecimento, indiferença, constrangimento e desculpabilização.

A indiferença é expressa pela maioria (68) dos jovens ao referirem que *não sentem necessidade dessas consultas* e que *não vêm interesse na consulta*. A falta de conhecimentos é exposta por seis jovens que referem que *desconhecem as finalidades das consultas* e seis que referem que *raramente têm relações sexuais, ainda não têm*

uma relação séria e ainda não pensam casar. Dez adolescentes desculpabilizam-se como se pode verificar pelos indicadores “*ainda não tive oportunidade*” ou “*ainda não pensei nisso*”. Salientamos ainda o sentimento expresso pelos indicadores “*não tenho idade para ir a essa consulta*” e “*tenho vergonha*”.

Os jovens manifestam uma atitude muito favorável ao planeamento familiar no entanto não frequentam as consultas. Este facto pode levar-nos a pensar que, por um lado, estas consultas e as suas finalidades poderão estar pouco divulgadas entre os mais jovens ou por outro lado, em termos de acessibilidade não será a mais adequada pois é sabido que só o fácil acesso e disponibilidade de cuidados levará os jovens a frequentar as consultas.

Num estudo efectuado por Santos (2000), as opiniões dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos sobre o funcionamento dos Centros de Saúde, 60.2% revelaram opiniões desfavoráveis. Um aspecto referido é de que estão muito tempo á espera para ser atendidos, e são de opinião que os funcionários são antipáticos e apressados.

Há que estimular a abertura e o envolvimento social favorável à procura dos serviços de saúde por parte dos adolescentes. È fundamental afiançar a equidade e a acessibilidade dos adolescentes de ambos os sexos aos cuidados de saúde, por forma a garantir o acesso á informação e á educação sobre sexualidade, bem como o uso de meios contraceptivos e preventivos de doenças de transmissão sexual, motivando para a precocidade e continuidade da vigilância de gravidezes se for caso disso.

Gravidez

Relativamente à gravidez não desejada, uma percentagem de 7.5% das adolescentes sexualmente activas, referiu que engravidou sem o desejar e todas elas recorreram à interrupção voluntária da gravidez. Esta evidência está de acordo com a opinião de Menezes (1990) segundo a qual, os adolescentes perante uma gravidez não desejada confrontam-se com quatro alternativas: o casamento, o aborto, serem mães solteiras ou entregarem o filho para adopção.

Ainda, um estudo realizado em Tavira por Gonzalez (1987) acentua a necessidade de aumentar a consulta de planeamento familiar para grupos em risco, nomeadamente o grupo etário dos 15 aos 19 anos. A autora revela que metade destes

adolescentes consideram o aborto como um método contraceptivo e a maioria não utiliza métodos contraceptivos embora mantenha frequentemente relações sexuais.

Tendo em conta os riscos orgânico, psicológicos e sociais que uma gravidez não desejada tem para os adolescentes, consideramos, tal como Cordeiro (1998), que estas devem ser objecto de prevenção.

Conhecimentos sobre Sexualidade

Globalmente, os adolescentes inquiridos evidenciaram um bom nível de conhecimentos acerca da sexualidade em geral. No entanto verificou-se, através da aplicação do questionário de conhecimentos, percentagens bastante elevadas de respostas incorrectas, nomeadamente na categoria “controlo da natalidade/ métodos contraceptivos” com 30.5% (respostas erradas) e na categoria “anatomia e fisiologia sexual” com 28.2% (respostas erradas).

Os adolescentes manifestaram assim um nível de conhecimentos suficiente sobre os aspectos relacionados com o controle da natalidade e os métodos contraceptivos (69.4% - respostas correctas) e um nível bom de conhecimentos sobre condutas sexuais na adolescência (82.5% - respostas correctas), desenvolvimento físico na adolescência (80.9% - respostas correctas), doenças sexualmente transmissíveis (74.1% - respostas correctas) e anatomia e fisiologia sexual (70.2% -respostas correctas).

Estes resultados contrariam, em certa medida, aqueles encontrados por Loureiro (1990) onde 75.1% dos inquiridos não possuíam conhecimentos sobre sexualidade em geral e os encontrados por Roque (2001) em que os jovens manifestam um nível de conhecimentos quase nulo sobre contracepção e fisiologia sexual. No entanto as áreas em que os adolescentes do nosso estudo manifestam possuir um nível mais baixo de conhecimentos são as mesmas do estudo de Roque (2001).

A comparação das percentagens de respostas correctas em função da idade apresentou diferenças significativas ($p < 0.05$) na categoria desenvolvimento físico do adolescente, entre os adolescentes com 15 e 18 anos, e na categoria doenças sexualmente transmissíveis, entre os adolescentes com 15 e 16 anos. Os adolescentes de 18 anos são os que manifestam mais conhecimentos sobre o desenvolvimento físico adolescente e os de 15 anos sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Ainda, enquanto os adolescentes residentes em meio urbano revelem um bom nível de conhecimentos em todas as dimensões definidas, os do meio rural revelam conhecimentos suficientes sobre anatomia e fisiologia sexual e sobre controlo da natalidade/métodos contraceptivos e um bom nível de conhecimentos nas restantes dimensões.

Informação e Fontes de Informação

No que respeita à autopercepção do grau de informação sexual dos adolescentes, os dados revelam que 43.4% consideram-se bem informados, 37.0% consideram ter informação suficiente (informados), e apenas 15.3% consideram estar muito bem informados. De salientar que apenas 4.3% dos jovens referem considerarem-se pouco informados sobre os temas da sexualidade.

Estes resultados estão de acordo com o estudo de Vilar (2003) o qual revelou que muito poucos adolescentes, 2.0%, acham que estão muito pouco informados sobre assuntos relacionados com a sexualidade.

Em relação às fontes de informação sobre sexualidade, os jovens referem os amigos (42.3%) como a fonte que mais informação lhes forneceu, seguidos dos livros e revistas com 16.7% e da televisão e rádio com 11.0%. Em quarto lugar surge a mãe com uma percentagem de 10.0%. Os professores são referidos por 6.4% dos adolescentes.

Os técnicos de saúde, a par dos professores, são fontes de informação pouco referidas pelos adolescentes, como se pode observar pelas escolhas manifestadas. Os enfermeiros são referidos por 3.9% dos jovens e os médicos por 3.6%.

Os inquiridos referem maioritariamente a modalidade “amigos” como agente de informação sobre sexualidade. De facto os adolescentes do estudo referem que falam com os amigos sobre sexualidade (Comp_35) embora negligenciando alguns aspectos, nomeadamente, o controlo da natalidade (Comp_47). Este facto sugere que os amigos funcionam para o adolescente como o principal vector de informação, em que os mais experientes esclarecem as dúvidas e apoiam em face de hesitações ou angústias (Sampaio, 1993). Esta circunstância está também de acordo com Vilar (1987) segundo o

qual “as respostas e as perguntas ou o pedido de conselho faz-se junto dos outros adolescentes (...)” Vilar (1987: 169).

Não podemos esquecer que o grupo de amigos, tal como a bibliografia indica, tem como função primordial não apenas ser fonte de informação, mas também a de oferecer aos jovens novos objectos de identificação para além de um espaço de segurança e de comparação de comportamentos; ajuda-o ainda na redefinição da sua identidade. O grupo funciona como um espaço de confidências, de apoio e segurança, de partilha de angústias onde o adolescente se sente um igual aos outros. A família vai sendo substituída pelo grupo de pares, sendo este percebido pelos jovens como lugar de interações sociais, da vida afectiva e trocas cognitivas.

Os mass média, referidos por 11.0% dos jovens, constituem um importante meio de informação para os adolescentes, inclusive na área da sexualidade. No entanto a informação disponível não é geralmente, produzida para responder às necessidades dos jovens, incluindo noções inadequadas sobre sexualidade e, muitas vezes, completamente descontextualizadas de um relacionamento afectivo.

Os resultados parecem ainda sugerir que algo está a mudar em relação à comunicação entre os jovens e os pais acerca do tema sexualidade, embora não com a expressão desejada.

Os pais não são, no entanto, quem transmite mais informação aos filhos sobre sexualidade, mas se tivermos em conta que o nível de escolaridade dos pais é maioritariamente inferior ao dos filhos podemos considerar que poderão não ter “conhecimentos correctos sobre o assunto” os quais são essenciais para informar correctamente os seus filhos. Sentindo-se pouco à vontade com o tema, os pais delegam essa função para os professores ou outros profissionais que considerem melhor preparados.

Nesta circunstância isto não se verifica dado que os professores, os médicos e os enfermeiros são pouco referidos. No que diz respeito aos professores, tais dados levam-nos a julgar que a nível das escolas pouco se abordam os temas relacionados com a sexualidade, pelo que o Decreto-lei nº3/84 de 24 de Março não estará a ser cumprido na íntegra pelas escolas secundárias.

Também no que se refere aos técnicos de saúde (médicos e enfermeiros), a fraca percentagem por que são referidos, leva-nos a julgar que, “(...) os centros de saúde (...) estão quase paralisados na educação sexual dos mais jovens” (Rodrigues, 1989: 28).

A discussão dos resultados reporta-nos à consideração de que a sexualidade será sempre um processo de construção individual com dúvidas, hesitações e tomadas de decisão, feito de experiências e aprendizagens de vida. Numa acção conjunta, pais, professores e técnicos de saúde, podem contribuir, para que este caminho seja feito de forma mais harmoniosa, positiva e gratificante.

10 - CONCLUSÕES / SUGESTÕES

Ao longo deste estudo constatamos que a sexualidade é um fenómeno que se envolve de grande complexidade pois nele intervêm factores ambientais, socioculturais, pessoais, conhecimentos e valores, como tal as conclusões a tirar não podem ser precipitadas.

Apesar de, nos últimos anos, termos assistido a alterações nos padrões culturais, que se reflectem numa relativa mudança de mentalidade, constata-se que a sexualidade em geral ainda se mantém impregnada de mitos e tabus. Os jovens manifestam atitudes liberais em relação à sexualidade em geral, mas também evidenciam vergonha, constrangimento em relação à sua sexualidade e embaraço em comunicar sobre o assunto.

O estudo da sexualidade na adolescência inscreve-se no processo de desenvolvimento do adolescente, exigindo uma avaliação global de todos os comportamentos, atitudes e conhecimentos, cuja finalidade será a obtenção de dados que possibilitem uma intervenção eficaz junto deste grupo etário, susceptível de desenvolver, nos jovens, a capacidade para agirem de forma autónoma, assumindo opções conscientes e responsáveis num clima de respeito pelos outros que com eles interagem.

Tendo em conta os objectivos deste estudo, com o qual se pretendia conhecer as atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes acerca da sexualidade, pensamos tê-los atingido.

Dos resultados obtidos retiramos as seguintes conclusões:

Os inquiridos manifestam, na sua maioria, atitudes liberais face aos itens e dimensões da sexualidade. Os adolescentes do meio urbano manifestam, no entanto, face à permissividade nas relações, uma atitude conservadora enquanto que os do meio rural uma atitude liberal.

As raparigas são mais liberais que os rapazes em relação ao planeamento familiar e às condutas sexuais. Por sua vez os rapazes são mais liberais que estas no que respeita à sexualidade na vida e à permissividade nas relações. Globalmente, os

rapazes manifestam, uma atitude mais favorável do que as raparigas, em relação à valorização da sexualidade como dimensão fundamental do ser humano e como aspecto necessário à vida e às relações vividas num clima de permissividade. Por sua vez, as raparigas manifestam uma atitude mais favorável que os rapazes em relação ao planeamento familiar e à aceitação das diferentes condutas sexuais.

Os adolescentes evidenciam ainda comportamentos favoráveis às dimensões «decisão sexual» e «amor e afectividade». As raparigas revelam maior capacidade, do que os rapazes, de decidir com responsabilidade em aspectos que envolvam comportamentos sexuais e comportamentos mais favoráveis à vivência dos relacionamentos íntimos num contexto de relações afectivas positivas. Os rapazes, nomeadamente os do meio urbano, são os que manifestam comportamentos menos favoráveis ao amor e à afectividade nos relacionamentos.

Em relação à comunicação sobre aspectos relacionados com a sexualidade, nomeadamente com os parceiros, os jovens revelam que esta não é uma prática corrente.

Uma percentagem representativa (45.5%) dos jovens é sexualmente activa, apresentando os rapazes uma actividade sexual superior à das raparigas. A maioria dos adolescentes iniciou-se sexualmente por volta dos 15 anos, embora ligeiramente mais tardio nas raparigas que nos rapazes. Os rapazes do meio rural foram os que iniciaram relações sexuais mais cedo.

A primeira relação sexual foi para a maioria das raparigas (98.5%) vivida no contexto de uma relação afectiva. O contrário verificou-se para os rapazes, tendo 52.6% referido não estar apaixonado pela parceira. Os rapazes do meio rural são os que mais referem estes relacionamentos desprovidos de paixão.

A primeira relação sexual foi para a maioria das raparigas (73.1%) com um parceiro mais velho e para a maioria dos rapazes (49.2%) com um parceiro da mesma idade.

Na primeira relação sexual, 80.2% dos adolescentes utilizaram métodos contraceptivos sendo o preservativo o método mais utilizado. Os que referiram não utilizar métodos contraceptivos, justificaram-no com a falta de planeamento da relação sexual.

A maioria dos adolescentes sexualmente activos afirmam usar contracepção, o preservativo é o método mais utilizado. Muitos adolescentes utilizam unicamente a

pílula, considerando apenas a prevenção de uma gravidez indesejada e esquecendo o risco de contágio das doenças sexualmente transmissíveis. É de realçar que alguns jovens, embora poucos (7.1%), já associam dois métodos contraceptivos nos seus contactos sexuais (preservativo + pílula). A contracepção, apesar de referida por grande parte dos jovens, não é usada de forma sistemática revelando pouca preocupação dos jovens na prevenção dos riscos de uma relação sexual desprotegida.

As consultas de planeamento familiar são pouco frequentadas pelos jovens, o desconhecimento das suas finalidades, a indiferença, o constrangimento e a falta de oportunidade (desculpabilização) foram os motivos referidos pelos jovens para não frequentarem estas consultas.

Os adolescentes evidenciam um bom nível de conhecimentos sobre sexualidade. Os amigos, os livros e revistas e os mass média são as principais fontes de informação dos jovens acerca da sexualidade. Os pais, os professores e os técnicos de saúde são pouco referidos pelos jovens como fontes de informação em matéria sexual.

As diferenças encontradas entre os adolescentes dos dois meios de residência, urbano e rural, não são tão evidentes como inicialmente poderíamos pensar. No entanto é indiscutível que o meio rural apresenta actualmente uma mutação profunda nas suas funções e relações com o meio urbano. Os dois meios interpenetram-se tanto ao nível do próprio espaço como das inter-relações que desenvolvem. Este facto torna-se bastante evidente na Região de Évora, em que o mundo rural tem vindo a ser progressivamente invadido pelo mundo urbano e em que se verifica pouca distância entre as diversas localidades.

Na sequência do exposto, parece-nos pertinente tecer algumas sugestões. Assim, sugerimos que:

- Sejam identificadas, periodicamente, as necessidades em educação sexual dos adolescentes, tendo em conta as diferentes realidades socioculturais, uma vez que estas influenciam não só os padrões cognitivos como também atitudinais e comportamentais por parte dos adolescentes.

- Se aposte na educação sexual a iniciar-se precocemente, utilizando um ensino em espiral, não de uma só vez, mas em diferentes momentos da escolaridade da criança / adolescente numa forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.
- Sejam desenvolvidos programas de educação para a saúde, na área da sexualidade, no sentido de fornecer aos adolescentes conhecimentos e motivações indispensáveis para assumirem estilos de vida saudáveis.
- Os profissionais de saúde promovam sessões de educação para a saúde sexual, numa acção conjunta entre Escolas e Centros de Saúde, dentro e fora da escola, nas quais se favoreça o envolvimento dos adolescentes e dos agentes educativos, nomeadamente pais e professores.
- Sejam criados grupos de jovens, aos quais seja dada formação específica adequada na área da sexualidade, no sentido de serem utilizados como educadores de outros jovens.

Ao terminarmos este estudo, acreditamos que o investimento na saúde sexual dos jovens é um valioso passo, não só para benefício do indivíduo, como da sociedade e da própria humanidade.

Estamos no entanto conscientes das limitações do presente estudo, que se relacionam à composição da amostra, uma vez que os sujeitos inquiridos são estudantes do ensino secundário, não abrangendo estratos da população jovem que não frequentam a escola. Importa assim que outros estudos se lhe sigam em âmbito mais alargado e incluindo adolescentes não escolarizados, no sentido de perceberem numa forma mais abrangente o que pensam, fazem, sabem e querem os adolescentes de hoje quanto à sua sexualidade, nomeadamente na Região do Alentejo que é uma zona especialmente problemática neste contexto.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Margarida da Silva Neves (1999) – **Adolescência**. 4ª ed., Porto Alegre, artes Médicas.

ALFERES, Valentim R. (1997) – **Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade**. Porto, edições Afrontamento.

ALMEIDA, José Miguel Ramos (1987) – **Adolescência e Maternidade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. AMARO, João Abel - **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. In GOMES, F. Allen; ALBUQUERQUE, Afonso; NUNES, J. Silveira – *Sexologia em Portugal*. I Vol., Lisboa: Texto, Lda, p. 338-362.

ALMEIDA, João Ferreira (1994) – **Introdução à Sociologia**. Lisboa: Universidade Aberta.

ALVARENGA et al (1999) – **Nova Enciclopédia Larousse**. Edição nº3905, Circulo de Leitores, Lda e Larousse. Vol. XX.

AMÂNCIO, Lúcia (1994) – **Masculino e Feminino. A Construção Social da Diferença**. 2ª Edição, Porto: Edições Afrontamento

ANDRADE, Maria Isabel (1996) – **Labirintos da sexualidade**. Porto: Porto Editora Lda.

AUBERT, L.; SAN MARCO, J. L. (1995) - **Santé Publique**. Revue Les Nouveaux Cahiers de Línfirmière. Ed. Masson, Paris.

AZEVEDO et al (1997) – **Nova Enciclopédia Larousse**. Edição nº3892, Circulo de Leitores, Lda e Larousse. Vol. VII.

AZEVEDO et al (1999) – **Nova Enciclopédia Larousse**. Edição nº4479, Circulo de Leitores, Lda e Larousse. Vol. XXII.

Bardin, L. (1991) – **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70.

BEE, Helen (1997) – **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas.

BEHRMAN, Richard E. et al (1994) – **Nelson, Tratado de Pediatria**. 14ª Edição, Vol.1, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon (1999) – **Psicologia e promoção da saúde**. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.

BLOS, Peter (1985) – **Adolescência. Uma Interpretação Psicanalítica**. São Paulo: Livraria Martins Fontes.

BRACONNIER, Alain (2000) – **Le Sexe des Émotions**. Paris : Éditions Odile Jacob.

BRACONNIER, Alain ; MARCELLI, Daniel (1998) – **L'Adolescence aux Mille Visages**. Paris : Éditions Odile Jacob.

BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris S. (1985) - **Nova Prática de Enfermagem**. 3ª Edição, 3º Vol., Rio de Janeiro: Discos CBS, Interamericana.

CANO, P. M.; GOMEZ, A G.; BREEZE, R. & MOURA, M. (2000) - **A Situação das Mães Adolescentes no Sul da União Europeia: Portugal, Espanha, Itália e Grécia**. In GERALDES, M. & ARAÚJO, E. R. (coord.). Lisboa: Fundação da Juventude.

CALADO, Beatriz S. P. (1990) – **O Planeamento familiar na promoção de saúde da mulher**. Planeamento Familiar, Vol. 16, Lisboa, Julho, 3-9.

CARVALHO, Maria Irene et al (1997) – **Nova Enciclopédia Larousse**. Edição nº3891, Circulo de Leitores, Lda e Larousse. Vol. III.

CLÃES, M. (1990) – **Os problemas da adolescência**. 2ª Ed., Lisboa: Editorial Verbo.

COSTA, M. E.. (1998) – **Novos encontros de amor: amizade, amor e sexualidade na adolescência**. Porto: Edinter.

COSTA, J. A.; MELO, A S. et al (2003) - **Dicionário da Língua Portuguesa 2004**. Porto: Porto Editora, Lda.

CORTESÃO, Irene; SILVA, M. A.; TORRES, M. A. (1989) - **Educação Para Uma Sexualidade Humanizada** - Guia de Orientação para Pais e Professores, Porto, Edições Afrontamento.

CORDEIRO, Mário (1997) – **Dos 10 aos 15. Adolescentes e Adolescência**. 1º Vol., Lisboa: Quatro Margens Editora.

CRUZ, j.; VILAÇA, M.; SOUSA, A; GOMES, A; MELO, B.; ARAÚJO, M.; DIAS, C.; FREITAS, 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, 279 – 304.

DÉOUX, Suzanne e Pierre (1996) – **Ecologia é a Saúde**. Lisboa: Instituto Piaget.

DIRECÇÃO GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1990) – **Doenças Transmitidas Por Via Sexual**. Direcção de Serviços de Doenças Transmissíveis e Parasitoses, Lisboa, Janeiro.

ELLEN, J.M. MONASTERIO, E. B. (2001) – **Doenças transmitidas sexualmente**. In Campos; Douglas – **Cuidados de saúde preventivos**. McGraw Hill

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O PLANEAMENTO FAMILIAR (1988) - **Manual de Planeamento Familiar Para Médicos**. 6ª Edição, Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

- FENWICK, Elizabeth; Smith, Tony (1995) - **Adolescência**. Edição nº3780, Barcelos: Editora do Minho S.A.
- FERREIRA, M. C. (1996) – **Desenvolvimento psicosexual do adolescente**. APF (textos de apoio ao gabinete de apoio ao jovem).
- FLEMING, Manuela (1997) – **Adolescência e Autonomia**. O Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais. 2ª Edição, Porto: Afrontamento.
- FRADE, Alice; MARQUES, António; ALVERCA, Célia; VILAR, Duarte (1996) - **Educação Sexual na Escola**. Guia para Professores, Formadores e Educadores. 2ª Edição, Lisboa: Texto Editora.
- FRASQUILHO, M. A (1996) - **Comportamentos Problema: Factores Protectores e Educação para a Saúde**. Ocaso da toxicodependência. Queluz, Laborterapia.
- GESELL, Arnold et al (1978) - **O Jovem dos 10 aos 16 Anos**. Lisboa: D. Quixote.
- GIL, A. Carlos (1989) – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. S. Paulo: Editora Atlas.
- GONZALEZ, P. P. (1987) – **Jovens de Tavira Desconhecem Contraceção**. “Planeamento Familiar”, nº34, pg. 2-5.
- HAWLEY, Amos (1991) – **Teoria da Ecologia Humana**.
- HOLMES, King K.; HANDSFIELD, H. Hunter (1992) - **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. In WILSON, Jean D. et al – **Harrison. Medicina Interna**. 12ª Edição, Vol. 1, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 5 - 78/87 pg.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1998) – **Inquérito á Fecundidade e Família**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001) - **Censos 2001, resultados definitivos**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

IPPF/International Medical Advisory Panel (1995) – **Declaração sobre Contraceção para Adolescentes**. "Sexualidade & Planeamento Familiar", Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, Nº6, Série 2, Abril/Junho, pg. 19-21.

KIRBY, D. (s.d.) - Sexuality Questionnaires for Adolescents. In C. Davis & W. Yarber & R. Bauserman & G. Schreer & S. Davis (Eds.) **Handbook of sexuality – related measures**. California: Sage Publications.

LAMY, Michel (1996) – **As Camadas Ecológicas do Homem**. Lisboa: Perspectivas Ecológicas.

LAKATOS, Eva; MARCONI, M. A. (1991) – **Técnicas de Pesquisa**. 1ª Edição, S. Paulo: Atlas.

LEITÃO, L. M. (1990) - **Educação Sexual nas Escolas**. "Saúde e Escola", nº15, Junho, Ed. M.E.S., pg. 4-9.

LEVISKY, David Leo (1995) – **Adolescentes. Reflexões Psicanalíticas**. Porto Alegre, Artes Médicas.

LIMA, Maria L. (2000) – **Atitudes: Estrutura e mudança**. In Vala, Jorge; Monteiro, Maria Benedicta – **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.

LIMA, M. L. (2003) – **Terramotos, amor e outras coisas perigosas: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos**. In Lima, M. L.; Castro, P. e Garrido, M. - **Temas e Debates em Psicologia Social**. Lisboa: Livros horizonte.

LOPES, Gerson (1993) – **Sexualidade Humana**. São Paulo, Editora Médica e Científica.

LOPEZ, F & FUERTES, A (1999) – **Para compreender a sexualidade** (A M. Marques e L. Silva, Trad.). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. (obra original publicada em 1989)

LOPEZ, F & OROZ A. (1999) – **Para comprender la vida sexual del adolescente**. Navarra: Editorial Verbo Divino.

LOUREIRO, F. (1990) - **Informação Sexual dos Adolescentes - Grau e Conhecimentos, Relação com Comportamentos e Opiniões**. "Revista Portuguesa de Saúde Pública" nº2, pg. 17-21.

LUCAS, Santos (1993) – **A sexualidade desprevenida dos portugueses**. Lisboa: McGraw Hill.

MACHADO, P. (1985) – **Ecologia Humana**. S. Paulo, Cortez Editora / Autores Associados

MARQUES, E; SILVA, M. (1999) – **Educação para a Saúde/ Sexualidade... uma experiência a partilhar....** "Sinais Vitais", nº26, Setembro, pg. 33-36.

McCARY, J. L. (1980) – **A sexualidade humana**. Coimbra: livraria Almedina.

MENDES, F. (1994) – **A Saúde e a Doença dos Professores**. (Tese de Mestrado em Ecologia Humana, apresentada à Universidade de Évora)

MENEZES, Isabel (1990) – **O desenvolvimento Psicosexual**. In Campos, B. - **Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens**. Lisboa: UA.

MIGUEL, N. S. (1983) - **Informação Sexual**. In "Boletim de Educação Sanitária", Vol VI, nº2, Dezembro, pg. 19-23.

MIGUEL, N.; VILAR, D. (1987) – **Afectividade e sexualidade no contexto cultural e social português**. Lisboa: IED, Vol. XII.

MIGUEL, N. S. (1987) – **A Sexualidade na Adolescência e Juventude**. In GOMES, F. A.; ALBUQUERQUE, A; NUNES, J. Silveira - **Sexologia em Portugal**. I Volume, Lisboa: Texto, Lda., pg. 78-83.

MIGUEL, N. S. (1990) - **Os Jovens e a Sexualidade**. 5ª Edição.

MIGUEL, N. S. (1994) – **Os Jovens e a Sexualidade**. 6ª Ed., Lisboa, Comissão da Condição Feminina, EPNC.

MONTEIRO, M.; SANTOS, M.R. (1995) – **Psicologia**. 1ºVolume. Porto Editora.

MORÁN, Emílio F. (1990) – **A Ecologia Humana das Populações da Amazónia**. Petrópolis, ed. Vozes.

MURTEIRA, Bento; RIBEIRO, Carlos Silva; SILVA, João Andrade; PIMENTA, Carlos (2002) – **Introdução à Estatística**. Lisboa: McGraw-Hill.

NAVARRO, Fernanda (1985) - **Os Adolescentes - Grupo Vulnerável**. In Boletim de Educação Sanitária, Vol. VIII, N°1, Outubro, p. 5-10.

NAZARETH, J. Manuel (1996) – **Introdução à Demografia. Teoria e Prática**. Lisboa: Editorial Presença.

NETO, António et al. (1999) – **Estereótipos de Género**. Lisboa: Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres.

NODIN, N. (2001) – **Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

ODUM, Eugene P. (1997) – **Fundamentos de Ecologia**. 5ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

OGDEN, Jane (1999) – **Psicologia da saúde**. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.

OLIVEIRA, Carlos Freire (1982) - **Introdução ao Planeamento Familiar**. 1ª Edição, Coimbra: Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE) (1985) – **As Metas da Saúde Para Todos**. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.

PALMA - OLIVEIRA, J. M. (1992) – **Stress ambiental: um selectivo ponto da situação e modelo explicativo**. Revista Portuguesa de Psicologia, 28: 13-77.

PAPALAIÁ, D. E. & OLDS, S. W. (2000) – **Desenvolvimento Humano**. 7ª Ed., Porto Alegre: Artmed Editora.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (1995) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

PORTUGAL, Assembleia da República (1984) – Lei 3/84. Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República. Iª-série, nº-71, 3-24.

PRAZERES, Vasco (1998) – **Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

PRAZERES, Vasco (2002) – **Adolescentes, Pais e Tudo o Mais**. 1ª Edição, Lisboa: Texto Editora Lda.

RIBEIRO, José Luís Pais (1996) – **Questões Acerca da Avaliação do Comportamento Sexual**. "Análise Psicológica", nº1, Série XIV, pg. 13-21.

RIBEIRO, José Luís Pais (1998) – **Psicologia e saúde**. 1ª Edição, Lisboa: ISPA.

RIBEIRO, José Luís Pais (1999) – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.

- RICHARDSON, Roberto (1989) – **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 2ª Ed., São Paulo: Atlas.
- ROBERTO, Júlio (1996) – **Ecologia Humana**. Lisboa: Edições ITAU.
- RODRIGUES, J. M. (1989) – **O Enfermeiro e a Sexualidade**. "Nursing", Ano 2, nº18, Julho, pg. 25-30.
- ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A. J. (1980) - **Modelo de Enfermeria**. 2ª Edição, Madrid: Interamericana.
- ROQUE, O. (2001) – **Semiótica da cegonha. Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada**. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- SAMPAIO, Daniel (1993) – **Ninguém Morre Sozinho**. O Adolescente e o Suicídio. 4ª Edição, Lisboa: Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1993) – **Vozes e Ruídos**. Diálogos com Adolescentes. 2ª Edição, Lisboa: Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1994) – **Inventem-se Novos Pais**. 7ª Edição, Lisboa: Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (2000) – **Sexualidade na adolescência**. In Barbosa, António; Gomes-Pedro, João – **Sexualidade**. Lisboa: Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (2001) – **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Editora Atheneu.
- SILVA, M. O (1992) – **A gravidez na adolescência: relevância clínica da intervenção pré-natal**. Lisboa: Faculdade de Medicina.

SIM-SIM, Margarida (2002) - **O Auto-conceito Sexual**. Tese de Mestrado não Publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.

SOUSA, José Teixeira; FIGUEIREDO, Zélia (1986) – **Contraceção na Adolescência: Aspectos Psicológicos** - "Planeamento Familiar", Lisboa: Associação para o Planeamento da Família, N° 31, Abr.-Jun., pg. 2-4.

SPITZ, Christian (1996) – **Tudo o que os Adolescentes Querem Saber**. 1ª Edição, Lisboa: Publicações Dom Quixote.

SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS, W. Andrews (1994) - **Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista**. 2ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

SUBTIL, Carlos Lousada (1990) – **Contributos da Enfermagem Para uma Adolescência Feliz**. "Nursing", Ano 3, n°25, Fevereiro, pg. 45-48.

TAJFEL, H. (1983) – **Grupos Humanos e Categorias Sociais**. Lisboa: Livros Horizonte.

TAVARES, M. (2003) – **Aborto e contraceção em Portugal**. Lisboa: Livros horizonte.

UNICEF (1998) – *The progress of nations*: New York.

VASCONCELOS, P. (1998) – **Práticas e discursos da conjugalidade e da sexualidade dos jovens portugueses**. In Cabral, M.; Fernandes, A.; Nunes, J. (Orgs.) – *Jovens portugueses de hoje*. Oeiras: Celta, pg. 215 – 305.

VAZ, Júlio Machado (1987) – **A Formação em Sexologia**. In GOMES, Francisco Allen; ALBUQUERQUE, Afonso; NUNES, J. Silveira (1987) - *A Sexologia em Portugal*. II Volume, 1ª Edição, Lisboa: Texto, Lda., pg. 180 - 190.

VAZ, Júlio Machado; VILAR, Duarte; CARDOSO, Susana (1996) – **Educação Sexual na Escola**. Lisboa, universidade Aberta.

VILAR, D. (1992) – **Os problemas sexuais**. “Pais”, nº16. Fev. 61-62.

VILAR, Duarte (1987) - **Aprendizagem Sexual e Educação Sexual**. In GOMES, Francisco Allen; ALBUQUERQUE, Afonso; NUNES, J. Silveira (1987) - A Sexologia em Portugal. II Volume, 1ª Edição, Lisboa: Texto, Lda., pg. 165 - 179.

WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. (1989) - **Enfermagem Pediátrica**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados (Questionário)

O presente questionário integra-se num estudo sobre atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre sexualidade, dos adolescentes na zona de Évora.

Todas as respostas que lhe solicitaremos serão rigorosamente anónimas. Leia com atenção as instruções que lhe são dadas, certificando-se de que compreendeu correctamente o modo como deverá responder.

Responda sempre de acordo com aquilo que pensa, sente ou faz.

Muito obrigado pela sua colaboração

Com base na escala seguinte coloque uma cruz, no número do quadrado, em frente de cada afirmação que melhor considere a sua opinião em relação a cada uma das afirmações. Não existem respostas certas ou erradas. O que estamos interessados em saber é a sua opinião.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

N°

Afirmações

1	As relações sexuais geram mais problemas do que aquilo que valem	<input type="checkbox"/>				
2	Duas pessoas que tenham relações sexuais deveriam usar algum tipo de contraceptivo se não estão preparadas para ter um filho	<input type="checkbox"/>				
3	A masturbação é uma manifestação natural da sexualidade	<input type="checkbox"/>				
4	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	<input type="checkbox"/>				
5	A utilização dos métodos contraceptivos dá segurança na relação	<input type="checkbox"/>				
6	As pessoas só deviam ter relações sexuais se fossem casadas	<input type="checkbox"/>				
7	Os rapazes não deveriam ter trabalhos tradicionalmente ocupados por raparigas	<input type="checkbox"/>				
8	O uso do preservativo quebra a confiança do parceiro	<input type="checkbox"/>				
9	A afectividade nada tem a ver com a sexualidade	<input type="checkbox"/>				
10	Os relacionamentos sexuais tornam a vida demasiado difícil	<input type="checkbox"/>				
11	O planeamento familiar não é muito importante	<input type="checkbox"/>				
12	A homossexualidade é uma orientação sexual minoritária, mas normal	<input type="checkbox"/>				
13	O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável	<input type="checkbox"/>				
14	O preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica	<input type="checkbox"/>				
15	É correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento	<input type="checkbox"/>				
16	As raparigas deveriam comportar-se de forma diferente dos rapazes	<input type="checkbox"/>				

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente				
	1	2	3	4	5				
17	A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor				<input type="checkbox"/>				
18	Um relacionamento sexual é uma das melhores coisas que uma pessoa pode ter				<input type="checkbox"/>				
19	Mais pessoas deviam ter conhecimento do planeamento familiar				<input type="checkbox"/>				
20	Os homossexuais são poucos mas perigosos				<input type="checkbox"/>				
21	O namoro não faz sentido sem amor				<input type="checkbox"/>				
22	Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral				<input type="checkbox"/>				
23	As mulheres e os homens deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes				<input type="checkbox"/>				
24	O carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação				<input type="checkbox"/>				
25	Os relacionamentos sexuais fornecem uma parte importante e auto-realizadora da vida				<input type="checkbox"/>				
26	O planeamento familiar não é tão importante como algumas pessoas dizem				<input type="checkbox"/>				
27	A escolha da orientação sexual é uma opção individual				<input type="checkbox"/>				
28	É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo				<input type="checkbox"/>				
29	Os métodos contraceptivos devem ser usados apenas quando se quer evitar uma gravidez				<input type="checkbox"/>				
30	A vida seria mais fácil se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre				<input type="checkbox"/>				
31	O uso do preservativo diminui o prazer sexual				<input type="checkbox"/>				

As afirmações que se seguem referem-se á frequência com que faz certos comportamentos. Com base na escala seguinte, coloque uma cruz no número do quadrado, em frente de cada afirmação que melhor descreve o seu comportamento.

	Nunca (0% das vezes)	Algumas vezes (25% das vezes)	Metade das vezes (50% das vezes)	Usualmente (75% das vezes)	Quase Sempre (95% das vezes ou mais)				
	1	2	3	4	5				
Nº	Afirmações								
32	Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual tomo a responsabilidade das consequências				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Converso com os meus pais sobre sexualidade				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Pratico a masturbação quando estou sozinho				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca (0% das vezes)	Algumas vezes (25% das vezes)	Metade das vezes (50% das vezes)	Usualmente (75% das vezes)	Quase Sempre (95% das vezes ou mais)
	1	2	3	4	5
35	Converso com os meus amigos sobre sexualidade				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
36	Digo num encontro amoroso ao meu namorado/a o que quero e não quero fazer sexualmente				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
37	Só mantenho um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estou apaixonado				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
38	Os meus amigos/as praticam a masturbação				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
39	Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, procuro o máximo de informação que consiga antecipadamente				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
40	Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre sexo				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
41	Pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
42	Se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o, digo "não"				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
43	Vivo a sexualidade numa relação afectiva, de uma forma responsável, partilhada em igualdade				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
44	Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
45	Penso que os meus amigos usam preservativo quando têm relações sexuais				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
46	Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, penso arduamente sobre as consequências de cada escolha possível				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
47	Falo com os meus amigos sobre controle da natalidade				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
48	Pratico sexo oral para evitar doenças sexualmente transmissíveis				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
49	Expresso sentimentos de preocupação e carinho pelo/a meu namorado/a				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
50	Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, discuto isso primeiro com os outros				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
51	Penso que os meus amigos usam algum método contraceptivo, para evitar uma gravidez não desejada, quando têm relações sexuais				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
52	Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre controle da natalidade				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

53 - Tem actualmente namorado?

Sim 1 Não 2

53.1 – Se respondeu Não, qual das afirmações que se segue descreve a sua situação?

Nunca tive namorado 1

Não tenho actualmente, mas já tive pelo menos um 2

54 - Já alguma vez teve relações sexuais?

Sim 1 Não 2

Se respondeu SIM á questão anterior responda a todas as questões que se seguem. Se nunca teve relações sexuais, deixe as próximas questões em branco e responda só a partir da questão nº65

55 - Com que idade teve a 1ª relação sexual? _____

56– Estava “apaixonado/a” pela pessoa com quem teve pela primeira vez relações sexuais?

Sim 1 Não 2

57 – Essa pessoa era:

Mais nova 1 Da sua idade 2 Mais velha 3

58 - Com quantos parceiros teve experiências de relação sexual? _____

59 – Ao fim de quanto tempo de namoro (namoro actual ou último namoro) teve relações sexuais?

1	2	3	4	5	6	7	8
Uma semana ou menos	Duas semanas	Três a quatro semanas	Um a três meses	Três a seis meses	Seis meses a um ano	Um a dois anos	Mais de dois anos

60 – A primeira vez que teve relações sexuais utilizou algum método contraceptivo?

Sim 1 Não 2

60.1 – Se respondeu **SIM**, qual o método que utilizou? _____

60.2 – Se respondeu **NAO**, porque não utilizou? _____

61 – Actualmente utiliza algum método contraceptivo?

Sim 1 Não 2

61.1 – Se respondeu **SIM** qual? _____

61.1.1 – Com que frequência utiliza esse método?

1	2	3	4	5
Nunca	Algumas vezes	Metade das vezes	Usualmente	Sempre

61.2 – Se respondeu **NÃO**, porque não utiliza? _____

62 – Costuma recorrer às consultas de Planeamento Familiar?

Sim 1

Não 2

62.1 – Se respondeu NÃO, porquê? _____

62.2 – Se respondeu SIM, qual o local onde costuma recorrer?

1 Centro de Saúde

2 Gabinete de apoio ao jovem

3 Outro, qual? _____

63ª – Já alguma vez engravidou sem o desejar? (raparigas)

Sim 1

Não 2

63b – A sua parceira já engravidou alguma vez sem o desejar? (rapazes)

Sim 1

Não 2

64 – Já alguma vez recorreu ao aborto para interromper uma gravidez não desejada?

Sim 1

Não 2

Para cada uma das afirmações, indique se as considera correctas ou incorrectas, colocando uma cruz no quadrado que melhor se adapta à sua opinião.

Nº	Afirmações	Incorrecto	Correcto
65	As trompas de falópio são um órgão externo		
66	A menarca (1ª menstruação) é o indicador que assinala o alcance da maturidade reprodutiva das raparigas		
67	A masturbação tem consequências psicológicas negativas		
68	A contraceção é uma forma de evitar ter relações sexuais		
69	O sexo oral é uma boa forma de ter sexo sem o risco de contrair uma doença sexualmente transmissível		
70	O útero é um órgão interno		
71	Quando os rapazes atravessam a puberdade as suas vozes ficam mais graves		
72	A masturbação não tem consequências físicas negativas		
73	As pessoas que estejam a escolher um método de controle da natalidade devem usar o mais fácil de arranjar		
74	A Hepatite B só pode ser transmitida através de contacto sexual		
75	O período de maior fertilidade no ciclo menstrual é durante a menstruação		
76	Fisicamente, normalmente os rapazes amadurecem mais cedo que as raparigas		
77	Ser homossexual significa ter relações sexuais, a maioria das vezes, com pessoas do mesmo sexo		
78	É impossível uma rapariga engravidar na primeira vez que tiver relações sexuais		
79	O vírus da SIDA só pode ser transmitido através de relações sexuais entre portadores do vírus que sejam homossexuais		
80	Os testículos são um órgão interno		
81	O escroto é um órgão interno		

Nº	Afirmações	Incorrecto	Correcto
82	Para um rapaz, secreções nocturnas (sonhos molhados) significa que ele está perfeitamente amadurecido fisicamente		
83	O coito e o orgasmo são a mesma coisa		
84	Os contraceptivos orais impedem a ovulação		
85	A Gonorreia torna muitos homens e mulheres estéreis (impossibilitados de ter filhos)		
86	Os espermatozóides produzem-se uma vez por mês		
87	A fecundação dá-se no ovário		
88	As mudanças físicas da puberdade acontecem a rapazes e raparigas diferentes em idades diferentes		
89	A pilula é um bom método contraceptivo para mulheres que fumam		
90	O uso do preservativo durante uma relação sexual reduz o risco de contrair SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis		
91	Os espermatozóides produzem-se nos testículos		

92 - Em relação à sexualidade sente-se:

 Sem informação Pouco informado Informado Bem informado Muito Bem informado

93 – Onde obteve maior informação sobre sexualidade? (Escolha apenas uma opção)

Pai	<input type="text" value="1"/>	Televisão / rádio	<input type="text" value="7"/>
Mãe	<input type="text" value="2"/>	Internet	<input type="text" value="8"/>
Irmãos	<input type="text" value="3"/>	Médicos	<input type="text" value="9"/>
Amigos	<input type="text" value="4"/>	Enfermeiros	<input type="text" value="10"/>
Professores	<input type="text" value="5"/>	Outros	<input type="text" value="11"/>
Livros e revistas	<input type="text" value="6"/>	Especifique: _____	

94 – Conhece algum serviço de saúde onde pode obter informação sobre sexualidade ou para resolver algum problema neste domínio?

Sim Não

94.1 – Se respondeu **SIM**, qual? _____

95 – Qual a idade que julga ser a ideal para as pessoas terem a primeira relação sexual, independentemente de estarem ou não apaixonadas? _____ anos

Por último solicitamos-lhe alguns dados pessoais, com a garantia do total anonimato.

96 - Sexo:

Masculino 1

Feminino 2

97 - Idade _____ anos

98 - Ano que frequenta actualmente:

10º Ano 1

11º Ano 2

12º Ano 3

99 - Zona de residência:

Cidade 1

Vila 2

Aldeia 3

Outra 4 Qual: _____

100 - Idade dos pais:

	Pai	Mãe
< 30 Anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - 40 Anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 - 50 Anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 - 60 Anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 61 Anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101 - Nível de escolaridade dos pais:

	Pai	Mãe
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino primário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino preparatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela colaboração

**ANEXO II – Dimensões das Atitudes e Comportamentos Face à
Sexualidade**

Atitudes Face à Sexualidade

Dimensões	Itens	n° Questão
«Sexualidade na vida»	<ul style="list-style-type: none">- As relações sexuais geram mais problemas do que aquilo que valem- Os relacionamentos sexuais tornam a vida demasiado difícil- Um relacionamento sexual é uma das melhores coisas que uma pessoa pode ter- Os relacionamentos sexuais fornecem uma parte importante e auto-realizadora da vida	At_1 At_10 At_18 At_25
«Planeamento familiar»	<ul style="list-style-type: none">- Duas pessoas que tenham relações sexuais deveriam usar algum tipo de contraceptivo se não estão preparadas para ter um filho- O planeamento familiar não é muito importante- Mais pessoas deviam ter conhecimento do planeamento familiar- O planeamento familiar não é tão importante como algumas pessoas dizem	At_2 At_11 At_19 At_26
«Condutas sexuais»	<ul style="list-style-type: none">- A masturbação é uma manifestação natural da sexualidade- A homossexualidade é uma orientação sexual minoritária, mas normal- Os homossexuais são poucos mas perigosos- A escolha da orientação sexual é uma opção individual	At_3 At_12 At_20 At_27
«Permissividade nas relações»	<ul style="list-style-type: none">- As relações sexuais ocasionais são aceitáveis- É correcto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo- A vida seria mais fácil se as pessoas tivessem relações sexuais de modo mais livre- O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável	At_4 At_28 At_30 At_13

<p>«Uso de métodos contraceptivos»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A utilização dos métodos contraceptivos dá segurança na relação - Utilizar métodos contraceptivos artificiais é imoral - Os métodos contraceptivos devem ser usados apenas quando se quer evitar uma gravidez 	<p>At_5 At_22 At_29</p>
<p>«Uso do preservativo»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O uso do preservativo quebra a confiança do parceiro - O preservativo faz com que a relação sexual seja menos romântica - O uso do preservativo diminui o prazer sexual 	<p>At_8 At_14 At_31</p>
<p>«Relacionamento sexual pré-matrimonial»</p>	<ul style="list-style-type: none"> -As pessoas só deviam ter relações sexuais se fossem casadas -É correcto duas pessoas terem sexo antes do casamento 	<p>At_6 At_15</p>
<p>«Papeis de género»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os rapazes não deveriam ter trabalhos tradicionalmente ocupados por mulheres - As raparigas deveriam comportar-se de forma diferente dos rapazes - As mulheres e os homens deveriam poder ter os mesmos empregos, quando são igualmente capazes 	<p>At_7 At_16 At_23</p>
<p>«Amor e afectividade»</p>	<ul style="list-style-type: none"> -A afectividade nada tem a ver com a sexualidade - A sexualidade deve ser acompanhada de ternura e amor - O namoro não faz sentido sem amor - O carinho e o amor entre duas pessoas é a essência da relação 	<p>At_9 At_17 At_21 At_24</p>

Comportamento Sexual

Dimensões	Itens	nº Questão
«Decisão sexual»	- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual tomo a responsabilidade das consequências	Comp_32
	- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, procuro o máximo de informação que consiga antecipadamente	Comp_39
	- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, penso arduamente sobre as consequências de cada escolha possível	Comp_46
	- Quando tenho de tomar uma decisão sobre o meu comportamento sexual, discuto isso primeiro com os outros	Comp_50
«Comunicação»	- Converso com os meus pais sobre sexualidade	Comp_33
	- Converso com os meus amigos sobre sexualidade	Comp_35
	- Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre controle da natalidade	Comp_52
	- Falo com os meus amigos sobre controle da natalidade	Comp_47
	- Falo num encontro amoroso com o/a meu/minha namorado/a sobre sexo	Comp_40
«Masturbação»	- Pratico a masturbação quando estou sozinho	Comp_34
	- Pratico a masturbação com o meu/minha namorado/a	Comp_41
«Doenças sexualmente transmissíveis»	- Uso preservativo quando tenho contactos sexuais mais íntimos para me proteger da SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis	Comp_44
	- Pratico sexo oral para evitar doenças sexualmente transmissíveis	Comp_48
«Assertividade sexual»	- Digo num encontro amoroso ao meu namorado/a o que quero e não quero fazer Sexualmente	Comp_36
	- Se um rapaz/rapariga me pressiona a envolver-me sexualmente e eu não quero ser envolvida/o, digo “não”	Comp_42

<p>«Amor e afectividade»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Só mantenho um relacionamento mais íntimo com pessoas por quem estou apaixonado - Vivo a sexualidade numa relação afectiva, de uma forma responsável, partilhada em igualdade - Expresso sentimentos de preocupação e carinho pelo/a meu namorado/a 	<p>Comp_37</p> <p>Comp_43</p> <p>Comp_49</p>
<p>«Amigos. O que fazem?»</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os meus amigos/as praticam a masturbação - Penso que os meus amigos usam algum método contraceptivo, para evitar uma gravidez não desejada, quando têm relações sexuais - Penso que os meus amigos usam preservativo quando têm relações sexuais 	<p>Comp_38</p> <p>Comp_51</p> <p>Comp_45</p>

ANEXO III – Pedidos de Autorização para Aplicação do Questionário

De fei do
14/05/2003


Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho Executivo
Da Escola Secundária André de Gouveia
Évora

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete, Assistente da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus de Évora, a frequentar o Mestrado de Ecologia Humana, vem solicitar a V^a. Ex^a. autorização para aplicar questionários aos alunos do 10^o, 11^o e 12^o ano dessa Escola.

Os questionários inserem-se no âmbito da Tese de Mestrado que se encontra a desenvolver subordinada ao tema "A Dinâmica da Percepção e Comportamento Sexual dos Adolescentes na Zona de Évora".

A conclusão desta tese será obtida em finais de Novembro do ano em curso.

Considerem ao vosso dispor os resultados da mesma.

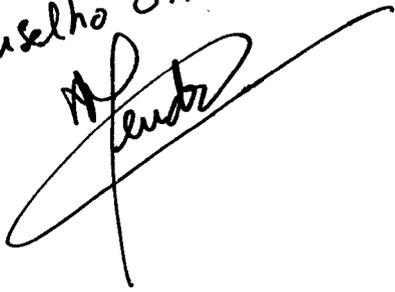
Agradece desde já a colaboração que lhe venha a ser prestada.

Évora, 14 de Maio de 2003

Com os melhores cumprimentos

Ermelinda do Carmo V. Caldeira Batanete

Autorizado em 15/05/2003
o Conselho Executivo



Exm^o. Senhor
Presidente do Conselho Executivo
Da Escola Secundária Pública Ortênsia de Castro
Vila Viçosa

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete, Assistente da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus de Évora, a frequentar o Mestrado de Ecologia Humana, vem solicitar a V^a. Ex^a. autorização para aplicar questionários aos alunos do 10^o, 11^o e 12^o ano dessa Escola.

Os questionários inserem-se no âmbito da Tese de Mestrado que se encontra a desenvolver subordinada ao tema "A Dinâmica da Percepção e Comportamento Sexual dos Adolescentes na Zona de Évora".

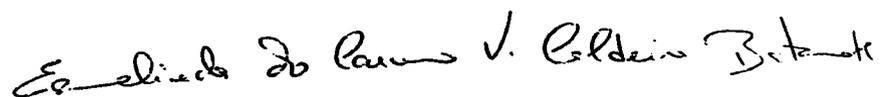
A conclusão desta tese será obtida em finais de Novembro do ano em curso.

Considerem ao vosso dispor os resultados da mesma.

Agradece desde já a colaboração que lhe venha a ser prestada.

Vila Viçosa, 13 de Maio de 2003

Com os melhores cumprimentos



Exm^o(a) Senhor(a)

Presidente do Conselho Executivo

Da Escola EB 2, 3 S Doutor Isidoro de

Sousa de Viana do Alentejo

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete, Assistente da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora, a frequentar o Mestrado de Ecologia Humana, vem Solicitar a V^a. Ex^a. autorização para aplicar um questionário aos alunos do 10^o, 11^o e 12^o ano dessa Escola.

Os questionários inserem-se no âmbito da Tese de Mestrado que se encontra a desenvolver subordinada ao tema “A Dinâmica da Percepção e Comportamento Sexual dos Adolescentes na Zona de Évora”.

A conclusão desta Tese será obtida em finais de Novembro do ano em curso.

Considerem ao vosso dispor os resultados da mesma.

Agradece desde já a colaboração que lhe venha a ser prestada.

Évora, 15 de Maio de 2003

Com os melhores cumprimentos

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira Batanete

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DO ALENTEJO
CENTRO DE ÁREA EDUCATIVA DO ALENTEJO CENTRAL
ESCOLA EB 2,3/S DR. ISIDORO DE SOUSA DE VIANA DO ALENTEJO

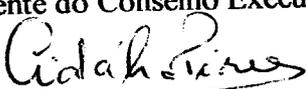
Exma Senhora:
Dr^a Ermelinda do Carmo V. Caldeira
Batanete
Escola Superior de Enfermagem S. João
de Deus
Largo do Senhor da Pobreza
7000-811 ÉVORA

S/Ref.	S/ Comunicação	N/ Referência	Data
		6.8.2.	9/07/2001 1665

ASSUNTO: APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

Informo V. Exa. que, relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, o pedido apresentado foi deferido.

Com os melhores cumprimentos

Ø Presidente do Conselho Executivo

(Fernando José Sitima Maurício)

P.Q.N.D.

MA/AC

Estrada da Quinta Sta. Maria – 7090 Viana do Alentejo
Cód.345787 Tel. 266953495 Fax. 266 953479 E-Mail info@eps-viana-alentejo.rcts.p
