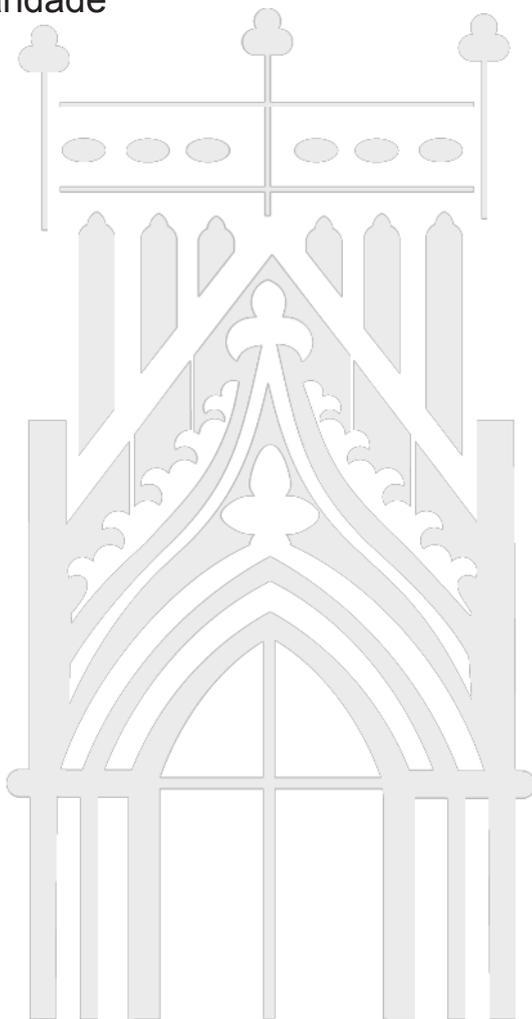


Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Atitudes e comportamentos sexuais dos
adolescentes do 12.º ano de escolaridade

Ana Catarina Batista dos Santos

setembro | 2015



RESUMO

A Sexualidade constitui um dos aspetos centrais das sociedades modernas, sendo assunto de interesse e investigação para uma melhor compreensão do comportamento humano.

A adolescência é um período da vida com características próprias que envolve mudanças a nível físico, cognitivo e psicossocial. É essencialmente nesta fase que a construção da identidade vai moldar a personalidade do adolescente, podendo a família e o grupo de pares exercer um papel fundamental e principal na sua vida.

Este estudo cujo tema é “Atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes do 12.º ano de escolaridade” tem como objetivo geral identificar as atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade das escolas pertencentes à área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira e como objetivos específicos determinar os conhecimentos dos adolescentes acerca de várias temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva, identificar os agentes de socialização que os adolescentes consideram mais importantes para adquirir informação sobre sexualidade, listar fatores associados à não utilização de métodos contraceptivos, identificar a idade do primeiro contacto sexual, identificar o número de parceiros sexuais, verificar a ocorrência de uma gravidez não desejada e identificar a ocorrência de relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas.

Foi elaborado no âmbito do presente estudo um questionário *online*, cujo tempo médio de preenchimento rondou os 30 minutos. O pedido de colaboração dos participantes preservou todas as condições tradicionais da pesquisa científica, nomeadamente o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade. A amostra foi recolhida entre dezembro de 2014 e janeiro de 2015. Participaram 299 jovens estudantes que frequentam o 12.º ano de escolaridade das escolas públicas da área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira. A idade média da amostra é de 17,67 anos, existindo homogeneidade na representatividade entre géneros, sendo 48,6% do género masculino e 50,6% do género feminino.

Os principais resultados evidenciam que 44,3% dos jovens já iniciaram a sua vida sexual, com uma idade média da primeira relação sexual que se situa por volta dos 15,80 anos para as raparigas e 15,77 anos para os rapazes. Na primeira relação sexual 31,4% da amostra referiu usar preservativo e na última rondou os 21,9%, embora em ambas as questões mais de metade dos jovens não respondeu. Apenas 9,1% afirmaram ter informado os pais sobre o início da atividade sexual.

31,4% dos jovens referiram já ter praticado sexo oral (sendo que a maioria não usou preservativo) e 15,4% sexo anal. A maior parte dos jovens nunca estiveram envolvidos numa gravidez nem tiveram relações sexuais sob efeito de substâncias psicoativas (os que já o fizeram referiram como substância mais consumida o álcool).

As raparigas que participaram no estudo apresentam atitudes mais permissivas em matéria de sexualidade do que os rapazes.

Palavras – Chave: Sexualidade, Adolescentes, Atitudes, Comportamentos

ABSTRACT

Sexuality is one of the central aspects of modern societies, being subject of interest and research for better understanding the human behavior.

Adolescence is a period of life with its own characteristics that involves changes in physical, cognitive and psychosocial levels. It is essentially in this stage that the construction of identity will shape the teenager's personality. Family and meetings with peer groups can play a vital and leading role in their lives.

This study whose theme is "attitudes and sexual behaviors of adolescents in the 12th grade" has the general objective to identify the attitudes and sexual behaviors of adolescents attending the 12th year at the schools belonging to the Centre's catchment area of "Hospital Cova da Beira" and specific objectives determine the knowledge of teens about various topics on sexual and reproductive health: identify the agents of socialization that teenagers consider most important to get information about sexuality, list factors associated with not using contraception, identify the age of first sexual contact, identify the number of sexual partners, verify the occurrence of an unwanted pregnancy and identify the occurrence of sex under the influence of psychoactive substances.

As part of this study it was elaborate an *online* questionnaire. The average time to answer it was around 30 minutes. The collaboration request of the participants all the traditional conditions of scientific research, including informed consent, anonymity and confidentiality. The sample was collected between December 2014 and January 2015. The participants were 299 young students attending the 12th grade in public schools in the coverage area of the "Hospital Cova da Beira". The average age of the sample is 17.67 years and there is homogeneity in gender representation, with 48.6% of males and 50.6% of females.

The main results show that 44.3% of young people have started their sexual life (first sexual intercourse) with an average age which is situated at about 15.80 years for girls and 15.77 years for boys. At first sexual intercourse, 31.4% said they used a condom and at the last around 21.9%, although in both more than half of the participants did not answer the questions. Only 9.1% said they had informed their parents about the onset of sexual activity.

31.4% of young people answered they had oral sex (most of which did not use a condom) and 15.4% answered they had anal sex. Most of the participants have never been involved in a pregnancy or had sex under the influence of psychoactive substances (those who had already mentioned that the most consumed substance was alcohol).

Girls who participated in the study have more permissive attitudes regarding sexuality than boys.

Key - Words: Sexuality, Teens, Attitudes, Behaviors

INTRODUÇÃO

A Sexualidade está presente como uma realidade indissociável do Ser Humano e, desde sempre foi uma temática envolta em mistérios, incertezas e dúvidas que podem ser particularmente intensas durante a adolescência. Esta é uma fase da vida modelada por transformações e alterações a vários níveis, no entanto o momento de vivenciar a sua sexualidade é um dos aspetos que tem maior impacto na vida do adolescente. Os comportamentos e vivências sexuais adotados por este vão acompanhá-lo por toda a existência.

Para Matos (2010: 203):

A sexualidade tem um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento do adolescente, na aquisição da auto-estima, da comunicação, do relacionamento interpessoal, da autoconfiança, da assertividade, na solidificação da personalidade e no respeito pelo próximo, sendo por isso a sua orientação uma medida não só necessária, como também, imperativa na obtenção de uma adolescência mais harmoniosa, responsável e segura.

Segundo Vaz (1996; cit. por Azevedo, 2008), o processo de aprendizagem da sexualidade é idêntico ao das restantes aprendizagens que decorrem ao longo do ciclo de vida. É por esta razão que o percurso sexual é próprio de cada adolescente e vai depender do desenvolvimento físico e psicoafetivo de cada um. É no período da adolescência que surge o primeiro amor, a intimidade, intensifica-se o conhecimento sobre o próprio corpo e o do outro, surgem novas experiências que são vividas de forma intensa e inicia-se a partilha de afetos.

Segundo o mesmo autor, em qualquer sociedade existe uma regulação dos comportamentos sexuais. Na nossa, o adolescente está sujeito a uma contínua estimulação sexual (através das revistas, cinema, televisão...), contudo não lhe é permitido ter alguns tipos de comportamento sexual. A falta de resposta social adequada leva a que os adolescentes sejam vistos como um grupo de alto risco ao nível sexual.

A adolescência é um período de crescimento e de transformações. Uma das questões mais levantadas e que preocupa é a entrada na vida sexual em idades precoces, uma vez que existe uma maior probabilidade de surgirem comportamentos de risco e consequentes problemas (como risco de infeções sexualmente transmissíveis e gravidez). O início da atividade sexual parece estar relacionado com fatores biológicos (aparecimento da puberdade), sociais (normas das famílias e do grupo de pares) e psicológicos; por sua vez, fatores sociodemográficos, pessoais (como os comportamentos e atitudes anteriores) e envolvimento (como a família, a escola e o grupo de pares) determinam a existência ou não de comportamentos de risco. Por isso é de fulcral importância conhecerem-se as razões para o surgimento destas questões de modo a realizar intervenções preventivas atempadamente (Matos, 2010).

Ensinar Educação Sexual é fazer uma reflexão sobre emoções, atitudes e sentimentos, praticar competências e informar corretamente sobre aspetos fisiológicos. Esta deve começar na família, logo desde a infância. Contudo é na escola, onde as crianças e jovens passam grande parte do seu tempo, que acontecem as primeiras vivências amorosas, daí ser fundamental complementar essa educação que se inicia em casa (Matos, 2010).

Segundo a mesma autora, apenas abordando a sexualidade de forma holística e direcionada para os défices previamente identificados é possível promover comportamentos saudáveis, desenvolvendo jovens felizes e responsáveis.

Face ao desejo de aprofundar conhecimentos e com a consciência da importância que assume na atualidade as vertentes da adolescência e da sexualidade, propôs-se realizar um trabalho de investigação sobre “Atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade”. Foi escolhido abordar este tema pois apesar de estar a ser realizado um longo caminho na área da sexualidade na adolescência, nas novas gerações de pais ainda existem muitos mitos e receios em abordar esta temática com os filhos; também por parte dos adolescentes é notável um avanço na obtenção de conhecimentos, no entanto ainda procuram muita informação através dos “*mass media*”, internet e grupo de pares, o que nem sempre é o mais viável, levando à continuidade da existência de comportamentos de risco; e, por fim, porque a faixa etária da adolescência corresponde à transição de um ciclo de vida que termina para outro que começa e nesta ótica será importante conhecer o nível de preparação que os adolescentes possuem para entrar nele e continuar ou iniciar a sexualidade de uma forma salutar, com consciência da perspetiva preventiva.

Delineou-se como objetivo geral identificar as atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade das escolas pertencentes à área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira.

O presente estudo está estruturado da seguinte forma. O primeiro capítulo comporta toda a fundamentação teórica e assenta numa vasta consulta bibliográfica, diversificada e pertinente face ao assunto visado, em que se exploram inicialmente os conceitos de atitudes e comportamentos no geral, seguindo-se uma breve referência à adolescência e sexualidade, com posterior alusão às atitudes e comportamentos sexuais e de saúde dos adolescentes. Por fim faz-se referência ao papel do enfermeiro na sexualidade do adolescente. Nesta abordagem não se pretende fazer um levantamento exaustivo do tema, mas sim apontar alguns fatores relevantes acerca dos quais já existem alguns estudos pertinentes. O segundo capítulo apresenta e justifica as opções metodológicas adotadas. Refere-se o material e método utilizados no estudo e faz-se uma análise e interpretação dos resultados obtidos através do questionário. Por fim, tecem-se algumas conclusões e propõem-se algumas sugestões/recomendações.

Os dados obtidos vão permitir conhecer a realidade da área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira e logo ajudar a fundamentar intervenções transversais no âmbito da educação sexual (ao nível dos diferentes agentes educativos) que visem a prevenção de comportamentos de risco bem como a promoção de uma sexualidade saudável.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – CONCEITOS

Para se encontrar a designação o mais completa e abrangente possível de um determinado conceito torna-se imprescindível abordar a definição do mesmo segundo diversos autores, realizada em momentos e locais diferentes.

1.1 – ATITUDES

O conceito de atitudes é um dos mais antigos e mais estudados em psicologia social. Segundo Eagly e Chaiken (1993; cit. por Vala e Monteiro, 2006: 188), atitude é “um constructo hipotético referente à tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica”.

O conceito de atitude vem de duas grandes correntes de investigação – a primeira, vinda da psicologia geral da primeira metade do século XX, que defende que a atitude tem um caráter integrativo (ou seja é a resposta de um organismo a um estímulo) e um caráter direcional (é o suporte intencional de uma ação, isto é, esta na sua origem) – e a segunda, proveniente da sociologia americana dos anos 1920 que coloca a sua ênfase na dimensão social, isto é, na relação valores/ atitudes (Ferré e Rossi, 2007).

Segundo Filipe (2012: 46):

Para Fishben e Ajzen (1975) o conceito de atitude apenas deve ser utilizado em situações bipolares com alguma carga afectiva já que são os afectos que distinguem a atitude de outros conceitos. Estes mesmos autores consideram que uma atitude é uma predisposição aprendida para responder consistentemente de uma maneira favorável ou desfavorável em relação a um determinado objecto.

As atitudes são sempre referentes a objetos concretos, podendo ser face a coisas abstratas ou concretas, gerais ou específicas ou referentes a comportamentos. Quanto à expressão podem ser cognitivas (pensamentos, ideias, opiniões), afetivas (emoções e sentimentos) ou comportamentais.

As atitudes podem ser definidas como avaliações de ideias, eventos, objetos ou pessoas. Cada atitude tem três componentes que são representados no chamado “modelo ABC de atitudes”, sendo que cada uma se pode basear mais num componente do que em outro (A= afetivo, B= comportamental, C= cognitivo). Assim o componente afetivo diz respeito à reação emocional que se tem para com um objeto, manifestando as crenças/ valores morais da pessoa; o componente comportamental refere-se à forma como a pessoa se comporta quando exposta a determinado objeto, sendo a observação deste que vai determinar o porquê de uma certa atitude;

por fim, o componente cognitivo reporta aos pensamentos e crenças que se têm sobre um determinado objeto (<http://education-portal.com>).

Para Vala *et al.* (2006) o componente afetivo das atitudes diz respeito às emoções e sentimentos que o objeto provoca, o componente comportamental refere-se aos comportamentos ou intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar e por fim o componente cognitivo é alusivo aos pensamentos, ideias, opiniões e crenças que ligam o objeto aos seus atributos ou consequências.

As atitudes são subjetivas, refletindo a forma como cada um vê um objeto ou uma situação e não obrigatoriamente a realidade desse mesmo objeto. São uma manifestação da personalidade de cada um (Olson, JM e Maio, 2003; cit. por Filipe, 2012).

Segundo Stoetzel (s/d; cit. por Ferré *et al.* 2007: 46) “atitude designa a maneira como uma pessoa se situa em relação a objectos de valor”.

Para Maisonneuve cit. pelo mesmo autor (Ferré *et al.* 2007:46):

a atitude consiste numa posição (mais ou menos cristalizada) de um agente (individual ou colectivo) para com um objecto (pessoa, grupo, situação, valor); exprime-se mais ou menos abertamente através de diversos sintomas ou indicadores (palavras, tom, gestos, actos, escolhas – ou a sua ausência); exerce uma função simultaneamente cognitiva, energética e reguladora sobre as condutas que ela sustenta.

Esta última definição destaca os principais aspetos do conceito de atitudes, isto é, as atitudes são alcançadas individualmente por cada pessoa, mais ou menos duráveis, podem ser alteradas devido a influências externas, sendo um contínuo, podendo ir de um ponto muito favorável a outro bastante desfavorável.

Grande parte dos autores são da opinião que as atitudes para além de não diretamente observáveis são aprendidas e por isso modificáveis, apesar de com o avançar da idade ser cada vez mais difícil mudá-las (Vala *et al.* 2006). Para estes autores as atitudes que se concebem com base na experiência direta são mais suscetíveis de prever o comportamento do que as que são baseadas na experiência indireta.

Para Prislín e Wood (2005; cit. por Filipe, 2012) as atitudes são adquiridas no processo de socialização, sendo numa primeira instância moldadas pelos pais (e englobam por isso as crenças familiares e da comunidade), durante a adolescência sofrem a ação do grupo de pares e na idade adulta são influenciadas pela comunicação social e pelo meio envolvente.

A atitude pode ser entendida como uma motivação social, isto é, uma pré-disposição aprendida/adquirida para responder de modo consistente a um objeto social. Por isso, a psicologia social analisa as atitudes para fazer um prognóstico das condutas, ou seja, ao observar as atitudes de alguém, pode-se prever a forma como esse alguém se irá comportar (<http://conceito.de/atitude>).

Os psicólogos sociais afirmam que as atitudes e as ações têm uma relação recíproca, isto é, cada uma alimenta a outra, estando ambas sujeitas a muitas influências (Myers, 1995).

A sociedade atual valoriza o prazer e a experimentação, dando origem a uma maior abertura em relação aos comportamentos sexuais, nomeadamente maior igualdade no comportamento sexual de homens e mulheres, o que conduziu à criação de novas normas sociais (Earle *et al.* 2007; cit. por Filipe, 2012).

“Atitudes sexuais são todas as atitudes que reflitam aspectos da vida sexual da pessoa, incluindo aspetos sociais, biológicos e psicológicos” (López, Fuertes, 1999; cit. por Filipe, 2012: 50).

As atitudes sexuais refletem as crenças de uma pessoa sobre a sexualidade, sendo demonstrado pelo seu comportamento e são baseados em pontos de vista culturais e na experiência sexual anterior (<http://psychologydictionary.org>).

O estudo das atitudes assume importância quando se trata de temas polémicos, tal como o da sexualidade, porque permite compreender melhor a sociedade no seu geral. Ao conhecerem-se melhor as motivações e aquilo que faz uma pessoa agir, poder-se-á intervir de uma forma mais ajustada à realidade.

1.2 - COMPORTAMENTOS

As teorias e conceitos construídos para entender o comportamento de uma pessoa estão associados à evolução da sociedade (Ferré *et al.* 2007).

O comportamento da pessoa surge quer da interação com outras pessoas, quer com o contexto social alargado. É complexo, dependendo quer de fatores internos decorrentes de características da personalidade (como a capacidade de aprendizagem, de motivação, de percepção do ambiente externo e interno, de atitudes, de emoções e de valores, entre outros) quer de fatores externos derivados do ambiente, de fatores sociais e da coesão grupal (entre outros) (Ogden, 2004).

Para Vala *et al.* (2006: 67) “um comportamento é uma modificação do estado de um organismo, considerada do ponto de vista de uma relação paramétrica com um estímulo aplicado a este. Uma conduta consiste em sequências finalizadas de comportamentos”.

Grande parte das investigações na área sugere que os conhecimentos preveem as intenções comportamentais que, por sua vez, predizem o comportamento (Ogden, 2004).

Não é simples nem claro que o comportamento das pessoas corresponda à sua atitude (Vala *et al.* 2006).

Para Kasl e Cobb (1996; cit. por Ogden, 2004: 27) “um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença”. Este é pois necessário para prever a taxa de mortalidade e conseqüentemente a longevidade das pessoas.

Na visão da psicologia o comportamento é tudo aquilo que um ser humano faz no meio que o envolve, ou seja, cada interação da pessoa com o seu ambiente origina um comportamento. Considera-se bom ou mau comportamento consoante as ações se enquadrem ou não nas normas sociais em vigor (<http://conceito.de/comportamento>).

Todo o comportamento humano tem uma regulação social que resulta de um conjunto de atitudes e condutas que a sociedade expressa tendo em conta as normas que a regula, influenciando assim quer o comportamento privado, quer o público (Antunes, 2007).

Não existem estudos disponíveis que informam o padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva. É possível existir uma relação entre o padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva e o padrão de comportamento de risco para a saúde (mas o primeiro não é suficiente para observar o segundo). Assim é necessário estudar de forma integrada e holística o comportamento durante a adolescência, uma vez que as características da personalidade em construção podem explicar esses padrões de comportamento (Campo-Arias, Ceballo e Herazo, 2010).

O comportamento sexual é influenciado por várias situações, atitudes, crenças e comportamentos (tanto de risco como protetores), não existindo um sentido único entre a informação detida e a ação/ comportamento desenvolvido (Camargo e Botelho, 2007; cit. por Matos, 2010).

O comportamento sexual da pessoa depende não só da etapa de desenvolvimento em que se situa, mas também do contexto familiar e social em que vive. Ao longo do crescimento, é possível observar-se uma discrepância entre a maturidade biológica (normalmente atingida mais cedo) e a psicológica e social (que se alcança cada vez mais tarde) (Torres, 2012).

Para J. Kenneth *et al.* (2008 e Hendrick *et al.* 2006; cit. por Filipe, 2012), as atitudes e comportamentos sexuais englobam aspetos culturais, interpessoais e psicológicos, dependendo das normas da sociedade, dos relacionamentos interpessoais e de como cada um lida com a sexualidade. Assim a avaliação dos comportamentos sexuais permite compreender as atitudes sexuais. O que se observa nos estudos destes conceitos é que ambos se sobrepõem.

Nos estudos relacionados com os comportamentos e atitudes sexuais é essencial integrar várias classes de variáveis uma vez que os mesmos são construídos socialmente (Askun e Ataca, 2007; cit. por Leal e Maroco, 2010).

Para a promoção de atitudes e comportamentos sexuais saudáveis é fundamental a realização de uma educação sexual que tenha como finalidade desenvolver atitudes e

competências nos jovens, fazendo com que os mesmos se sintam informados e seguros nas suas escolhas. Assim, é essencial que a educação sexual abarque, quer intervenções do tipo universal, abrangendo a escola, família e grupo de pares, quer intervenções mais específicas, em pequenos subgrupos identificados como prioritários (Ramiro, Reis, Matos, Diniz e Simões, 2011).

Segundo Ramiro *et al.* (2011: 20):

É fundamental prevenir e acompanhar o adolescente; ajudá-lo a descobrir-se, a conhecer-se e a comunicar; dotá-lo de competências para avaliar o seu próprio desenvolvimento, os acontecimentos de vida, o contexto, a sociedade e o mundo; trabalhar os seus recursos pessoais para lidar com os desafios de uma existência indutora de stress; envolvê-lo em comunidades que o integre, sejam criativas e promovam a saúde; despertar-lhe horizontes e ideais de vida; acompanhá-lo nas opções e reflexões de vida; e desenvolver a sua responsabilidade e solidariedade para com a comunidade. É ainda importante o reforço da autonomia, responsabilização e participação social do adolescente e da importância destes factores na promoção da sua saúde.

2 - SEXUALIDADE E ADOLESCÊNCIA

A sexualidade está presente como uma realidade indissociável do Ser Humano e desde sempre foi uma temática envolta em mistérios, incertezas e dúvidas que podem ser particularmente intensas durante a adolescência. Esta é uma fase da vida modelada por transformações e alterações a vários níveis, no entanto o momento de vivenciar a sua sexualidade é um dos aspetos que tem maior impacto na vida do adolescente. Os comportamentos e vivências sexuais adotados por este vão acompanhá-lo por toda a existência.

Segundo Vaz (1996; cit. por Azevedo, 2008), o processo de aprendizagem da sexualidade é idêntico ao das restantes aprendizagens que decorrem ao longo do ciclo de vida. É por esta razão que o percurso sexual é próprio de cada adolescente e vai depender do desenvolvimento físico e psicoafetivo de cada um. É no período da adolescência que surge o primeiro amor, a intimidade, intensifica-se o conhecimento sobre o próprio corpo e o do outro, surgem novas experiências que são vividas de forma intensa e inicia-se a partilha de afetos.

Segundo o mesmo autor, em qualquer sociedade existe uma regulação dos comportamentos sexuais. Na nossa, o adolescente está sujeito a uma contínua estimulação sexual (através das revistas, cinema, televisão, internet...), contudo não é permitido que tenha alguns tipos de comportamento sexual. A falta de resposta social adequada leva a que os adolescentes sejam vistos como um grupo de alto risco ao nível sexual.

2.1 – O ADOLESCENTE E A SEXUALIDADE

O termo adolescência deriva de *adolescere*, do latim *adolescere*, que etimologicamente significa crescer, desenvolver (Crespin, 2007b; cit. por Costa, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária que vai dos dez aos dezanove anos de idade, e é caracterizada por mudanças sociais, psicológicas e físicas (Borges e Fujimori, 2009).

A adolescência é uma etapa de imaturidade à procura de maturidade, no sentido em que são reformulados os valores adquiridos, descobre-se a identidade e define-se a personalidade. A adolescência é uma fase de mudança, de experimentação e de descoberta de si próprio constituindo um marco essencial na construção da identidade e personalidade da pessoa. Os adolescentes sentem necessidade de ser mais autônomos em todas as atividades de vida (Antunes, 2007).

Por vezes a palavra adolescência é utilizada com o mesmo intuito da palavra puberdade. No entanto têm sentidos diferentes, sendo a adolescência uma etapa muito mais complexa. É claro que o desenvolvimento físico desta fase não ocorre de forma separada do desenvolvimento emocional e social. Normalmente, as transformações físicas são mais fáceis de aceitar por parte dos pais e dos próprios adolescentes, do que as transformações emocionais e sociais. Como a adolescência não se caracteriza somente por alterações fisiológicas, mas também psicológicas, emocionais, sociais e sexuais, não se pode fixar o seu começo com o surgimento da menstruação/ ejaculação (Neves e Ramos, 2014).

O adolescente por vezes é egocêntrico durante a descoberta de si próprio pois reflete e age tendo por base apenas a sua experiência, generalizando acontecimentos individuais.

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por um intenso crescimento e desenvolvimento que se traduzem em marcantes transformações anatómicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. É difícil estabelecer fronteiras precisas, mas do ponto de vista biológico esta etapa de vida inicia-se por volta dos onze/ doze anos (com o aparecimento gradual das características sexuais secundárias) e termina cerca dos dezoito/ vinte anos com a conclusão do crescimento corporal (Hockenberry e Wilson, 2011).

Segundo Relvas (1996) cit. por Ferreira e Nelas (2008) não se pode entender a adolescência sem abordar também a família e a sociedade envolvente.

Na fase da adolescência a família mantém o seu papel de proporcionar segurança, proteção e afeto ao adolescente. Este por sua vez apresenta um sentimento de ambivalência pois por um lado, e para atingir a maturidade, sente necessidade de se libertar da família; por outro tem receio de o fazer. As próprias alterações psicológicas levam a grandes modificações no seu

meio social, quer a nível de novas amizades, quer na escola. Tudo isso vai permitir que o mesmo defina uma identidade própria e independente. Vários autores são unânimes em considerar que os maiores riscos para a saúde são provenientes dos comportamentos gerados pela dificuldade de adaptação do adolescente ao meio psicossocial em que vive, sendo a própria sociedade responsável por situações capazes de afetar toda a vida futura do adolescente (Costa, 2008).

Outra tarefa desenvolvimental que a adolescência coloca, envolve a construção de um sentido de identidade sexual que se começa a formar logo desde o nascimento, alcançando a sua estrutura e perfil definitivos na adolescência (Borges *et al.* 2009).

A construção da identidade sexual de cada um, partindo da ideia que é um acontecimento construído socialmente, engloba a agregação de vários fatores para além do sexo biológico. Destacam-se a identidade de género, isto é, perceber que se tem uma anatomia que regula o género sexual (homem ou mulher); os papéis sexuais sociais, que dizem respeito ao conjunto de características que uma sociedade impõe como sendo masculinas ou femininas (gestos, palavras e atitudes) e a orientação sexual, isto é, a inclinação afetivo – sexual que uma pessoa realiza face a outra (Pereira, Leal e Maroco, 2009).

A sexualidade constitui então um aspeto importante na adolescência, pois é nessa fase que se desenvolve a identidade sexual, surgindo um importante processo transformacional, sendo uma das fases de desenvolvimento mais importantes da vida do ser humano. É um momento em que o interesse pelo sexo oposto aumenta, ocorrendo uma descoberta mais íntima do outro e em que se estabelecem novos vínculos afetivos (Nelas *et al.* 2011; cit. por Oliveira, 2011).

Para Fonseca (2002; cit. por Ferreira *et al.* 2008: 62):

Na primeira fase da adolescência estão presentes comportamentos de auto-erotização e auto-experimentação, dando as projecções das fantasias eróticas pano de fundo ao crescimento pubertário. Na segunda fase da adolescência, há uma forte percepção das diferenças entre os corpos, exercitando-se semelhanças e diferenças, podendo envolver experimentação hetero, homo ou bissexual. Na terceira fase, o envolvimento afectivo é mais estável, entrando no mundo da sexualidade do adulto. O adolescente entende que fruto da sua vivência da procura do outro, encontra prazer, conquistando a intimidade e a partilha.

Numa perspetiva desenvolvimentista, na pré-adolescência, a intimidade desenvolve-se entre pares do mesmo sexo, sendo estes os confidentes, alterando na adolescência para uma procura de pares no sexo oposto. Em ambos os casos, existe a procura de proximidade emocional, auto-validação e apoio e é através da satisfação dessas necessidades que o indivíduo adquire a capacidade para a intimidade (Pinto, 2009). Normalmente bastante antes da primeira

relação sexual acontecer, os adolescentes envolvem-se em experiências “pré-sexuais” como carícias e toques mais íntimos (Borges, Latorre e Schor, 2007).

Segundo Carvalho (2008) muitos anos de repressão, de ocultação e de informação deformada originaram para além de um conjunto de falsidades e tabus, a separação da sexualidade do resto da personalidade do adolescente.

A sexualidade existe desde o nascimento e prolonga-se até ao fim da vida do ser humano. O seu desenvolvimento varia de pessoa para pessoa, dependendo das características genéticas, das interações socioculturais e dos fatores educacionais, éticos e religiosos. É um aspeto essencial da vida humana, sendo constituído pelo menos por seis dimensões: física, psicológica, espiritual, social, económica e cultural. As regras que regulam a sexualidade são diferentes quer entre culturas quer dentro de uma mesma cultura (Unesco, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001:8): (<https://juventude.gov.pt>)

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

Para Ferreira *et al.* (2008: 62):

A sexualidade é fonte de comunicação, afecto, prazer, bem-estar consigo e com os outros. Refere-se à capacidade de iniciar e manter uma relação íntima com alguém especial, numa base de doação. A sexualidade influencia os pensamentos, sentimentos, acções e interacções do adolescente e também a sua saúde física e mental.

O termo sexualidade surgiu pela primeira vez no século XIX, e começou a ser usado de forma científica nas obras de Freud, Havelock Ellis, Alfred Kinsen, William Masters e de Virgínia Johnson. Com o passar do tempo, a sociedade foi modificando os valores, as atitudes e muitos preconceitos. Atualmente, nas sociedades ocidentais, vivencia-se a sexualidade de modo mais espontâneo e natural, sendo vista como algo que faz parte da natureza humana, uma expressão individual inserida numa cultura e sociedade, integrando os seus valores e normas. Contudo esta situação não quer dizer que não existam tabus à volta do tema, mas a realidade de hoje é muito diferente da realidade de tempos passados (Antunes, 2007).

Fazendo uma retrospectiva sobre a sexualidade, observa-se que durante um longo tempo a moral e o tradicionalismo eram sobrevalorizados e a sexualidade era limitada ao sexo, à procriação e ao desejo, não sendo vista como um todo. Contudo não se poderá entender a sexualidade desta forma limitada mas sim como fazendo parte de cada ser, inserida em cada sociedade e geração (Antunes, 2007).

Segundo a literatura, as teorias acerca do desenvolvimento sexual são divididas em duas correntes: as que dão ênfase à biologia inata e as que enfatizam a sexualidade como uma construção social (Neves *et al.* 2014).

Segundo Fisher (2008; cit. por Matos e Tomé, 2012), a sexualidade agrega uma dimensão biológica que diz respeito ao corpo e às suas transformações, uma dimensão relacional referente às representações das relações e estilos de comunicação, uma dimensão ética e sociocultural relativa às responsabilidades da vivência sexual, escolhas, influência da cultura, valores e regras e uma dimensão psicológica, relacionada com as emoções, sentimentos, afetos e atitudes.

Depois de um período marcado pela afirmação da mulher, pela descoberta de novos contraceptivos, pela maior liberalização dos comportamentos sexuais e pela grande propagação de infecções sexualmente transmissíveis observaram-se mudanças profundas e novas considerações na área da sexualidade (Matos, 2010).

Segundo Cabral e Ferreira (2010: 201):

Nas últimas décadas, assistimos a profundas mudanças na forma como a sexualidade é falada e é vivida nas sociedades ocidentais. Estas mudanças expressam-se, no plano macrossocial, na emergência de atitudes mais liberais sobre a sexualidade, que impregnam os diferentes discursos – dos media, dos técnicos, das leis e das políticas e do próprio senso comum.

Para Ogden (2004: 253):

As crenças, atitudes e cognições acerca da sexualidade, o risco e o uso de preservativo não existem apenas no contexto dos indivíduos ou no contexto da interacção entre dois indivíduos: existem num contexto social muito mais vasto. Este contexto social toma muitas formas, como o tipo de influência da educação sexual, o significado social, as expectativas e normas sociais desenvolvidas e apresentadas através dos vários meios de comunicação, e criadas e perpetuadas por determinadas comunidades, e o mundo mais alargado do género e desigualdade.

A união amor/ sexo é uma solução histórico-cultural para a problemática que existe entre a associação da reprodução biológica e a vinculação social. Na perspectiva da psicologia social a sexualidade representa uma interação humana, sendo inseparável o estudo dos padrões de comportamento sexual e as representações sociais da sexualidade que dirigem e dão significado à ação, ou seja, todos os comportamentos sexuais resultam de uma construção social (Vala *et al.* 2006).

Para Neves *et al.* (2014: 5):

A sexualidade engloba a identidade sexual (masculino/ feminino), os afetos e a auto-estima, isto é, os nossos sentimentos em relação a nós próprios e em relação aos outros, em relação a todas as mudanças do nosso corpo, todas as alterações físicas e psicológicas ao longo da nossa vida, o conhecimento da anatomo-fisiologia do sexo feminino e masculino, a higiene na puberdade, a

gravidez, o parto, a maternidade e a paternidade, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis.

Quando se fala de sexualidade humana não se deve reduzir o tema a relações sexuais, nem métodos contraceptivos, uma vez que esta engloba vários aspetos como a comunicação, a amizade, a partilha do corpo e da alma e no seu fim “original” a reprodução. Segundo Carvalho (2008):

a nossa sexualidade inclui o sexo biológico, os mecanismos reprodutores, os papéis de género, o prazer sensual e sexual, a iniciação e manutenção de relações humanas íntimas, a manifestação sexual ao longo do ciclo de vida, a problemática da expressão sexual e a capacidade para lidar com a preservação das doenças sexualmente transmissíveis. É formada tanto pelo potencial genético inato como por forças externas, tais como a cultura, pois se muitos aspectos da nossa sexualidade emergem do nosso eu biológico e psicológico, a sexualidade é sempre formatada pela interação com o meio externo e as suas forças.

Todos os componentes da sexualidade humana, se for considerada no seu sentido amplo (englobando o genital, o emocional e o psicossocial) são mediados pelas experiências interpessoais, ao longo do desenvolvimento da pessoa. A sexualidade de cada um começa desde o nascimento (há autores que defendem que se inicia ainda *in útero*) e prolonga-se pelo tempo sendo moldada pelos padrões existentes na cultura numa determinada época, aprendidos durante a socialização. Mas a sexualidade humana também tem uma componente biológica, na medida em que toda a pessoa tem um corpo sexuado, ou seja, preparado aos níveis genético, hormonal, anatómico e fisiológico para responder a determinados estímulos e desenvolver determinadas respostas ligadas a sentimentos de prazer e de bem-estar (Carvalho, 2008).

A sexualidade acompanha toda a pessoa desde a infância, sofrendo alterações ao longo da vida. Não é simples, pois é uma experiência individual que cada pessoa vive de forma única (Matos, 2010).

As conferências do Cairo e de Beijing constituíram um marco na conquista dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes (Borges *et al.* 2009).

Na adolescência aparece o primeiro amor, aumenta o conhecimento e descoberta sobre o próprio corpo e o do outro, desenvolve-se a intimidade, a partilha e confiança com outra pessoa. É uma fase complexa pois para além dos diversos sentimentos, emoções e dúvidas característicos desta faixa etária, juntam-se estereótipos, expectativas, dificuldades e limitações que os adolescentes têm que enfrentar. Daí a sexualidade na adolescência acarretar também alguns fatores negativos que podem ser uma ameaça para a saúde física e psicológica dos jovens (Matos, 2010).

Para Reis *et al.* (2009; cit. por Matos *et al.* 2012: 245):

A sexualidade, (na adolescência), reveste-se de grande importância e manifesta-se através de sonhos, desejos, fantasias, masturbação. Com a sua

inserção em grupos de pares, criam-se grandes amizades, possíveis paixões, e é frequente surgir o primeiro amor, intensifica-se o conhecimento do próprio corpo e do corpo do outro e multiplicam-se novas experiências, vividas com extrema intensidade; é descoberta uma relação de intimidade, partilha e confiança com outra pessoa – o que contribui para o desenvolvimento psicológico do jovem. Nesta fase é habitual acontecerem as primeiras relações amorosas, que apesar de não serem sempre planeadas, muitas vezes terminam na primeira experiência sexual.

Contudo o desenvolvimento da sexualidade durante a adolescência nem sempre é acompanhado de um amadurecimento cognitivo e afetivo em simultâneo o que pode tornar esta faixa etária muito vulnerável a riscos. A primeira relação sexual é um dos atos mais relevantes na história sexual de cada pessoa, descrevendo também a trajetória de cada geração e as mudanças que vão ocorrendo (Cabral *et al.* 2010).

“Numa sociedade em que as interdições em relação à sexualidade se dissolvem, a virgindade perde a sua função de regulação da sexualidade, sobretudo da feminina, passando a ser vista nos meios juvenis, em particular, apenas como sinónimo de inexperiência sexual” (Cabral *et al.* 2010: 232).

O momento de iniciar a atividade sexual pode ser considerado como um dos momentos que tem mais impacto na vida do jovem e que seguramente o vai acompanhar para sempre. Por isso é fundamental conhecer quais as motivações que estão na base da decisão de iniciar ou não a atividade sexual. Essa motivação e o momento em que ela se concretiza permanecem pouco esclarecidos, contudo reconhece-se que o início da vida sexual é uma fase crítica para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada. Estudos recentes revelam que os fatores socioculturais assumem um papel mais determinante para o início da atividade sexual do que os fatores psicológicos/individuais (Lakshmi, Gupta e Kumar, 2007).

Após a revolução industrial o grupo de pares juntou-se à família e escola, desempenhando funções essenciais na socialização dos adolescentes. Devido à cultura de massas do século XX, os “*mass media*” associaram-se aos elementos atrás referidos, exercendo um papel-chave na socialização de crianças e adolescentes (Borges *et al.* 2009).

A informação sobre sexualidade provém do mundo social da pessoa, do seu grupo de pares e dos seus progenitores, isto é, da escola, pares, pais, revistas, meios de comunicação social e parceiros. Os conhecimentos que advém dos mesmos vão influenciar os conhecimentos e crenças de cada um (Ogden, 2004).

2.2 – ATITUDES E COMPORTAMENTOS SEXUAIS E DE SAÚDE

O surgimento de uma possível epidemia do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) acarretou uma enorme averiguação sobre o comportamento sexual das populações e provocou a deslocação da sexualidade para o campo da saúde pública, sendo Kinsey o primeiro a efetuar uma vasta e sistemática recolha de dados. No entanto esta permaneceu algo restringida até à década de 1980, altura em que existiu uma difusão de estudos em volta da relação entre sexualidade e SIDA. Em Portugal, apenas nos anos 1990 apareceram os primeiros estudos sociológicos acerca dos comportamentos sexuais dos portugueses (Cabral *et al.* 2010).

Em dois inquéritos de âmbito nacional realizados pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, observaram-se grandes défices em relação aos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente em relação aos métodos contraceptivos e às infeções sexualmente transmissíveis (à exceção do HIV/ SIDA) tanto nos adolescentes como em pessoas mais velhas (Cabral *et al.* 2008; Vilar e Ferreira, 2008; cit. por Abreu, 2008). Segundo os últimos autores a educação sexual está associada à maior procura de informação e ajuda e ao atraso do início da primeira relação sexual.

Apesar das campanhas de sensibilização, do conhecimento sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da existência de apoios que permitem o acesso da população ao preservativo, a sua utilização continua a fazer-se de forma inconsistente (Gomes, s/d).

Em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) substituiu o termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) por Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) de forma a enfatizar as infeções assintomáticas.

Segundo Antunes (2007; cit. por Silva, 2008: 33):

todos os comportamentos do ser humano têm uma regulação social, que origina um conjunto de atitudes de acordo com as normas e valores, que dizem respeito tanto à sociedade como ao indivíduo. Quando se fala em sexualidade, as atitudes tomam uma importância fulcral, pois determinam a aceitação de determinadas interações sexuais. Nos vários estudos realizados verifica-se que os jovens têm atitudes sexuais mais permissivas, o que, em conjunto com as particularidades desta etapa do ciclo vital, tem resultado em atitudes que constituem um risco, para o próprio jovem e para o seu futuro.

A situação do HIV/ SIDA em Portugal tem vindo a agravar-se nos últimos anos. Segundo Marques, Martingo e Frade (2006; cit. por Matos, 2010), diariamente mais de 6000 jovens dos 15 aos 24 anos infetam ou são infetados pelo HIV.

Segundo o relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (CDEDT) alusivo à situação portuguesa em 2007, 84% das pessoas contaminadas com o HIV/ SIDA situavam-se na faixa etária dos 20 aos 49 anos de idade e 28,4% na faixa etária dos 19 aos 29 anos.

O Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica e Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas referiram que em Portugal, no ano 2011, dos 39347 casos de infeção notificados, 83% eram referentes a pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos (Frias e Teixeira, s/d).

Ao longo do ano de 2012 foram advertidos 1551 novos casos de infeção por HIV, sendo mais prevalente no sexo masculino. 2,3% desses casos referem-se a jovens entre os 15 e os 19 anos (Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 2013).

Numa investigação acerca de conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), realizado por Almeida, Silva e Cunha (2007), onde foram identificados e comparados os conhecimentos, atitudes e comportamentos preventivos sobre a SIDA, dos adolescentes que frequentavam uma escola secundária inserida em meio urbano (455 alunos) com os adolescentes de uma escola secundária inserida em meio não urbano (371 alunos), com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, no distrito de Viseu, constatou-se haver relação entre o meio de inserção dos adolescentes e o seu conhecimento, ou seja os adolescentes do meio não urbano eram detentores de maior conhecimento sobre o tema e ainda os adolescentes do meio urbano mostravam menos atitudes preventivas face ao assunto.

Uma das 8 metas da Declaração Saúde Sexual para o Milénio é estagnar ou inverter a propagação da infeção HIV/ SIDA. Esta situação requer uma educação em sexualidade que transmita aos jovens informações pertinentes, cientificamente corretas e culturalmente relevantes (Unesco, 2009 e Carta de Aveiro, 2010; cit. por Frias *et al.* s/d).

Segundo dados da WHO (2011) até ao ano de 2010, 42% dos novos casos de infeção por HIV/SIDA aconteceram em jovens com idades entre os 15 e os 24 anos (Ramiro, Reis, Matos e Diniz, 2014).

Segundo a OMS, é na adolescência e na fase adulta jovem que se concentram metade das infeções por HIV em todo o mundo e na ausência de cura, a prevenção depende em grande medida da adoção de comportamentos seguros, tais como o uso do preservativo aquando do contacto sexual (Nogueira, Saavedra e Costa, 2008).

Para Cunha - Oliveira *et al.* (2009; cit. por Frias *et al.* s/d: 890):

As campanhas de prevenção da infeção VIH/SIDA, embora tenham dado a conhecer, à população em geral e aos/ às jovens em particular, a existência de um problema sanitário grave ao qual era necessário dar resposta, não parecem ter convencido ou motivado os/ as jovens a mudar comportamentos, uma vez que o aumento da utilização do preservativo, que se verificou ao longo dos últimos anos, está claramente aquém do que seria de esperar num problema desta dimensão. Para estes autores inverter esta realidade implica “(...) autonomizar o preservativo em relação à sua função preventiva e torna-lo

parte integrante de uma sexualidade moderna, responsável e civicamente evoluída”.

Os autores supracitados analisaram 31 *spots* publicitários de prevenção da infeção HIV/SIDA, produzidos em Portugal entre o ano 2000 e o ano 2010 concluindo que de facto a principal mensagem transmitida é a necessidade do uso do preservativo, no entanto falta estimular uma imagem positiva da sua utilização, tornando-o um objeto essencial na sedução e envolvimento erótico.

O estudo realizado por Ramiro *et al.* (2014) mostrou que os adolescentes referiram ter mais conhecimentos sobre HIV/SIDA em 2002 do que em 2006 e 2010. No entanto a maioria dos inquiridos em 2010 (82,5%) referem ter usado preservativo na última relação sexual.

Segundo Dias, Matos e Gonçalves (2005; Matos *et al.* 2003; cit. por Matos, 2010:22):

os comportamentos de risco têm diminuído entre os adolescentes portugueses. A utilização do preservativo aparece associada ao género feminino, a uma idade mais avançada, à facilidade em falar com o pai, à não utilização de bebidas alcoólicas e ao não envolvimento em lutas com os pares.

De facto a investigação realizada a nível nacional tem vindo a demonstrar que os jovens tendem a utilizar o preservativo na sua primeira relação sexual (Ramos, Eira, Martins; Machado, Bordalo e Polónia, 2008; Reis e Matos, 2008 e Matos, 2010). Segundo Matos (2010) o aumento do uso do preservativo tem vindo a verificar-se entre os jovens portugueses desde 2002, passando de 71,8% para 82,5%.

Numa investigação conduzida por Cabral *et al.* (2010) verificou-se que 53% dos rapazes inquiridos (entre os 18 e os 24 anos) referiram ter iniciado a vida sexual antes dos 17 anos (sendo que 11,8% afirmaram ter iniciado com 14 anos ou menos e 41,2% entre os 15 e os 16 anos). Segundo o mesmo estudo, apenas 35% das raparigas afirmaram ter iniciado a sua vida sexual antes dos 17 anos de idade (sendo 7,9% com 14 anos ou menos e 27,1% entre os 15 e os 16 anos). Ou seja, concluiu-se que para os jovens do escalão etário dos 18-24 anos, a média de início da atividade sexual é de 16,5 anos para os rapazes e 17,2 anos para as raparigas. Quando questionados sobre a primeira experiência sexual 29,5% dos rapazes apontaram para uma idade igual ou inferior a 11 anos, 29% dizem ter sido entre os 12-13 anos e 26,7% entre os 14-15 anos; já 12% das raparigas afirmaram ter tido a primeira experiência sexual com 11 anos ou menos, 28% apontaram entre os 12-13 anos e 35% entre os 14-15 anos. Foi possível observar que a maioria dos jovens inquiridos do escalão etário dos 18-24 anos tinham parceiros sexuais da mesma idade (sendo 44,8% rapazes e 31,4% raparigas). Do mesmo modo, tanto nos rapazes como nas raparigas a situação mais referida é ambos estarem dispostos a iniciar a vida sexual (88,7% nos rapazes e 87,5% nas raparigas); no entanto enquanto 53,2% dos rapazes referiram que a sua primeira vez foi também para a parceira, 59,2% das raparigas apontaram o contrário.

Quando questionados sobre o estatuto relacional do parceiro a maioria respondeu que eram namorados (58,3% dos rapazes e 81,4% das raparigas). Como motivos apontados para a iniciação sexual, 49,7% dos rapazes referiu ter desejo sexual, enquanto que a maioria das raparigas (66,5%) disse estar apaixonada. 78,9% dos rapazes e 82,5% das raparigas inquiridas referiram ter usado o preservativo na primeira relação sexual. Ainda no mesmo estudo 76,7% dos jovens inquiridos pertencentes ao escalão etário dos 18-24 anos referiram ter como confidente um amigo (a) próximo (a), sendo na maioria do mesmo sexo e situando-se no mesmo intervalo etário. Quando questionados acerca da percepção sobre o comportamento sexual dos confidentes no último ano, 78,7% dos rapazes e 68,1% das raparigas pensam que os mesmos fazem seleção de parceiros sexuais por causa do HIV/ SIDA e 52% dos rapazes e 26% das raparigas são da opinião que os confidentes têm múltiplos parceiros sexuais.

Os progressos da ciência, nomeadamente o surgimento das terapias antirretrovirais permitiram tornar o HIV/ SIDA numa doença crónica e aumentar a esperança de vida das pessoas infetadas, no entanto levaram a um relaxamento da atitude preventiva (Cabral *et al.* 2010).

Existe uma relação entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas, sendo que quanto melhor for o estatuto socioeconómico, maiores são as oportunidades de por exemplo ter uma alimentação saudável e realizar atividade física (WHO, 2000; cit. por Matos, 2010).

Segundo Caetano (2006) cit. pela mesma autora (Matos, 2010: 14):

Portugal é um país com baixo nível socioeconómico e educacional, o que exige uma urgente intervenção governamental a nível das famílias, escolas e «Sociedade Civil». Portugal tem alguns dos piores índices de Saúde Pública da Europa, nomeadamente no alcoolismo, cirrose hepática alcoólica, consumo de substâncias psicoactivas, infeções sexualmente transmissíveis. (...) Investigar os comportamentos dos jovens é indispensável, pois o conhecimento correcto da situação que se vive hoje em dia poderá permitir o delineamento de programas de intervenção e encontrar soluções para resolver grande parte destes problemas.

Para Peres *et al.* (2008; cit. por Abreu, 2008), a investigação mostra que existe uma evidência científica de que as condições socioeconómicas podem afetar de forma positiva ou negativa o funcionamento familiar, influenciando os seus membros em relação à saúde sexual e reprodutiva. Ainda de acordo com Gaspar *et al.* (2007) citados pela mesma fonte e debruçando numa perspetiva global de saúde, ao estatuto socioeconómico mais baixo encontram-se associados outros fatores, como baixos níveis de educação dos pais, desemprego, habitação em bairros de zonas urbanas carenciadas, agregado familiar numeroso e pertença a uma minoria étnica.

Antes do século XIX, o comportamento sexual era visto como uma preocupação espiritual ou religiosa. Durante esse século foi tentado estipular noções de normalidade e anormalidade, estando a primeira relacionada com a reprodução e a segunda associada à masturbação e homossexualidade; isto é, o sexo era considerado um impulso biológico que tinha de ser manifestado mas apenas nas suas funções e para uma finalidade, ou seja a reprodução. Desde o princípio do século XX que se observou uma mudança na perspectiva, pois embora o sexo seja visto como biológico o realce é colocado no comportamento sexual, estudando-se desta forma o desejo, o prazer e os orgasmos. Recentemente observou-se outra mudança, passando o sexo a ser estudado em termos de promoção da saúde, educação para a saúde e autoproteção (Ogden, 2004).

Segundo Ogden (2004: 123):

Têm sido desenvolvidas muitas teorias para explicar a dependência e os comportamentos dependentes, incluindo os modelos morais – que vêem a dependência como o resultado de uma fraqueza e falta de fibra moral -, os modelos biomédicos – que vêem a dependência como uma doença – e as teorias da aprendizagem social – que encaram os comportamentos de dependência como aprendidos de acordo com as regras da teoria da aprendizagem.

As pessoas têm ideias e crenças sobre a saúde e os riscos que correm, o que é essencial para poderem optar por comportamentos que favoreçam o seu estado de saúde pessoal. No entanto, observa-se que estas definições variam de pessoa para pessoa, o que conduz a uma grande discrepância nos comportamentos (Gomes, s/d).

Tem-se verificado um grande debate relativamente às atitudes sexuais dos mais jovens, surgindo questões sobre quais as razões que levam à adoção de comportamentos que colocam em risco a saúde. Os estudos surgem pela maior liberdade sexual observada, pela alteração dos valores e normas sociais, pela mudança do papel da mulher na sociedade e pela modificação da ótica em relação à contraceção e ao aborto (Antunes, 2007).

Segundo Prinstein, Boergers e Spirito (2001; cit. por Matos, 2010), os adolescentes que pertencem a grupos que se mobilizam para ajudar têm menos probabilidades de enveredar por comportamentos de risco.

Para Gomes (s/d: 6):

O porquê das escolhas comportamentais que prejudicam a saúde, têm levado à elaboração de modelos que as permitissem explicar. Dada a multiplicidade de modelos, a sua divisão, de acordo com as suas características, facilita a sua compreensão. Ogden (2004) classifica-os diferenciando os Modelos Cognitivos, dos Modelos de Cognição Social, pela diferença de enfoque de uns para os outros. Enquanto que os modelos cognitivos, como o Modelo de Crenças da Saúde (Rosenstock, 1966; Becker & Rosenstock, 1984) e a Teoria da Motivação para a Acção (Rogers, 1975, 1983) se focalizam fortemente nas crenças pessoais; os modelos socio-cognitivos contextualizam socialmente as crenças. Enquadram-se nesta categoria a Teoria da Acção Racional (Fishbein

& Azjen, 1975), a Teoria da Acção Planeada (Ajzen & Madden, 1986), o Modelo das Competências de Informação-Motivação-Comportamento (Fisher & Fisher, 1992), a Teoria da Auto-eficácia (Bandura, 1977) e o Processo de Acção para a Saúde (Schwarzer, 1992). A par destas teorias, apresenta-se ainda, o Modelo Transterórico (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) que se caracteriza como sendo socio-cognitivo, acrescentando uma perspectiva temporal e de mudança, que o diferencia dos restantes modelos enunciados.

Num estudo realizado no ano 2010 em Portugal pelo Health Behaviour in School-aged Children (em 5050 jovens do 10.º ano de escolaridade) chegou-se à conclusão que 16,3% dos rapazes iniciaram a sua vida sexual entre os 12 e os 13 anos e 75,1% referiram ter iniciado aos 14 anos ou mais tarde. Por sua vez 8,5% das raparigas disseram ter iniciado a sua vida sexual entre os 12 e os 13 anos e 89,5% aos 14 anos ou mais. Cerca de 16,4% dos rapazes e 7,6% das raparigas afirmaram já ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas. Em relação à última relação sexual 81,4% dos rapazes e 84,1% das raparigas referiram ter usado preservativo; no entanto cerca de 18,6% dos rapazes e 15,9% das raparigas já tiveram relações sexuais sem usarem preservativo (Matos *et al.* 2011; cit. por Matos *et al.* 2012).

Ramos *et al.* (2008) numa investigação realizada a jovens cuja média de idade se situa nos 15,2 anos, 4,5% dos inquiridos referiram já ter tido relações sexuais coitais, sendo que a idade mais apontada como sendo a primeira vez foi aos 14 anos; 24,4% disseram nunca ter tido uma experiência sexual. Dos jovens sexualmente ativos, 76,8% referiram usar sempre métodos contraceptivos, sendo que 47,9% apontaram usar preservativo e 16,9% o preservativo mais a pílula. Cerca de ¼ dos inquiridos disseram não utilizar qualquer método contraceptivo e 11,9% mencionaram usar como método o coito interrompido.

Segundo Matos (2010:24):

Algumas investigações demonstram que, apesar de conhecerem os riscos que correm, muitos adolescentes não usam o preservativo. Alguns dos factores na base deste facto são a idade em que ocorre a primeira relação sexual, a raça ou etnia, a família, a escolaridade e a deficiente educação sexual (Manning, Longmore & Giordano, 2000). (...) medo que os pais descubram que já têm vida sexual activa, (...) estarem sob o efeito de drogas ou álcool (Albert, 2007).

Num estudo realizado por Antunes (2007) intitulado “Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior” a 960 alunos com idades entre os 17 e os 24 anos, 46,77% dos inquiridos disseram ainda não ter tido relações sexuais (destes, 75,72% eram raparigas). Dos sexualmente ativos, a idade média apontada para a primeira relação sexual foi de 17,12 anos. 44,06% afirmaram ter namorado (a) no momento em que responderam ao questionário (em que 28,84% pertenciam ao sexo masculino e 71,16% ao feminino). 59,48% dos jovens mencionaram o preservativo como método contraceptivo preferido, enquanto que 52 estudantes (10,18%) referiram não usar qualquer método. O estudo concluiu ainda que os jovens

melhor informados sobre sexualidade demonstravam atitudes de maior partilha, afetividade e responsabilidade sexual.

Reis *et al.* (2008) numa investigação realizada em Portugal em jovens universitários concluíram que 59,4% dos rapazes e 80,6% das raparigas que participaram tiveram a primeira relação sexual aos 16 anos ou mais tarde e 39,6% dos rapazes e 1,1% das raparigas iniciaram a sua atividade sexual entre os 13 e os 15 anos. 68,8% dos jovens referiram nunca ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool e/ ou drogas.

Ribeiro e Fernandes (2009) na sua investigação também a jovens universitários com idades compreendidas entre os 17 e os 45 anos (em que a média de idades era de 21 anos), verificaram que a idade média referida como início das relações sexuais rondou os 17,5 anos, sendo que no género masculino foi cerca dos 16,63 anos e no género feminino aos 17,96 anos. 40,5% dos jovens referiram já ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool e 7,9% sob o efeito de drogas. 3,6% disseram nunca ter usado preservativo e 48,4% afirmaram já ter tido relações sexuais sem estarem protegidos. Quanto às razões apontadas para não usarem o preservativo, 54,4% dos jovens referiram confiar no parceiro, 24,4% alegaram não ter nenhum na altura, 24,3% não quiseram/ não gostam; 10% referiram estar demasiado excitados, 7,9% disseram ter-se esquecido, 4,3% apontaram o facto de estar sob o efeito de álcool ou drogas e por fim 3,9% não se sentiram à vontade para questionar o (a) parceiro (a) se o poderiam usar.

Segundo Rashad e Kaestner (2004; cit. por Matos, 2010), existe uma associação entre o consumo de substâncias e a atividade sexual dos adolescentes. Para Leigh (2002) e Billiet, Cambré & Welkenhuysen-Gybels (2002) citados pela mesma autora, a ingestão de álcool está associada à aquisição de comportamentos sexuais de risco (maior probabilidade de ter relações sexuais desprotegidas, aumento do risco de contrair uma infeção sexualmente transmissível e uma gravidez indesejada).

Alguns estudos realizados pelo Ministério da Saúde de Espanha apontam como substância mais consumida entre a população escolar o álcool. Assinalam também que a idade média de início de consumo é de 13,6 anos. Os rapazes ingerem mais quantidade de bebidas alcoólicas mas as raparigas fazem-no mais frequentemente. Cerca de 65% dos jovens entre os 14 e os 18 anos de idade consome álcool ao fim de semana (Urra, 2010).

Verifica-se um aumento do consumo de álcool em idades mais jovens, nomeadamente dos 15 aos 24 anos (<http://www.portaldasaude.pt>).

Dados nacionais de 2010 fornecidos pelo Projeto Aventura Social e Saúde demonstram que 35% dos jovens inquiridos já teve relações sexuais sob efeito de álcool (mais os rapazes) e 34% dos respondentes afirmaram não ter usado preservativo em todas as relações sexuais.

Adolescentes que entram mais precocemente na puberdade apresentam taxas mais elevadas de comportamentos de risco, delinquência e abuso de substâncias (Costello, Sung, Worthman e cols., 2007; Lynne, Graber, Nichols e cols., 2007; cit. por Hockenberry *et al.* 2011).

Souza *et al.* (2007; cit. por Ribeiro *et al.* 2009) refere que a idade média da primeira relação sexual apontada pelos jovens participantes no seu inquérito foi de 16,4 anos.

Num estudo realizado por Custódio, Massuti, Schuelter-Trevisol e Trevisol (2009) em 379 alunos do ensino médio no município do Tubarão (Brasil) concluiu-se que a média de idade da primeira relação sexual nesses estudantes foi de 14,4 anos para os rapazes e de 15,2 anos para as raparigas. O número médio de parceiros sexuais apontados foi de 2,43. O uso de algum tipo de contraceção foi referido por 136 adolescentes (90,7%), sendo o método mais utilizado o preservativo masculino (51,5%); no entanto apenas 55,3% dos adolescentes com vida sexualmente ativa referiram utilizar preservativo em todas as relações sexuais.

Tronco e Dell' Aglio (2012) investigou as características da iniciação e do comportamento sexual de 691 adolescentes de ambos os sexos, entre os 12 e os 19 anos (estudantes de escolas públicas de Porto Alegre) tendo chegado à conclusão que 44,7% dos adolescentes já tinham tido a primeira experiência sexual, sendo a média de idade para esta de 14,25 anos.

Num estudo realizado na Índia em 257 adolescentes, Lakshmi *et al.* (2007) concluíram que a idade média do início da atividade sexual foi de 16 anos para os rapazes e de 15 anos para as raparigas.

As práticas de sexo oral e anal são cada vez mais comuns entre adolescentes a fim de evitar uma gravidez indesejada. Contudo são praticadas sem proteção, aumentando o risco de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) (Halpern-Felsher, Cornell, Kropp e Tschann, 2005; Meade e Cohen, 2003; cit. por Matos, 2010).

Cerca de 47% dos alunos inquiridos neste estudo, disseram já ter tido relações sexuais durante o ensino médio, sendo contudo mais rapazes que raparigas, existindo evidências quanto à maior propensão dos jovens em iniciarem sexo oral, em detrimento do vaginal (cerca de 20% afirmaram tê-lo feito antes do 9.º ano de escolaridade). Contudo estas duas formas de sexo são mais prevalentes que o sexo anal. Foram também encontradas algumas diferenças no género: as raparigas dão mais valor à intimidade, enquanto os rapazes valorizam mais o prazer (NAHIC, 2007; cit. por Halpern-Felsher e Reznik, 2009).

A gravidez na adolescência constitui um problema importante de saúde pública, em grande parte evitável, estando associada a sequelas negativas, tanto para as adolescentes que engravidam como para os seus filhos (Langille, 2007; cit. por Abreu, 2008).

Portugal apresenta uma taxa de maternidade precoce acima da média da Europa e a nível de contraceção está muito abaixo do que era esperado (Ferreira, 2012).

Em Portugal são escassos os estudos sobre gravidez na adolescência, mas ainda assim nos poucos que existem é visível que esta situação está a diminuir, no entanto ainda mantém o segundo lugar dos países europeus com maior taxa (Malta, Madeira e projecto ROSA, 2006; cit. por Matos, 2010).

O estudo das Nações Unidas chamado “Por opção, não por sorte” revelou que Portugal tem menos mães adolescentes do que a média dos países desenvolvidos. No que diz respeito à gravidez adolescente o documento indica que, em Portugal, entre os anos 1991 e 2010, em cada mil grávidas, dezasseis tinham entre os 15 e os 19 anos de idade. A gravidez na adolescência (entre os 15 e os 19 anos) em Portugal baixou de 12% (dados de 1980) para 4,3% (dados de 2009) nos últimos trinta anos, revela este relatório que traça o perfil da saúde sexual e reprodutiva na União Europeia (<http://www.dn.pt>).

Cabral *et al.* (2010) observaram que a maioria dos inquiridos no escalão etário dos 18-24 anos (97,3%) nunca esteve perante uma situação de gravidez. Dos 2,7% que afirmaram já ter passado pela situação apenas 10,3% disseram ter engravidado sem ter intenção disso.

O facto de o adolescente ser detentor de informação incorreta pode ser mais lesivo do que a carência de informação, pois pode levá-lo a agir tendo em conta falsas suposições ou aceitar conselhos erróneos fornecidos por outras pessoas (Matos, 2010).

Para Antunes (2007), a liberdade dos adolescentes conjugada com alguma imaturidade e otimismo característicos desta faixa etária, fazem com que estes tenham mais probabilidade de ter atitudes e comportamentos que colocam em risco a sua saúde.

Alves e Lopes (2008) realizaram um estudo em 295 jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 19 anos, concluindo que 86,9% dos mesmos utilizavam o preservativo de forma incorreta.

Uma investigação conduzida por Borges *et al.* (2007) em 184 adolescentes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, mostrou que o primeiro namoro dos mesmos ocorreu em média aos 13,3 anos de idade e a primeira relação sexual cerca dos 14,9 anos, com parceiras mais velhas (16,4 anos). Concluiu ainda que 5,4% dos adolescentes nunca tinham beijado e de entre todos os entrevistados 11,4% ainda não tinha tido uma relação de namoro, enquanto 53,3% da amostra não iniciou atividade sexual.

Scales (1999; cit. por Matos, 2010) indicou que uma visão positiva do futuro, o apoio familiar, o envolvimento escolar, a responsabilização e a autonomia na escola devem ser desenvolvidos na sociedade de forma a promover estilos de vida saudáveis.

Segundo o estudo nacional, realizado em 2011, sobre “Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva em estudantes universitários portugueses” realizado pela equipa de projeto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa, (em 3278 jovens com média de 21 anos de idade) os alunos que tiveram Educação Sexual na escola apresentam comportamentos sexuais mais seguros, os rapazes aceitam mais ter relações sexuais desprotegidas, referem que andar com preservativo significa que estão a planear ter relações sexuais e têm mais relações sexuais sob o efeito de álcool e drogas, parceiros ocasionais e em maior número do que as raparigas. Referem também conseguir recusar ter relações sexuais desprotegidas mesmo estando sob o efeito de álcool e drogas. Quer os rapazes quer as raparigas disseram sentir-se confortáveis em comprar métodos contraceptivos, sendo que cerca de 69% referiram usar preservativo. A idade da primeira relação sexual, para 79,2%, foi cerca dos 16 anos de idade.

Segundo Reggiani e Urbanetz (2007; cit. por Abreu, 2008), as fontes de informação que os jovens mais utilizam são os pais, a imprensa (escrita e televisão), o parceiro sexual, amigos, internet, professores e profissionais de saúde; ideia que vai de encontro à exposta por Neves *et al.* (2014), que defende que existe uma reflexão sobre questões relacionadas com a sexualidade quer nos meios de comunicação social, quer em revistas dirigidas aos próprios adolescentes.

No estudo realizado por Matos em 2010 a alunos do 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, chegou-se à conclusão que os jovens portugueses têm comportamentos responsáveis, existe uma elevada percentagem de uso do preservativo, um baixo consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas. No entanto verificou-se uma escassez de conhecimentos por parte dos mais novos. Fazendo referência a percentagens concretas, 70% dos inquiridos referiram nunca ter experimentado tabaco, quem já o fez referiu ter 14 anos ou mais na primeira vez. 49,2% dos jovens disseram nunca ter ingerido bebidas alcoólicas, 40% apontaram ter bebido álcool pela primeira vez aos 12-13 anos e destes 37% afirmaram beber apenas ao fim de semana à noite. Dos jovens que ingerem álcool, 75% referiram nunca ter estado embriagados e 60% apontaram ter estado embriagados pela primeira vez com 14 anos ou mais. Em relação ao consumo de substâncias ilícitas, 8,8% dos inquiridos referiram ter consumido haxixe/ erva, 3,4% estimulantes e 2% LSD. 83,1% dos jovens não iniciaram relações sexuais e dos que já o fizeram a idade mais referida para a primeira vez foi 14 anos ou mais. Dos que responderam já ter tido relações sexuais, 93,8% disseram ter usado preservativo na primeira relação sexual enquanto que em relação à última relação sexual apenas 82,5% referiram ter usado preservativo. 87,3% dos jovens alegou nunca ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas. Quanto a conversas sobre o tema sexualidade, 82,6% disseram estar muito à vontade para falar do assunto

com os amigos, 42,4% com os pais (55% destes referiu ser uma situação fácil de realizar com o pai e 78% com a mãe) e 29,4% apontaram estar muito à vontade com os professores.

A maior parte dos adolescentes refere que a internet é um local valioso para obter respostas a perguntas sobre sexo, para aprender mais sobre temas embaraçosos e mesmo para se familiarizarem com as partes íntimas do corpo. São também da opinião que o facto de poderem manter o anonimato torna possível fazer todo o tipo de questões. Assim, a internet converteu-se numa ferramenta de socialização e entretenimento imprescindível para os jovens (Halpern-Felsher *et al.* 2009).

Atualmente a internet é um meio muito dominado pelos jovens, onde adquirem bastantes informações. Quando chegam à fase de procurar informação nos outros, já são detentores de muitos dados (Neves *et al.* 2014).

Segundo Urra (2010) os jovens nascidos a partir de 1988 são conhecidos como “Geração Einstein”, pois cresceram na sociedade digital, estando habituados a aceder à internet a qualquer hora e em qualquer lugar, utilizando o mundo virtual para encontrar amigos ou procurar informação. Este acesso “desautorizou” os pais, professores e os meios de comunicação tradicionais. Da mesma forma, Ferreira *et al.* (2008) questionaram 232 adolescentes a frequentar o 9.º ano de escolaridade e 69,8% dos inquiridos referiram que usam os “*mass media*” como fontes de informação para temas relacionados com sexualidade. Quanto à pessoa de referência para abordarem o tema 90,1% apontou os amigos, seguido da mãe (mencionada por 33,6%). Ideia corroborada por Halpern-Felsher *et al.* (2009) que observaram que os adolescentes usam os “novos” meios de comunicação (mensagens no telemóvel, na internet...) para se envolverem em atividades de cariz sexual. Também Silva (2008) observou no seu estudo que a maioria dos jovens elegem a internet como busca preferida de informação e quando têm dúvidas ou necessitam conversar sobre temas relacionados com a sexualidade dizem escolher maioritariamente os amigos para o fazer.

Numa investigação levada a cabo por Dias e Rodrigues (2009) a 367 jovens entre os 14 e os 16 anos de idade, 62,9% dos mesmos referiram ser os amigos a ter um importante papel na sua educação sexual, enquanto 58% apontaram ser a mãe, 37,6% os profissionais de saúde e 30,5% os professores.

No estudo de Brancal (2007), “As vivências sexuais dos jovens adolescentes da Beira Interior”, a jovens entre os 14 e os 20 anos (sendo que 68% se situam entre os 16 e os 18 anos) maioritariamente provenientes do meio urbano (63%), chegaram-se às seguintes conclusões: 74,47% dos inquiridos referiram falar com os pais sobre a sua vida sexual, 74,9% dos jovens já iniciaram a vida sexual (sendo 42,86% rapazes e 29,63% raparigas), mas apenas 24% tinha intenção de informar os pais sobre a situação; 23,74% tiveram a primeira experiência sexual aos

16 anos e 23,02% aos 15 anos (sempre numa percentagem maior de rapazes do que raparigas); 70,74% estavam sexualmente ativos no momento. 42,39% dos jovens referiram ter namorado (a) no momento de resposta ao questionário, sendo a idade mencionada para o primeiro aos 14 anos e a moda 3 namorados. 43,2% apontaram como tempo máximo de namoro que tiveram entre 1 e 6 meses. 77,14% dos jovens usaram o preservativo na primeira relação sexual, enquanto que 17,86% não usou qualquer método contraceutivo (sendo que 14,29% diz respeito a rapazes e 3,57% a raparigas); os métodos contraceuticos são maioritariamente adquiridos na farmácia (58,62%), seguindo-se a aquisição através dos amigos (18,97%). 57,14% dos inquiridos que respondeu não usar método contraceutivo, disseram fazê-lo por não estarem à espera que ocorresse a situação. Em relação à última relação sexual, 52% da amostra referiu não ter usado o preservativo porque “retirava o prazer”, “não estava à espera que acontecesse” ou as “circunstâncias não facilitaram”. 48,92% dos inquiridos apontaram ter menos de 10 relações sexuais por ano, enquanto que 20,30% tinham mais de 50. A maioria dos jovens (59,7%) apontou ter apenas 1 parceiro sexual (embora destes 36,57% são raparigas e 23,13% rapazes). Como razão principal para ter uma relação sexual, 53,06% referiram o facto de confirmar o amor. Dos jovens sexualmente ativos, 97,45% disseram nunca terem estado envolvidos numa gravidez. Dos que ainda não tiveram relações sexuais, 41,38% apontou o facto de nunca se ter proporcionado. 15% dos inquiridos fazem muitas vezes carícias nos genitais do (a) parceiro (a), enquanto 31% nunca o fez. 18% praticam às vezes sexo oral ao parceiro, enquanto 58% nunca o fez. 71% nunca praticaram sexo anal. Dos inquiridos 45,4% referiram ser detentores de muita informação sobre sexualidade, sendo que a maioria (24,1%) procura os amigos para a obter, seguindo-se a internet e a televisão (14,36%).

Meston e Buss (2007) nos jovens que inquiriram, observaram que os mesmos referiram como motivos para iniciar a atividade sexual o facto de se sentir valorizado por outro, o expressar valor por outro, aliviar o stresse, gostar do parceiro, envolver-se em sentimentos e experienciar o poder do parceiro, o prazer e procriar. No entanto as “diversas perspectivas teóricas sugerem que os motivos para ter sexo pela primeira vez, são ainda mais numerosos e complexos do que a pesquisa de Meston e Buss” (Leal *et al.* 2010: 88).

O grupo de pares influencia, através das relações interpessoais e comunicação estabelecida dentro do mesmo, a opção por um estilo de vida saudável, desempenhando um importante papel na formação da identidade dos adolescentes pois os mesmos desenvolvem atitudes, opiniões, prioridades e objetivos que permitem a construção de uma imagem consistente de si próprios e daí, como refere Naquera e Kao, 2008; cit. por Matos *et al.* 2012: 112 “a amizade recíproca revela-se um importante fator de suporte social”.

“No grupo, o adolescente aprende a saber quem é na realidade fora do âmbito familiar, vai formando uma personalidade e identidade social longe das regras familiares e escolares” (Urta, 2010: 216).

O grupo de pares influencia de forma considerável o comportamento de muitos adolescentes, tendo estes a tendência para procurar uma sincronização com as atitudes predominantes do grupo, de forma a serem aceites (Michael e Ben-Zur, 2007; cit. por Matos, 2010).

Camargo e Botelho (2007) observaram que 78,6% dos jovens escolhem os amigos para falar de temas relacionados com sexualidade e 30,2% os pais (dados igualmente obtidos por Wong *et al.* 2007 e por Gubert e Madureira, 2009). Concluíram também que a maior parte dos jovens relata os filmes como fonte preferida de aquisição de informação.

Segundo Cabral *et al.* (2010:233):

A influência do grupo de pares na socialização juvenil, que ocorre num contexto de massificação escolar, contribuiu de forma muito decisiva para que a entrada na sexualidade adulta ocorra hoje num intervalo de tempo bastante mais estreito do que anteriormente, em torno de uma idade média, que tem vindo a diminuir ao longo da sucessão geracional.

Na adolescência, falar com os amigos é uma das formas mais habituais para adquirir informação sobre sexualidade, uma vez que é com eles que se vai realizar o processo de socialização, criando uma intimidade afetiva e emocional. Os amigos para além de confidentes passam a ser também os melhores conselheiros. O facto de os adolescentes procurarem estas informações em amigos tem vantagens, como a influência que os mesmos exercem uns nos outros; e desvantagens, como por exemplo o facto de a informação que possuem nem sempre ser a mais correta (Neves *et al.* 2014).

Observa-se uma dualidade na influência que o papel dos pares tem ao longo da adolescência. Por um lado esta é facilitadora do envolvimento em comportamento de risco (como o consumo de substâncias e comportamentos sexuais de risco) (Morton e Chen, 2006; Shook *et al.* 2008), por outro lado tem um papel fundamental na saúde e bem-estar dos mesmos (Tomé, Matos e Diniz, 2008a,b; Heinrich e Gullone, 2006; Scheider, 2000) (Matos *et al.* 2012).

Segundo Tomé, Matos e Dinis (2008b) citados pelos mesmos autores, a falta de amigos pode funcionar como um fator de risco pois estes adolescentes surgem como os que mais experimentam substâncias ilícitas, os que mais fumam e os que se sentem mais tristes em relação à vida.

Borges (2007) inquiriu 363 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, com o intuito de averiguar de que maneira a pressão do grupo de pares influenciava a iniciação sexual dos adolescentes e concluiu existir relação entre o início da atividade sexual e a idade, e ainda que os pares influenciam a motivação para iniciarem a atividade sexual.

A família é, desde os primórdios da história, o suporte primário e fundamental de qualquer indivíduo; como entidade apresenta-se como algo cheio de noções, questões e mesmo contradições e paradoxos. A família interage de forma contínua com os seus membros e com o ambiente que os rodeia, no entanto cada uma é uma e única mas constituída por vários elementos. Neste sentido para compreender cada família é necessário por um lado observá-la holisticamente, tendo em conta que o todo é maior que a soma das partes, uma vez que cada pessoa poderá assumir diferentes papéis dentro da família (exemplo: papel de filho e de pai) e por outro lado tem de se ter em consideração os contextos em que a família participa (Hockenberry *et al.* 2011).

Grande parte dos comportamentos relacionados com a promoção da saúde e proteção face a fatores adversos são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida. Toda a família influencia a criança/ jovem servindo de modelo aos mesmos. (Kim, Zane e Wong, 2002; cit. por Matos, 2010).

Os pais têm um papel essencial, pois é no seio da família que os jovens adquirem o seu equilíbrio emocional, a sua personalidade e os seus valores, através da educação proporcionada e da convivência com os mesmos. Em relação à sexualidade, e neste contexto, os adolescentes vão construindo o seu conceito mais pelos comportamentos e atitudes observados do que pelo que é dito (Neves *et al.*, 2014).

Para Ferreira *et al.* (2008: 62):

É importante para os jovens perceberem que não estão sós nesta fase de crescimento, a família deve estar preparada para dar respostas em áreas relacionadas com crescimento e mudança, por isso, é forçoso que pais e filhos vão crescendo em conjunto, construindo o papel de cada um. Esta aprendizagem deve ser baseada em exemplos de pais para filhos e reflectir a importância da complementaridade de todos os membros da família.

Segundo Ferreira *et al.* (2008) a família é o agente de socialização mais decisivo na educação e desenvolvimento da sexualidade da criança e do jovem quer pela importância dos vínculos afetivos entre pais e filhos quer devido à influência que os pais têm como modelos (uma vez que transmitem aos filhos os seus valores sexuais).

A família é um reflexo da cultura, dos valores, das normas e da política vigentes no momento histórico, funcionando como um modelo sujeito a alterações ao longo dos tempos (Pratta e Santos, 2007; cit. por Silva, 2008).

Segundo Pais (2012: 30):

As novas correntes socioculturais abalaram velhas hierarquias sociais – entre as quais as familiares – que inibiam a afirmação da individualidade. As relações de verticalidade entre pais e filhos deram lugar a relacionamentos mais igualitários, de companheirismo, onde emergem cumplicidades tecidas num quotidiano feito de sociabilidades.

Rutherford, Borges, Galano, Hude e Hearst (2008) constataram que fatores como a estrutura da família e a história pessoal dos pais (consumo de álcool, drogas e violência) são indicadores significativos da atividade sexual de risco dos adolescentes assim como a própria presença dos pais constitui um importante fator de proteção (Abreu, 2008).

Algumas características da família como a sua composição, o nível educacional, o estatuto socioeconômico, a qualidade das relações dos membros, os estilos e supervisão parental, a comunicação existente e as atitudes e valores dos pais face aos comportamentos sexuais dos filhos influenciam as atitudes e comportamentos sexuais protetores ou de risco para a saúde dos jovens. A partir da adolescência existe uma maior autonomia e independência emocional dos pais, acompanhado do estabelecimento de relações interpessoais e íntimas com os pares (Dias, Matos e Gonçalves, 2007).

Segundo Albert (2007; cit. por Matos, 2010), a família exerce um papel essencial na escolha, por parte do adolescente, de comportamentos sexuais saudáveis ou de risco. No entanto a maioria dos pais alega necessitar de ajuda na abordagem do tema sexualidade com os seus filhos, não sabendo como iniciar e desenvolver a conversa.

Num estudo efetuado a 5305 adolescentes, cujo objetivo foi verificar se o acompanhamento parental influenciava o início da atividade sexual, concluiu-se que os rapazes, mais que as raparigas, com menor acompanhamento parental iniciaram a atividade sexual antes dos 14 anos. Foi observável também que o aumento de acompanhamento parental diminuiu o risco sexual dos adolescentes assim como o consumo de substâncias e de comportamentos delinquentes (Huang, Murphy e Hser, 2010).

No entanto Coleman e Testa (2007; cit. por Azevedo, 2008) e Ferreira *et al.* (2008) afirmam que a família é das últimas fontes de informação sobre temas relacionados com sexualidade que os jovens procuram, dando preferência ao grupo de pares e à escola.

Algumas investigações na área sugerem que muitos pais dizem precisar de ajuda, quando se trata de falar sobre sexualidade, pois não sabem o que dizer (Albert, 2007) ou não têm conhecimentos suficientes sobre o assunto (Eisenberg *et al.* 2004). Estudos realizados com professores do ensino básico e secundário (Ramiro *et al.* 2008 e Reis, 2003) concluíram que a maioria dos professores (cerca de 72%) referem não ter prática em educação sexual em contexto escolar, embora aleguem ter conhecimentos e atitudes favoráveis à mesma, formação complementar e sentirem-se confortáveis para dinamizar atividades deste âmbito. No entanto menos de 1/3 dos inquiridos referiu ter intenção de se envolver na educação sexual futuramente (Ramiro *et al.* 2011).

No estudo de Dias *et al.* realizado em 2007 a 72 adolescentes de escolas públicas a frequentar o 10.º ano de escolaridade, a maior parte dos jovens referiu que a falta ou insuficiente

comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos pode constituir um fator de risco, uma vez que ficam mais expostos a influências dos amigos. Mencionaram que o mau ambiente familiar e as fracas ligações entre os membros da família podem constituir um fator de risco para o adolescente. Cerca de 2/3 dos jovens inquiridos disse não falar com os progenitores sobre sexualidade, alguns alegando que os pais não estão à vontade para falar com os filhos e outros referindo não ter à vontade/ sentirem-se desconfortáveis para conversar com os pais. São também da opinião que o facto de os pais terem um estilo autoritário, com muitas proibições e regras muito rígidas pode constituir um fator de risco para os adolescentes. Consideram ainda que uma fraca supervisão/ monitorização por parte dos pais pode ser um fator de risco para os filhos. Os jovens inquiridos são da opinião que a comunicação no grupo de pares tem uma função de proteção, uma vez que os mesmos se sentem à vontade para trocar ideias, ouvir conselhos e opiniões e ainda esclarecer dúvidas. ¼ dos jovens acham que a maior parte dos pares ainda não teve relações sexuais, no entanto a maioria referiu que os amigos já tiveram relações sexuais e que grande parte não usou nem estão preocupados em usar o preservativo.

Para Neves *et al.* (2014), os adolescentes passam grande parte do tempo na escola, na sala de aula com os professores. Estes também têm um papel importante na formação e consolidação de aspetos relacionados com a sexualidade. Tal como os pais, muito do que se transmite não tem a ver com o abordado em sala de aula, mas sim com a forma como os professores lidam com as questões sobre sexualidade, a sua disponibilidade e o à vontade. Ou seja, as atitudes, gestos, posturas, valores, conceitos e preconceitos mostrados pelos professores colocam os adolescentes mais ou menos à vontade para os procurarem e exporem as suas dúvidas. No entanto, nem sempre é fácil os professores abordarem estas questões sobre o tema, uma vez que muitos não tiveram a possibilidade de, durante o seu próprio desenvolvimento, falar com alguém (pais, professores, técnicos), nem de realizar formação adequada e específica sobre como abordar a Educação Sexual em sala de aula.

O facto de os adolescentes terem mais facilidade em aceder a informação relativa à sexualidade, não implica que tenham as escolhas mais adequadas. Assim, a educação sexual pode contribuir para ajudá-los a tomarem as decisões mais acertadas.

No estudo “Educação sexual dos jovens portugueses – conhecimentos e fontes”, verificou-se existir falta de informação em alguns aspetos preventivos sobre contraceção e nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). No entanto este facto surpreende em parte pois estes são aspetos obrigatórios dos currículos de Ciências da Natureza, no 3º ciclo do ensino básico (Vilar e Ferreira, 2009).

A escola é um dos locais mais adequados para a realização de aprendizagens promotoras da saúde. Segundo Kuntsche e Jordan (2006; cit. por Matos, 2010) os jovens entre os 14 e os 16 anos passam cerca de 2/3 do seu tempo na escola.

Na investigação realizada por Oliveira (2011) a 545 adolescentes a frequentar o 7.º, 8.º e 9.º ano de escolaridade, no ano letivo 2010/2011, maioritariamente do meio rural (sendo 71,01% do Fundão e 28,99% de Tabuaço), com média de idades para rapazes de 14,07 anos e para raparigas de 13,83 anos, 87,3% da amostra referiu nunca ter tido relações sexuais; dos que já tiveram 75,9% não usaram qualquer método contraceutivo (dos que usaram, 85,9% disseram usar sempre). A maioria dos inquiridos (71,7%) referiu não ter namorado (a) aquando do preenchimento do questionário. Cerca de 59,8% da amostra escolheram os amigos como elementos favoritos para falar sobre sexualidade.

A primeira referência à Saúde Escolar em Portugal data de 1901. Foi submetida a diversas reformas, passou por várias etapas, salientando-se como momentos relevantes a preocupação com o exercício físico, o acompanhamento no crescimento e desenvolvimento saudável, combate à droga e mais recentemente a Educação para a Sexualidade, inserida na Educação para a Saúde, tendo como preocupação fundamental o bem estar físico, intelectual, mental, psicológico e social das crianças e jovens (Rocha, A.; Marques, A.; Figueiredo, C.; Almeida, C.; Batista, I.; Almeida, J., 2011). Contudo, apesar de ter sido aprovada, não foi regulamentada, não sendo por isso generalizada a todas as escolas do país, tendo cada uma delas desenvolvido os seus próprios projetos, à sua maneira (Pis Calhoo, Serafim e Leal, 2000).

O primeiro documento sobre educação sexual nas escolas surgiu a 24 de março de 1984 (lei n.º3/84), desde essa data vários decretos-lei foram publicados, reformulando os programas de educação sexual a implementar. Em 1999, veio a ser publicada a Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro, que perspetiva a escola como entidade competente para integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo como na organização de atividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola – família. A referida legislação incluiu a educação sexual nos currículos do ensino básico e secundário, de forma a ser abordada de modo interdisciplinar. Mais recentemente, o Governo, através do despacho n.º 25 995/2005 (2.ª série), de 16 de dezembro, determinou a obrigatoriedade de as escolas incluírem no seu projeto educativo a área da educação para a saúde, combinando a transversalidade disciplinar com inclusão temática na área curricular não disciplinar. Em 2005 também foi criada uma comissão liderada pelo professor Daniel Sampaio e pela professora Margarida Matos com o objetivo de avaliar a necessidade do ensino de Educação Sexual nas escolas, avaliando, propondo e acompanhando as matérias relativas a esta

temática. Na sequência e reconhecendo que a educação sexual é uma das dimensões da educação para a saúde, a Assembleia da República fez aprovar em 2009, através da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, um conjunto de princípios e regras, em matéria de educação sexual, conferindo à mesma um estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo. Estabeleceu-se ainda que a educação sexual deveria ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permitisse respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa. Esta lei foi regulamentada pela portaria n.º196 A/ 2010 de 9 de abril (Portaria n.º196 A/ 2010 de 9 de abril).

Assim a Educação Sexual nas escolas não pode substituir a responsabilidade e o papel da família, uma vez que parte da formação do jovem se realiza no seio da mesma. Os pais e professores são figuras/ modelos de referência para os jovens cujos comportamentos, atitudes e valores podem ser assimilados por estes e mesmo replicados. É importante existir colaboração entre a escola e família para que a atuação de ambas seja rentabilizada (Neves *et al.* 2014).

No entanto, a presença de alguns condicionalismos como a existência de tabus, a falta de preparação dos professores, o risco de eles transmitirem valores diferentes dos valores familiares, a oposição dos pais e os seus mitos/ receios, levam à inadequação dos programas de educação sexual implementados nas escolas (Neves *et al.* 2014).

Segundo Ramiro *et al.* (2011:20):

Sendo assim, é indispensável que sejam criadas condições para uma maior implicação das famílias na educação e relação com a escola, que os professores aumentem o seu campo de competências e, especialmente, de intervenção, e que os amigos tenham mais informação e comportamentos preventivos. Deste modo, a realização de cursos de sensibilização para pais, de cursos de formação para professores e formação interpares pode ajudar a aumentar o campo de intervenção e, conseqüentemente a promover a mudança. A disponibilização, na comunidade, de Gabinetes de Esclarecimento, com abrangência em vários locais (como as escolas), constituídos por equipas multidisciplinares, com recurso às tecnologias mais recentes (principalmente a Internet), pode ajudar à implementação de campanhas de prevenção para o esclarecimento e orientação dos jovens, nomeadamente facultando informação sobre os métodos contraceptivos, entregando gratuitamente preservativos e pílulas. As intervenções têm de ter uma abordagem sistémica e, portanto, devem abarcar os diferentes contextos de vida do adolescente, tal como tem sido proposto recentemente, em especial nas quatro áreas da saúde consideradas prioritárias, que incluem a prevenção dos comportamentos sexuais de risco e das IST's, VIH e SIDA.

A Educação Sexual permite que os jovens adquiram conhecimentos e aprendam a gerir as suas emoções, motivando a preservação da sua saúde em termos físicos, mentais e relacionais (Matos, 2010). No entanto o facto de não existirem orientações concretas nesta área faz com que se considere um “espaço em aberto” (Correia, 2008).

Segundo Matos (2010: 159):

o interesse profissional e científico pela sexualidade humana teve motivações diversas: por um lado, a saúde mental que relacionou a vivência da sexualidade como fonte de bem-estar ou de mal-estar pessoal e relacional; por outro lado, a saúde pública que teve de confrontar-se com problemas importantes relacionados com a sexualidade, nomeadamente o problema das infeções sexualmente transmissíveis e, em particular, nas últimas décadas a emergência do VIH/ SIDA, da gravidez não desejada e do recurso ao aborto, e o problema da gravidez e maternidade precoces em jovens e adolescentes.

Azevedo (2008) na sua investigação intitulada “Educação Sexual e Atitudes face à sexualidade em adolescentes à saída do ensino secundário” em que participaram 695 adolescentes a frequentar o 12.º ano de escolaridade, concluiu que a maior parte dos mesmos tinham conhecimentos e atitudes adequadas, em matéria de sexualidade, que lhes iria permitir ter atitudes e comportamentos saudáveis e isentos de risco. Chegou também à conclusão que não existe uma diferença entre o conhecimento dos jovens e as habilitações académicas dos pais. Em relação a dados mais concretos, 23,3% dos rapazes e 38,2% das raparigas referiram sentir-se à vontade para falar com os professores sobre sexualidade. Quanto aos pais apenas 18,9% dos rapazes e 26,1% das raparigas conversam sobre o tema. Já 53% dos rapazes e 60,3% das raparigas mencionaram que os amigos compreendem e apoiam-nos mais que os pais.

Muller, Gavin e Kulkarni (2008) no seu estudo chegaram à conclusão que a educação sexual quando introduzida antes da iniciação da atividade sexual reduz os comportamentos sexuais de risco nos adolescentes e em cerca de 43% dos rapazes participantes, o facto de terem educação sexual retardava o início das relações sexuais (para depois dos 15 anos) (Leal *et al.* 2010).

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde desenvolveu uma investigação em 428 agrupamentos e escolas secundárias a nível nacional, num total de 60595 professores e 617701 alunos. Grande parte destes últimos referiu estar “cansado” da repetição de conteúdos e mostraram vontade de estar mais envolvidos nas atividades. Já os professores consideram estar muito sobrecarregados, serem pouco valorizados e reconhecidos e ainda lamentaram ter que recorrer às aulas curriculares para cumprir a lei, fazendo crítica ao facto de a abordagem de matérias sobre sexualidade se fazer principalmente nas disciplinas de Ciências Naturais e Biologia (o que no caso dos alunos do ensino secundário, exclui os que estão nos agrupamentos artísticos, de humanidades ou economia pois não têm estas disciplinas no currículo). Por fim quer os alunos, quer os professores e mesmo os pais sugeriram um aperfeiçoamento na abordagem do tema sexualidade, ao longo dos vários ciclos de aprendizagem, de modo a que o assunto não se centre unicamente nos aspetos biológicos da reprodução e nas Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) (<http://www.psicologia.pt>).

Torna-se fundamental que os adolescentes entendam que a prevenção está na base de uma boa informação. Por isso cabe à família, à escola, ao grupo de pares, aos meios de comunicação social, à sociedade e às entidades governamentais estarem atentos, disponibilizando meios para formar cidadãos sãos, conscientes e informados, que compreendam e pratiquem a sexualidade de forma segura e responsável.

Para Urra (2010:331):

Na construção da identidade pessoal torna-se evidente o papel do diálogo bem como o da observação e imitação de modelos (...) do mesmo modo, o grupo estabelece padrões de conduta e atitudes que regem ou marcam as acções dos sujeitos individualmente considerados ou como grupo. Assim, os professores, a família e o grupo de iguais são fonte para a imitação e para os processos de identificação.

O conhecimento das práticas sexuais, da escolha dos diferentes parceiros (que é o indicador mais usado para entender a dinâmica dos relacionamentos sexuais) e dos meios preventivos usados integram uma necessidade quer do ponto de vista epidemiológico quer em relação à racionalidade das escolhas de risco/ prevenção (Cabral *et al.* 2010).

Segundo os mesmos autores, averiguar a primeira relação sexual, quer do ponto de vista preventivo quer contraceptivo, assim como os adolescentes a negociam e as atitudes que apresentam perante a mesma constituem algumas das formas de avaliar os progressos dos mesmos em matéria de educação sexual.

Ainda segundo os mesmos, determinar a idade da primeira experiência sexual permite por um lado conhecer o nível de precocidade de início da mesma e por outro perceber qual o intervalo de tempo que decorre entre o início da relação e a iniciação sexual (a suposição é que a precocidade se acentuou e o tempo entre o início da relação e a iniciação sexual terá diminuído). Assim, a mudança observada nos *timings* entre a primeira experiência sexual e a primeira relação sexual reflete as alterações no processo de socialização.

Da mesma forma e citando a mesma fonte, a idade do (a) parceiro (a) com quem se teve a primeira relação sexual, permite averiguar as diferenças etárias e como evoluíram. Quando a diferença é acentuada, é perceptível que os dois não têm o mesmo poder negocial, acabando um por ceder ao outro.

Nos últimos anos têm sido realizadas várias investigações em relação à situação dos adolescentes na vivência da sua sexualidade. São várias as áreas do conhecimento que têm contribuído para clarificar esta situação nomeadamente a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, as ciências biomédicas e as ciências da educação (Abreu, 2008).

As várias investigações têm mostrado que as taxas de atividade sexual entre os adolescentes têm vindo a aumentar bastante nos últimos anos, em especial no sexo feminino. De igual forma, os estudos acerca dos aspetos antropológicos, sociais e culturais do comportamento

sexual demonstram que as condutas sexuais dos jovens têm vindo a modificar-se de forma progressiva (Antunes, 2007).

Durante a adolescência são observáveis entre outros, relações sexuais causais entre pessoas que pouco se conhecem e a não utilização sistemática de contraceptivos em jovens sexualmente ativos, assumindo assim um risco enorme de contrair uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) ou uma gravidez não planeada/ desejada; associado a esta situação está muitas vezes o consumo de álcool e substâncias ilícitas. Nos estudos realizados nesta área pode observar-se que a atitude preventiva está largamente difundida na população jovem, contudo resta um grupo relativamente reduzido que embora possuindo alguma informação sobre os métodos contraceptivos, esta é insuficiente, mal aprendida ou em última instância não é colocada em prática por vários motivos, assumindo este grupo não recorrer a qualquer tipo de prevenção sexual e/ou nem de forma sistemática. Observa-se igualmente que ainda existe muito pouca abertura a conversa familiar sobre o tema sexualidade, sendo abordado na escola também de forma ineficaz (focando muito aspetos bio fisiológicos). Assim os adolescentes adquirem essencialmente informação sobre aspetos da sexualidade através dos “*mass media*” e do grupo de pares. No entanto, a relação entre a informação e a ação não tem um sentido único, isto é, mesmo que uma pessoa seja detentora de um elevado grau de informação sobre as vantagens de utilizar o preservativo não quer dizer que o use (Camargo e Botelho, 2007; cit. por Matos, 2008).

Pelas investigações realizadas e atrás referenciadas é possível observar que a idade mais referida pelos jovens para a primeira relação sexual se situa maioritariamente entre os 15 e os 17 anos. Também é observável que a maior parte dos jovens inquiridos nos diferentes estudos, já iniciou a sua vida sexual. Verifica-se que uma grande percentagem dos jovens usa o preservativo (havendo ainda uma percentagem de quem não usa qualquer método contraceptivo), contudo nem sempre de forma consistente em todas as relações sexuais; também são visíveis menos conhecimentos e menos uso de preservativo nos jovens mais novos, ou seja a adesão ao sexo seguro nunca é total pois mesmo quando bem informados os adolescentes nem sempre seguem uma lógica preventiva, apontando muitas vezes a confiança na relação como razão pela qual recorrem ou não ao uso de preservativo. Existem ainda muitos jovens a ter relações sexuais sob efeito de substâncias psicoativas. Todas estas situações constituem fatores de risco. Pela evidência dos estudos parece existir um conjunto de fatores que determinam diferenças no desempenho de comportamentos sexuais preventivos, em que o género masculino parece ter maior probabilidade de se envolver em comportamentos sexuais de risco. Observam-se também algumas mudanças no contexto da iniciação sexual, existindo uma atenuação das diferenças entre a idade média de iniciação sexual de rapazes e raparigas e também cada vez mais

tendência à “sentimentalização” por parte dos rapazes e nas raparigas para a “desconjugalização”. No entanto apesar de se verificar uma convergência entre rapazes e raparigas de muitos indicadores relativos à atividade sexual, ainda continuam a existir diferenças assinaláveis entre os dois sexos. Constatam-se igualmente que os jovens referem estar mais à vontade para falar sobre assuntos relacionados com sexualidade com os seus amigos em detrimento dos pais, profissionais de saúde e professores. Do mesmo modo referem procurar a maior parte da informação através do seu grupo de pares ou nos “*mass media*” (principalmente a internet). Assim é necessário intervir a nível da educação sexual nas escolas, implementando estratégias e programas preventivos em idades o mais precoces possível e também fomentar o diálogo entre a escola e a família, refletindo simultaneamente sobre o papel dos pais e a formação dos professores. A breve análise realizada sugere que a educação sexual formal no contexto escola ajuda na promoção da adoção de comportamentos sexuais seguros, contudo os programas implementados em Portugal são demasiado homogeneizados e limitados, insuficientes para aumentar o nível de conhecimentos e promover a mudança de atitudes. Por isso mesmo ainda há muito para ser feito pois nem todos os adolescentes referem ter comportamentos sexuais seguros, o que pode conduzir a resultados negativos em termos de saúde pública.

Quanto à gravidez na adolescência, em Portugal os estudos são escassos, não se podendo tirar grandes conclusões. No entanto o número excessivo de gravidezes inesperadas pode ser revelador dos comportamentos contraceptivos de risco (da não contraceção ou do uso incorreto ou ineficaz da mesma); a maternidade na adolescência acarreta sempre consequências negativas, principalmente para a mãe (que interrompe vários projetos de vida próprios da idade) e para o bebé. Esta situação pode ser evitável através de um fornecimento de informação oportuna, tendo em conta toda a situação sociofamiliar dos jovens.

As mensagens confusas provenientes dos vários agentes de socialização a que os adolescentes são alvo, assim como a sua “ignorância”, comodismo e gosto pela aventura podem ser justificativos de alguns dos seus comportamentos. Cabe então a cada agente de socialização, não de forma isolada, mas agindo em conjunto e concordância, educar cada criança e jovem ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, de modo a que sejam conscientes dos seus atos e se possam tornar futuros adultos responsáveis.

3 – O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE

Sendo a enfermagem a profissão que tem por foco de atenção o utente numa perspectiva holística, compete ao enfermeiro que cuida do adolescente a compreensão clara e a atribuição de sentido à experiência vivida por este, procurando uma aproximação à sua realidade e ao seu mundo. Assumir os adolescentes como grupo de intervenção dos profissionais de enfermagem, exige atender às suas necessidades, acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, respeitar a sua diversidade e singularidade, escutar e esclarecer as suas dúvidas, apoiando e facilitando o processo de construção da sua identidade, do seu projeto de vida e de saúde e também a descoberta de si próprio (Costa, 2008).

Com a criação do REPE (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro: 3) o enfermeiro especialista é reconhecido como o profissional com reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

O espaço de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica abrange o período do nascimento até aos 18 anos de idade, portanto uma fase crucial do ciclo vital.

Em novembro de 2010, a Ordem dos Enfermeiros criou e em fevereiro de 2011 aprovou o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem, publicado em Diário da República como Regulamento n.º 123/2011 de 18 de fevereiro. Neste Regulamento, a Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assenta a sua prática num modelo conceptual centrado na criança/ jovem/ família, encarando sempre este binómio inseparável na conceção de cuidados em qualquer contexto em que ele se encontre (centro de saúde, hospital, cuidados continuados, escola, casa, comunidade...).

A performance do enfermeiro especialista de Saúde da Criança e do Jovem traduz-se na produção ao mais alto nível de saúde possível da criança/ jovem, na prestação de cuidados à criança/ jovem saudável ou doente e na promoção da educação para a saúde, assim como na identificação e mobilização de recursos de suporte à família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Por se considerar a adolescência um período crítico, é essencial desenvolver durante a mesma comportamentos e atitudes saudáveis, nomeadamente a autorresponsabilização e o direito à saúde.

Os cuidados ao adolescente devem contemplar a preocupação pelo seu bem-estar fisiológico, emocional, social e espiritual e a consciência da influência que o meio exerce sobre a sua saúde. Cabe aos profissionais de saúde, e em particular aos enfermeiros, a responsabilidade pela efetivação do seu papel de educadores em saúde.

É fundamental uma oferta pró ativa de cuidados de saúde que disponibilizem aos adolescentes condições para uma relação de ajuda profissional. Esta ajuda tem que ser fundamentada na ética relacional, que se baseia no respeito e na confiança, e promove, através do diálogo, mecanismos de interação construtiva entre todos os intervenientes, tornando a experiência humana numa experiência partilhada. Na atualidade, o conceito de ética nos cuidados de saúde está intimamente ligado ao conceito de autonomia da pessoa, procurando assegurar o respeito pelas pessoas autónomas e proteger aquelas cuja autonomia esteja reduzida. Esta autonomia diz respeito à capacidade de decisão da pessoa, de forma consciente e responsável, sobre o que considera ser o mais adequado para si. “Seremos responsáveis é saber-mos autenticamente livres, para o bem e para o mal: assumirmos conseqüências do que fizemos, emendar o mal que possamos e aproveitar o bem ao máximo” (Savater, 1998:75; cit. por Costa, 2008:20).

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990), a decisão da capacidade para a tomada de decisão do adolescente deve ser feita caso a caso, avaliando a sua habilidade para comunicar, para compreender as informações recebidas e para decidir sobre as alternativas dadas, conforme os seus valores. Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos às condições de desenvolvimento intelectual e emocional do adolescente para poderem prestar o seu consentimento informado. Também de acordo com o teste de Gillick, os profissionais de saúde têm que, em primeiro lugar avaliar se o adolescente tem maturidade suficiente para assimilar a informação transmitida e poder tomar decisões. Contudo, na prática, esta avaliação é subjetiva uma vez que pode ser realizada através de discussão ou questões com objetivo de explorar o conhecimento e compreensão do adolescente relativamente a determinado assunto (Smith & Stepanov, 2014).

Segundo os mesmos autores, a confidencialidade representa para os jovens extrema importância no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde. Pressupõe-se que quanto maior o grau de confidencialidade estabelecido entre os profissionais de saúde e os jovens, mais elevados são os níveis de confiança que estes depositam nos primeiros. Ideia corroborada por Cordeiro (2009) que defende que a falta de confidencialidade constitui a principal barreira entre os adolescentes e os profissionais de saúde, sendo por isso importante que estes últimos se mostrem acessíveis não a quebrando.

A privacidade, a confidencialidade e o consentimento informado, direitos que devem existir na relação de ajuda, são essenciais no estabelecimento de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o adolescente. Ao adolescente, assiste-lhe o direito a ser atendido num espaço que resguarde a sua privacidade, bem como um grau de autonomia na condução da sua vida pessoal

de acordo com a sua idade e situação, assim como o respeito pela sua intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada (DGS, 2005 cit. por Costa, 2008).

Num relatório realizado pelo Centro de Estudos de Saúde da Universidade de Kent, Billings Macvarish e Appleton (2007) cujos resultados foram também obtidos por Bender e Fulbright (2013), foram apontados como fatores principais para os adolescentes procurarem informações sobre sexualidade nos profissionais de saúde a confidencialidade, a privacidade e a necessidade de anonimato (Smith *et al.* 2014).

Num estudo de Bender & Fulbright (2013), os jovens inquiridos acham que é difícil conversar sobre assuntos de carácter sexual com profissionais de saúde e não só, deixando-os envergonhados (referido por cerca de 37% dos rapazes e 56% das raparigas). No mesmo estudo foi observado que se a confidencialidade entre os profissionais de saúde e os jovens não fosse mantida, existiriam mais comportamentos de risco por parte destes últimos (Smith *et al.* 2014).

Segundo os mesmos autores, o princípio da autonomia determina o direito à privacidade, e esta para ser garantida requer o respeito pela confidencialidade de toda a informação criada na relação profissional do enfermeiro com o adolescente, que não deverá ser revelada sem a sua prévia autorização. Sem a conservação da confidencialidade, o enfermeiro perde a garantia da veracidade das informações obtidas o que vai contribuir para o prejuízo da relação estabelecida com o adolescente.

Os adolescentes têm necessidade de verbalizar o que sentem e as suas preocupações, valorizando aqueles que demonstram interesse por eles, que os escutam e respeitam, sem impor os seus valores (Hockenberry *et al.* 2011).

O desafio ético que se coloca ao enfermeiro na relação com o adolescente, é ser capaz de contornar os estereótipos e preconceitos e observá-lo como ser único, respeitando a sua individualidade, as suas necessidades, reconhecer o seu direito a receber cuidados e ajudar na aquisição da capacidade de decisão autónoma.

Segundo Hockenberry *et al.* (2011) a intervenção do enfermeiro ao adolescente deve contemplar o facto do mesmo se encontrar em pleno desenvolvimento da aprendizagem baseada no raciocínio abstrato, da sua identidade pessoal e sexual, da aquisição da independência relativamente à família e das relações heterossexuais. Daí ser importante privilegiar a privacidade e confidencialidade, compreendendo as dificuldades inerentes à faixa etária que muitas vezes se manifestam em rebeldia e não cooperação; do mesmo modo é fundamental incentivar as relações de socialização com os pares, estimular o cuidado com a imagem/ corpo, ouvir as preocupações manifestadas, desmistificar a doença e incentivar a adoção de estratégias de adaptação.

Assim, para cuidar do adolescente e família, o enfermeiro deve desenvolver competências em diversas áreas como a comunicação, a relação de ajuda e o apoio emocional e social. Estas irão permitir desmistificar e ultrapassar de modo positivo os medos, dúvidas e percepções distorcidas, no sentido de clarificar, elucidar e reduzir a ansiedade e consequentemente aumentando a confiança e segurança, dando continuidade ao desenvolvimento e maturidade do adolescente (André e Cunha, 2001).

Ou seja é essencial estabelecer um relacionamento terapêutico, para que os cuidados de enfermagem sejam de qualidade. Para além da relação de ajuda deve ser estabelecida a comunicação. Gil (2012) considera que a empatia é a chave de qualquer relação de ajuda. Para Phaneuf (2005:15), a comunicação é “(...) uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda” e “a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda” que entende a dificuldade da pessoa ajudada, que se coloca no seu lugar e que lhe transmite conforto (Gil, 2012).

Estas ideias conduzem às competências específicas do enfermeiro especialista de Saúde da Criança e do Jovem que contemplam (Ordem dos Enfermeiros, 2011):

- Um conhecimento científico profundo e específico da sua área de especialidade, no qual sustenta a sua prática de cuidados;
- Uma prestação de cuidados de enfermagem à criança/ jovem e família em situações de particular complexidade, implementando respostas adequadas às suas necessidades;
- O reconhecimento da criança/ jovem como elemento participativo na tomada de decisão do seu processo de saúde;
- O suporte e assistência da criança/ jovem e família nos processos de transição e adaptação tendo em conta os seus projetos de saúde, conducente à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/ jovem.

O que acontece muitas vezes é que os serviços nem sempre se encontram adaptados aos adolescentes e às suas necessidades e até a própria legislação em vigor cria barreiras ao seu atendimento pois exige a presença de um acompanhante. A presença deste inibe muitas vezes a exposição dos problemas/ dúvidas por parte do adolescente e indiretamente contribui para a diminuição da adesão do adolescente aos programas implementados nos serviços de saúde (Borges *et al.* 2009).

PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A descrição dos procedimentos metodológicos é uma etapa determinante para a realização do estudo, especificando as diferentes etapas percorridas para alcançar os objetivos definidos, respondendo à questão de partida. Permite ainda a percepção de todas as atividades realizadas e a antevisão de possíveis limitações do estudo (Migueléz, 2011).

1.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009: 48), o problema de investigação “(...) é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (...) é um desvio entre a situação atual, considerada insatisfatória e a situação desejável, sentindo-se necessidade de suprir esse desvio”. Para responder apropriadamente às questões levantadas pelo problema de investigação é necessário criar um plano/ desenho adequado, que segundo a mesma autora (2009:132) “é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas”. O objetivo do desenho é criar um conjunto de decisões “para pôr de pé uma estrutura, que permita empiricamente explorar as questões de investigação” (Fortin, 2009: 214), sendo um guia orientador que possibilite planificar e realizar o estudo.

Surgiu assim a curiosidade de conhecer a sexualidade do adolescente nos seus diferentes aspetos comportamentais, cognitivos e emocionais, assim como estes influenciam a formação da sua personalidade, a aquisição de valores e as suas experiências.

Segundo Fortin (2009: 73) a questão de investigação é “(...) um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”.

Apresenta-se assim, como questão central de investigação: Quais são as atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação à vivência da sua saúde sexual e reprodutiva?

Pensa-se ser pertinente a realização de um estudo exploratório sobre os aspetos comportamentais e atitudinais dos alunos que frequentam o 12.º ano de escolaridade uma vez que em Portugal existem poucos estudos sobre o tema sexualidade, principalmente em jovens não universitários e também por ser a transição de um ciclo de vida que termina para outro que começa, sendo importante conhecer o nível de preparação que os adolescentes possuem para entrar no mesmo e continuar ou iniciar a sexualidade de uma forma salutar.

1.2 - OBJETIVOS

Na revisão da literatura previamente realizada abordou-se a sexualidade nos adolescentes, recorrendo-se aos vários estudos realizados neste domínio. Procurou-se conhecer como os jovens vivenciam a sua vida sexual e reprodutiva, quais as práticas sexuais adotadas e quais as suas posturas perante a contraceção e fecundidade.

Segundo Fortin (2009: 160) “(...) o objectivo da investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue”.

Este estudo tem como objetivo central, identificar as atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade das escolas pertencentes à área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Os objetivos específicos são:

- Determinar os conhecimentos dos adolescentes acerca de várias temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva;
- Identificar os agentes de socialização que os adolescentes consideram mais importantes para adquirir informação sobre sexualidade;
- Listar fatores associados à não utilização de métodos contraceptivos;
- Identificar a idade do primeiro contacto sexual;
- Identificar o número de parceiros sexuais;
- Verificar a ocorrência de uma gravidez não desejada;
- Identificar a ocorrência de relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas.

1.3 - TIPOLOGIA DE ESTUDO

Tendo em conta os objetivos, a presente investigação revestiu-se de um carácter quantitativo, descritivo e transversal.

Para Fortin (2009: 27) “o método quantitativo que coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos”.

Segundo a mesma autora, o estudo descritivo reproduz as características de um grupo no seu conjunto (que apresentam alguns traços comuns), tendo como objetivo discriminar os fatores ou conceitos que estão associados ao fenómeno em estudo.

Em relação à dimensão temporal, consiste num estudo transversal, uma vez que teve lugar num único momento e com um grupo representativo da população.

Segundo Fortin (2009), operacionalizar uma variável é defini-la de forma a que esta possa ser observada e medida. É também atribuir-lhe significado, especificando as atividades necessárias para a medir. Para efetuar a operacionalização de uma variável deve-se especificar as definições conceptuais, precisar as dimensões do conceito, identificar os indicadores empíricos e proceder à escolha e elaboração de meios adequados para medir as variáveis em estudo.

Para Marconi e Lakatos (2006: 189), variável dependente “é o factor que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que se pretende estudar e que é influenciada pelas variáveis independentes. É aquela que é afetada ou explicada pela variável independente.

Como variáveis dependentes referem-se as atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes inscritos no 12.º ano de escolaridade no ano letivo 2014/2015 nas escolas públicas da Covilhã, Fundão e Belmonte.

Segundo Fortin (2009) a variável independente é a aquela que é manipulada pelo investigador, cuja finalidade é estudar os seus efeitos na variável dependente. Ou seja, é o elemento explicativo de um fenómeno, a tentativa de resposta ao problema, aquela que afeta outras variáveis.

Como variáveis independentes enumeram-se a idade, o género e a origem do conhecimento sobre sexualidade por parte dos adolescentes (considerando-se os pais, a escola/professores, o grupo de pares, *mass media* e os profissionais de saúde).

Para Fortin (2009) as hipóteses são uma proposição formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis.

Apresentam-se de seguida as hipóteses de investigação:

- H1: Existem diferenças nas atitudes e comportamentos face à sexualidade comparativamente entre rapazes e raparigas.
- H2: Os rapazes têm mais conhecimentos acerca das diferentes temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva do que as raparigas.
- H3: As raparigas têm atitudes mais permissivas do que os rapazes face à sexualidade.
- H4: Existem diferenças quanto aos fatores que levam os rapazes e as raparigas a não utilizarem métodos contraceptivos.
- H5: Os rapazes têm o primeiro contacto sexual mais cedo do que as raparigas.
- H6: As raparigas têm um maior número de parceiros sexuais do que os rapazes.

1.4 – MATERIAL E MÉTODOS

Para atingir os objetivos propostos e testar as hipóteses experimentais formuladas, é necessário existir um processo para conduzir cada projeto de investigação específico com abordagens que permitam a aquisição de informações relevantes (Miguélez, 2011).

1.4.1 - Amostra

Segundo Fortin (2009: 69) a população é “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns”. Para a mesma autora a amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo, devendo ser representativa da mesma, ou seja tendo que estar presentes as características conhecidas da população.

O estudo empírico que integra a presente investigação envolve todos os alunos inscritos no 12.º ano de escolaridade no ano letivo 2014/2015 nas escolas públicas da área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira, nomeadamente a Escola Secundária Pedro Álvares Cabral (Belmonte), a Escola Secundária Campos Melo (Covilhã), a Escola Secundária Frei Heitor Pinto (Covilhã) e a Escola Secundária Quinta das Palmeiras (Covilhã). A Escola Secundária do Fundão recusou a participação dos seus alunos no estudo.

Escolheu-se esta área geográfica pelas seguintes razões:

- Pela identificação da autora com a região, pois trabalha e reside na zona, o que permite uma maior mobilidade;
- Porque não existe conhecimento de se ter já efetuado algum estudo sobre o tema, nesta faixa etária e nesta zona, o que torna pertinente e inovador o presente estudo;
- Por fim, os dados obtidos vão permitir conhecer a realidade da área de abrangência do hospital onde a autora desempenha funções e logo ajudar a fundamentar intervenções transversais no âmbito da educação sexual (ao nível dos diferentes agentes educativos) que visem a prevenção de comportamentos de risco bem como a promoção de uma sexualidade saudável.

Participaram nesta investigação 299 jovens estudantes que frequentam o 12.º ano de escolaridade, em diversos cursos (de ensino regular ou profissional) das escolas supracitadas. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na tabela 1.

Assim, a amostra ascendeu a 299 jovens em que a idade média é de 17,67 anos, DP=1,142, idade mínima de 17 anos e máxima de 22 anos, mediana de 17 e moda de 17,

existindo homogeneidade na representatividade entre géneros, sendo 48,6% do género masculino e 50,6% do género feminino.

A escola mais representada no estudo é a Escola Secundária Campos Melo (41,1%).

Observa-se uma heterogeneidade quanto à proveniência geográfica dos jovens, sendo que 63,4% são provenientes de meio urbano.

94,6% das famílias dos jovens têm origem portuguesa, sendo que a maioria deles residem com os pais e irmãos (76,4%).

Os pais dos jovens, a grande maioria casados (80,2%), são maioritariamente detentores de uma escolaridade entre o 2.º ciclo e o ensino secundário.

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra. (n=299)

Variáveis		N	%	Média	Desvio Padrão
Idade				17,67	1,142
Género	Masculino	146	48,6		
	Feminino	151	50,6		
	Não respondeu	2	0,8		
Escola que frequenta	Pedro Álvares Cabral	15	5,1		
	Frei Heitor Pinto	53	17,6		
	Quinta das Palmeiras	108	36,2		
	Campos Melo	123	41,1		
Proveniência Geográfica	Rural/ Aldeia	107	35,8		
	Urbana/ Cidade	190	63,4		
	Não respondeu	2	0,8		
Com quem reside	Pais e irmãos	229	76,4		
	Mãe e irmãos	40	13,3		
	Pai e irmãos	9	3,1		
	Outros	21	7,2		
Origem da família	Portuguesa	283	94,6		
	Outra	12	4,2		
	Não sabe	4	1,2		
Habilitações literárias dos pais					
Pai	1.º Ciclo	49	16		
	2.º Ciclo	94	31,1		
	Secundário	94	31,1		
	Bacharelato	4	1,2		
	Licenciatura	28	8,9		
	Mestrado	11	3,5		
	Doutoramento	6	1,6		
	Outra	10	5,8		
	Não respondeu	3	0,8		

Mãe	1.º Ciclo	31	10,1		
	2.º Ciclo	89	30		
	Secundário	106	35,4		
	Bacharelato	3	1,2		
	Licenciatura	35	11,7		
	Mestrado	14	4,7		
	Doutoramento	7	2,3		
	Outra	11	3,8		
	Não respondeu	3	0,8		
Estado civil dos pais	Casados	240	80,2		
	Divorciados	39	13,2		
	Solteiros	13	4,3		
	União de facto	2	0,7		
	Outro	5	1,6		

Fonte: Elaboração Própria

1.4.2 – Instrumentos

“A colheita de dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 2009: 403).

No presente trabalho, utilizaram-se instrumentos para dar cumprimento aos objetivos propostos, nomeadamente um questionário e uma Escala de Atitudes face à Sexualidade.

O questionário como método de colheita de dados tem como objetivo recolher informação relativa a acontecimentos, situações conhecidas, atitudes e comportamentos (entre outros) (Fortin, 2009). Este, tendo por base investigações anteriores de diversos autores, é dividido em duas partes e constituído maioritariamente por questões fechadas (apenas tem uma aberta), em que a primeira parte diz respeito a alguns dados sociodemográficos do adolescente e a segunda aborda as práticas e representações do mesmo quanto à sexualidade. Assim foram usados os dados sociodemográficos, alguns aspetos da sexualidade, o início da vida sexual, práticas sexuais e informação sobre sexualidade. Na construção do questionário sociodemográfico teve-se em conta as seguintes variáveis: a idade, o género, a escola de frequência, a proveniência geográfica, com quem reside o adolescente, a origem da sua família, o estado civil dos pais e as habilitações literárias dos mesmos. Foi ainda inserida, para ser posteriormente aplicada a Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes (AFSA), validada no ano de 2010 na tese de doutoramento da Prof. Paula Nelas, à qual foi solicitada a respetiva autorização para utilização (Apêndice A – Autorização para aplicação da Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes).

Avaliou-se a fidelidade da escala de atitudes utilizada através do alfa de *Cronbach*. O coeficiente alfa (α) de *Cronbach* é uma medida de fiabilidade interna que é determinada pela fórmula $\alpha = \frac{k}{k-1} (1 - \frac{\text{soma das variâncias de cada item}}{\text{variância total de k itens}})$. O número do alfa aumenta com o número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes. O valor do coeficiente varia de 0,00 a 1,00, sendo que o valor mais elevado denota uma maior consistência interna. Um alfa inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é razoável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom, e um valor igual ou superior a 0,90 é excelente (De Vellis, 1991; Fortin, 2009). O coeficiente alfa da escala de atitudes utilizada foi de 0,825, ou seja, muito bom.

Os instrumentos que constituem o protocolo de avaliação podem ser classificados segundo as áreas temáticas que pretendem avaliar:

- Os dados sociodemográficos.
- Vivências sexuais (com dados relativos à sexualidade e início da vida sexual).
- Práticas sexuais.
- Informação sobre sexualidade.

1.4.2.1 - Avaliação da informação sobre sexualidade e em relação às vivências sexuais

Com o objetivo de estudar algumas dimensões sociais dos sujeitos, foi elaborado um questionário que procura fornecer informação acerca das vivências sexuais dos jovens e do início da vida sexual. Primeiramente procura-se saber se os jovens têm conhecimentos sobre sexualidade e como os adquiriram. De seguida, e dizendo respeito à comunicação sobre sexualidade, procura-se perceber se os mesmos costumam falar sobre o assunto, e se for o caso, com quem e quais os temas mais e menos abordados. Posteriormente tenta-se saber qual o agente de socialização que os jovens consideram mais importante nos seus papéis sexuais, assim como a sua opinião quanto à utilidade da Educação Sexual realizada quer por professores, quer por profissionais de saúde. Por fim averigua-se a opinião acerca do início da vida sexual, a melhor idade para tal, assim como as circunstâncias em que se deu o início da vida sexual, com que idade aconteceu, que relacionamento mantinha com o (a) parceiro (a), o tempo de duração dessa mesma relação, as razões que levaram ao ato, qual a importância que teve para o (a) inquirido (a), o que sentiu, em que situação aconteceu, se usou ou não método contraceptivo (e, se sim, onde o obteve e quem tomou a decisão) e se concorda ou discorda relativamente o seu uso.

1.4.2.2 - Avaliação das práticas sexuais

Esta parte do questionário é constituída por alguns itens que avaliam os comportamentos sexuais dos jovens. É questionada a idade da primeira menstruação/ejaculação. O namoro também é uma das dimensões avaliadas, nomeadamente se tem ou não namorado (a), idade em que começou a namorar, quantos (as) já teve antes e o tempo de namoro. Se tem uma vida sexual ativa, é solicitada informação sobre o uso ou não de método contraceptivo, o tempo decorrido entre o início do namoro e a relação sexual, o número de relações sexuais ocorridas no último ano e o número de parceiros sexuais ao longo da sua vida. Por fim, faz-se alusão às substâncias psicoativas com a finalidade de se avaliar se os jovens costumam ter relações sexuais sob o efeito de alguma substância ou se esta situação já alguma vez aconteceu.

1.4.3 – Procedimentos

À medida que foi realizada a revisão bibliográfica sobre o tema, foi sendo efetuado o instrumento de recolha de dados. Após ser construído desenvolveram-se as condições necessárias à sua aplicação.

Inicialmente foi realizado o pedido de autorização ao Ministério da Educação para aplicação do questionário nas diferentes escolas. O parecer do mesmo veio indeferido, tendo que ser remetido o pedido à Comissão Nacional de Proteção de Dados. Após alguns meses de espera, o parecer da Comissão veio positivo (Anexo I – Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados), tendo posteriormente sido enviado ao Ministério da Educação e dada por este a devida autorização para a aplicação do mesmo (Anexo II – Autorização do Ministério da Educação).

O questionário foi elaborado de forma a ser aplicado via *online* (Apêndice B – Questionário utilizado para recolha de dados), de modo a evitar gasto de papel e ser mais cómodo o preenchimento.

O pré-teste “(...) consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo” (Fortin, 2009: 386). Foi aplicado primeiramente um pré-teste a dez alunos (cinco raparigas e cinco rapazes), inscritos no 12.º ano de escolaridade no ano 2014/2015 na Escola Secundária Nuno Álvares (Castelo Branco). Os alunos foram selecionados de forma aleatória, respondendo ao questionário via *online*, na escola, com supervisão de um

professor. O número dez é o convencionado, considerado suficiente para aprimorar os protocolos. Não foi necessário reformular nenhuma questão.

Posteriormente foi pedida a colaboração das diversas escolas públicas, com 12.º ano, que pertencem à zona de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira (Apêndice C – Pedido de colaboração às escolas). Por fim o *link* do questionário utilizado foi divulgado através dos responsáveis de cada escola participante. O tempo médio para responder ao mesmo foi de 30 minutos.

A ética durante um trabalho de investigação é primordial. A manutenção da confidencialidade e anonimato, assim como a garantia do princípio da autonomia em que a participação voluntária na colheita de dados é garantida deverá ser um foco de preocupação do investigador (Nunes, 2013). O pedido de colaboração dos sujeitos, para participação voluntária, preservou todas as condições tradicionais da pesquisa científica, nomeadamente o consentimento livre e informado (Apêndice D – Consentimento Informado), o anonimato e a confidencialidade. Foi realizada a leitura e assinatura do mesmo pelos pais/ representantes legais, ou pelos jovens com idade igual ou superior a 18 anos.

O recurso à internet tem aumentado substancialmente na população portuguesa. O inquérito à utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação pelas Famílias realizado desde 2002 pelo INE – Instituto Nacional de Estatística, IP em colaboração com a UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, sustenta que em 2014:

- 67% das famílias tinham acesso a computador em casa;
- 63% dos agregados familiares dispunham de ligações de banda larga à internet (mais do dobro que em 2005, cuja percentagem rondava os 20%);
- 95% e 100% dos estudantes utilizavam respetivamente a internet e o computador todos ou quase todos os dias.

Os jovens responderam assim, de forma autónoma. A amostra foi recolhida entre meados de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. À semelhança do que acontece noutros domínios da investigação, o recurso a questionários autoadministrados comporta vantagens e desvantagens relativamente a outras aproximações metodológicas. No campo científico da sexualidade, a comparação dos questionários autoadministrados e das entrevistas face a face mostra que os primeiros, ao maximizarem a privacidade dos respondentes, são mais eficazes na redução dos “erros de meda” (Catania, Gibson, Chitwood & Coates, 1990). A sua principal desvantagem prende-se com a impossibilidade de garantir inequivocamente que as instruções, o sentido das questões e as modalidades de resposta foram corretamente compreendidos.

Uma vez colhidos os dados é necessário proceder à sua organização para posteriormente serem analisados, recorrendo-se a técnicas estatísticas.

No que diz respeito aos procedimentos estatísticos de análise de dados foi usada uma abordagem descritiva para as variáveis dependentes, bem como o cruzamento entre estas e as variáveis independentes para a obtenção dos diferentes resultados.

A análise estatística, sendo descritiva e inferencial, dos dados foi feita através do programa informático *SPSS 20 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences)*.

Foi explorada a distribuição dos itens através da média, mediana, moda, desvio padrão, número máximo e número mínimo.

De seguida procedeu-se à análise inferencial através do teste *t-student* (t), que é um método que determina diferenças entre médias quando são comparados grupos distintos, sendo estatisticamente significativo para valores inferiores a 0,05 (quanto mais baixo, mais significativo se torna) (<http://pt.wikipedia.org>).

Por fim, procedeu-se à análise inferencial através do teste *Qui-Quadrado* (χ^2), que consiste num teste estatístico não paramétrico, utilizado para dados nominais, que tem como finalidade comparar as frequências observadas com as teóricas. Ou seja, os dados estão agrupados em K classes (intervalos ou categorias) e os resultados serão distribuídos por uma ou mais categorias. Ambos apresentam um grau de aproximação tanto maior quanto o valor obtido for inferior a 0,05 (Pocinho, 2010).

2 – RESULTADOS

Apresentam-se de seguida, os resultados obtidos da análise dos dados, adquiridos através dos instrumentos de avaliação da presente investigação.

Nos itens que abordam o tema da sexualidade, observa-se que 98,7% da amostra diz ter conhecimentos/informações sobre sexualidade, não existindo diferenças significativas entre géneros. Destes, 51,5% admitiram estar informados, 21,7% muito informados e 6% apontaram estar nem muito nem pouco informados. Quando questionados sobre a fonte desses conhecimentos 30,8% mencionaram serem os pais (em que, 18,5% apontaram a mãe como principal fonte), 9,5% disseram adquirir conhecimentos através dos profissionais de saúde, 3,1% afirmaram ser a internet a fonte dos conhecimentos adquiridos, 2,2% os professores e 15,7% da amostra não respondeu.

No entanto quando questionados se conversam frequentemente com os pais sobre assuntos relacionados com sexualidade, 46,8% dos jovens referiu que não e 14,7% não respondeu, não se observando diferenças significativas entre géneros. Dos 38,5% que disseram falar, quer sejam rapazes ou raparigas, 31,4% apontaram a mãe como elemento que mais

procuram e se sentem à vontade, considerando 20,1% dos jovens que a comunicação estabelecida entre ambos é boa; no entanto a maioria dos inquiridos (59,5%) não responderam.

Relativamente ao tema mais discutido entre eles e os pais, 56,2% não responderam; dos que deram resposta, os assuntos mais referidos foram a pílula e o preservativo (24,5%), seguindo-se a Educação Sexual (23,7%). Como temas menos abordados surgem as relações sexuais (25,1%) e a masturbação, sexo oral e sexo anal (17,53%); no entanto 57,9% dos inquiridos não responderam à questão.

Quando questionados acerca de com quem conversam mais facilmente sobre sexualidade, 55,2% da amostra refere serem os amigos, 10,4% mencionaram os pais e 10% os profissionais de saúde, não se verificando diferenças significativas entre géneros.

32,4% dos jovens consideraram ser a família o agente de socialização mais importante nos seus papéis sexuais, enquanto que 27,4% disseram ser os amigos e 17,1% o Sistema de Saúde.

Nos itens referentes ao início da vida sexual, a idade da primeira menstruação/ ejaculação é em média de 12,29 anos, DP de 1,527, mediana 12 e moda 12. Relativamente à comparação entre géneros, verificam-se diferenças estatisticamente significativas, tal como é observável na tabela 2, constatando-se que as raparigas tiveram a sua menarca mais cedo do que os rapazes tiveram a sua primeira ejaculação.

Tabela 2. Resultados para a questão “Idade da primeira ejaculação/menstruação” (n=299)

	N	Média	Desvio Padrão	t(df)	p
Idade da 1.ª ejaculação	94	12,56	1,426	2,388	0,018
Idade da 1.ª menstruação	111	12,05	1,600		
Não respondeu	94				
Total	299				

Fonte: Elaboração Própria

82,9% dos jovens concordam com o uso de métodos contraceptivos (não existindo diferenças significativas entre géneros).

18,4% dos inquiridos apontaram os 15 anos como idade de início de namoro e 16,7% os 14 anos (embora 21,7% não tenham respondido), sendo a média de 13,32 anos, não se constatando diferenças significativas entre géneros, pois a média para o género masculino é de 13,33 anos e para o feminino é de 13,24 (tal como descrito na tabela 3); no entanto 52,8% disseram não ter namorado (a) no momento em que responderam e 11% referiram nunca ter namorado.

Tabela 3. Resultados para a questão “Idade em que começou a namorar” (n=299)

Género	N	Média	Desvio Padrão	t(df)	p
Masculino	88	13,33	2,308	0,259	0,796
Feminino	106	13,24	2,667		
Não respondeu	105				
Total	299				

Fonte: Elaboração Própria

A média quanto ao número de namorados é de 2,72, não se observando diferenças significativas quando feita a comparação entre géneros, uma vez que a média dos rapazes é de 2,78 namoradas e a das raparigas é 2,75 namorados (tabela 4).

Tabela 4. Resultados para a questão “Quantos namorados já teve” (n=299)

Género	N	Média	Desvio Padrão	t(df)	p
Masculino	96	2,78	3,027	0,78	0,938
Feminino	115	2,75	3,187		
Não respondeu	88				
Total	299				

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre o tempo de namoro, e tal como exposto na tabela 5, apenas 33,1% dos jovens respondeu e, destes, 9,4% apontaram um namoro entre um e dois anos, seguindo-se 7% com um relacionamento há mais de dois anos e 6,7% com uma relação que dura de há seis meses a um ano, não se verificando diferenças significativas entre géneros.

Tabela 5. Resultados para a questão “Há quanto tempo namora com a pessoa atual” (n=299)

Tempo de relacionamento	N	%
Menos de 1 mês	9	3%
1 – 3 meses	9	3%
3 – 6 meses	12	4%
6 meses – 1 ano	20	6,7%
1 – 2 anos	28	9,4%
Mais de 2 anos	21	7%
Não respondeu	200	66,9%
Total	299	100%

Fonte: Elaboração Própria

Observa-se que 44,3% dos jovens já iniciaram a sua vida sexual (15,3% da amostra não respondeu). Quando comparados entre géneros, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, embora sejam as raparigas que ligeiramente em maior percentagem iniciaram a sua vida sexual, tal como se observa na tabela 6.

Tabela 6. Resultados para a questão “Já iniciou a vida sexual” (n=299)

Género	Início da vida sexual		χ^2	p
	Sim	Não		
Rapaz	N 61 % 20,4	N 57 % 19,2	2,940	0,230
Rapariga	N 72 % 23,9	N 63 % 21,2		
Total	N 133 % 44,3	N 120 % 40,4		
Não respondeu	N 46 % 15,3			
Total Geral	N 299 % 100			

Fonte: Elaboração Própria

A maioria dos jovens (61,9%) são da opinião que não existe uma idade específica para marcar o início da atividade sexual. Dos que referiram já ter iniciado a vida sexual, 52,2% não respondeu em que circunstâncias e 37,1% disseram ter sido na fase de namoro. Quando comparados entre géneros, não se verificam diferenças estatisticamente significativas uma vez que a idade média de início da atividade sexual foi de 15,80 anos para as raparigas e 15,77 anos para os rapazes, sendo a média de idades do (a) parceiro (a) de 16,16 anos para os rapazes e 16,61 anos para as raparigas.

Quando questionados sobre se a sua primeira relação sexual também foi a primeira para o (a) parceiro (a), 51,5% não responderam, 26,1% disse sim, 14,4% não e 8% desconhecia.

À questão sobre terem ou não sido pressionados a ter relações sexuais, a maioria (51,8%) não respondeu, seguindo-se 43,5% que disseram não ter sido pressionados a tal.

A maior parte dos inquiridos (51,8%) não respondeu quanto ao facto de terem ou não conversado com o (a) parceiro (a) antes de se relacionarem sexualmente, acerca da prevenção de uma gravidez ou doença sexualmente transmissível; dos que responderam, 30,8% disseram terem-no feito e, destes, 40,5% afirmaram terem sido os dois a preocuparem-se com essa questão.

9,1% dos 179 jovens relataram não ter informado os pais sobre a sua iniciação sexual, sendo que 54,1% não responderam à questão. Contudo 26,8% da amostra referiu ter contado em primeiro lugar aos amigos e 9% alegaram não ter contado a ninguém. Quando realizada a comparação entre géneros verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (tal como se observa na tabela 7), existindo uma percentagem bastante mais elevada de raparigas que informaram os pais sobre a sua iniciação sexual.

Tabela 7. Resultados para a questão “Informou os seus pais sobre a sua iniciação sexual” (n=179)

Género	Informação aos pais sobre a iniciação sexual		χ^2	p
	Sim	Não		
Masculino	N 3	N 34	10,120	0,006
	% 1,6	% 19,2		
Feminino	N 13	N 32		
	% 7,5	% 17,6		
Total	N 16	N 66		
	% 9,1	% 36,8		
Não respondeu	N 97			
	% 54,1			
Total Geral	N 179			
	% 100			

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados os jovens sobre os conhecimentos que tinham sobre sexualidade quando decidiram iniciar a vida sexual, a maioria (51,8%) não respondeu e 46,5% afirmaram ter conhecimentos sobre o assunto.

Relativamente ao que sentiram durante a primeira relação sexual, a maioria (52,5%) não respondeu e 40% referiram sentir nervosismo e satisfação.

31,4% da amostra alegou ter usado o preservativo na primeira relação sexual (52,2% não respondeu à questão), tendo 20,7% adquirido na farmácia. Dos que mencionaram não ter usado qualquer método contraceptivo, 90,3% não justificou o porque, seguindo-se 3,3% que disseram não estar à espera de acontecer. Quando feita a comparação entre géneros, não se verificaram diferenças significativas para estas questões.

Quanto à última relação sexual, 21,9% da amostra referiu continuar a utilizar o preservativo e 7,5% a pílula, tendo a maioria (20,1%) adquirido na farmácia (52,5% não responderam à questão). Dos que não usaram método contraceptivo (preservativo), a grande parte (89,3%) continuou sem justificar o porquê, seguindo-se 3,4% que alegaram que o mesmo retira o prazer. Quando comparados os géneros, verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas, observando-se um maior número de raparigas que não usam qualquer método contraceptivo, ou utilizam o coito interrompido, enquanto que há mais rapazes a referir usar o preservativo, tal como se comprova na tabela 8.

Tabela 8. Resultados para a questão “Na sua última relação sexual utilizou algum método contraceptivo” (n=179)

Método Contraceptivo	Género		χ^2	p
	Masculino	Feminino		
Nenhum	N 1	N 7	25,382	0,005
	% 0,6	% 3,9		

Coito Interrompido	N 1 % 0,6	N 4 % 2,5		
Pílula	N 7 % 3,9	N 6 % 3,6		
Preservativo	N 23 % 12,9	N 16 % 9		
Pílula + Preservativo	N 3 % 1,5	N 9 % 5,1		
Não sabe	N 3 % 1,5	N 1 % 0,8		
Não respondeu	N 51 % 28,2	N 47 % 25,9		
Total	N 89 % 49,2	N 90 % 50,8		
Total Geral	N 179 % 100			

Fonte: Elaboração Própria

Depois da primeira relação sexual, 25,4% dos jovens mantiveram o relacionamento durante algum tempo, tendo depois terminado e 13% referiram ainda continuar juntos no momento de resposta ao questionário (52,2% não responderam).

À questão “já se envolveu em sexo oral?”, 49,2% dos inquiridos não responderam, tendo 31,4% respondido sim (tabela 9). Destes, e apesar de 66,6% não terem respondido, tal como é visível na tabela 10, apenas 4,3% mencionaram ter usado sempre o preservativo (sendo que 21,7% disseram nunca o ter usado), não se verificando diferenças estatisticamente relevantes na comparação de géneros.

Tabela 9. Resultados para a questão “Já se envolveu em sexo oral” (n=179)

Prática de sexo oral	N	%
Sim	56	31,4%
Não	35	19,4%
Não respondeu	88	49,2%
Total	179	100%

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 10. Resultados para a questão “Usou preservativo durante a prática de sexo oral” (n=179)

Uso de preservativo	N	%
Sempre	8	4,3%
Quase sempre	5	3,1%
Às vezes	8	4,3%
Nunca	39	21,7%
Não respondeu	119	66,6%
Total	179	100%

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre a prática de sexo anal (tabela 11), 34,8% dos inquiridos referiu nunca o ter feito. Dos que já praticaram e tal como exposto na tabela 12, 81,9% não responderam sobre o uso ou não de preservativo, sendo que 8,4% afirmaram nunca ter usado e 5% disseram usar em todas as vezes. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando foi realizada a comparação entre géneros.

Tabela 11. Resultados para a questão “Já se envolveu em sexo anal” (n=179)

Prática de sexo anal	N	%
Sim	28	15,4%
Não	62	34,8%
Não respondeu	89	49,8%
Total	179	100%

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 12. Resultados para a questão “Usou preservativo durante a prática de sexo anal” (n=179)

Uso de preservativo	N	%
Sempre	9	5%
Quase sempre	2	1%
Às vezes	7	3,7%
Nunca	15	8,4%
Não respondeu	146	81,9%
Total	179	100%

Fonte: Elaboração Própria

No momento da recolha de dados, 18,9% da amostra referiu ter atualmente um namoro que inclui relações sexuais, 28,2% não tem e 52,9% não respondeu à questão. Dos 18,9% que disseram ter este tipo de relação (e apesar de só terem respondido 27,8% destes), 13% afirmaram estar juntos há mais de um ano. Quando feita a comparação entre géneros, não se constataram diferenças estatisticamente significativas, contudo observou-se que existe um maior número de raparigas que têm um relacionamento atual que inclui relações sexuais (como é observável na tabela 13).

Tabela 13. Resultados para a questão “Tem atualmente um namoro que inclua relações sexuais” (n=179)

	Género		χ^2	p
	Masculino	Feminino		
Sim	N 13	N 21	3,559	0,169
	% 7,1	% 11,8		
Não	N 25	N 26		
	% 13,7	% 14,5		
Não respondeu	N 50	N 44		
	% 28,2	% 24,7		

Total	N 88 % 49	N 91 % 51		
Total Geral	N 179 % 100			

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados os jovens sobre o tempo decorrido entre o início do namoro e a primeira relação sexual, 71,8% não deu qualquer resposta, seguindo-se 12,2% que referiram ter acontecido após um a seis meses de namoro. Quando feita a comparação entre géneros, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas já que há uma tendência para as raparigas que fazem parte da amostra iniciarem a primeira relação sexual de forma mais tardia que os rapazes, tal como é mostrado na tabela 14.

Tabela 14. Resultados para a questão “Quanto tempo depois de terem iniciado o namoro tiveram a primeira relação sexual” (n=179)

	Género		χ^2	p
	Masculino	Feminino		
24 horas ou menos	N 2 % 0,8	N 4 % 2,2	15,891	0,014
Entre 1 dia e 1 semana	N 3 % 1,2	N 4 % 2,4		
Entre 1 e 6 meses	N 12 % 7,5	N 8 % 4,7		
Entre 6 meses e 1 ano	N 1 % 0,4	N 7 % 4,3		
Mais de 1 ano	N 1 % 0,4	N 2 % 0,8		
Não sei/ não me lembro	N 5 % 2,7	N 2 % 0,8		
Não responderam	N 64 % 36,1	N 64 % 35,7		
Total	N 88 % 49,1	N 91 % 50,9		
Total Geral	N 179 % 100			

Fonte: Elaboração Própria

Quanto ao número de relações sexuais que tiveram no último ano, a maioria dos jovens (50,8%) não respondeu, seguindo-se 18,4% que referiram ter tido menos de vinte. 30,4% destes afirmaram tê-lo feito apenas com um parceiro (mas 56,9% não responderam). 19,1% da amostra aponta ter tido apenas um parceiro sexual até ao momento, seguindo-se 7,4% que disseram ter tido três e 6% que mencionaram dois (mas 55,9% não responderam). Quando realizada a comparação entre géneros não foi observada qualquer diferença estatisticamente significava para nenhuma das questões anteriores.

33,4% dos jovens mencionaram nunca ter tido relações sexuais com outra pessoa sem ser o (a) namorado (a). Dos 16,7% que já o fizeram, 7,7% apontaram ter acontecido apenas uma vez; destes, 12,7% referiram-se a essa pessoa como sendo um (a) amigo (a) que conheciam bem (78,3% não responderam à questão) e 14,7% alegaram ter usado preservativo (76,9% não respondeu à questão). Para nenhuma das questões anteriores se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre géneros.

À pergunta “se alguma vez esteve envolvido (a) numa gravidez”, 50,1% dos jovens não responderam, seguindo-se 47,6% que disseram nunca, tal como se verifica na tabela 15. Dos que estiveram já envolvidos nesta situação, 3,3% referiu não ter sido planeada (94% não responderam). Quando perguntado aos envolvidos o que fizeram perante a mesma, 94,6% não responderam e 2% mencionaram ter feito interrupção voluntária da gravidez.

Tabela 15. Resultados para a questão “Alguma vez esteve envolvido (a) numa gravidez” (n=179)

Envolvimento em gravidez	N	%
Nunca	86	47,6%
Uma vez	3	1,7%
Mais que uma vez	1	0,6%
Não respondeu	89	50,1%
Total	179	100%

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados os jovens sobre se já tinham tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 33,8% mencionaram não e 49,8% não responderam. Dos que afirmaram, 15,9% apontaram o álcool como substância mais usada (81,3% não responderam). 7,2% referiram sentir mais prazer/ excitação (apesar de 81,6% não ter respondido) com esta situação e 13% não consideraram que esta situação possa diminuir a sua capacidade de ter sexo seguro (78,9% não respondeu). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas quando feita a comparação entre géneros.

Como se constata na tabela 16, 36,5% dos inquiridos referiram como razão principal para não ter uma relação sexual o facto de não terem encontrado o (a) parceiro (a) ideal, seguido de 23,7% que disseram não se sentir preparados (as). 46,5% da amostra aponta o “confirmar o amor” como a razão mais importante para ter relações sexuais, seguindo-se 18,8% que menciona como principal motivo a obtenção de satisfação física. Não se verificam diferenças estatisticamente relevantes para estas questões, quando realizada a comparação entre géneros.

Tabela 16. Resultados para a questão “Qual a principal razão para não ter uma relação sexual” (n=299)

Principal razão para não ter uma relação sexual	N	%
Medo de apanhar uma doença	20	6,7%
Não se sente preparado (a)	71	23,7%
Não encontrou o (a) parceiro (a) ideal	109	36,5%
Tem vontade mas nunca se proporcionou	33	11%
Outras	22	7,4%
Não respondeu	44	14,7%
Total	299	100%

Fonte: Elaboração Própria

44,5% dos jovens que responderam ao questionário consideram estar esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos, seguindo-se 36,1% que afirmaram estar muito esclarecidos. Quando questionados sobre quem pensam recorrer mais a métodos contraceptivos, 44,1% dos inquiridos respondeu “ambos”, não se verificando diferenças estatisticamente relevantes na comparação entre géneros. 34,8% da amostra acha que alguns dos seus amigos já tiveram relações sexuais e apenas 2,3% afirmaram que os seus amigos ainda não são sexualmente ativos.

77,9% dos jovens consideraram que praticar sexo seguro significa utilizar preservativo e apenas 1,7% disseram “não ter relações sexuais” (tabela 17).

Tabela 17. Resultados para a questão “O que significa para si praticar sexo seguro” (n=299)

Significado de praticar sexo seguro	N	%
Utilizar um preservativo	233	77,9%
Evitar parceiros múltiplos	15	5%
Não ter relações sexuais	5	1,7%
Evitar sexo anal	2	0,7%
Não respondeu	44	14,7%
Total	299	100%

Fonte: Elaboração Própria

Tal como se comprova na tabela 18, a maioria dos jovens inquiridos (56,2%) tem conhecimento sobre a existência da consulta de adolescente que existe no Centro de Saúde.

Tabela 18. Resultados para a questão “Conhecimento sobre a existência da consulta de adolescente existente no Centro de Saúde” (n=299)

Conhecimento da consulta de adolescente no Centro de Saúde	N	%
Sim	168	56,2%
Não	11	3,7%
Não sabe	76	25,4%
Não respondeu	44	14,7%
Total	299	100%

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre qual a opinião acerca da influência das crenças e valores dos pais e da sociedade na sua liberdade sexual, 31,5% dos jovens referiu não influenciar, vivendo eles da forma que lhes parece mais adequada. Já 24,7% consideraram existir uma influência, uma vez que vivem em função dos valores sociais e familiares instituídos (tabela 19).

Tabela 19. Resultados para a questão “Influência das crenças e valores dos pais e da sociedade na liberdade sexual dos adolescentes” (n=299)

Influência das crenças e valores dos pais e sociedade	N	%
Sim, porque se vive em função dos valores sociais instituídos	74	24,7%
Sim, especialmente em meios pequenos	59	19,7%
Não, os adolescentes vivem da forma que lhes parece mais adequada	94	31,5%
Não sabe	28	9,4%
Não respondeu	44	14,7%
Total	299	100%

Fonte: Elaboração Própria

Apesar de 79,3% dos jovens inquiridos ser da opinião que a educação sexual é uma coisa útil para os jovens, 59,2% consideraram que o facto de professores e profissionais de saúde lhes falarem sobre sexualidade não influencia as suas decisões nesta área. Já 12,4% mencionaram esse facto como o adiar para mais tarde a primeira relação sexual, através da informação transmitida e 5,4% apontaram essa ocorrência como um incentivo para os jovens iniciarem a sua vida sexual mais cedo. Quando questionados sobre o facto de terem uma disciplina avaliada, lecionada por professores especializados na área da sexualidade, 53,8% dos jovens acha que deveria ser opcional e 9,3% considerou que esta não teria o mínimo interesse.

Em relação ao contexto/ disciplina em que os professores abordam o tema sexualidade, 40,1% da amostra referiu a disciplina de biologia/ciências, seguindo-se 13,4% que disse não ser em nenhuma e 10,9% que mencionou ser no Projeto de Educação para a Saúde.

A tabela 20 diz respeito à aplicação da Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes, e apenas abordando as atitudes totais é possível concluir após ter sido aplicada à totalidade da amostra, que as raparigas têm no global atitudes mais permissivas do que os rapazes em relação à sexualidade.

Tabela 20. Resultados das atitudes totais (n=299)

Género	Média	Desvio Padrão	t(df)	p
Masculino	102,296	14,04	-3,388	0,001
Feminino	107,00	7.18		

Fonte: Elaboração própria

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, procuraram-se desenvolver procedimentos metodológicos para compreender e explicar a sexualidade dos jovens estudantes que frequentam o 12.º ano de escolaridade da zona de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Após a apresentação dos resultados, irá ser efetuada a discussão dos mesmos, a fim de responder às hipóteses colocadas pela presente investigação. Procedeu-se ao estudo sistematizado de algumas dimensões, sendo elas: a sexualidade, o namoro, o início da vida sexual, as práticas sexuais e a informação sexual.

Em relação à primeira hipótese formulada – **Existem diferenças nas atitudes e comportamentos face à sexualidade comparativamente entre rapazes e raparigas** - pode-se constatar que se confirmam estas desigualdades uma vez que:

- Existe uma percentagem maior de raparigas a iniciar a vida sexual em detrimento dos rapazes (23,9% e 20,4% respetivamente).
- Observou-se uma percentagem bastante mais elevada de raparigas a informar os pais sobre a iniciação sexual do que os rapazes (7,5% de raparigas contra 1,6% de rapazes).
- Verificou-se uma tendência para as raparigas iniciarem a sua vida sexual de forma mais tardia do que os rapazes (como foi anteriormente observável na tabela 14).
- Existe um maior valor percentual de raparigas (11,8%) relativamente a rapazes (7,1%) a ter atualmente um namoro que inclua relações sexuais.

Quando questionados os jovens do presente estudo sobre o facto de conversarem ou não com os pais sobre o tema sexualidade, 46,8% dos mesmos disseram não conversar; os dados obtidos diferem dos encontrados por Brancal (2007) uma vez que 74,47% dos inquiridos referiram conversar com os pais.

No entanto 55,2% da presente amostra disse conversar mais facilmente sobre o tema sexualidade com os amigos, seguindo-se 10,4% que apontaram os pais. Dados similares obtidos, embora em maior proporção no estudo de Matos (2010); e em ambos verificou-se que a mãe aparece referida como confidente em maior percentagem do que o pai. Resultados congruentes também nas investigações de Oliveira (2011), Dias e Rodrigues (2009), Azevedo (2008), Ferreira *et al.* (2008), Silva (2008), Camaro e Botelho (2007) e Wong *et al.* (2007), em que a maioria dos jovens referiu falar mais facilmente com os amigos sobre sexualidade, seguindo-se os pais. Observou-se também uma diferença relativamente à percentagem referida para o pai e a mãe, sendo visível que a maior parte dos jovens referiu a mãe como principal confidente.

No presente estudo constatou-se que 18,4% dos jovens referiram ter iniciado o namoro aos 15 anos, seguindo-se 16,7% que apontaram os 14 anos, sendo a média de idades de 13,32 anos. Resultados que vão ao encontro dos obtidos nos estudos de Borges *et al.* (2007) (em que a

média de idade encontrada foi de 13,3 anos) e Brancal (2007) (em que a idade mais apontada foi 14 anos). 11% desta amostra referiu nunca ter namorado, valor semelhante encontrado no estudo de Borges *et al.* (2007) em que 11,4% dos jovens referiram o mesmo. Dos jovens que alegaram já ter namorado, 9,4% apontaram ter um namoro atual que dura há um/ dois anos, 7% há mais de dois anos e 6,7% mencionaram um namoro com duração de seis meses a um ano (embora 66,9% não tenham dado resposta). No estudo de Brancal (2007) grande parte dos questionados (43,2%) apontou ter um namoro de um a seis meses.

52,8% dos jovens admitiram não ter namorado (a) no momento da resposta a este questionário, resultados semelhantes encontrados por Oliveira (2011) em que 71,7% referiram o mesmo; contudo Antunes (2007) e Brancal (2007) depararam-se com dados diferentes, já que 44,06% e 42,39% dos jovens respetivamente afirmaram ter namorado (a) no momento de resposta.

A razão mais apontada por esta amostra para ter uma relação sexual foi confirmar o amor, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre géneros, semelhança com os dados obtidos por Brancal (2007). Resultados divergentes dos encontrados no estudo realizado por NAHIC (2007) em que as raparigas valorizavam a intimidade e os rapazes o prazer.

Quanto ao facto de informarem os pais sobre a iniciação sexual, a maioria dos inquiridos neste estudo (54,1%) não respondeu à questão; sendo que apenas 9,1% dos mesmos admitiram tê-los informado (7,5% destes eram raparigas). Estes resultados vão ao encontro dos obtidos nas investigações de Brancal (2007) e de Dias *et al.* (2007), em que 24% e 33,33% dos jovens respetivamente referiram ter contado aos pais ou ter intenções para tal.

Quando questionados se a sua primeira relação sexual foi também para o parceiro, 51,5% dos jovens participantes nesta investigação não responderam, seguindo-se 26,1% que disseram sim e 14,4% que não, sem diferenças estatisticamente relevantes entre os géneros. Dados diferentes dos obtidos no estudo de Cabral *et al.* (2010), em que 53,2% dos rapazes questionados referiram sim e 59,2% das raparigas apontaram o contrário.

Quanto à prática de sexo oral, 31,4% dos jovens inquiridos no presente estudo admitiram fazê-lo (embora 49,2% não tenham respondido), resultado diferente do encontrado por Brancal (2007) em que apenas 18% mencionaram esta prática. No que diz respeito à prática de sexo anal, 34,8% relatou nunca o ter feito (apesar de 49,8% não ter respondido); dados semelhantes obtidos por Brancal (2007), embora em maior proporção, visto que 71% da amostra referiu nunca ter praticado.

Relativamente à questão de já terem tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 16,4% dos jovens participantes nesta investigação responderam afirmativamente

(embora 49,8% não tenham dado qualquer resposta), resultados congruentes com os encontrados nos estudos realizados pelo *Health Behaviour in School-aged Children* (2010), por Matos (2010) e por Reis e Matos (2008) em que a taxa de jovens que referiram ter tido relações sexuais sob o efeito de substâncias ilícitas se situou entre os 12,7% e os 31,2%. Contudo os dados nacionais de 2010 fornecidos pelo Projeto Aventura Social e Saúde e a investigação de Ribeiro e Fernandes (2009) apontaram para uma taxa de jovens a referir ter relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas na ordem dos 35% a 40%. Neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando foi realizada a comparação entre géneros, ao contrário dos dados obtidos na investigação realizada pela equipa de projeto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa (2011), que apontaram para um maior número de rapazes a ter este tipo de prática. Em todos os estudos a substância mais mencionada como utilizada foi o álcool.

Grande parte dos jovens desta amostra (47,6%) admitiu nunca ter estado envolvido numa gravidez (apesar de 50,1% não terem respondido), dados semelhantes obtidos por Cabral *et al.* (2010) e Brancal (2007), em que a maioria dos jovens (97,3% e 97,45% respetivamente) referiu a mesma situação.

Em relação ao facto de os amigos já terem ou não tido relações sexuais, apenas 2,3% dos inquiridos apontou o facto como negativo; resultados diferentes dos obtidos no estudo de Dias *et al.* (2007), em que 25% da amostra disse que os amigos ainda não tinham iniciado a sua vida sexual.

Como razão principal apontada para ainda não terem iniciado a vida sexual, 36,5% dos jovens deste estudo apontou o facto de não terem encontrado o (a) parceiro (a) ideal. Dados diferentes obtidos por Brancal (2007) em que a maior parte dos jovens (41,38%) mencionaram nunca se ter proporcionado.

A segunda hipótese elaborada – **Os rapazes têm mais conhecimentos acerca das diferentes temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva do que as raparigas** – não se verificou uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros quanto aos conhecimentos/ informações sobre sexualidade, pois 98,7% da amostra referiu ter conhecimentos nesta área.

No presente estudo, 98,7% dos jovens inquiridos referiram ter conhecimentos sobre sexualidade, sendo que destes, 27,1% admitiram ser detentores de muita informação. Resultado ligeiramente diferente do encontrado no estudo realizado por Brancal (2007), em que 45,4% da amostra apontou ter muita informação sobre o tema.

Quanto à fonte dos conhecimentos adquiridos 30,4% da presente amostra referiu os pais, seguido de 9,5% que mencionou os profissionais de saúde. Resultados contrários dos

obtidos nos estudos de Ferreira *et al.* (2008) e de Camaro e Botelho (2007), em que a maioria dos inquiridos referiu serem os *mass media* e também dos observados no estudo de Brancal (2007) em que os mais apontados como fonte de conhecimento foram os amigos, seguidos da internet e televisão, assim como no estudo de Silva (2008) em que a internet foi a fonte mais apontada como sendo preferencial para adquirir conhecimentos acerca da sexualidade.

Relativamente à terceira hipótese apresentada – **As raparigas têm atitudes mais permissivas do que os rapazes face à sexualidade** – e pela observação das atitudes totais após aplicação à totalidade da amostra da Escala de Atitudes face à Sexualidade em Adolescentes, é possível concluir que esta hipótese se confirma.

Quanto à quarta hipótese formulada – **Existem diferenças quanto aos fatores que levam os rapazes e as raparigas a não utilizarem métodos contraceptivos** – o que se concluiu foi que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros no que diz respeito à última relação sexual pois existe uma percentagem maior de raparigas a dizerem não usar qualquer método contraceptivo (3,9%), ou o coito interrompido (2,5%) em detrimento dos rapazes que referem usar o preservativo em maior número (12,9%).

Na primeira relação sexual, 52,2% dos jovens do presente estudo não responderam quanto ao uso ou não de método contraceptivo. No entanto 31,4% dos mesmos admitiram ter usado o preservativo, resultado bastante diferente do obtido por Cabral *et al.* (2010), Matos (2010) e Brancal (2007), cuja percentagem de uso do preservativo por parte dos inquiridos variou entre os 77% e os 93%.

Quando abordado o uso de método contraceptivo na última relação sexual, apenas 45,9% dos jovens participantes nesta investigação responderam e destes 21,9% afirmaram ter usado preservativo. Dados bastante díspares dos encontrados nos estudos realizados pelo projeto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa (2011), pelo *Health Behaviour in Scholl-aged Children* (2010), por Matos (2010), Ramiro *et al.* (2010), Custódio *et al.* (2009) e por Ramos *et al.* (2008), em que a percentagem de jovens que utilizaram o preservativo variou entre os 48% e os 83%. Já dados nacionais referentes ao ano 2010 (fornecidos pelo Projeto Aventura Social e Saúde) apontaram que 34% dos respondentes admitiram não usar preservativo em todas as relações sexuais; também no estudo de Oliveira (2011) a maioria da amostra (75,9%) referiu não usar qualquer método contraceptivo.

Os métodos contraceptivos utilizados pela presente amostra foram maioritariamente obtidos na farmácia (quer quando se fala na primeira quer na última relação sexual), tal como observado no estudo de Brancal (2007). Nos casos em que não utilizaram contraceptivo, quer na primeira quer na última relação sexual, 90,3% e 89,3% dos jovens respetivamente não justificaram o porquê. Dos que responderam, relativamente à primeira relação sexual, a razão

mais apontada (por 3,3%) foi o facto de não estarem à espera que a situação acontecesse; resultado semelhante encontrado no estudo de Brancal (2007). Em relação à última relação sexual o fator mais apontado (por 3,4% dos repondentes) foi o facto de os jovens serem da opinião que o preservativo retira o prazer; dados semelhantes encontrados por Brancal (2007) e diferentes dos obtidos por Ribeiro e Fernandes (2009) em que a maioria dos jovens (54,4%) apontou como facto confiar no parceiro.

A quinta hipótese elaborada – **Os rapazes têm o primeiro contacto sexual mais cedo do que as raparigas** – não foi confirmada, uma vez que a média de início da atividade sexual para os rapazes é de 15,77 anos e para as raparigas de 15,80 anos.

Verificou-se que 44,3% dos jovens da presente investigação já iniciaram a sua vida sexual, com uma idade média da primeira relação sexual que se situou por volta dos 15,77 anos para os rapazes e 15,80 para as raparigas. Esses dados são ligeiramente diferentes dos resultados obtidos por outras investigações, nomeadamente as realizadas por Tronco e Dell' Aglio (2012), *Health Behaviour in School-aged Children* (2010), Custódio *et al.* (2009), Ramos *et al.* (2008) e Borges *et al.* (2007), em que a média de idade para início da atividade sexual rondou os 14 anos; aproximando-se mais dos valores obtidos nos estudos da equipa de projeto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa (2011), de Reis e Matos (2008), de Brancal (2007), de Lakshmi *et al.* (2007) e de Souza *et al.* (2007) e em que a idade média encontrada foi de cerca de 16 anos. Já Cabral *et al.* (2010), Ribeiro e Fernandes (2009) e Antunes (2007) encontraram como idade média para início da vida sexual os 17 anos. 40,4% dos inquiridos neste estudo afirmaram ainda não ter iniciado a sua vida sexual, o que vai ao encontro das conclusões obtidas nos estudos de Antunes (2007) (em que a percentagem foi de 46,77%) e Borges *et al.* (2007) (em que o valor percentual foi de 53,3%), não se verificando contudo diferenças estatisticamente significativas quando comparados os géneros, enquanto que no primeiro estudo citado a maior percentagem era referente às raparigas. Contudo os resultados são bastante diferentes dos obtidos nos estudos de Oliveira (2011) e de Matos (2010), em que 87,3% e 83,1% dos jovens (respetivamente) disseram não ter iniciado atividade sexual; e também nos de Ramos *et al.* (2008) e Brancal (2007) em que apenas 24,4% e 25,1% respetivamente apontaram não ter iniciado atividade sexual.

Por fim a sexta hipótese apresentada – **As raparigas têm um maior número de parceiros sexuais do que os rapazes** – também não se confirma pois não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros quanto ao número de parceiros sexuais, quer no último ano, quer durante toda a vida sexual.

Relativamente ao número de relações sexuais que os jovens da presente amostra tiveram no último ano, 50,8% dos mesmos não responderam, seguindo-se 18,4% que apontaram ter tido menos de vinte. No estudo de Brancal (2007), 48,92% da amostra referiu ter menos de dez.

19,1% dos inquiridos referiram ter tido até ao momento de resposta ao questionário um parceiro sexual (contudo 55,9% não responderam); no estudo de Brancal (2007) a maioria da amostra apontou para o mesmo número. Resultados diferentes encontrados por Custódio *et al.* (2009), em que o número médio de parceiros sexuais referidos foi de 2,43.

Apesar da franca percentagem de adolescentes que não responderam a várias questões, é possível observar que a amostra refere bastante conhecimento sobre questões de sexualidade, assim como concorda com o uso de métodos contraceptivos. No entanto o seu uso não é regular, o que pode ter implicações quer na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível, quer de uma gravidez não desejada. No geral as raparigas inquiridas apresentam comportamentos mais regulares e seguros que os rapazes, no entanto, demonstram atitudes mais permissivas em relação à vivência da sua sexualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi percorrido um longo caminho um pouco sinuoso mas de descobertas, onde as dificuldades sentidas foram bastantes devido à pouca experiência em trabalhos desta dimensão e ao limite de tempo e disponibilidade (quer pela vida profissional quer por situações pessoais e familiares). Foi necessário bastante empenho e determinação mas conseguiu-se concluir a investigação, ultrapassando todos os obstáculos surgidos e atingindo os objetivos delineados, com sentimento final de realização pessoal e profissional.

A adolescência é marcada essencialmente por alterações físicas, psicossociais, culturais e cognitivas. O corpo vai-se transformando, o pensamento modificando, existe por parte do adolescente um anseio pela emancipação parental e por novas relações sociais. Contudo, quando se aborda esta faixa etária, tende-se a generalizar, podendo esta conduzir a uma errada estandardização. De facto existem características comuns aos adolescentes, mas estas diferem de uns para os outros, dependendo do modo como cada um as concretiza.

Na formação da sua identidade, o adolescente pode apresentar algumas contradições, uma vez que tenta afirmar um *self* único mas tem um desejo de ser como os amigos. Durante este período marcado pela crise de identidade *versus* confusão de papéis, os adolescentes sofrendo principalmente a influência da família, grupo de pares e escola, começam a alterar os seus padrões de comportamento.

Explorar a sexualidade na sua integridade, abarcando as questões ligadas à vida sexual e reprodutiva implica ter-se um conhecimento aprofundado do contexto biológico, psicológico e social do ser humano.

Para abordar a sexualidade dos adolescentes, procurou-se ao longo desta investigação perspetivar o modo como estes a vivenciam, através da análise das atitudes e dos comportamentos sexuais por eles manifestados.

A abordagem da educação sexual nas escolas para além de contribuir para a formação pessoal e social dos alunos promove a sua saúde sexual e reprodutiva. Tudo isto conduz à formação de um conjunto de valores pessoais e morais, assim como da personalidade. Contudo os conteúdos sobre o tema são pouco explícitos e consistentes, impedindo que esta transmissão de conhecimentos atinja o seu auge.

A família, é o pilar necessário para um bom equilíbrio, não só pessoal mas também social, sendo a ponte entre o interior e o exterior, o “berço” da relação social entre o eu e o outro. O grande desafio que se propõe à família e ao adolescente em particular é que o mesmo consiga adquirir a sua autonomia, sem ameaçar a vinculação, essencial em todo este processo.

Mais conhecimento pode aumentar a perceção dos jovens em relação à realidade e riscos que os rodeiam, no entanto o comportamento sexual preventivo por parte dos mesmos vai depender não só do nível de conhecimentos como também da motivação e desenvolvimento das suas competências.

As condutas sociais apropriadas não são socialmente determinadas em função das circunstâncias espaço-temporais, mas resultam das interações relacionais e sociais facultadas à pessoa no seio da família, do grupo e da sociedade.

Os dados obtidos empiricamente no estudo, através da forma como os jovens pensam, acreditam, atuam e vivem a sua sexualidade vem confirmar que a mesma se encontra interligada com as características sociodemográficas, as crenças, as motivações, os seus comportamentos e as suas atitudes. Foi observável uma rede de interações mas também de vazios que precisam ser colmatados no sentido de dar resposta para o aprimoramento e redimensionamento de futuras investigações na área.

Das seis hipóteses formuladas quatro delas foram verificadas e assim pensa-se ter-se conseguido responder de forma adequada à questão central de investigação e concretizar os objetivos inicialmente delineados.

Existiram contudo algumas limitações, mas por todas as vivências no decorrer da investigação, considera-se ter sido um momento de enriquecimento pois todas as dificuldades encontradas geraram conhecimento e possibilitaram a aquisição de conhecimentos, fundamentais para o futuro próximo.

Limitações

Torna-se importante salientar que os dados obtidos na presente investigação devam ser interpretados e generalizados com alguma contenção.

A primeira limitação diz respeito ao tempo decorrido entre o pedido de autorização ao Ministério da Educação para realização do estudo até à sua autorização, uma vez que teve que passar pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A segunda é referente ao tempo que demorou a ter a resposta de todas as escolas quanto à participação ou não no estudo.

Seguidamente menciona-se o facto de uma das escolas pertencentes à população e com bastantes alunos a frequentar o 12.º ano de escolaridade, ter recusado participar no estudo.

A quarta limitação advém do facto da recolha da informação ter sido realizada através do recurso à internet, com presença/ vigilância de um professor e sem conhecimento do espaço

físico onde a mesma decorreu por parte da autora, podendo ter existido algum tipo de enviesamento e influência de jovens para jovens.

Por fim refere-se a existência de uma elevada taxa de jovens que não responderam a várias questões, ficando-se sem saber o porque desse motivo, ou seja se apenas se prende com o facto dos mesmos quererem salientar os aspetos que consideram positivos ou se quiseram ocultar aspetos que consideravam inconvenientes mas que de facto acontecem.

Implicações

As limitações identificadas não invalidam os resultados obtidos na investigação.

Apesar de, no geral, em consequência dos dados obtidos, se aceitar a ideia que os jovens vivem a sua sexualidade de forma saudável, este estudo também leva à reflexão sobre algumas questões, nomeadamente em relação ao consumo de substâncias psicoativas (especialmente o álcool) e ao não uso sistemático do preservativo aquando das diversas práticas sexuais.

Um maior conhecimento das atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes permite por em prática ações de educação sexual adequadas às necessidades dos mesmos.

A educação sexual, ministrada pelos diversos agentes de socialização tem como objetivo fundamental formar, desenvolver atitudes e competências nos jovens de forma a que os mesmos se sintam informados e seguros nas suas escolhas. Daí ser fundamental incidir em intervenções universais, de tipo preventivo e realizadas através dos diversos agentes de socialização, abrangendo toda a população escolar e respetivos contextos de vida, nomeadamente a família e grupo de pares; a par disto e em simultâneo, dever-se-iam desenvolver também estratégias mais específicas e intensivas em subgrupos identificados como prioritários/ de risco.

Para um programa preventivo eficaz, seria necessário avaliar primeiramente os determinantes do comportamento preventivo, tais como a quantidade e qualidade da informação que os jovens possuem, as suas atitudes, comportamentos e questões que mais valorizam. De seguida fazer o levantamento de outras variáveis como os custos, os recursos disponíveis e as competências de quem realiza a intervenção.

Para o sucesso da intervenção, torna-se fulcral que os jovens entendam que a sexualidade constitui um valor extremo para a existência humana, que pode e deve ser vivida desde sempre de forma adequada, responsável, saudável e de forma multidimensional.

Esta investigação marca a necessidade de se intervir na área da prevenção, com programas eficazes quando aplicados, de modo a verificar-se uma mudança objetiva. Tem que se trabalhar em parceria com os técnicos (profissionais de saúde, professores), família, jovens e

população em geral os valores e crenças associados à sexualidade, assim como no sentido da mesma ser aceite como parte integrante da pessoa, desde sempre e em diversas formas; do mesmo modo, as relações sexuais devem ser vistas apenas como uma pequena parte da sexualidade.

Ficam assim algumas sugestões concretas:

- Formação de alguns profissionais de saúde, professores e pais acerca da sexualidade como algo multidimensional, de modo a desenvolver estratégias internas em cada um, para que consigam adquirir mecanismos para abordar eficazmente todos os aspetos relacionados com a mesma.

- Formação dos grupos de pares, pois são eles que, na faixa etária da adolescência, mais influenciam os seus semelhantes, nas suas decisões.

- A criação de uma rede de apoio *online*, a nível nacional, realizada por profissionais de saúde e professores, tendo como alvo os jovens (individualmente, mas também o grupo de pares), a sua família e mesmo os referidos técnicos.

- Realização de um inquérito anual aos pais/ professores/ alunos para se efetuar o ponto da situação e a evolução do trabalho desenvolvido.

Mais do que um ponto de chegada, este estudo pretende ser um ponto de partida para futuros trabalhos nesta área pois considera-se que continua a ser necessário aprofundar esta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. F. R. (2008). *O conhecimento e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva – um estudo correlacional em estudantes universitários*. Mestrado em Educação – Especialidade em Formação Pessoal e Social. Lisboa: Departamento de Educação da Faculdade de Ciências. Acedido em setembro, 11, 2014 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1249>

Almeida, A. D. L., Silva, C. F. e Cunha, G. S. (2007). *Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano*. Acedido em agosto, 28, 2014, em Revista Esc Enferm. USP. 42 (2): <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/01.pdf>

Alunos ‘cansados’ da abordagem repetitiva da educação sexual nas escolas (2014, 18 de junho). Acedido em Agosto, 22, 2014, em Psicologia.pt O portal dos psicólogos: http://www.psicologia.pt/noticias/ver_noticia.php?codigo=NO01990&area=d11

Alves, A. e Lopes, M. (2008). *Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários*. Acedido em agosto, 27, 2014, em Revista Brasileira de Enfermagem 61 (1), 11-17: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/02.pdf>

André, C. e Cunha, M. (2001). *Empatia como fio condutor do cuidar em enfermagem*. Servir, 49 (3), 129-135.

Antunes, M. T. C. (2007). *Atitudes e Comportamentos Sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Formasau.

Azevedo, M. J. S. (2008). *Educação Sexual e atitudes face à sexualidade em adolescentes à saída do ensino secundário*. Tese de doutoramento. Covilhã: Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

Borges, A. L. V. (2007). *Pressão social do grupo de pares na iniciação sexual de adolescentes*. Acedido em novembro, 23, 2014, em Rev. Esc. Enferm. USP. (Vol. 41). P.782-786: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea06.pdf>

Borges, A., Latorre, M. e Schor, N. (2007). *Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo*. Acedido em novembro, 23, 2014, em Caderno de Saúde Pública, (Vol. 23), n.º7: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/09.pdf>

Borges, A. L. V. e Fujimori, E. (2009). *Enfermagem e a saúde do adolescente*. Brasil: Editora Manole.

Brançal, P. D. A. R. (2007). *As vivências sexuais dos jovens adolescentes da Beira Interior*. Covilhã: Tese de mestrado em Educação Social.

Cabral, M. V. e Ferreira, P. M. (2010). *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos*. Lisboa: Editorial Bizâncio.

Camargo, B. e Botelho, L. (2007). *Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV*. Acedido em junho, 19, 2014, em Revista de Saúde Pública 41 (1). P. 61-68: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf>

Campo-Arias, A., Ceballo, G. A. e Herazo, E. (2010). *Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes*. Acedido em junho, 19, 2014, em Revista Latino-Americana. Março – Abril: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D. e Coates, T. J. (1990). *Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior*. Psychological Bulletin.

Carvalho, C. S. (2008). *Educação da Sexualidade*. Fundação Secretariado Nacional da Educação Cristã.

Conceito de atitude. Acedido em agosto, 12, 2014, em conceito.de: <http://conceito.de/atitude>

Conceito de comportamento. Acedido em agosto, 12, 2014, em conceito.de: <http://conceito.de/comportamento>

Cordeiro, M. (2009). *O Grande livro do Adolescente*. Lisboa: A esfera dos livros.

Correia, T. (2008). *Expectativas dos adolescentes em relação aos professores e profissionais de saúde na área da sexualidade*. Revista Sinais Vitais. N.º 80. P. 42-48.

Conceito de sexualidade segundo a Organização Mundial de Saúde (2001). Acedido em novembro, 23, 2014, em Portal da Juventude: <https://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/Sexualidade/NossoCorpo/Paginas/AfisiologiaDasexualidade.aspx>

Costa, M. M. G. T. (2008). *A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes – a problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em novembro, 23, 2014, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7232/2/Dissertao%20ultima%20verso%201205.pdf>

Custódio, G.; Massuti, A. M.; Schuelter-Trevisol, F. e Trevisol, D. J. (2009). *Comportamento sexual e de risco para DST e gravidez em adolescentes*. Acedido em Agosto, 12, 2014, em DST – Jbras. Doenças Sex Transm. 21 (2). 60-64: <http://www.dst.uff.br/revista21-2-2009/3%20%20Comportamento%20sexual%20e%20de%20risco.pdf>

Decreto – Lei n.º 35/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento n.º 123/ 2011. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 2.ª série. Acedido em junho, 17, 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2_011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Decreto – Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. *REPE – Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido em janeiro, 21, 2015 em: http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-161_96.pdf

Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas. (2013). *Infeção VIH/ SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012*. Lisboa. Acedido em Agosto, 22,

2014, em Documento VIH/ SIDA. N.º 144. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA; IP): <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1622>

Destaque – informação à comunicação social – Instituto Nacional de Estatística (2014). *Sociedade da Informação e do Conhecimento. Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias 2014*. Acedido em janeiro, 21, 2015 em: [file:///C:/Users/Portatil/Downloads/06IUTICF2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Portatil/Downloads/06IUTICF2014%20(1).pdf)

De Vellis, R.F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage.

Dias, A. C. e Rodrigues, M. A. (2009). *Adolescentes e sexualidade: contributo da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade*. Coimbra: Revista Referência. (II Série). N.º 10. julho.

Dias, S.; Matos, M. G. e Gonçalves, A. (2007). *Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais*. Acedido em Agosto, 17, 2014, em Análise Psicológica. (Vol. 25). P. 625-634: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312007000400008&script=sci_arttext

Ferré, M. P. C. e Rossi, P. (2007). *Elementos da Psicologia Social*. Porto: Porto Editora.

Ferreira, P.M. (2008). *A maternidade precoce: tendências e perfis*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. N.º 1/2. P.69-92.

Ferreira, M. e Nelas, P. (2008). *Aprendizagem dos afectos e da sexualidade do adolescente – papel da família*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. N.º 9.

Ferreira, A.B. (2012). *Portugal tem menos mães adolescentes*. Acedido em junho, 11, 2014, em DN Portugal: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2885419&page=3

Filipe, L. A. P. V. (2012). *Abertura à experiência, atitudes e comportamentos sexuais em jovens do ensino superior*. (2.ª ed). Dissertação de Mestrado em Sexualidade Humana.

Lisboa: Faculdade de Medicina. Acedido em julho, 22, 2014, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6831>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (1.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta Editora.

Frias, A. e Teixeira, F. (s/d). *Campanhas de prevenção da infeção VIH/ SIDA: Analisando modos de educar a sexualidade e o género*. Acedido em setembro, 1, 2014, em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fseer.fclar.unesp.br%2Ffiberoamericana%2Farticle%2Fdownload%2F5126%2F4896&ei=OH3_U6j_E_DA7AbMjoDYBw&usg=AFQjCNHHkThgfCc8aTiAButcSLfD6HfuVw&bvm=bv.74035653,d.bGQ

Gil, A. (2012). *Relação de Ajuda: Percepção da criança dos 6 aos 10 anos*. Viseu. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viseu para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Viseu. Acedido em janeiro, 5, 2015 em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1744/GIL%20Alexandra%20Jo%20C3%A3o%20Rodrigues%20Marques%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Gomes, A. I. C. S. (s/d). *Comportamentos sexuais de risco: um estudo em estudantes universitários*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia da Saúde. Algarve: Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em setembro, 5, 2014, em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/283/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oFinal.pdf>

Halpern-Felsher, B. L. e Reznik, Y. (2009). *Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors: A Developmental Perspective*. Acedido em Setembro, 1, 2014, em The Prevention Researcher. Vol. 16 (4): http://www.tponline.org/article.cfm/Adolescent_Sexual_Attitudes_and_Behaviors

Hockenberry, M. J. e Wilson, D. (2011). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Tradução da 8.^a ed.). Brasil: Elsevier Editora.

Huang, D.; Murphy, D. e Hser, Y. (2010). *Parental Monitoring During Early Adolescence Deters Adolescent Sexual Initiation: Discrete-Time Survival Mixture Analysis*.

Acedido em novembro, 23, 2014, em Journal of Child and Family Studies. (Vol. 20). N.º 4 (Agosto): www.springerlink.com/content/x62785t43r5357u6/fulltext.pdf

Lakshmi, P.V.M.; Gupta, N. e Kumar, R. (2007). *Psychosocial Predictors of Adolescent Sexual Behavior*. Acedido em Novembro, 23, 2014, em Indian Journal of Pediatrics. (Vol. 74). N.º10. P.923-926: <http://www.springerlink.com/content/a04671w172u45561/fulltext.pdf>

Leal, I. e Maroco, J. (2010). *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. Porto: Legis Editora.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2006). *Metodologia Científica*. (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Matos, M. G. (2008). *Sexualidade, Segurança e Sida – Estado da arte e propostas em meio escolar*. Cruz Quebrada: Gráfica Europam.

Matos, M. G. (2010). *Sexualidade: Afectos, Cultura e Saúde. Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

Matos, M. G.; Simões, C.; Tomé, G. *et al.* (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Aventura Social & Saúde. Acedido em julho, 11, 2014, em: http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf

Matos, M. G. e Tomé, G. (2012). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*. Acedido em agosto, 9, 2014, em Volume 1 – Estado da arte: princípios, actores e contextos. Lisboa: Placebo Editora: <http://www.codajic.org/node/369>

Migueléz, M. (2011). *La Investigación Cualitativa*. Revista Investigación en Psicología. Lima. 9 (1): 123-146. Acedido em janeiro, 5, 2015 em: <http://prof.usb.pe/miguelm/La%20Investigacion%20Cualitativa%20%20Sintesis%20Conceptual.html>

Myers, D. G. (1995). *Psicología Social*. (4.ª ed). México.

Nelas, P.; Fernandes, C.; Ferreira, M.; Duarte, J. e Chaves, C. (2010). *Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA)*. Acedido em novembro, 23, 2014, em Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas. Novembro. Edições CIEd – Centro de investigação em Educação, Universidade do Minho. P. 180-184: http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/Livro_I_CISES.pdf

Neves, R. C. F. e Ramos, S. I. V. (2014). *Educação Sexual nas Escolas: Educar para prevenir – estudo de caso*. Acedido em julho, 11, 2014, em Psicologia.pt O portal dos psicólogos:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0756&area=d11&subarea=d11B

Nogueira, C.; Saavedra, L. e Costa, C. (2008). (In) *Visibilidade do género na sexualidade juvenil: Propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco*. Acedido em setembro, 1, 2014, em Pro-posições. 19 (2). P. 59-79: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v19n2/a06v19n2.pdf>

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas e atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.

Objetivos estratégicos. Acedido em julho, 22, 2014, em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/57FCFC3A-ACF0-420B-A7E7-A640C3DD2D98/0/objectivo1_pns_2011_2016.pdf

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, V. C. M. (2011). *Sexualidade Adolescente: Motivação para fazer ou não fazer sexo*. Tese de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em novembro, 23, 2014, em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1572>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em janeiro, 11, 2015 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Pais, J. M. (2012). *Sexualidade e Afectos Juvenis*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Pereira, H.; Leal, I. e Maroco, J. (2009). *Psicologia da Identidade Sexual* (Vol. 2). Covilhã: Serviços gráficos da Universidade da Beira Interior.

Pinto, M. C. (2009). *Intimidade em adolescentes de diferentes grupos étnicos. Alto-comissariado para a imigração e diálogo intercultural (ACIDI, I.P.)*. Dissertação de doutoramento em Ciências da Educação, na especialidade de Educação Intercultural. Outubro. Lisboa. Acedido em novembro, 23, 2014, em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Colec_Teses/tese_25.pdf

Piscalho, I., Serafim, L. e Leal, L. (2000). *Representações sociais da educação sexual em adolescentes*. Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, organizado por J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias. Lisboa, ISPA.

Pocinho, M. (2010). *Estatística II: Teoria e exercícios passo-a-passo*. Acedido em janeiro, 21, 2015, em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica_II_com_anexos_2010.pdf

Por opção, não por sorte. Acedido em novembro, 23, 2014, em Diário de Notícias: <http://www.dn.pt>

Portaria n.º196 A/ 2010 de 9 de abril. Acedido em junho, 19, 2014, em file:///C:/Users/Portatil/Downloads/port_196a_edsexual2010.pdf

Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M. G.; Diniz, J. A. e Simões, C. (2011). *Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos Adolescentes*. Acedido em junho, 17, 2014, em Revista Portuguesa de Saúde Pública: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a03.pdf>

Ramiro, L.; Reis, M.; Matos, M. e Diniz, J. (2014). *Trends in adolescent sexual behavior, impact of information, and attitudes about HIV/AIDS in Portugal*. (Vol. 19). N.º 5 Acedido em outubro, 24, 2014, em Psychology, Health & Medicine: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2013.845299>

Ramos, R. D.; Eira, C.; Martins, A.; Machado, A.; Bordalo, M. e Polónia, Z. (2008). *Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em*

Matosinhos (Vol. 22). N.º 1. Acedido em junho, 17, 2014 em:
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n1/v22n1a01>

Reis, M. e Matos, M. (2008). *Contraceção em jovens universitários portugueses*. Análise Psicológica.

Ribeiro, M. I. B. e Fernandes, A. J. G. (2009). *Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança*. Acedido em agosto, 11, 2014, em *Psicologia, Saúde e Doenças*. 10 (1). P. 99-113:
http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862009000100008&script=sci_arttext

Rocha, A.; Marques, A.; Figueiredo, C.; Almeida, C.; Batista, I. e Almeida, J. (2011). *Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação*. *Millenium*, 41 (julho/ dezembro).

Silva, M. M. C. (2008). *Atitudes Sexuais e Auto-eficácia de estudantes do 1.º ano do ensino superior e seus correlatos*. Dissertação de mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em agosto, 9, 2014, em:
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1090/2/Maria%20Marilene%20Carvalho%20da%20Silva.pdf>

Smith, M. K. e Stepanov, N. (2014). *School-based youth health nurses and adolescent decision-making concerning reproductive and sexual health advice: How can the law guide healthcare practitioners in this context?* (Vol. 47). *Contemporary Nurse*. Issue 1-2 (April/ June).

Teste t de Student. Acedido em janeiro, 21, 2015, em Wikipédia: a enciclopédia livre:
http://pt.wikipedia.org/wiki/Teste_t_de_Student

The ABC Model of Attitudes: Affect, Behavior & Cognition. Acedido em novembro, 23, 2014, em Education Portal: <http://education-portal.com/academy/lesson/the-abc-model-of-attitudes-affect-behavior-cognition.html#lesson>

Torres, G. (2012). *Características do comportamento sexual na adolescência*. Acedido em junho, 12, 2014, em *Protega o seu filho na internet*:

http://www.protejaseufilhonainternet.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=89:assassinou-usou-quatro-perfis-falsos-para-manipular-v%C3%ADtima-via-facebook&Itemid=191

Tronco, C. B. e Dell' Aglio, D. D. (2012). *Caracterização do comportamento sexual de adolescentes: iniciação sexual e gênero*. Acedido em junho, 13, 2014, em Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia. 5 (2). Julho-Dezembro. P. 254-269: <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/221/243>

UNESCO – *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde* (2010). Acedido em novembro, 23, 2014, em Razões em favor da educação em sexualidade. (Vol. 1). Junho: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>

Urra, Javier (2010). *Educar com bom senso*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

What is sexual attitudes? Acedido em novembro, 23, 2014, em Psychology Dictionary World's Most Comprehensive Online: <http://psychologydictionary.org/sexual-attitudes/>

Vala, J. e Monteiro, M. B. (2006). *Psicologia Social*. (7.^a ed.). Fundação Calouste Gulbenkian: A. Coelho Dias, S.A.

Vilar, D. e Ferreira, P. (2009). *A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes*. Acedido em novembro, 23, 2014 em Revista Educação Sexual em Rede. N.º 5 (Abr. – Set.). P. 2-53: <http://www.apf.pt/?area=002&mid=004&sid=004>

APÊNDICES

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE ATITUDES FACE
À SEXUALIDADE EM ADOLESCENTES

No dia 16/03/2014, às 20:59, "Ana Santos" <catyanasantos3@hotmail.com> escreveu:

Boa noite. O meu nome é Ana Santos, sou enfermeira no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Cova da Beira e estou a realizar mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria na escola superior de saúde da Guarda.

Estou a enviar e-mail uma vez que vou realizar a minha dissertação na área da sexualidade em adolescentes e vi no livro "Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas" que procederam à validação de uma escala (escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes). Gostaria de saber se me podem fornecer mais informação sobre a sua validação (população, ano da validação etc) e também desde já pedir se me autorizam a utilizá-la no meu estudo.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção e pedindo resposta com a maior brevidade possível:

> Cumprimentos, Ana Santos

Boa tarde Ana,

Desde já felicito-a pela temática escolhida para desenvolver a investigação na sua tese de mestrado. Esta escala foi construída e validada na minha tese de mestrado sobre sexualidade adolescente: impacto de uma intervenção formativa. O doutoramento foi realizado na Universidade de Aveiro e o Professor Doutor Carlos Fernandes foi o meu orientador.

Quanto ao pedido que faz para a utilização desta escala na sua tese de mestrado, é com todo o gosto que autorizo a sua aplicação.

o ebook que refere "Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas" tem publicada a psicometria da escala. a população utilizada para a validação da mesma foram adolescente do 9º ano de escolaridade, com uma idade média de 14 anos. O ano de validação foi 2010. Tenho orientado teses de mestrado de estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu, onde sou professora, nas quais tem sido utilizada esta escala. E resultantes desta investigação desenvolvida, alguns artigos estão publicados.

Se necessitar de mais esclarecimentos adicionais, disponha.

Paula Nelas

(PhD, Professor)
Professora Adjunta
Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu
Telef: 232419100
Telem: 961011800

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA RECOLHA DE DADOS

Sexualidade na adolescência

No âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria estou a desenvolver um estudo sobre atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade. O objetivo é por um lado recolher informação sobre os conhecimentos adquiridos pelos alunos ao longo da sua escolaridade em matéria de educação sexual e por outro obter dados sobre a vivência da sua sexualidade. Para tal solicito a sua colaboração através do preenchimento anónimo e confidencial do presente questionário. Preencha todas as questões que se seguem, não deixando nenhuma por responder (conforme indicações), de acordo com o modo como realmente pensa, sente e age porque todas as respostas são anónimas e confidenciais. Desde já muito obrigada pela sua colaboração.

*Obrigatório

Parte I - Dados Sociodemográficos

1. 1 - Idade *

.....

2. 2 - Género *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
 Feminino

3. 3 - Escola que frequenta *

.....

4. 4 - Proveniência Geográfica *

Marcar apenas uma oval.

- Rural/ Aldeia
 Urbana/ Cidade

5. 5 - Com quem vive? *

Marque todas que se aplicam.

- Pais
 Mãe
 Pai
 Irmãos
 Outros familiares
 Outras (pessoas/ instituição)

6. 6 - Qual é a origem da sua família) *

Marcar apenas uma oval.

- Portuguesa
 Não sabe
 Outro:

7. 7 - Habilitações literárias dos pais *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1.º Ciclo (4.º ano)	2.º Ciclo (9.º ano)	Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	Outra
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. 8 - Estado civil dos pais *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiros
 Casados
 União de facto
 Divorciados
 Outro:

Parte II - Práticas e representações da sexualidade

9. 1 - Tem conhecimentos/ informação sobre sexualidade? *

(se respondeu não, passe para a questão n.º 2)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. 1.1 - Se respondeu sim, considera que está:

Marcar apenas uma oval.

- Muito informado (a)
 Informado (a)
 Nem muito nem pouco informado (a)
 Pouco informado (a)
 Nada informado (a)

11. **1.2 - Obteve esses conhecimentos/ informações através de:**

(pode assinalar mais que uma resposta)

Marque todas que se aplicam.

- Pai
- Mãe
- Irmãos
- Amigos
- Namorado (a)
- Enfermeiros
- Médicos
- Professores
- Livros
- Revistas
- Televisão
- Internet
- Panfletos
- Outro:

12. **2 - Conversa frequentemente com os seus pais sobre assuntos relacionados com a sexualidade? ***

(Se respondeu não, passe para a questão n.º 3)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

13. **2.1 - Se respondeu sim, qual procura mais frequentemente/ tem mais à vontade?**

Marcar apenas uma oval.

- Mãe
- Pai

14. **2.2 - Como considera essa comunicação?**

Marcar apenas uma oval.

- Muito boa
- Boa
- Nem boa nem má
- Má
- Muito má

15. **2.3 - Dos seguintes temas/ tópicos indique o (s) que é (são) mais discutido (s) entre vocês:**

(pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Casamento
- Divórcio
- Educação sexual
- Parto
- Relações sexuais
- Gravidez
- Virgindade
- Fecundidade
- Menstruação
- Masturbação
- Sexo oral
- Sexo anal
- Aborto
- Homossexualidade
- Ejaculação
- Sonhos eróticos
- Uso da pílula
- Uso do preservativo
- Uso de outros métodos contraceptivos
- Infecções sexualmente transmissíveis

16. **2.4 - Dos tópicos referidos atrás, quais aqueles em que existe maior dificuldade de comunicação?**

(pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Casamento
- Divórcio
- Educação Sexual
- Parto
- Relações Sexuais
- Gravidez
- Virgindade
- Fecundidade
- Menstruação
- Masturbação
- Sexo oral
- Sexo anal
- Aborto
- Homossexualidade
- Ejaculação
- Sonhos eróticos
- Uso da pílula
- Uso do preservativo
- Uso de métodos contraceptivos
- Infecções sexualmente transmissíveis

17. **3 - Fala mais facilmente sobre sexualidade com: ***

Marcar apenas uma oval.

- Profissional de saúde
- Pais
- Irmãos
- Professores
- Amigos (grupo)
- Outro:

18. **4 - Na sua opinião, qual é o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do adolescente? ***

Marcar apenas uma oval.

- A família
- Os amigos
- Os professores
- O Sistema de Saúde
- Os "mass media"
- Outro:

19. **5 - Com que idade teve a primeira ejaculação/ menstruação? ***

.....

20. **6 - Concorda com o uso de métodos contraceptivos? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. **7 - Tem namorado (a) no momento presente? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

22. **7.1 - Se respondeu sim, há quanto tempo namora com a pessoa atual?**

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 mês
- 1 - 3 meses
- 3 - 6 meses
- 6 meses - 1 ano
- 1 - 2 anos
- Mais de 2 anos

23. **8 - Quantos (as) namorados (as) já teve antes? ***

.....

24. **9 - Com que idade começou a namorar? ***

.....

25. **10 - Na sua opinião existe alguma idade específica para se iniciar a vida sexual? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe

26. **11 - Já iniciou a sua vida sexual? ***

(Se respondeu não, passe para a questão n.º 20)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

27. **11.1 - Se respondeu afirmativamente, iniciou a sua vida sexual:**

Marcar apenas uma oval.

- Num encontro ocasional
 Na fase de namoro
 Outro: _____

28. **11.2 - Na altura, que idade tinha essa pessoa?**

29. **11.3 - Na altura, que idade você tinha?**

30. **11.4 - Foi também a primeira vez para essa pessoa?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

31. **11.5 - Antes da primeira relação sexual ter acontecido, conversou com o seu/ a sua parceiro (a) sobre o modo de evitar a gravidez ou uma doença sexualmente transmissível?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

32. **11.6 - Quem se preocupou em evitar a gravidez e/ ou uma doença sexualmente transmissível?**

Marcar apenas uma oval.

- Você
 O (a) parceiro (a)
 Os dois
 Não sei/ não me lembro

33. **11.7 - Sentiu-se pressionado (a) para ter relações sexuais?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei/ não me lembro

34. **11.8 - Durante a sua primeira relação sexual sentiu:**

(pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Medo
 Dor
 Nervosismo
 Satisfação
 Excitação
 Não sei/ não me lembro
 Outro: _____

35. **11.9 - Quando iniciou a sua vida sexual, tinha conhecimentos sobre sexualidade?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

36. **11.10 - Informou os seus pais sobre a sua iniciação sexual?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

37. **11.11 - A quem falou, em primeiro lugar, sobre a sua primeira relação sexual?**

Marcar apenas uma oval.

- Pai
 Mãe
 Pais
 Irmãos
 Outro parente
 Amigos
 Não contou a ninguém
 Não sabe/ não se lembra
 Outro: _____

38. **11.12 - Na sua primeira relação sexual, utilizou algum contraceutivo?**

(Pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Nenhum
 Pilula
 Coito interrompido
 Preservativo
 Não sei/ não me lembro
 Outro: _____

39. **11.13 - Se respondeu sim, onde o obteve?**

Marcar apenas uma oval.

- Na farmácia
- No Centro de Saúde
- Junto dos pais
- Junto dos amigos
- Outro: _____

40. **11.14 - Se respondeu não, porque não usaram um contracetivo?**

(Pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Não estava à espera de acontecer
- Não tinham informações sobre contracetivos
- Não sabiam como obter métodos contracetivos
- Queriam utilizar, mas as circunstâncias não facilitaram
- Tinha medo que os seus pais descobrissem
- O (a) parceiro (a) não quis
- Você acha que retiram prazer
- É demasiado embaraçoso comprar
- Porque tinha/ tinham ingerido bebidas alcoólicas
- Você não quis
- São caros
- Não tem relações sexuais frequentes
- Porque estava/ estavam sob o efeito de drogas
- Não pensaram nisso
- Não sabe/ não se lembra
- Outro: _____

41. **11.15 - Depois da primeira relação sexual continuou a manter um relacionamento com aquele (a) parceiro (a)?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim, continua até hoje sem interrupções
- Separaram-se mas estão novamente juntos
- Sim, mas depois de algum tempo terminou
- Não teve depois qualquer relacionamento com ele (a)

42. **11.16 - Na sua última relação sexual, utilizou algum contracetivo?**

(Pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Nenhum
- Pilula
- Coito interrompido
- Preservativo
- Não sei/ não me lembro
- Outro: _____

43. **11.17 - Se respondeu sim anteriormente, onde o (s) obteve?**

Marcar apenas uma oval.

- Na farmácia
- No Centro de Saúde
- Junto dos pais
- Junto dos amigos
- Outro: _____

44. **11.18 - Se respondeu não, porque razão não usou contracetivo na sua última relação sexual?**

(Pode assinalar mais que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Não estava à espera que acontecesse
- Você não quis
- Não tinha informação sobre contracetivos
- Estava sob o efeito de drogas
- Quería utilizar, mas as circunstâncias não facilitaram
- O (a) parceiro (a) não quis
- Tinha/ tinham ingerido bebidas alcoólicas
- Acha que retiram o prazer
- Outro: _____

45. **12 - Já se envolveu em sexo oral?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

46. **12.1 - Se respondeu sim, refira se utilizaram preservativo:**

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Nunca

47. **13 - Já se envolveu em sexo anal?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

48. **13.1 - Se respondeu sim, refira se utilizaram preservativo:**

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
 Quase sempre
 Às vezes
 Nunca

49. **14 - Tem atualmente um namoro que inclua relações sexuais?**

(Se respondeu não, passe para a questão n.º 15)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

50. **14.1 - Há quanto tempo estão juntos?**

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 semana
 Entre 1 semana e 6 meses
 Entre 6 meses e 1 ano
 Mais de 1 ano
 Não sei/ não me lembro

51. **14.2 - Quanto tempo depois de terem iniciado o namoro tiveram a primeira relação sexual?**

Marcar apenas uma oval.

- 24 horas ou menos
 Entre 1 dia e 1 semana
 Entre 1 e 6 meses
 Entre 6 meses e 1 ano
 Mais de 1 ano
 Não sei/ não me lembro

52. **15 - Quantas vezes teve relações sexuais no último ano?**

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 20 vezes
 Entre 20 e 50 vezes
 Mais de 50 vezes
 Nenhuma
 Não sei/ não me lembro

53. **15.1 - Com quantos parceiros?**

.....

54. **16 - Quantos parceiros (as) sexuais diferentes já teve ao longo da sua vida?**

.....

55. **17 - Já lhe aconteceu ter tido relações sexuais com outra pessoa sem ser o seu (sua) namorado (a)?**

(Se respondeu não, passe para a questão n.º 18)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

56. **17.1 - Se sim, quantas vezes já lhe aconteceu essa situação?**

.....

57. **17.2 - Na última vez que essa situação aconteceu, usaram preservativo?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei/ não me lembro

58. **17.3 - Quem era essa pessoa?**

Marcar apenas uma oval.

- Um (a) amigo (a) que conhecia bem
 Um (a) amigo (a) que conhecia mal
 Uma pessoa que encontrou ocasionalmente
 Outro:

59. **18 - Alguma vez esteve envolvido (a) numa gravidez?**

(Se respondeu não, passe para a questão n.º 19)

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Uma vez
 Mais do que uma vez
 Outro:

60. **18.1 - Se respondeu sim, esta gravidez foi:**

Marcar apenas uma oval.

- Planeada
 Não planeada/ acidental
 Outro:

61. **18.2 - Se foi acidental, como resolveu a situação?**

Marcar apenas uma oval.

- Assumi a criança
- Decidiu fazer uma interrupção voluntária da gravidez
- Deu para adoção
- Os seus pais tomaram conta da criança
- Outro:

62. **19 - Já teve relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas (álcool ou drogas)?**

(Se respondeu não, passe para a questão n.º 20)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

63. **19.1 - Se respondeu sim, quais?**

(Pode assinalar mais do que uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Álcool
- Cannabis
- Heroína
- Cocaína
- Ecstasy
- Inalantes
- LSD
- Cogumelos
- Outro:

64. **19.2 - No caso de ter tido relações sexuais sob o efeito de alguma substância, como é que isso o (a) fez sentir durante o ato sexual?**

.....

65. **19.3 - Considera que, no caso de ter tido relações sexuais sob o efeito de alguma substância, isso diminuiu a sua capacidade de ter sexo seguro?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

66. **20 - Qual é a principal razão para não ter uma relação sexual? ***

Marcar apenas uma oval.

- Tem medo de apanhar alguma doença
- Não se sente preparado (a)
- Não encontrou o (a) parceiro (a) ideal
- É contra os seus valores
- É contra a vontade dos seus pais
- Tem/ teve vontade mas nunca teve oportunidade/ nunca se proporcionou
- Outro:

67. **21 - Qual das seguintes razões considera a mais importante para ter relações sexuais? ***

Marcar apenas uma oval.

- Para confirmar o amor
- Pelo divertimento
- Para obter satisfação física
- Pela experiência
- Para manter a relação
- Outro:

68. **22 - Como se considera relativamente ao esclarecimento sobre o uso de métodos contraceptivos? ***

Marcar apenas uma oval.

- Muito esclarecido (a)
- Esclarecido (a)
- Nem muito nem pouco esclarecido (a)
- Pouco esclarecido (a)
- Nada esclarecido (a)

69. **23 - Na sua opinião, quem recorre mais a métodos contraceptivos? ***

Marcar apenas uma oval.

- Rapaz
- Rapariga
- Ambos

70. **24 - Acha que os seus amigos (as) já tiveram relações sexuais? ***

Marcar apenas uma oval.

- Todos ou quase todos
- Muitos deles
- Alguns
- Não
- Não sei

71. **25 - O que é que para si significa praticar sexo seguro? ***

(Escolha a que considera mais verdadeira)

Marcar apenas uma oval.

- Utilizar um preservativo
 Não ter relações sexuais
 Evitar parceiros múltiplos
 Evitar fazer sexo anal

72. **26 - Tem conhecimento se no seu Centro de Saúde existe alguma consulta para adolescentes? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe

73. **27 - Pensa que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a sua liberdade sexual? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim, porque ainda se vive muito em função dos valores sociais instituídos
 Sim, especialmente nos meios pequenos
 Não, os adolescentes vivem os valores da maneira que lhes parece mais adequada
 Não sabe

74. **28 - Considera que, quando os professores/ profissionais de saúde lhe falam de sexualidade estão a incentivá-lo (a) a: ***

Marcar apenas uma oval.

- Experimentar mais cedo
 Adiar para mais tarde a primeira relação sexual
 Não têm influência nas suas decisões nesta área
 Outro:

75. **29 - Acha que a educação sexual é uma coisa útil para os jovens? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe

76. **30 - Estava disposto (a) a ter uma disciplina avaliada, lecionada por professores especializados na área da sexualidade? ***

Marcar apenas uma oval.

- Devia ser obrigatório
 Devia ser opcional
 Não tem o mínimo interesse
 Outro:

77. **31 - Em que contexto/ disciplinas os professores falam sobre sexualidade? ***

.....
.....
.....
.....

Ao longo desta parte do questionário e de acordo com a sua opinião ou conhecimento, pontue a sua resposta numa escala de 1 a 5 pontos, sendo que:

- 1 - Discordo Totalmente
2 - Discordo
3 - Não Concordo Nem Discordo
4 - Concordo
5 - Concordo Totalmente

78. **1 - Para namorar basta que alguém goste de mim ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
.....

79. **2 - Só me sinto bem se fizer tudo o que os meus amigos fazem ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
.....

80. **3 - A procura da independência faz parte da adolescência ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
.....

81. **4 - O desgosto amoroso só me acontece a mim ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
.....

82. **5 - A primeira relação sexual deveria ser sempre com alguém que eu amo ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
.....

83. **6 - Considero-me bastante tolerante com as outras pessoas ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

84. **7 - Sou agradável no contacto com os outros ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

85. **8 - Para mim é muito importante ter um (a) namorado (a) com quem tenha uma boa relação ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

86. **9 - As raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

87. **10 - Só vou ter relações com o meu/ minha namorado (a) se tiver a certeza que vou casar com ele (a) ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

88. **11 - As mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

89. **12 - Para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

90. **13 - As relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

91. **14 - Seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os meus pais ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

92. **15 - A masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

93. **16 - Não acho mal ter relações sexuais contra a minha vontade ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

94. **17 - Os jovens com um melhor entendimento sobre educação sexual sentem-se melhor consigo próprios ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

95. **18 - A educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

96. **19 - Só os rapazes deveriam ter educação sexual ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

97. **20 - A educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

98. **21 - A mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

99. **22 - as relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

100. **23 - A masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evito praticá-la ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

101. **24 - Não consulto livros de sexualidade pois só mostram porcarias ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

102. **25 - As relações sexuais antes do casamento são um pecado ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

103. **26 - Antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas ***

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

APÊNDICE C – PEDIDO DE COLABORAÇÃO ÀS ESCOLAS

Exmo. Sr.º (a) Presidente do Conselho Executivo

Assunto: Autorização

Ana Catarina Batista Dos Santos, Enfermeira, no Centro Hospitalar Cova da Beira, a realizar a tese de Mestrado na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo por base o tema “Atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade”, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a autorização para permitir que o meu estudo seja realizado aos alunos supracitados da escola, através da aplicação de questionários aos mesmos. O questionário foi previamente aprovado e foi dado o devido consentimento para a sua aplicação, quer pelo Ministério da Educação, que pela Comissão Nacional de Proteção de dados (documentos em anexo). Para qualquer esclarecimento o meu contato pessoal é catyanasantos3@hotmail.com

Agradeço a sua atenção e despeço-me atenciosamente,

Covilhã, _____ de 2015

(Ana Catarina Batista dos Santos)

Tese orientada pela Exma. Sra. Prof. Paula Pissarra

APÊNDICE D – CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. Sr.º (a) Encarregado (a) de Educação/ representante legal

Ana Catarina Batista Dos Santos, Enfermeira, no Centro Hospitalar Cova da Beira, a realizar a tese de Mestrado na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo por base o tema “Atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade”, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, que autorize o seu educando a responder a um questionário, anónimo, sem qualquer tipo de identificação e que se destina à realização do estudo prático da referida tese.

Para qualquer esclarecimento o meu contato pessoal é catyanasantos3@hotmail.com.

Agradeço a sua atenção e despeço-me atenciosamente,

Covilhã, _____ 2015

(Ana Catarina Batista Dos Santos)

Autorizo o meu educando a responder:

Assinatura do Encarregado de Educação/ representante legal:

Tese orientada pela Exma. Sra. Prof. Paula Pissarra

(Prof. Adjunta na ESS da Guarda)

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

DELIBERAÇÃO N.º 9346 / 2014

Ana Catarina Batista dos Santos, no âmbito da sua Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo sobre "Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que Frequentam o 12.º Ano de Escolaridade".

Serão incluídos no estudo todos os alunos inscritos no 12.º ano de escolaridade no ano letivo 2014/2015, nas escolas secundárias de ensino público da Covilhã, Fundão e Belmonte.

A participação no estudo consiste na resposta a um questionário de autopreenchimento pelos titulares dos dados, em ambiente escolar.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, nem recolha de qualquer dado suscetível de o identificar, pelo que se considera anónimo.

Será solicitado o consentimento informado aos participantes e aos representantes legais dos menores, cuja declaração será conservada no processo individual do aluno.

A investigadora terá unicamente acesso aos questionários anónimos.

Os destinatários serão informados sobre a natureza facultativa da sua participação e será garantida confidencialidade no tratamento.

Pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento direto ou indireto da identificação dos participantes no estudo com a informação constante dos cadernos de recolha de dados. Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro. Deste modo, o estudo, do ponto de vista da protecção de dados, pode ser



realizado, desde que acautelada a conservação da declaração de consentimento informado separadamente do questionário.

Lisboa, 14 de outubro de 2014,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa', followed by a horizontal line extending to the right.

Filipa Calvão (Presidente)

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade/Interlocutor

Nome da entidade:
Ana Catarina Batista Dos Santos

Nome do Interlocutor:
Ana Santos

E-mail do interlocutor:
catyasantos3@hotmail.com

Ana Catarina Batista Dos Santos

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registrar inquérito
- Instruções

- Início
- Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito	
Número de registo:	0452300001
Designação:	
Atitudes e comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade.	
Descrição:	<p>O adolescente começa a ter sensações às quais dá um significado sexual, sendo esta a fase em que o desejo sexual atinge a sua maior efervescência e a necessidade de procurar satisfações sexuais é mais poderosa do que nunca.</p> <p>As relações sexuais esporádicas e a não utilização de contraceptivos podem conduzir a um risco de contrair uma doença sexualmente transmissível e/ou a uma gravidez não desejada, acrescentando muitas vezes o facto de existir um consumo de álcool e substâncias ilícitas por parte dos adolescentes.</p> <p>Por vezes os adolescentes pensam e dizem saber tudo sobre sexualidade, adotando muitas vezes comportamentos de risco, cabendo aos diversos agentes de educação sexual - pais, professores, mass media e grupo de pares, contribuirem para ajudar os mesmos a tomarem decisões o mais acertadas possível.</p> <p>Foi escolhido este tema uma vez que a sexualidade está presente como uma realidade indissociável do ser humano e desde sempre foi uma temática envolta em mistérios, incertezas e dúvidas que podem ser particularmente intensas durante a adolescência.</p> <p>O processo de aprendizagem da sexualidade é idêntico ao das restantes aprendizagens que decorrem ao longo do ciclo de vida. Em qualquer sociedade existe uma regulação dos comportamentos sexuais. Decidi escolher esta faixa etária por ser a transição de um ciclo de vida que termina para outro que começa e também por pensar que é importante conhecer o nível de preparação que os adolescentes possuem para entrar no mesmo e continuar ou iniciar a sexualidade de uma forma salutar. Assim, os dados obtidos vão permitir conhecer a realidade da área de abrangência do hospital onde desempenho funções e logo ajudar a fundamentar intervenções transversais no âmbito da educação sexual (ao nível dos diferentes agentes educativos) que visem a prevenção de comportamentos de risco bem como a promoção de uma sexualidade saudável.</p> <p>A principal questão de investigação é "Quais são as atitudes dos adolescentes em relação à vivência da sua saúde sexual reprodutiva?". A questão é atual e apropriada ao momento presente, em virtude da elevada taxa de gravidez na adolescência e ao aumento das doenças sexualmente transmissíveis nos adolescentes. No entanto os estudos portugueses realizados neste âmbito são maioritariamente em jovens universitários, seguindo-se os pré-púberes, não existindo muitos na faixa etária escolhida. Como variável dependente refere-se as atitudes sexuais dos adolescentes inscritos no 12.º ano de escolaridade no ano letivo 2014/2015 nas escolas da Covilhã, Fundão e Belmonte e como independentes enumeram-se a idade, o género e a origem do conhecimento sobre sexualidade por parte dos adolescentes (considerando-se os pais, a escola/ professores, o grupo de pares, mass media e os profissionais de saúde).</p>
Objectivos:	<p>- GERAL: Analisar as atitudes e comportamentos dos adolescentes que frequentam o 12.º ano de escolaridade das escolas pertencentes à área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira.</p> <p>- ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os conhecimentos dos adolescentes acerca de várias temáticas sobre saúde sexual e reprodutiva; - Identificar as atitudes dos adolescentes em relação à vivência da sua saúde sexual e reprodutiva; - Identificar fatores associados à não utilização de métodos contraceptivos; - Descrever qual a importância que os adolescentes dão ao uso de contraceptivos; - Identificar a idade do primeiro contacto sexual e o número de parceiros sexuais; - Identificar a ocorrência de uma gravidez não desejada.
Periodicidade:	Pontual
Data do início do período de recolha de dados:	03-11-2014
Data do fim do período de recolha de dados:	30-01-2015
Universo:	
Unidade de observação:	
Método de recolha de dados:	
Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional:	Não

Inquérito aplicado pela entidade:
Sim
Instrumento de Inquirição:
04523_201407252058_Documento1.doc (DOC - 133,00 KB)
Nota metodológica:
04523_201407252058_Documento2.docx (DOCX - 17,69 KB)
Outros documentos:
04523_201410141535_Documento3.zip (ZIP - 112,33 KB)
Data de registo:
14-10-2014
Versão:
2 (2)

Dados adicionais:
Estado:
Aprovado
Avaliação:
Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Ana Catarina Batista Dos Santos Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas. Com os melhores cumprimentos José Vitor Pedroso Diretor de Serviços de Projetos Educativos DGE
Observações:
a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público contactados para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e tratam de matérias sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento. b) Devem ser cumpridas as disposições da Deliberação da CNPD nº 9346/2014 de 14 de Outubro. c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para realizar intervenções educativas/desenvolvimento de atividades/programas em meio escolar, junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento .
Outras observações:
Sem observações.

| Voltar | Versão 1 | Versão 2 |