

**A SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE:
A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

MANUEL ALBERTO MORAIS BRÁS

Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2008

MANUEL ALBERTO MORAIS BRÁS

**A SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE:
A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor
em Ciências de Enfermagem, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Zaida de
Aguiar Sá Azeredo.

Categoria – Professora Auxiliar Convidada.

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto.

*“A juventude não é um capítulo isolado da vida,
nem o prefácio dum livro, independente do que vem a seguir.
É a promessa de tudo o resto, é a semente da qual tudo cresce
é o fundamento sobre o qual deve erguer-se o edifício da vida.”*

Tiago Alberione

JÚRI DAS PROVAS DE DOUTORAMENTO:

Arguentes – Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu,
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho,
Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Doutora Maria Isabel Correia Dias,
Professora Auxiliar da Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Doutora Corália Maria Fortuna de Brito Vicente,
Professora Catedrática do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade
do Porto

Doutora Maria Constança Leite de Freitas Paul Reis Torgal,
Professora Catedrática do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade
do Porto

Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas,
Professora Auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do
Porto

Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo,
Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto

9.30h – 12.30h
Porto, 08 de Julho de 2008

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa o incessante esforço de crescimento e desenvolvimento pessoal, possível porque uma pluralidade de outros esforços se conjugaram e apoiaram este projecto. A todas as pessoas e instituições envolvidas em geral e a cada uma destas em particular quero dirigir os meus mais sinceros agradecimentos pela conclusão desta dissertação.

À Professora Doutora Zaida Azeredo, orientadora deste e de outros projectos por mim realizados nesta área, agradeço todo o apoio prestado nas diferentes fases deste trabalho, nomeadamente as reflexões, observações e sugestões que incentivaram o traçar de mais uma etapa da minha vida. Pelas suas opiniões e providencial ajuda, disponibilidade e apoio científico, o nosso sincero reconhecimento pelo estímulo e encorajamento especialmente em momentos de desalento e dúvida; a sugestão e a crítica pertinentes, permitiram-nos ganhar alento e vislumbrar novos e diferentes horizontes. O meu inestimável agradecimento pela disponibilidade e o carinho com que me recebeu e respondeu criticamente às minhas solicitações no domínio da investigação, e sobretudo pela confiança e segurança depositadas para levar este projecto a bom porto.

Às Professoras Mestre Beatriz Rodrigues e Maria de Fátima Vilarés de Lencastre, pela paciência que tiveram para ler os nossos rascunhos, de os criticar e corrigir, agradeço a disponibilidade e sentido crítico.

Às amigas, Supervisora da Sub-região de Saúde de Évora Enfermeira Santos Picanço à Professora Maria Vitória da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Évora, pela disponibilidade e empenho pessoal demonstrado na fase de validação do questionário.

Aos senhores Coordenadores e Secretários Regionais de Saúde das diferentes Sub-regiões de Norte a Sul do País e Regiões autónomas da Madeira e Açores pela amabilidade e apreço com receberam e encaminharam o nosso pedido de colaboração, no âmbito da aplicação dos questionários.

A todos os colegas a exercer actividade profissional nos diferentes Centros de Saúde do Continente e Ilhas, que integram a nossa população, sem a colaboração dos quais não teria sido possível concretizar este estudo.

Aos amigos, Professor João Nobre e Professor Tiago Parente, pela preciosa colaboração e crítica aquando do tratamento estatístico dos dados e da formatação do texto.

Um bem-haja a todos quantos acreditaram em nós e que à sua maneira nos foram dando sugestões.

À memória de minha mãe. E ao meu pai pelo seu imenso apoio e inestimável orgulho. À minha irmã e sobrinho pelo carinho.

Uma menção muito especial ao Ricardo, meu filho, pelo afecto e estímulos constantes e, cujas luzes nos foram especialmente preciosas.

Finalmente, à Zézinha pelo seu encorajamento, carinho disponibilidade e inesgotável compreensão que me ajudaram a suportar os momentos mais adversos, atravessados ao longo destes últimos quatro anos.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APF – Associação de Planeamento Familiar

Art.º – Artigo

Dec. – Decreto

DGS – Direcção Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

D.R. – Diário da República

g. I – Grau de Liberdade

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

n.º – Número

ns – Não Significativo

Séc. – Século

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF – Fundação das Nações Unidas para as Crianças

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	45
I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	53
1 – DA SEXUALIDADE ANIMAL À SEXUALIDADE HUMANA	54
2 – ATITUDES, CONDUTAS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS.....	59
3 – IDENTIDADE SEXUAL E PAPEIS SEXUAIS	61
3.1 – Construção da identidade sexual.....	61
3.2 – Afectos e papéis sexuais	62
3.3 – Orientação sexual.....	67
3.3.1 – Heterossexualidade.....	70
3.3.2 – Homossexualidade.....	70
4 – VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL	74
4.1 – O corpo o prazer e a imagem	76
4.2 – Prostituição na adolescência	78
5 – PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA.....	80
5.1 – Puberdade fenómeno enigmático	80
5.2 – Atrasos pubertários.....	83
5.3 – Adolescência uma abordagem global	84
5.4 – Sexualidade na adolescência	92
5.5 – Características da sexualidade na primeira fase da adolescência	100
5.6 – Características da sexualidade numa fase mais tardia da adolescência	103
5.7 – Ser-se progenitor de adolescentes	104
5.8 – Confronto de gerações	104
6 – EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA	111
6.1 – Educação e informação sexual	111
6.2 – A família e o seu papel na educação sexual do jovem adolescente.....	115
6.3 – Relações inter-pares, família e escola	118
7 – A ARTICULAÇÃO ENTRE A FAMÍLIA E A ESCOLA NO ÂMBITO DA	
EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE	124
7.1 – Educação sexual na escola	124
7.1.1 – O papel da escola como promotora de saúde sexual	132
8 – AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO NOS PAPEIS SEXUAIS	133
8.1 – A família, o meio mais próximo na socialização do indivíduo	136
9 – OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL	141
10 – CRESCER E VIVER A ADOLESCÊNCIA EM SOCIEDADE.....	143

10.1 – Particularidades dos comportamentos sexuais dos adolescentes	143
10.2 – Fantasia sexual e sonho	145
10.3 – Masturbação	147
11 – A PRECOCIDADE DO INICIO DAS RELAÇÕES SEXUAIS NA ADOLESCÊNCIA	150
11.1 – Fontes de informação sobre sexualidade	155
11.2 – Razões da não iniciação sexual dos jovens adolescentes!.....	157
11.3 – Status social, a iniciação sexual e a gravidez.....	157
12 – OS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS E A SEXUALIDADE.....	159
13 – FLORES E CHOCOLATE, UMA INTRODUÇÃO À BIOLOGIA DO AMOR	161
13.1 – Fisiologia da atracção	168
14 – VIVÊNCIA DE UMA SEXUALIDADE HARMONIOSA.....	171
14.1 – Perspectivas positivas dos conceitos de saúde.....	173
14.2 – Promover a saúde sexual e reprodutiva	174
15 – EDUCAÇÃO SEXUAL BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA	177
15.1 – Educação Sexual em Portugal, breve perspectiva histórica	179
15.2 – A educação sexual e a lei em Portugal.....	182
16 – CONTRACEPÇÃO	189
16.1 – Abordagem histórica da contracepção	189
16.2 – Prazer, contracepção e planeamento familiar.....	190
16.3 – Planeamento Familiar	194
16.4 – O papel do enfermeiro na contracepção.....	196
17 – COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO.....	198
17.1 – Consequências do comportamento sexual dos adolescentes	198
17.2 – Sexualidade na adolescência, um risco acrescido para a saúde.....	199
18 – PREVENÇÃO	204
19 – PROMISCUIDADE NAS RELAÇÕES SEXUAIS ADOLESCENTES	206
19.1 – Doenças sexualmente transmissíveis	207
19.2 – A sexualidade e a infecção por HIV/SIDA	208
20 – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM PARA UMA ADOLESCÊNCIA FELIZ... 211	
20.1 – Orientação das intervenções da enfermagem	213
20.2 – A enfermagem na promoção da saúde sexual	214
20.3 – Formação em educação para a saúde	214
20.4 – Educação sexual e cidadania.....	215
21 – ENCRUZILHADAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA.....	219
21.1 – Políticas de saúde juvenil	224

21.2 – Programas em saúde dos adolescentes, princípios de acção.....	224
22 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SEXUALIDADE	226
22.1 – Modelos organizativos, padrões de utilização dos serviços	226
22.2 – Centro de Saúde, cuidados de primeira linha	226
22.3 – Características do atendimento ao adolescente.....	227
23 – QUADRO ÉTICO DE REFERÊNCIA	230
23.1 – O enfermeiro e a ética	231
II PARTE – OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	233
1 – ABORDAGEM DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	234
2 – VARIÁVEIS.....	238
3 – HIPÓTESES	242
4 – MATERIAIS E MÉTODOS	246
4.1 – Tipo de estudo.....	246
4.2 – População.....	246
4.3 – Instrumento de recolha de dados.....	247
4.3.1 – Pré-teste	248
4.4 – Procedimentos gerais para a colheita de informação.....	248
4.5 – Critérios de análise das variáveis e das hipóteses formuladas	249
III PARTE – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	254
1 – APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	255
IV PARTE – CONCLUSÕES	547
1 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES.....	548
V PARTE – BIBLIOGRAFIA	555
1 – BIBLIOGRAFIA	556
VI PARTE – ANEXOS	585
1 – APRESENTAÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS.....	586
2 – QUESTIONÁRIO	668
3 – AUTORIZAÇÕES	689

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição geográfica de residência.....	266

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade.....	257
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por anos de profissão.....	260
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo o sexo	262
Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil.....	264
Gráfico 5 – Diagrama de barras das habilitações académicas e profissionais dos enfermeiros inquiridos	268
Gráfico 6 – Diagrama circular da distribuição dos inquiridos segundo o tipo de ensino frequentado	270
Gráfico 7 – Diagrama circular da proporção de inquiridos com consideram que a escola frequentada lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade	272
Gráfico 8 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos segundo a idade, o sexo e tipo de escola frequentada	274
Gráfico 9 – Diagrama de barras da % do número de Centros de Saúde que compõem a nossa amostra segundo as Regiões de Saúde.....	279
Gráfico 10 – Diagrama circular da distribuição dos enfermeiros segundo a existência de filhos adolescentes	280
Gráfico 11 – Diagrama circular da distribuição dos inquiridos segundo o hábito de lidar habitualmente com adolescentes.....	282
Gráfico 12 – Diagrama de barras da frequência dos inquiridos lidarem habitualmente com adolescentes	283
Gráfico 13 – Análise de Correspondência Múltiplas entre o hábito dos enfermeiros em lidar habitualmente com adolescentes segundo a idade, o sexo, as habilitações e categoria profissional.....	285
Gráfico 14 – Análise de Correspondências Múltiplas das Variáveis Sócio-demográficas	287
Gráfico 15 – Diagrama de barras dos grupos etários que segundo os inquiridos mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual	288
Gráfico 16 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre os grupos etários que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde	289
Gráfico 17 – Gráfico circular da opinião dos inquiridos sobre qual dos sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual	291

Gráfico 18 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos e o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde.....	294
Gráfico 19 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a posse de formação específica para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos segundo a idade, o sexo, as habilitações literárias, a categoria profissional, existência de filhos adolescentes, o hábito e formação para lidar com adolescentes	298
Gráfico 20 – Análise de Correspondências Simples entre a fonte de formação específica dos inquiridos para lidar com adolescentes e as Sub-regiões de Saúde	302
Gráfico 21 – Análise de Correspondências Simples entre os assuntos mais frequentemente colocados pelos adolescentes aos inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde	304
Gráfico 22 – Análise de Correspondências Múltiplas entre as questões mais frequentemente colocadas pelos adolescentes aos enfermeiros inquiridos e a idade, sexo e local de residência dos enfermeiros	306
Gráfico 23 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes e a idade, habilitações literárias, local de residência, existência de filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes.....	308
Gráfico 24 – Análise de Correspondências Simples entre as fontes de informação relevantes (para aquisição de conhecimentos) por parte dos inquiridos e as Sub-regiões de Saúde	312
Gráfico 25 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a obtenção de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações, formação sobre sexualidade obtida no curso base, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes.....	316
Gráfico 26 – Análise de Correspondências Simples entre as fontes de obtenção de informação específicas sobre sexualidade (por parte dos inquiridos) e as Sub-regiões de Saúde	321
Gráfico 27 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a palavra mais utilizada para definir a sexualidade dos adolescentes e as Regiões de Saúde	324
Gráfico 28 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a palavra que para os inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região em função da	

idade, estado civil, local de residência, tipo de escola frequentada e existência de filhos adolescentes	325
Gráfico 29 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade acerca da liberdade sexual dos adolescentes por Regiões de Saúde.....	329
Gráfico 30 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre o agente de socialização mais importantes nos papéis sexuais do jovem e as Sub-regiões de Saúde	332
Gráfico 31 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente em função da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.	333
Gráfico 32 – Análise de Correspondências Simples da opinião dos inquiridos sobre qual a pessoa com quem o adolescente fala mais facilmente de sexualidade por Sub-regiões de Saúde.....	340
Gráfico 33 – Análise de Correspondências Simples entre o contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde.....	342
Gráfico 34 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a existência de conhecimentos sobre sexualidade por parte dos inquiridos quando iniciaram a sua actividade sexual, a idade, local de residência, habilitações, formação base sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual	345
Gráfico 35 – Análise de Correspondências Simples entre o nível de realização sexual dos enfermeiros inquiridos e as Sub-regiões de Saúde.....	349
Gráfico 36 – Análise de Correspondências Simples entre a orientação sexual dos enfermeiros e as Regiões de Saúde.....	351
Gráfico 37 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre se uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa quando comparada com qualquer outra e as Sub-regiões de Saúde.....	354
Gráfico 38 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a normalidade de uma relação homossexual, a realização sexual pessoal e a orientação sexual.....	355
Gráfico 39 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o nível de informação dos adolescentes acerca da sexualidade e as Regiões de Saúde.	358
Gráfico 40 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a informação do adolescente acerca da sexualidade, o local de residência, a formação	

específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade e a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual	359
Gráfico 41 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o nível de esclarecimento dos adolescentes acerca dos métodos contraceptivos e as Sub-regiões de Saúde	364
Gráfico 42 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos, a idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade quando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade	365
Gráfico 43 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre quais os adolescentes que mais recorrem aos métodos contraceptivos e as Regiões de Saúde	369
Gráfico 44 – Análise de Correspondências Simples entre as opiniões dos inquiridos sobre o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes por Sub-regiões de Saúde	371
Gráfico 45 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a idade do parceiro de iniciação sexual e as Regiões de Saúde	374
Gráfico 46 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a idade relativa do parceiro(a) com quem os adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto da sua iniciação sexual	375
Gráfico 47 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o sexo dos jovens mais promíscuos na esfera da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde	381
Gráfico 48 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre o status social onde acontecem mais frequentemente as gravidezes não planeadas na adolescência e as Sub-regiões de Saúde	384
Gráfico 49 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos enfermeiros sobre se a sexualidade também se aprende em função do estado civil, habilitações e formação específica sobre sexualidade	386
Gráfico 50 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual por Regiões de Saúde	389
Gráfico 51 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes	390

Gráfico 52 – Análise de Correspondências Simples relativa à opinião dos enfermeiros sobre qual o sexo do jovem adolescente que atribui maior significado à primeira relação sexual por Sub-regiões de Saúde.....	397
Gráfico 53 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre para qual dos sexos atribuem maior significado à primeira relação sexual em função da idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade	399
Gráfico 54 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência e as Regiões de Saúde.....	404
Gráfico 55 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a masturbação na adolescência e a idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	405
Gráfico 56 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre o sexo que mais frequentemente recorre à masturbação e as Sub-regiões de Saúde	409
Gráfico 57 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a associação da masturbação a um género e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e formação específica sobre sexualidade.....	410
Gráfico 58 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a promoção da saúde sexual na adolescência por Regiões de Saúde	413
Gráfico 59 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia da informação acerca da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde.....	416
Gráfico 60 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre as consequências em falar aos jovens sobre sexualidade, a idade, o sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	418
Gráfico 61 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde.....	423
Gráfico 62 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre quais os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos e 15-19 anos na esfera da sexualidade em função do local de residência, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	424

Gráfico 63 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os problemas de comunicação dos adolescentes relativamente a eles mesmos segundo as Sub-regiões de Saúde	432
Gráfico 64 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre quais os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem segundo a idade, sexo, estado civil, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes	433
Gráfico 65 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde.....	438
Gráfico 66 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes habitualmente lidam com os seus problemas de índole sexual segundo a idade, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, ter o hábito de lidar com adolescentes, possuir formação específica para lidar com adolescentes e possuir formação específica sobre sexualidade	439
Gráfico 67 – Análise de Correspondências Simples acerca da opinião dos enfermeiros sobre da forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade e as Sub-regiões de Saúde	442
Gráfico 68 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade em função do local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	444
Gráfico 69 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes encaram a sua sexualidade segundo as Regiões de Saúde	449
Gráfico 70 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes veem a sua sexualidade em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.	450
Gráfico 71 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a preocupação dos adolescentes acerca da sua saúde e as Sub-regiões	454
Gráfico 72 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal e as Sub-regiões de Saúde	457

Gráfico 73 – Análise de Correspondência Simples entre a forma dos enfermeiros aconselharem um adolescente de 15 anos que queira iniciar a sua actividade sexual e as Regiões de Saúde	458
Gráfico 74 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma de aconselhar um jovem de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual	460
Gráfico 75 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre o significado da virgindade dos jovens aos 20 anos por Sub-regiões de Saúde	465
Gráfico 76 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o significado da virgindade aos 20 anos, no rapaz e na rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes, ter formação específica sobre sexualidade e contexto da iniciação sexual	466
Gráfico 77 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos enfermeiros sobre a igualdade da conotação da virgindade na rapariga e no rapaz em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes	471
Gráfico 78 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto por Sub-regiões de Saúde	474
Gráfico 79 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	475
Gráfico 80 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a classificação do comportamento sexual dos adolescentes e as Regiões de Saúde....	479
Gráfico 81 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde	481
Gráfico 82 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre qual o significado da sexualidade para o adolescente por Regiões de Saúde	483
Gráfico 83 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre quais as principais zonas potencialmente erógenas do adolescente para com o sexo oposto e as Sub-regiões de Saúde	485

Gráfico 84 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre qual o órgão dos sentidos dos adolescentes mais importante na esfera da sexualidade e a Região de Saúde	489
Gráfico 85 – Análise de Correspondência Simples entre a preparação dos enfermeiros para falar sobre sexualidade aos adolescentes e as Regiões de Saúde	491
Gráfico 86 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia do amor / paixão na actividade química cerebral e as Sub-regiões de Saúde	493
Gráfico 87 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os sintomas físicos e psíquicos do amor e da paixão na adolescência e as Regiões de Saúde	495
Gráfico 88 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os aspectos que devem caracterizar o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem e as Sub-regiões de Saúde	497
Gráfico 89 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a conversa regular dos adolescentes com os seus pais e familiares sobre a sexualidade e as Sub-regiões de Saúde.....	504
Gráfico 90 – Análise de Correspondência Simples entre a facilidade dos enfermeiros em falar com jovens do mesmo sexo que o seu e as Sub-regiões de Saúde.....	505
Gráfico 91 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a instituição a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos adolescentes e as Regiões de Saúde.....	509
Gráfico 92 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde	511
Gráfico 93 – Análise de Correspondência Simples entre a existência de consultas para adolescentes nos Centros de Saúde e a sua periodicidade de funcionamento por Regiões de Saúde	514
Gráfico 94 – Análise de Correspondência Simples entre os profissionais envolvidos nos projectos existentes na área da adolescência e as Sub-regiões de Saúde	517
Gráfico 95 – Análise de Correspondência Simples entre a auto-avaliação que os enfermeiros fazem da informação que possuem sobre sexualidade e as Regiões de Saúde	521
Gráfico 96 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia da SIDA nos comportamentos sexuais dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde	524

Gráfico 97 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência da SIDA na facilidade de os adolescentes falarem mais livremente acerca da sexualidade e as Regiões de Saúde.....	526
Gráfico 98 – Biplot da opinião dos enfermeiros sobre a idade em que os jovens devem iniciar o namoro e as Sub-regiões de Saúde	528
Gráfico 99 – Biplot da opinião dos enfermeiros sobre a idade em que os jovens devem iniciar o namoro e as Regiões de Saúde	528
Gráfico 100 – Análise de Correspondência Simples da opinião dos enfermeiros sobre a idade ideal para se iniciar a vida sexual e as Regiões de Saúde.....	530
Gráfico 101 – Análise de Correspondência Simples da opinião dos enfermeiros sobre quais as armas sensuais/sexuais dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde	532
Gráfico 102 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos tem sonhos húmidos com maior frequência e as Sub-regiões de Saúde	534
Gráfico 103 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor e as Regiões de Saúde.....	537
Gráfico 104 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a igualdade dos sexos para expressarem a sua sexualidade e as Sub-regiões de Saúde	539
Gráfico 105 – Biplot das sub-escalas da escala da sexualidade do adolescente e a perspectiva dos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde.....	543
Gráfico 106 – Biplot das sub-escalas da escala da sexualidade do adolescentes e a perspectiva dos enfermeiros sobre a sexualidade segundo as Regiões de Saúde	543

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade dos enfermeiros	258
Tabela 2 – Tabela de frequências das classes etárias dos enfermeiros	258
Tabela 3 – Idade dos enfermeiros (em anos) segundo as Sub-regiões de Saúde	259
Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos anos de profissão dos enfermeiros inquiridos ..	260
Tabela 5 – Tabela da média dos anos de profissão dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde	261
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo o sexo e as Sub-regiões de Saúde	263
Tabela 7 – Tabela de frequências do estado civil dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde	265
Tabela 8 – Tabela de frequências do local de residência dos enfermeiros inquiridos....	266
Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência (ruralidade/urbanidade) e as Sub-regiões de Saúde	267
Tabela 10 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo as habilitações académicas e profissionais por Regiões de Saúde	269
Tabela 11 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo o tipo de ensino frequentado e as Sub-regiões de Saúde	271
Tabela 12 – Tabela de frequências da proporção de inquiridos que dizem ter recebido formação adequada sobre sexualidade na instituição de ensino que frequentaram segundo as Sub-regiões de Saúde	273
Tabela 13 – Regressão logística da formação sobre sexualidade proporcionada aos enfermeiros pela escola frequentada segundo a idade, o sexo e tipo de escola de formação frequentada	274
Tabela 14 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos por categoria profissional	276
Tabela 15 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros inquiridos por categoria profissional segundo as Regiões de Saúde	277
Tabela 16 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos por local de trabalho (Centro de saúde) na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	278
Tabela 17 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos por local de trabalho (Centro de Saúde) na Região de Saúde da Madeira	279
Tabela 18 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros segundo a existência de filhos adolescentes por Regiões de Saúde	280
Tabela 19 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo o hábito de lidar habitualmente com adolescentes por Sub-regiões de Saúde	284

Tabela 20 – Regressão logística do hábito de o enfermeiro lidar habitualmente com adolescentes segundo a idade e a categoria profissional	286
Tabela 21 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos segundo as razões apresentadas pelos adolescentes para a procura dos serviços de saúde por problemas de índole sexual	291
Tabela 22 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos segundo o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde.....	293
Tabela 23 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a igualdade dos motivos entre os sexos para procurarem os serviços de saúde por problemas de índole sexual.....	295
Tabela 24 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a igualdade dos motivos entre os sexos para procurarem os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde	296
Tabela 25 – Tabela de frequências sobre existência de formação específica por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes.....	297
Tabela 26 – Regressão logística sobre a posse de formação específica para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos segundo a idade, o sexo, as habilitações literárias, a categoria profissional, os filhos adolescentes, o hábitos de lidar com adolescentes e obtenção de informação para lidar com adolescentes	300
Tabela 27 – Tabela de frequências sobre qual a fonte de obtenção da formação específica para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos	301
Tabela 28 – Tabela de frequências da distribuição da opinião dos inquiridos acerca dos assuntos mais frequentemente colocados pelos adolescentes.....	303
Tabela 29 – Tabela de frequências da obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes.....	306
Tabela 30 – Tabela de frequências da obtenção de informação relevante para os enfermeiros inquiridos lidarem com adolescentes por Regiões de Saúde	307
Tabela 31 – Regressão logística da obtenção de informação relevante por parte dos enfermeiros inquiridos para lidar com os adolescentes segundo a idade, as habilitações, o local de residência, existência de filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes	310
Tabela 32 – Tabela de frequências da forma de obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes	310
Tabela 33 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo possuem formação específica sobre sexualidade.....	314

Tabela 34 – Tabela de frequências da existência de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos segundo as Regiões de Saúde.....	315
Tabela 35 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a obtenção de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes	318
Tabela 36 – Regressão logística da obtenção de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações, formação sobre sexualidade obtida no curso base, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes	319
Tabela 37 – Tabela de frequências da forma de obtenção da formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos	320
Tabela 38 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos relativamente às palavras associadas à sexualidade dos adolescentes.....	322
Tabela 39 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a palavra que para os inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região em função da idade, estado civil, local de residência, tipo de escola frequentada e existência de filhos adolescentes.....	326
Tabela 40 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade acerca da liberdade sexual dos adolescentes	328
Tabela 41 – Tabela de frequências da distribuição da opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente	330
Tabela 42 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente em função da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	336
Tabela 43 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre qual a pessoa com quem o adolescente fala mais facilmente sobre sexualidade	337
Tabela 44 – Tabela de frequências do contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos.....	341
Tabela 45 – Tabela de frequências da existência de conhecimentos sobre sexualidade quando o enfermeiro inquirido iniciou a sua actividade sexual	343

Tabela 46 – Tabela de frequências da existência de conhecimentos sobre sexualidade no início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde	344
Tabela 47 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual dos inquiridos e a idade, local de residência, habilitações, formação base sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.....	346
Tabela 48 – Regressão logística da existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base e contexto de iniciação sexual.	347
Tabela 49 – Tabela de frequências da distribuição do nível de realização sexual dos enfermeiros inquiridos	348
Tabela 50 – Tabela de frequências da orientação sexual dos enfermeiros inquiridos....	350
Tabela 51 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros inquiridos sobre se uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa com qualquer outra.....	352
Tabela 52 – Regressão logística da opinião dos inquiridos sobre a normalidade de uma relação homossexual em função da realização sexual pessoal e da orientação sexual.	356
Tabela 53 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade	357
Tabela 54 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade em função do local de residência, da formação específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade e ainda da existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual	360
Tabela 55 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos quanto ao nível de esclarecimento dos adolescentes sobre o uso de métodos contraceptivos	362
Tabela 56 – Regressão ordinal entre a opinião dos inquiridos sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos, a idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade quando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes sobre sexualidade	367
Tabela 57 – Tabela de frequências da distribuição da opinião dos inquiridos sobre quais os adolescentes que mais recorrem aos métodos contraceptivos	367
Tabela 58 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes.....	370
Tabela 59 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos acerca da idade do parceiro(a) do adolescente para se iniciar sexualmente	372

Tabela 60 – Regressão ordinal entre a opinião dos inquiridos e idade relativa do parceiro com que as raparigas adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.....	377
Tabela 61 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre quais consideram ser os jovens mais promíscuos no âmbito da sexualidade.....	380
Tabela 62 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre qual o status social onde ocorrem mais gravidezes não planeadas na adolescência.....	382
Tabela 63 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a aprendizagem da sexualidade.....	385
Tabela 64 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos enfermeiros sobre se a sexualidade também se aprende, o estado civil, as habilitações e a formação específica sobre sexualidade	387
Tabela 65 – Tabela de frequências das opiniões dos enfermeiros sobre o valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual no contexto da vida sexual	387
Tabela 66 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre o valor que as raparigas adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes	393
Tabela 67 – Regressão multinomial do valor que os rapazes adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes	396
Tabela 68 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre qual o sexo do jovem adolescente que atribui maior significado à primeira relação sexual	396
Tabela 69 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre o sexo para o qual a primeira relação sexual tem maior significado em função da idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade.....	400
Tabela 69a – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência	401
Tabela 70 – Regressão logística da opinião dos inquiridos sobre a normalidade da masturbação dos adolescentes enquanto expressão da sua sexualidade em função da idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, existência de filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	407
Tabela 71 – Regressão logística da opinião dos inquiridos sobre a normalidade da masturbação dos adolescentes enquanto expressão da sua sexualidade em função a	

idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	407
Tabela 72 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre em qual dos sexos é mais frequente a masturbação.....	408
Tabela 73 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a promoção da saúde sexual na adolescência	411
Tabela 74 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre as consequências em falar aos jovens sobre sexualidade.....	414
Tabela 75 – Regressão multinomial da opinião dos enfermeiros sobre as consequências em falar aos jovens acerca da sexualidade e a idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	420
Tabela 76 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade.....	421
Tabela 77 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	426
Tabela 78 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre os grandes problemas dos adolescentes com 15-19 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	429
Tabela 79 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes na comunicação consigo mesmo	431
Tabela 80 – Regressão multinomial relativa à opinião dos inquiridos sobre os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem em função da idade, sexo, estado civil, habilitações, existência de filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes.....	435
Tabela 81 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual.....	436
Tabela 82 – Regressão multinomial sobre a opinião dos inquiridos relativamente à forma dos adolescentes lidarem habitualmente com os seus problemas de índole sexual segundo a idade, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	441

Tabela 83 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros acerca da forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade	442
Tabela 84 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes pensam a sexualidade, o local de residência, as habilitações, existência de filhos adolescentes, a formação específica para lidar com adolescentes e a formação específica sobre sexualidade	446
Tabela 85 – Regressão Multinomial da opinião dos enfermeiros inquiridos acerca de como os adolescentes pensam a sexualidade em função do local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e a formação específica sobre sexualidade	447
Tabela 86 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes veem a sua sexualidade	448
Tabela 87 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos e a forma como os adolescentes veem hoje a sexualidade em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	452
Tabela 88 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros acerca da preocupação dos jovens com a sua saúde	453
Tabela 89 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre as razões associadas à preocupação dos adolescentes com a doença	455
Tabela 90 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal	455
Tabela 91 – Tabela de frequências da atitude dos enfermeiros perante jovem de 15 anos que pretende iniciar vida sexual	458
Tabela 92 – Regressão Multinomial da forma como os inquiridos aconselhariam um(a) jovem de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual	462
Tabela 93 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre o significado da virgindade dos jovens aos 20 anos	464
Tabela 94 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a igualdade da conotação da virgindade para os dois sexos	468
Tabela 95 – Tabela de frequências sobre a opinião dos enfermeiros acerca da igualdade da conotação da virgindade para os dois sexos segundo as Regiões de Saúde	469

Tabela 96 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16 e os 19 anos com o sexo oposto	472
Tabela 97 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens raparigas entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.....	476
Tabela 98 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens rapazes entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade	477
Tabela 99 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a classificação dos adolescentes na área da sexualidade.....	478
Tabela 100 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes	480
Tabela 101 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual o significado da sexualidade para o adolescente	482
Tabela 102 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre quais são as principais zonas erógenas do adolescente para com o sexo oposto.....	484
Tabela 103 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual o órgão dos sentidos mais importante para o adolescente na esfera da sexualidade.....	486
Tabela 104 – Tabela de frequências da preparação dos enfermeiros para falar de sexualidade com os jovens adolescentes	490
Tabela 105 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a influência do amor / paixão na actividade química cerebral	492
Tabela 106 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os sintomas físicos e psíquicos do amor e da paixão na adolescência.....	494
Tabela 107 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os aspectos que devem caracterizar o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem	496
Tabela 108 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a receptividade dos adolescentes à sua ajuda para resolução de problemas de índole sexual	498
Tabela 109 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a receptividade dos adolescentes à sua ajuda para resolução de problemas de índole sexual segundo as Sub-regiões de Saúde	501

Tabela 110 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre se os adolescentes conversam regularmente com os seus familiares e pais sobre sexualidade	501
Tabela 111 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre as razões que levam os adolescentes a não conversarem com os seus familiares e pais sobre sexualidade.....	503
Tabela 112 – Tabela de frequências da facilidade dos enfermeiros falarem de sexualidade com jovens do mesmo sexo que o seu.....	505
Tabela 113 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual a instituição a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos adolescentes.....	506
Tabela 114 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade	510
Tabela 115 – Tabela de frequências da existência de consulta para adolescentes no Centro de Saúde onde os enfermeiros exercem actividade	512
Tabela 116 – Tabela de frequências da existência de consulta para adolescentes no Centro de Saúde segundo as Regiões de Saúde.....	512
Tabela 117 – Tabela de frequências da periodicidade do funcionamento da consulta para adolescentes nos Centros de Saúde onde existe.....	513
Tabela 118 – Tabela de frequências da existência de projectos na área da adolescência por Centro de Saúde.....	515
Tabela 119 – Tabela de frequências da existência de projectos na área da adolescência nos Centros de Saúde segundo as Sub-regiões de Saúde	516
Tabela 120 – Tabela de frequências dos profissionais envolvidos nos projectos existentes na área da adolescência	516
Tabela 121 – Tabela de frequências da realização regular de educação para a saúde em grupo sobre temas na esfera da sexualidade por parte dos enfermeiros	518
Tabela 122 – Tabela de frequências da realização regular de educação para a saúde em grupo sobre temas na esfera da sexualidade por parte dos enfermeiros inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde	519
Tabela 123 – Tabela de frequências da auto-avaliação dos enfermeiros sobre a informação que possuem acerca da sexualidade.....	520
Tabela 124 – Tabela de frequências da actualização da informação que os enfermeiros possuem sobre sexualidade.....	521
Tabela 125 – Tabela de frequências da actualização da informação sobre sexualidade por parte dos inquiridos segundo as Regiões de Saúde	522

Tabela 126 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a influência da SIDA nos comportamentos sexuais dos adolescentes.....	523
Tabela 127 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre se a SIDA veio permitir aos adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade	525
Tabela 128 – Estatísticas descritivas da opinião dos enfermeiros sobre a idade aconselhada para namorar	527
Tabela 129 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a idade ideal para se iniciar na vida sexual.....	529
Tabela 130 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre quais as armas sensuais e sexuais dos adolescentes.....	531
Tabela 131 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos tem sonhos húmidos com maior frequência.....	533
Tabela 132 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor	535
Tabela 133 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a forma de rapazes e raparigas expressarem a sua sexualidade	537
Tabela 134 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a evolução da idade da primeira relação sexual	539
Tabela 135 – Tabela de frequências do nível de concordância sobre a sexualidade do adolescente e a perspectiva dos enfermeiros inquiridos.....	542
Tabela 136 – Análise factorial da escala de perspectiva dos enfermeiros sobre sexualidade dos adolescentes.....	544
Tabela 137 – Médias e desvios padrão dos itens e correlações com os factores da Escala da Perspectiva dos Enfermeiros sobre a Sexualidade	545
Tabela 138 - Testes de coerência interna da Escala da Perspectiva dos Enfermeiros sobre a Sexualidade	545
Tabela 139 - Estimadores de fiabilidade para a Escala da Perspectiva dos Enfermeiros sobre a Sexualidade	546

ABSTRACT

The human sexuality is inextricably linked to human nature, being as primitive as it; evolving as the man himself, adapted to their complexity and reality. For that generally occur in intimacy, the points of reference are rare and often distorted. Precisely for this reason the sexual behavior is, we believe, fertile ground for the existence of many taboos. At the twenty-first century, it insists to be subject of difficult approach because persists the existence of a number of factors which condition and that also inhibit the expression of thoughts and attitudes as well the practices themselves (Sousa, Brigitte Lopes; Ferreira, Sandra Jorge 2003; Vaz J. Machado et al., 2007).

We choose this thematic because like Almeida, (1996:19) *“is a challenge, since reflect on this sphere of knowledge is almost like betting in a race against time, especially if we have consciousness of the fast transformations of experiences, the concepts and speeches that are linked both with sexuality and with the adolescence”*.

The adolescent's sexual information is generally low and often incorrect. Much of the information that young people have access it's acquired through group of friends, older brothers and media.

The little information they have, has often many gaps which will increase the difficulties of young people regarding their own sexuality (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Thus we try to perspective sexual development of the young adolescent's, inserted in the Portuguese geographical, historical and cultural context and, in particular, the importance that professional nursing in primary health care give to sexuality of young adolescent's who daily deprive under their occupation.

Sexuality and sex education are two things that professional nursing in primary health care, must take into account.

The health needs of adolescent's are of very peculiar characteristics, which are reflected in the process of growth and development they cross. The conquest of knowledge, the reorganization of personal identity represents cognitive needs that alongside the motivations of the aesthetic, emotional and sexual nature deserve special attention and appreciation (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

The demands of health, at this age, have these odd expressions, mercy of the environment and the juncture of life of each youth. Its pipelines often involve risks of a biological, psychological and social appearance. These aspects justify the actions

stimulated by professional nursing in primary health care in infant-juvenile health promotion to be chaired by the appreciation of psychosocial components needs of a biological nature or vice versa (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

In order to seek identifying knowledge, attitudinal behavior, opinions and values of professional nursing in primary health care, addressing the sexuality of adolescent's in Portugal, we developed a mix study of a cross sectional type, in 1735 professional nurses of 226 Health Centers of 18 Continent Health Sub-Regions and the 2 Health Regional Secretaries of the autonomous regions of Madeira and Azores.

The analysis of the results suggests that the average age of nurses surveyed is 39 years (which corresponds to the mode). For the analysis of the median, we noticed that (50%) of nurses have between 22 and 37 years and the other (50%) are between 37 and 68 years of age. Of the respondents, (93,3%) are female, while (6,7%) are male.

Of the respondents we can see that (7,5%) come from the islands and (92,5%) from the continent. The most frequent academic qualification in nursing is a license (47,1%). Most nurses (79,9%) attended the public education, while (20,1%) attended the private education.

67,3% of the nurses surveyed believes that their school does not provide adequate training on sexuality and that this is not significantly independent of the Health Sub-Region. The specialist's or head nurses have an age between 36 and 55 years and between 16 to 40 years of occupation, have specializations and/or master's and adolescent's sons. The overwhelming majority of nurses (89,9%) usually deals with adolescent's, also we deducted that usually dealing with adolescent's is not significantly independent of Health Region where nurses work ($\chi^2=23,254$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$).

Of the respondents nurses (85,2%), state that the age group that seeks more health services by sexual problems is young females over 15 and under 20 years old (85,9%) while these vary from Health Region to Health Region. The contraception is for the overwhelming majority of nurses (95,0%), the issue most frequently raised by adolescent's. Of the respondents 88,5% do not have specific training about sexuality, also this type of training varies from one to another Health Sub-Regions ($\chi^2=54,054$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$).

Of the nurses who have specific training about sexuality, (34,7%) acquired it in post-basic specialist training courses. Most nurses (62,3%), consider that the beliefs and values of their parents and society influence the sexual freedom of adolescent's, this type of opinion also differs according to Health Sub-Regions ($\chi^2=130,99$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$).

For the surveyed nurses the two main agents of socialization of the youth are the family and the group of peers. Most nurses (86,5%), believe that friends are the people with whom the adolescents speak more easily about sexuality and think they are poorly informed about their sexuality as well as contraception methods.

Most nurses (77,2%), considers that adolescent's usually resort to the group as a strategy to react to their sexual problems. The model class, (67,1%) of nurses believe that when adolescent's think in sexuality, they fundamentally think in their own sexuality.

Most nurses (55,4%) believe the information, education and communication about sexuality for young adolescent's is preferentially to the family.

The majority of respondents believe the age of the first sexual relationship is increasingly early, but nevertheless there is a greater tendency to say that the age of first sexual intercourse for boys has been maintained.

Of the research hypotheses formulated, we verified the existence of relationship between:

H1 – The training about sexuality provided by the school on respondents *versus* the age and type of school attended.

H2 – The respondent's habit of usually dealing with the adolescent's *versus* the age and professional category.

H3 – The specific training of nurses surveyed to deal with adolescent's *versus* their age, professional category, having adolescent's sons, habit and obtaining information for dealing with adolescent's.

H4 – Having specific training about sexuality on the part of respondents *versus* the age, place of residence, qualifications, having basic training on sexuality, having adolescents, usual habit of dealing with adolescent's and having specific training to deal with adolescent's.

H5 – The respondents' opinion of the most important agent of socialization in the sexual roles of the young adolescent's *versus* the age, marital *status*, place of residence, education, special training on dealing with adolescent's and sexuality specific training.

H6 – The opinion that the respondents nurses have on the adolescent's sexual information *versus* the place of residence and the existence of knowledge about sexuality at the time of sexual initiation.

H7 – The opinion that the respondents nurses have on the adolescent's clarification on the use of contraceptive methods *versus* the place of residence and their opinion on the adolescent's sexual information.

H8 – The opinion of respondent's nurses on the value adolescent's give to their first sexual intercourse *versus* the age, sex, academic-professional qualifications,

H9 – The opinion of respondents nurses about adolescence masturbation *versus* the age and sex.

H10 – The opinion of respondents nurses on talking about sexuality to young adolescent's *versus* the age, sex, place of residence, type of school attended, special training for dealing with adolescent's.

H 11 – The opinion of respondents nurses on the major problems of adolescent's with 10-14 and 15-19 years in the sphere of sexuality *versus* the place of residence.

RÉSUMÉ

La sexualité humaine est indissolublement liée à la nature humaine, donc aussi primitive qu'elle-même. Accompagnant l'évolution de l'homme, elle s'est adaptée à sa complexité et à sa réalité. Arrivant habituellement dans l'intimité, les points de repère sont rares, souvent déformés et source de nombreux tabous. En plein XXI^{ème} siècle, c'est encore un sujet de difficile abordage, car il y a un ensemble de facteurs qui conditionnent et empêchent l'expression des pensées, les attitudes aussi bien que les pratiques (Sousa, Brigitte Lopes; Ferreira Sandra Jorge, 2003; Vaz J. Machado et al., 2007).

Nous avons choisi cette matière car, et répétant Almeida, (1996: 19), *«elle constitue un défi, puisque réfléchir à propos de cette sphère de connaissance, c'est presque comme parier sur une course contre le temps, principalement si on a conscience des rapides transformations des façons de vivre, des concepts et des discours liés à la sexualité et à l'adolescence»*.

L'information sexuelle des adolescents est normalement insuffisante et fréquemment incorrecte ce qui augmente les difficultés des jeunes en ce que concerne sa propre sexualité. La plupart de cette information parvient de leurs amis, de leurs frères aînés ou bien des média (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Ainsi nous essayons d'envisager le développement sexuel du jeune adolescent intégré dans son milieu géographique, historique et culturel et, particulièrement, l'importance que les professionnels de l'activité infirmière des soins de santé primaires accordent à la sexualité des jeunes adolescents qui les visitent.

Sexualité et éducation sexuelle sont deux aspects que le professionnel de l'activité infirmière des soins de santé primaire ne doit pas oublier.

Les besoins de santé des adolescents sont très particuliers car ils sont l'écho de leur développement physique et mental. L'acquisition de connaissances, la réorganisation de l'identité personnelle représentent des besoins cognitifs qui parallèlement aux motivations esthétiques, affectives et sexuelles méritent une attention spéciale (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Les exigences de santé sont énormes pendant l'adolescence à cause du milieu social et de la conjoncture de vie de chaque jeune. Leurs conduites impliquent plusieurs fois des risques biologiques, psychologiques et sociaux. Ces aspects justifient que les actions dynamisées par les professionnels de l'activité infirmière des soins de santé primaires afin de promouvoir la santé infantile et juvénile valorisent l'aspect psychosocial des besoins

biologiques ou vice-versa (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Afin d'identifier les connaissances, les comportements, les opinions et les valeurs des professionnels de l'activité infirmière des soins de santé primaires, face à la sexualité des adolescents au Portugal, nous avons développé une étude mixte (quantitative et qualitative) de type transversal, concernant 1735 professionnels de l'activité infirmière de 226 Centres de Santé des 18 Sub-Régions de Santé de Portugal continental et des 2 Secrétariats Régionaux de Santé des Régions Autonomes (Madeira et Açores).

L'analyse des résultats suggère que l'âge moyen des infirmiers est de 39 ans (ce qui correspond à la mode), dont 50% ont entre 22 et 37 ans et les autres ont entre 37 et 68 ans. La plupart sont du sexe féminin (93,3%).

De ces infirmiers, 92,5% travaille au Portugal continental tandis que juste 7,5% travaillent dans les îles. Le niveau d'étude le plus fréquent est la licence (47,1%). La plupart a fréquenté l'enseignement public (79,9%).

De ces infirmiers, 67,3% pense que l'école ne leur a pas donné la formation adéquate sur la sexualité et que celle-ci n'est pas significativement indépendante de la sub-région de santé. Les infirmiers spécialisés ou chefs ont entre 36 et 55 ans et entre 16 à 40 ans de service, ils ont fait des spécialisation ou de cours de postgraduation, ils ont aussi des enfants adolescents.

La plupart d'eux (89,9%) travaillent habituellement avec des adolescents ce qui n'est pas expressivement indépendant de la région de santé où ils développent leur activité ($\chi^2=23,254$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$).

Des infirmiers analysés, 85,2% affirment que ce sont surtout les jeunes du sexe féminin (85,9%) entre 15 et 20 ans qui les sollicitent quand elles ont des problèmes au niveau de leur sexualité, ce qui sont différé dans chaque région de santé.

Pour 95% des infirmières la contraception est la principale préoccupation des jeunes. (88,5%) affirment ne pas avoir formation spécifique dans le domaine de la sexualité, mais cette formation n'est pas la même dans les différents sub-région de santé ($\chi^2=54,054$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$).

De l'ensemble des infirmiers qui ont une formation spécifique dans le domaine de la sexualité, 34,7% l'ont acquise en fréquentant des cours de formation post basique spécialisée. La plupart des infirmiers (62,3%) trouvent que les croyances et les valeurs influencent la liberté sexuelle des adolescents, pourtant cette opinion est différente selon les sub-région de santé ($\chi^2=130,99$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$).

D'après les infirmiers étudiés, les deux principaux agents de socialisation du jeune sont la famille et le groupe. 86,5% pensent que c'est avec leurs copains que les adolescents parlent plus facilement de sexualité. Le problème, c'est qu'ils sont peu et mal informés à propos de leur sexualité et de la contraception. La plupart (77,2%) de ces professionnels pensent que les adolescents font appel habituellement au groupe comme stratégie de réaction à leurs problèmes sexuels. Des infirmiers analysés, 67,1 % trouvent également que quand les adolescents pensent à la sexualité, ils pensent surtout à sa propre sexualité. 55,4% de ces professionnels affirment que c'est surtout la famille qui doit parler de sexualité aux jeunes adolescents.

La plupart pensent aussi que la première relation sexuelle est de plus en plus précoce chez les filles.

À partir des hypothèses de recherche formulées nous pouvons vérifier qu'il y a un rapport entre :

H1 – La formation sur la sexualité fournie par l'école à la population étudiée *versus* l'âge et l'école fréquentée.

H2 - L'habitude de ces professionnels dans la fréquentation des adolescents *versus* l'âge et la catégorie professionnelle.

H3 – La formation spécifique des infirmiers sur les adolescents *versus* l'âge et la catégorie professionnelle, le fait d'avoir des enfants adolescents, et l'habitude de chercher de l'information sur le sujet.

H4 – La formation spécifique des infirmiers sur la sexualité *versus* l'âge, le lieu de résidence, les qualifications, l'information de base sur la sexualité, le fait d'avoir des enfants adolescents, l'habitude de fréquenter des adolescents, la formation spécifique sur les jeunes.

H5 – L'opinion de ces professionnels à propos de l'agent de socialisation le plus important dans les rôles sexuels du jeune adolescent *versus* l'âge, l'état civil, le lieu de résidence, les qualifications, la formation spécifique sur la sexualité et les adolescents.

H6 – L'opinion des infirmiers au sujet de l'information des jeunes sur leur sexualité *versus* le lieu de résidence et l'existence de connaissances sur la sexualité au moment de l'initiation sexuelle.

H7 – L'opinion des infirmiers sur les connaissances des adolescents en ce qui concerne l'utilisation de méthodes contraceptives *versus* le lieu de résidence et leur opinion sur l'information des jeunes à propos de la sexualité.

H8 – L'opinion des infirmiers à propos de l'importance attribuée par les jeunes à leur premier rapport sexuel *versus* l'âge, le sexe, les qualifications académiques et professionnelles.

H9 – L'opinion des infirmiers au sujet de la masturbation dans l'adolescence *versus* l'âge et le sexe.

H10 – L'opinion des infirmiers à propos du besoin de parler de sexualité avec les jeunes adolescents *versus* l'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'école fréquentée, la formation spécifique sur les adolescents.

H11 – L'opinion des infirmiers à propos des graves problèmes des adolescents des 10 à 14 ans et des 15 à 19 ans dans le domaine de la sexualité *versus* le lieu de résidence.

RESUMO

A sexualidade humana é algo indissolúvelmente ligado à natureza humana, sendo tão primitiva quanto ela; evoluindo tal como o próprio homem, adaptou-se à sua complexidade e realidade. Por aquela ocorrer regra geral na intimidade, os pontos de referência são raros e com frequência distorcidos. Exactamente por este motivo o comportamento sexual é, pensamos, terreno fértil para a existência de inúmeros *tabus*. Em pleno século XXI, teima em ser tema de difícil abordagem, pois persiste a existência de um conjunto de factores que condicionam e que também inibem a expressão dos pensamentos e atitudes bem como das próprias práticas (Sousa Brigitte Lopes; Ferreira Sandra Jorge 2003; Vaz J. Machado et al., 2007).

Optamos por esta temática porque à semelhança de Almeida, (1996:19) *“constitui um desafio, uma vez que reflectir sobre esta esfera do conhecimento é quase como apostar numa corrida contra o tempo, principalmente se tivermos consciência das rápidas transformações das vivências, dos conceitos e dos discursos que se prendem quer com a sexualidade quer com a adolescência”*.

A informação sexual dos adolescentes é regra geral reduzida e não raras vezes incorrecta. Muita da informação que os jovens conseguem, é adquirida através do grupo de amigos, irmãos mais velhos e meios de comunicação social.

A escassa informação que possuem, tem frequentemente muitas lacunas o que vem aumentar as dificuldades dos jovens no tocante à sua própria sexualidade (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Desta forma procuramos perspectivar o desenvolvimento sexual do jovem adolescente, inserido no contexto geográfico, histórico e cultural português e, particularmente, a importância que os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, concedem à sexualidade dos jovens adolescentes com quem diariamente privam no âmbito da sua actividade profissional.

Sexualidade e educação sexual são dois aspectos que o profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários, deve ter em linha de conta.

As necessidades de saúde dos adolescentes revestem-se de características muito peculiares, que são eco do processo de crescimento e desenvolvimento com que se entrelaçam. A conquista de conhecimentos, a reorganização da identidade pessoal representa necessidades cognitivas que paralelamente às motivações de carácter estético, afectivo e sexual merecem especial atenção e apreço (Andrade Isabel, 1996;

Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

As exigências de saúde têm nestas idades expressões ímpares, mercê do meio e da conjuntura de vida de cada jovem. As suas condutas envolvem muitas vezes riscos de cariz biológico, psicológico e social. Estes aspectos justificam que as acções dinamizadas pelos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários na promoção da saúde infanto-juvenil sejam presididas, pela valorização das componentes psicossocial das necessidades de cariz biológico ou vice-versa (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Com o objectivo de procurar identificar conhecimentos, comportamentos atitudinais, opiniões e valores dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, face à sexualidade dos adolescentes em Portugal, desenvolvemos um estudo de cariz misto (quantitativo e qualitativo) e transversal, em 1735 profissionais de enfermagem de 226 Centros de Saúde das 18 Sub-Regiões de Saúde do Continente e das 2 Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores.

A análise dos resultados obtidos sugere que, a idade média dos enfermeiros inquiridos é de 39 anos (o que corresponde à moda). Pela análise da mediana, observamos que (50%) dos enfermeiros tem entre 22 e 37 anos e os outros (50%) têm entre 37 e 68 anos de idade. Dos inquiridos, (93,3%) são do sexo feminino, enquanto que (6,7%) são do sexo masculino.

Dos inquiridos podemos ver que (7,5%) provêm das ilhas e (92,5%) do continente. A habilitação académica mais frequente nos enfermeiros inquiridos é a licenciatura em (47,1%). A maioria dos enfermeiros (79,9%) frequentou o ensino público, enquanto que (20,1%) frequentaram o ensino privado.

67,3% dos enfermeiros inquiridos considera que a sua Escola não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade e que esta não é significativamente independente da Sub-região de Saúde. Os enfermeiros especialistas ou chefes tem uma idade entre 36 e 55 anos e entre 16 a 40 anos de profissão, tem especializações e/ou mestrado e filhos adolescentes. A esmagadora maioria dos enfermeiros (89,9%) diz lidar habitualmente com adolescentes, também depreendemos que lidar habitualmente com adolescente não é significativamente independente da Região de Saúde onde o enfermeiro exerce actividade ($\chi^2=23,254$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$).

Dos enfermeiros inquiridos (85,2%), referem que o grupo etário que mais procura os serviços de saúde por problemas de índole sexual é o de jovens maiores de 15 e

menores de 20 anos do sexo feminino (85,9%) sendo que estes variam de Região para Região de Saúde.

A contracepção é para a esmagadora maioria dos enfermeiros (95,0%), o assunto mais frequentemente colocado pelos adolescentes. Dos inquiridos 88,5% não possui formação específica sobre sexualidade, também este tipo de formação difere de umas para outras Sub-regiões de Saúde ($\chi^2=54,054$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$).

Dos enfermeiros que possuem formação específica sobre sexualidade, (34,7%) adquiriram-na em cursos de formação pós-básica especializada. A maioria dos enfermeiros (62,3%), considera que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a liberdade sexual dos adolescentes este tipo de opinião também é diferente segundo as Sub-regiões de Saúde ($\chi^2=130,99$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$).

Para os enfermeiros inquiridos os dois principais agentes de socialização do jovem são: a família e o grupo de pares. A maioria dos enfermeiros (86,5%), é de opinião que os amigos são as pessoas com quem os adolescentes falam mais facilmente sobre sexualidade e pensam que eles estão pouco informados sobre a sua sexualidade e bem como sobre métodos contraceptivos.

A maior parte dos enfermeiros (77,2%), considera que os adolescentes recorrem habitualmente ao grupo como estratégia de reacção aos seus problemas de índole sexual.

Modalmente, (67,1%) dos enfermeiros são de opinião que quando os adolescentes pensam na sexualidade, pensam fundamentalmente na sua própria sexualidade.

A maioria dos enfermeiros (55,4%) é de opinião que é preferencialmente à família a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos jovens adolescentes.

A maioria dos inquiridos é de opinião que a idade da primeira relação sexual é cada vez mais precoce, mas no entanto existe uma maior tendência em afirmar que a idade da primeira relação sexual dos rapazes se tem mantido.

Das hipóteses de investigação formuladas, verificamos a existência de relação entre:

H1 – A formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos *versus* a idade e o tipo de escola frequentada.

H2 – O hábito dos inquiridos em lidar habitualmente com os adolescentes *versus* a idade e categoria profissional.

H3 – A formação específica dos enfermeiros inquiridos para lidar com adolescentes *versus* a idade, categoria profissional, ter filhos adolescentes, hábito e obtenção de informação para lidar com adolescentes.

H4 – O possuir formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos *versus* a idade, local de residência, habilitações, ter formação de base sobre sexualidade, ter filhos adolescentes, hábito de lidar habitualmente com adolescentes e ter formação específica para lidar com adolescentes.

H5 – A opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente *versus* a idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

H6 – A opinião que os enfermeiros inquiridos têm sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade *versus* o local de residência e a existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual.

H7 – A opinião que os enfermeiros têm sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos *versus* o local de residência e a sua opinião sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade.

H8 – A opinião dos enfermeiros sobre o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual *versus* a idade, sexo, habilitações académico-profissionais.

H9 – A opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência *versus* a idade e sexo.

H10 – A opinião dos enfermeiros acerca de falar sobre sexualidade aos jovens adolescentes *versus* a idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, formação específica para lidar com adolescentes.

H 11 – A opinião dos enfermeiros sobre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 e 15 - 19 anos na esfera da sexualidade *versus* o local de residência.

INTRODUÇÃO

Actualmente, fala-se muito em liberdade, sugerindo a vivência desta em diversas áreas e etapas do ciclo vital. Fala-se em liberdade de expressão, em liberdade de escolha. Estamos contudo, mais interessados obviamente, em liberdade sexual, em informação sexual, em educação sexual, na adolescência. A liberdade sexual associada a outros factores, como a necessidade dos jovens em quebrar tabus, afirmação, contraposição à família e, muitas vezes, a pressão do grupo de amigos e/ou do namorado, traz consigo uma questão importante que nos apraz registar, a vivência da sexualidade na adolescência. Contudo, não podemos falar neste tema sem antes explanar alguns pontos básicos. Em primeiro lugar, a adolescência é um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, caracterizado por uma profunda revolução de cariz, bio-psico-social e cultural, que marca a transição do estado infantil para o estado adulto (Sampaio Daniel, 2006). As características psicológicas deste movimento evolutivo, a sua expressividade e manifestações ao nível do comportamento e da adaptação social, são condicionados pela geografia e cultura da sociedade onde o processo se desenvolve. Este processo da adolescência é desencadeado, impelido e concomitante às alterações biológicas que intervêm na maturação das manifestações pulsionais que são inerentes a este período do ciclo da vida. As velocidades de maturação de cada sector (biológico, psicológico, social e cultural), e das partes que os compõem, são distintas e interactuantes, dando o colorido típico que caracteriza o adolescente da sociedade contemporânea. Com a chegada da puberdade, todo o organismo é invadido pela força das transformações biológicas e tomado por impulsos sexuais, determinando o início da puberdade e do processo da adolescência. A adolescência pode entender-se como um espaço de grandes transformações físicas, psicológicas, emocionais e culturais, onde o espaço pessoal se vai continuamente alterando e procurando ajustar. Face às intensas mudanças, às cisões e às contradições que pululam durante este período, a adolescência é, por natureza, na nossa sociedade, uma época de acidentes potenciais e entendida per si como fonte de uma série de problemas de saúde (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). O adolescente entra nesta etapa da vida, possuído por um estado de alguma confusão, incoerência e angústia, entre o que lhe era conhecido e familiar, por ocasião da infância, e as transformações pelas quais está a passar. Apesar de desejar atingir a vida adulta, coagido pelo seu crescimento e maturação, receia o desconhecido que existe dentro de si (Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Estas mudanças que não se operam de forma harmoniosa, verificam-se na imagem que o jovem tem de si próprio, reflectida nas, emoções, nas constantes variações de humor, nas suas conflituosas relações com a família e grupo de amigos, nos imensos e diversos projectos de vida, bem como nos próprios valores pessoais e sociais (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

A conjugação destas diferentes características, com os factores de risco que lhe estão associados. *“Os limites (...) da juventude (...) não são limites cronológicos, mas sim eminentemente sociais e culturais, traçados fundamentalmente pela sua capacidade activa, ou seja, pela capacidade de participação na produção e reprodução da própria sociedade”* (Sampaio Daniel, 2000:16).

Os adolescentes iniciam-se ou têm hoje a sua primeira experiência sexual cada vez mais precocemente. A proporção de jovens sexualmente activas também cresceu. Assim, quanto mais cedo for o início das relações sexuais, menos informados os jovens estarão, logo menos provável será o uso de métodos contraceptivos e, por consequência, maior probabilidade de engravidar e de contrair doenças de cariz sexual, pois os adolescentes mais novos têm menos informação e competências sobre a sexualidade (Prazeres Vasco, 1998; Lancaster Stanhope, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A pressão do grupo entre os jovens adolescentes não é um fenómeno recente, muito embora muitas das influências se tenham tornado mais graves. A influência transferiu-se da moda para os cigarros, para o consumo de drogas e para (...) a sexualidade (Andrade Isabel, 1996; Lancaster Stanhope, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A adolescência é a época na qual se consolida a identidade sexual. É no início da adolescência, que o grupo de pares começa a comunicar certas expectativas a respeito de relações heterossexuais. À medida que o desenvolvimento evolui, os adolescentes enfrentam expectativas de comportamento maduro em relação ao seu papel sexual, quer da parte dos colegas quer dos adultos.

No início da adolescência, o jovem apaixona-se frequentemente ou sente-se fortemente atraído por algum adulto importante ou simpático da sua esfera de convívio. O namoro estável pode ser sinal de insegurança e incerteza por parte do adolescente, pode representar uma tentativa de fuga à solidão e ao esquecimento, e (...) aquele espaço proporciona-lhe um sentido de pertença. Os adolescentes são um grupo vulnerável com necessidades de saúde particulares e, como tal, necessitando de cuidados de saúde específicos e acessíveis. Os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários estão numa posição chave para compreender o impacto da sexualidade na

adolescência, tanto para os indivíduos como para a comunidade, e para influenciar as suas tendências.

Na sociedade ocidental, os costumes e os valores assentam numa gerência social do comportamento sexual alicerçado numa dicotomia: por um lado, a existência de relações com uma finalidade estritamente hedonista, por outro, a gestão do acto sexual, enraizada no casamento, é feita de atitudes comportamentais propensas a celebrar os afectos e a confirmar a relação entre o homem e a mulher.

Os adolescentes têm uma experiência muito limitada na procura independente de cuidados de saúde. Contudo, quando os procuram é, frequentemente, para discutir preocupações acerca de uma possível gravidez ou para procurar um método contraceptivo. Os profissionais de saúde, entre os quais muito particularmente o enfermeiro, devem estar atentos e despertos para aquilo que o jovem (...) não consegue verbalizar (Prazeres Vasco, 1998; Lancaster Stanhope; Vasconcelos Pedro, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

De início, sem saber bem o significado da sua sexualidade e de como dispor dela, o adolescente pouco a pouco vai descobrindo os mistérios e os devaneios que essa situação simultaneamente atraente e angustiante lhe proporciona (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007). As modificações corporais bem como a masturbação são elementos que exteriorizam as mudanças internas com reflexos sobre a vida afectiva e emocional dos jovens. A sexualidade humana tem sido, ao longo da História um verdadeiro mistério que é necessário desmistificar. Segundo o vocabulário de Psicanálise, entende-se por sexualidade, toda a série de excitações e actividades presentes desde a infância e que procuram prazer irredutível na satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental. A OMS, (1975) definiu a sexualidade como, *“uma energia que nos leva a procurar afecto, contacto, prazer, ternura e intimidade. A sexualidade influencia os nossos pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, como tal, influi na nossa saúde física e mental”*. É uma ampla função, cuja finalidade é o prazer, e, num outro plano, a procriação. A sexualidade vai assumindo diferentes características de acordo com a idade na qual é vivida, sendo profundamente influenciada, pelas características e personalidade de cada jovem. É hoje sabido, que a afectividade e a formação de um carácter moral e socialmente sólidos passam por uma atitude pedagógica perante as variadíssimas questões que naturalmente surgem ao longo desta fase do ciclo vital, e nas quais se inclui a sexualidade. O comportamento sexual, a sua vivência e o próprio desempenho da sexualidade implicam, na sua composição, elementos que procuram a satisfação de necessidades orgânicas e

exigências sociais, pois a sexualidade tem para além da dimensão espontânea um valor originário no desenvolvimento da vida social e pessoal. A sexualidade estabelece a configuração da identidade, a sua incorporação na comunidade e, enquanto ligada à procriação, avaliza um objectivo social (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007).

A sexualidade plenamente vivida deve convidar ao cultivo dos gostos pessoais, à alegria de uma vida feliz, usufruindo-se, em toda a plenitude, as satisfações físicas e espirituais. Aproveitar este efeito, implica pensá-lo enquanto asterismo de sensações, emoções e cognições que, conjuntamente com estímulos fisiológicos, dão lugar ao desejo e ou ao comportamento sexual. Prazer, sentimento e procriação são fragrâncias essenciais para descrever a esfera da sexualidade na adolescência (Andrade Isabel, 1996; Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Diamond Jared; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007).

A relação sexual permite uma partilha a dois, uma procura de comunicação e de proximidade íntima com alguém que, na maior parte dos casos da sociedade ocidental contemporânea, voluntariamente se escolheu. Isto pressupõe partilha, disponibilidade, consideração e alegria em proporcionar e receber prazer.

Se a relação sexual não proporcionasse tanto prazer, simultaneamente ímpar e multiplicável, não seria certamente alvo de tanta inquietação. Não deixa no entanto, de ser muito curioso que este prazer raramente apareça na informação sexual que é fornecida aos jovens adolescentes. A resposta mais simples e voluntária passa pelos beijos e carícias que permitem viver as necessidades de aproximação física, de carinho, de ardor e de amor. O acto sexual pode significar afirmação quanto à virilidade, feminilidade, ou poder de sedução. A pessoa que o vive deve desejá-lo e ser para ela especialmente prazeroso e gratificante. O prazer deve ser, neste prisma, entendido como um conjunto de reacções agradáveis, desencadeada pelos órgãos dos sentidos, no qual se inclui o orgasmo (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Rosa João, 2001; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007).

A relação sexual que pode levar ao bem-estar, o arrebatamento a que deve conduzir a genuína simultaneidade do amor e do prazer físico, é o acto amoroso que encerra em si a verdadeira harmonia dos sexos. Enleado nesta filosofia o casal cria e aperfeiçoa a sensualidade do acto sexual, quando o entusiasmo, a fantasia e a junção dos corpos realizam um brinde, uma saudação em homenagem à harmonia da fusão dos seus corpos (Andrade Isabel, 1996; Chambon Philippe, 1998; Moore Thomas ; Rodrigues

Custódio, 1999; Lamas Dulce et al.; Marques António et al., 2000; Diamond Jared, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Para conseguir transmitir a plenitude envolvente da sexualidade na adolescência, o profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários tem de compreender a diversidade e a individualidade das suas múltiplas expressões, bem como a importância relativa das suas dimensões que variam ao longo de todo o ciclo vital e aqui com particular enfoque na adolescência (Frade, Alice et al., 1996; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Tornar possível a aquisição de uma noção mais rica, abrangente e flexível, facilita, para além do aumento de conhecimentos, o desenvolvimento de atitudes de aceitação das diferentes formas de ver e viver a sexualidade na adolescência (Andrade Isabel, 1996; Serrão Daniel e Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006), pois *“a sexualidade faz parte integrante da vida e da identidade pessoal e influencia vincadamente a personalidade. A sexualidade humana inicia-se à nascença e mantém-se presente até ao fim da vida. As atitudes e os valores relacionados com a sexualidade são culturalmente impostos, sendo definidos pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, pelos grupos de pares, pela economia, pelos órgãos de comunicação social e, claro, pelos estabelecimentos de ensino. Compreender a nossa sexualidade e a dos outros constitui um dos aspectos da vida de tal maneira importante que é inconcebível que o seu conhecimento seja deixado ao acaso”* (Young Ian, 1995:135).

O comportamento sexual tem uma base biológica, mas toma forma através da aprendizagem familiar e social (Espinosa Maria del Carmen, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Rosa João 2001; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007). A educação sexual deve possibilitar que cada jovem viva a sua sexualidade de forma saudável, feliz e responsável. Assim, a educação afectivo-sexual, como toda a educação, deve assentar no desenvolvimento de melhores condições para a saúde, em especial todos aqueles aspectos que se relacionam com a dimensão da sexualidade o prazer, a comunicação, os vínculos afectivos e a procriação (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco; Espinosa Maria del Carmen, 1998; Lamas Dulce et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007).

A educação afectivo-sexual deve entender-se como um direito de todo o ser humano em que a colaboração da família, da escola e de outros serviços é essencial. Este tipo de educação deve facilitar a construção do conhecimento da sexualidade humana nos planos biológico, psicológico e social possibilitando a aquisição de atitudes positivas e de comportamentos de respeito e responsabilidade nesta área, favorecendo a aceitação positiva da própria identidade sexual, livre de elementos discriminatórios de sexo, e de

uma educação sexual não sexista, bem como a vivência de relações interpessoais equilibradas e satisfatórias (Andrade Isabel, 1996; Espinosa Maria del Carmen; Serrão Daniel & Nunes; Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007).

O profissional de saúde que demonstre interesse pelo adolescente, que o respeite como pessoa e que esteja disponível para o ouvir sem emitir juízos de valor, será capaz de ganhar a sua confiança (Serrão Daniel & Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António, et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

O aconselhamento individual deve colocar o adolescente em convívio com um profissional de saúde instruído em quem ele deve poder confiar, sem a ameaça de uma possível fuga de informação. Para que tal aconteça, é indispensável criar um clima de empatia e abertura que permita a comunicação sobre questões de índole sexual, estabelecendo a confiança e garantindo a confidencialidade absoluta da consulta (Serrão Daniel e Rui Nunes; Prazeres Vasco, 1998; Lancaster Stanhope, 1999, Marques António et al.; Grande Nuno, 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

No âmbito da nossa actividade, como docente e enfermeiro com especialização na área da Saúde Comunitária e, posteriormente, como Enfermeiro-Chefe e Coordenador de Enfermagem e ainda com uma experiência *interessante* no âmbito da saúde escolar, com Mestrado sobre esta mesma temática, entendemos ser pertinente desenvolver um estudo sobre *a sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados e saúde primários*, tentando desvendar quais os conhecimentos, os comportamentos, as opiniões e as atitudes dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários face à sexualidade na adolescência. Estudo que pela sua dimensão pudesse reflectir o pensamento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, em geral.

A motivação para o nosso estudo tem a ver com o fascínio que este ciclo de vida sempre despertou em nós, reforçada pela nossa prática de alguns anos, e na constatação da indisponibilidade demonstrada pelos colegas, quando solicitados no sentido de darem a sua colaboração no desenvolvimento de actividades com jovens, adolescentes, muito particularmente, quando se tratava de abordar assuntos na esfera da sexualidade.

Para a realização deste estudo, foi precioso o subsídio de várias outras ciências, atendendo às dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais que de uma forma extremamente complexa e vincada interagem com a maneira de pensar e viver a adolescência e a sexualidade.

Perfeitamente conscientes do desafio, procurámos obter respostas para as inquietações que nos moveram, entre as quais salientamos:

- O que pensam os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários sobre a sexualidade dos adolescentes?
- Adquiriram os profissionais de enfermagem, na escola, conhecimentos para poder lidar com adolescentes no âmbito da sexualidade?
- Há diferenças de conhecimentos sobre sexualidade entre os profissionais oriundos de escolas públicas e privadas?
- Há diferenças de conhecimentos nos profissionais de enfermagem sobre sexualidade na adolescência segundo as Sub-regiões de Saúde ou Regiões de Saúde onde exercem actividade?
- Que formação/informação possuem os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários sobre a sexualidade dos adolescentes?
- Que atitudes/comportamentais têm os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários face à sexualidade dos adolescentes?
- Como vivenciaram/vivenciam os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários a sua própria sexualidade?
- Estarão os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, convenientemente, preparados na esfera da sexualidade para assumir, conscientes e, convenientemente esclarecidos, uma educação sexual capaz de potenciar nos jovens uma atitude positiva face à sexualidade imergente?

O estudo pretende avaliar o *posicionamento* dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários face à sexualidade dos adolescentes com quem diariamente privam no âmbito da sua actividade profissional.

Entendemos que para ser viável a aprendizagem e transmissão de estilos de vida saudáveis, não basta só a boa vontade ou o bom senso. É fundamental que entendamos a afectividade, a dinâmica da resposta neuro-psico-fisiológica do organismo humano. Torna-se assim indispensável compreender o que os jovens pensam e sentem, sabem e querem no tocante à sua própria sexualidade, numa perspectiva de formulação de estratégias que promovam a vivência de uma sexualidade plena em harmonia consigo e com o outro. Sabendo que a sexualidade faz parte integrante do crescimento e desenvolvimento humano é imperativo vivenciá-la duma forma especialmente gratificante e prazerosa. É, entretanto, sabido que muitos jovens iniciam a sua vida sexual em idades muito precoces e a manutenção de uma vida sexual sem preparação e cuidado pode

trazer consequências nefastas para o adolescente, como a gravidez indesejada, o aborto e as doenças sexualmente transmissíveis.

Além disso, estudos têm demonstrado que muitos adolescentes, apesar de referirem possuir conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais, não os utilizam. Perante isto, torna-se imperativo que se criem estratégias de prevenção, que visem diminuir a incidência de tais problemas. Os problemas e dificuldades existem e não podem ser censurados, mas sim falados, debatidos e estudados para que possamos, assim, ter uma melhor compreensão sobre o processo adolescente que nos permita ajudar os jovens a vivenciar de forma mais saudável, segura e prazerosa a sua plena sexualidade.

O trabalho está contextualizado no plano curricular do Doutoramento em Ciências de Enfermagem a decorrer no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar na Universidade do Porto desde 23 de Outubro de 2003.

Desenvolve-se, fundamentalmente, em três partes distintas. Assim numa primeira parte, fase conceptual, procuramos fazer uma revisão bibliográfica que nos permitisse saber qual a opinião de outros estudos e autores sobre a temática em apreço e considerada pertinente para o estudo.

Numa segunda parte, fase metodológica, desenvolvemos a investigação empírica que enquadra a caracterização do estudo realizado, objectivos, variáveis, hipóteses formuladas e pré-teste, a metodologia adoptada e os procedimentos para a recolha dos dados.

Finalmente na terceira parte, fase empírica, procedemos à aplicação do instrumento de colheita de dados, sua recolha, tratamento e análise. Apresentamos e discutimos os resultados face à literatura consultada. Para finalizar elaborámos algumas conclusões e sugestões mercê dos resultados a que chegámos.

I PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – DA SEXUALIDADE ANIMAL À SEXUALIDADE HUMANA

A sexualidade é algo ligado à natureza humana e tão primitivo quanto ela, mas ao mesmo tempo evoluiu com o Homem e adaptou-se à complexa realidade da sua condição. Dado que esta se costuma praticar na intimidade, os pontos de referência são escassos e frequentemente distorcidos. O comportamento sexual é portanto, terreno fértil para a existência de numerosos *tabus*, sendo talvez, os jovens as principais vítimas destes preconceitos (Capellá Alfredo, 2003).

A sexualidade é uma energia que está sempre presente no ser humano e que interfere nos seus pensamentos e sentimentos. Desta forma, influencia as suas relações interpessoais, pelo que se torna emergente a sua compreensão.

A sexualidade está enraizada no biológico e não pode ser entendida sem ter em consideração esta dimensão. Os desejos e os comportamentos sexuais dependem, entre outros factores, das hormonas sexuais, da idade, do desenvolvimento físico e psíquico, da organização social e cultural em que o indivíduo está inserido. A sexualidade é vivida de diferentes maneiras consoante a forma de vida das pessoas. Seria óptimo dar uma definição de sexualidade que abrangesse um grande número de conceitos, vivências, culturas, sonhos, (...) mas continuaria a ser uma definição incompleta. Iríamos sempre descobrir alguém que pensa de forma diferente da nossa e que acrescentaria incessantemente algo de novo. Daí, dizer-se que é difícil definir a sexualidade, dada a complexidade dos aspectos em que está embricada (Capellá Alfredo, 2003).

Todos estamos extremamente interessados no sexo e na sexualidade, na nossa e na dos outros. Mas, de uma perspectiva científica, o termo encontra-se frequentemente associado às relações sexuais que conduzem à gravidez. No entanto, se analisarmos a História evolutiva da vida, vemos que o sexo é a formação genética que não tem, necessariamente, nada a ver com a reprodução, tal como hoje a compreendemos nos mamíferos (Sagan Dorion e Margulis Lynn, 1990; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001).

O instinto sexual é algo que, desde os insectos ao ser humano, aparece de uma maneira extremamente forte, levando a certos comportamentos e gastos de energias que só se justificam biologicamente porque tornam possível algo fundamental à vida, a perpetuação da própria espécie. O entendimento do comportamento animal poderá clarificar alguns aspectos das condutas do homem. Dado que a sexualidade animal só se realiza integralmente na idade adulta, poderá constituir uma mais valia no processo de conquista de informações bem como da sua importância na organização de uma conduta. Daqui resulta que as paradas nupciais das várias espécies poderão estar associadas a

diferenciações da harmonia endócrina, da própria anatomia do aparelho genital bem como da fisiologia sensorial dos animais. O universo dos animais assenta na organização de uma brilhante convergência entre as espécies: a sinais característicos enviados pelos machos respondem mecanismos inerentes à fêmea (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João; Diamond Jared, 2001; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

Mas, se nas espécies inferiores como os insectos, répteis ou peixes, esse instinto se inicia e acaba com o acto sexual em si mesmo, à medida que se avança para as espécies superiores, começa a ver-se que muitas vezes o instinto também serve para criar laços ou relações mais ou menos fortes entre os parceiros sexuais. Comumente, o objectivo é que ambos os progenitores ajudem na criação dos filhos, que é tanto mais complexa, demorada e exigente de cuidados quanto mais evoluída é a própria espécie. O sexo dos indivíduos, compreende todos os seres vivos aptos a conceber gâmetas de apenas um dos géneros, masculino ou feminino. O termo sexualidade não designa apenas actividades e o prazer que dependem do funcionamento genital, mas toda uma série de excitações e actividades presentes desde a infância, cujo prazer é indomável à satisfação de uma necessidade fisiológica básica. A sexualidade torna-se mais perfeita com as mutações que se operaram nas diferentes espécies. À medida que se sobe na escala zoológica, a reprodução vai integrando estruturas cada vez mais complexas (Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Desta forma, nos seres mais primitivos, a reprodução manifesta-se sob o rigoroso controlo de informações codificadas ao nível dos seus genes, nos vertebrados e em determinados invertebrados assume já alguma forma de controlo hormonal e, finalmente, surgem nos mamíferos e, sobrepondo-se a ambos, os mecanismos cerebrais que, no Homem, navegam nas vias do imaginário, do simbólico e mesmo da razão (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Diamond Jared; Rosa João, 2001).

A partir dos dois anos, as crianças começam a manifestar um especial interesse pelos seus órgãos genitais. É por essa altura que descobrem o prazer da sua manipulação (Carvalho P. Torres, 2000). Segundo o pediatra Benjamim Spock, citado por Carvalho P. Torres (2000:45), *“as crianças de 3, 4 e 5 anos manifestam fisicamente os seus sentimentos de afecto, agarram-se e encostam-se aos adultos que preferem. Interessam-se pelo corpo humano, tanto pelo deles como pelo das outras pessoas; de vez em quando, sentem o desejo de o ver e de lhes tocar”*.

Há mais de cem anos, Freud Sigmund, esse *profeta* da sexualidade humana, *escandalizou* o mundo quando afirmava a existência de uma sexualidade infantil que se

exprimiam através de todo o corpo, e não era apenas circunscrita aos órgãos genitais. Freud Sigmund defendia, ainda que na criança a sexualidade se desenvolvia e manifestava ao longo de três movimentos distintos: a fase oral, a fase anal e, finalmente, a fase genital. *“Assim a descoberta do prazer realiza-se, nos primeiros tempos de vida, através das funções biológicas e a sexualidade exprime-se na criança, através de todo o corpo”* (Carvalho P. Torres, 2000:45).

A questão da sexualidade começa na infância. Ao alimentar o bebé, a mãe (ou a substituta) não está apenas a saciar a fome, mas há, aí, uma experiência de prazer. O prazer da mãe que alimenta, e estabelece com o filho o contacto corporal, a mãe que conversa e acaricia o seu bebé, criando, assim, um gozo na fusão e complementaridade entre ambos. Nesta fase da vida, é impossível para o bebé distinguir a satisfação do saciar da fome e da satisfação sexual, pois elas coabitam. Podemos pensar a sexualidade como instâncias de satisfações físicas somadas às experiências psíquicas (Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Sá Eduardo, 2007). São variadíssimos os autores que perfilham esta ideia de que a sexualidade se manifesta na criança, desde o nascimento, logo quando a criança começa a mamar (no acto de sucção) e que se estabelece na relação com alguém, normalmente a mãe. Pelo que no ser humano a sexualidade possui contornos perfeitamente definidos que a distanciam dos restantes animais, escapando às determinações associadas à perpetuação da espécie (Capellá Alfredo, 2003). No homem, não há períodos sazonais e, na mulher, cuja supremacia em relação a qualquer finalidade reprodutora, é já, francamente, visível no desenvolvimento dos seus seios (independentemente do período de aleitamento), o desejo que a habita não está regularizado pelos períodos da ovulação. Podemos então dizer que a espécie humana aparece como o limite de um aperfeiçoamento em que impera a estrutura integrada pelo sistema nervoso central e o mecanismo hormonal. Absolutamente independente das intermitências sazonais e, excedendo o esquema estímulo-reacção, deixando de se consumir na acção reprodutora, ela desdobra-se no universo imenso do desejo, na procura de um sentido para a sua plenitude. Há ainda uma outra circunstância relevante no contexto da sexualidade, mercê da sua morfologia corporal, o coito face a face é exclusivo da espécie humana (Andrade Isabel, 1996; Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Diamond Jared, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

“O despertar do desejo pressupõe que o indivíduo se abandone à linguagem do corpo, que consinta no paroxismo de uma presença, outra que não a sua, capaz de o projectar nas virtualidades do imaginário e do simbólico. Isto significa que o desejo se desenvolve no mundo dos signos, onde a curva de um seio, a intensidade de um olhar, o murmúrio de uma

voz, o tom de uma carícia se fundem na subjectividade de um indivíduo para com o outro e vice-versa” (Andrade Isabel, 1996:9).

As representações adquirem-se depois do nascimento, em primeira instância, no seio familiar e, logo a seguir, no grupo social. Esse universo mental, sem o qual ninguém possuía a consciência de integrar a espécie humana, vai-se construindo através das interações precoces, muito particularmente com a mãe, graças às quais a criança adquire pouco a pouco o conhecimento do seu próprio corpo, aprendendo a falar, reconhecendo a sua imagem no espelho e identificando o seu nome (Andrade Isabel 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Tendo a percepção de que a orientação sexual, não é uma escolha e que a sexualidade tem múltiplas manifestações, torna-se importante que os jovens compreendam e aceitem esta variabilidade, contribuindo desta forma para que essa mesma sexualidade possa ser vivida em plenitude e com satisfação. Tudo o que é sexual é da ordem do desejo do prazer e (...) da libido. A libido que concebe, possibilita, viabiliza e potencia as relações entre ambos os sexos (Andrade Isabel; Frade Alice et al., 1996; Rodrigues Custódio; Moore Thomas, 1999; Diamond Jared, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Damas Manuel, 2007).

O relacionamento sexual tem assim, na espécie humana, além da função reprodutiva, dois papéis importantíssimos: a satisfação de um instinto básico, tal como existe nos outros animais, e sobretudo, a criação de laços vinculares, fortes entre duas pessoas que procuram o prazer mútuo e, eventualmente, uma vida em comum. O sexo faz parte da vida, daí os seres humanos darem uma grande importância à sexualidade. Frequentemente, ela é sentida como uma necessidade básica para satisfazer um impulso fisiológico do nosso corpo. Este impulso pode ser satisfeito, através da masturbação ou através de um(a) parceiro(a) casual ou pago(a) para o efeito. Mas, na maioria das vezes, esse *sexo pelo sexo* não é, de modo algum, completamente satisfatório em termos psicológicos e afectivos. Isto acontece porque, como somos seres humanos e para nos realizar ou viver completamente a nossa sexualidade, existe sempre a necessidade de criar laços ou relações afectivas e de cumplicidade com a pessoa que normalmente na nossa sociedade voluntariamente escolhemos como companheiro(a) (Brown e Cromer, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

Apesar destas extraordinárias mudanças, muitos dos comportamentos sexuais dos homens e mulheres contemporâneos continuam a deixar transparecer marcas da ancestralidade, que a todo o momento nos lembram o caminho evolutivo percorrido. Muito embora a sexualidade humana mantenha algumas características semelhantes às

de outras espécies animais, delas difere radicalmente na sua essência. Espírito, inteligência, sentimentos, emoções e afectividade são cambiantes que conferem qualidades que a distinguem e afastam da reprodução animal. A vida na espécie humana, deveria surgir de um acto de intimidade consciente, voluntário, prazeroso, afectivo e amoroso (Andrade Isabel, 1996; Ferreira M. F. Moreira et al, 2004; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al.; Sá Eduardo, 2007).

O termo sexualidade encerra em si a totalidade das qualidades humanas, e não apenas o aparelho reprodutor e o seu funcionamento, abrange todos os componentes de um indivíduo, nomeadamente os do foro biológico, psicológico, emocional, social, cultural e espiritual (Ferreira, M. F. Moreira et al., 2004; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al.; Damas Manuel, 2007).

O ser humano é podemos dizer, todo um conjunto de intenções, emoções, sonhos, desejos, medos, um passado, um ambiente cultural e uma vida interior de pensamento e fantasia na qual o sexo é um dos aspectos mais influentes da vida. O sexo é infinitamente mais misterioso do que, regra geral, imaginamos e só é superficialmente levado em conta, quando falamos sobre ele em termos de hormonas e da mecânica do acto sexual (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Rodrigues Custódio, 2000; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

“A sexualidade humana pode constituir uma forma privilegiada de enriquecimento pessoal e relacional ou, pelo contrário, tornar-se uma fonte de sofrimento que afecta dramaticamente a vida da pessoa, quer a nível da realização pessoal e relacional, quer a nível das pesadas facturas pagas quando a sua expressão se faz de forma imatura, ignorante, culpabilizada e ou violenta” (Frade Alice et al., 1996:7).

2 – ATITUDES, CONDUTAS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Poderíamos erradamente pensar que, do início ao fim da filogénese, a conduta sexual está planeada no seu desenvolvimento e adaptada ao fim a que se destina, em virtude do dispositivo hereditário específico de cada espécie. Contudo, o estudo do costume dos comportamentos biológicos adquiridos antes da maturidade, comprova exactamente o contrário (Rodrigues Custódio, 1999; Diamond Jared, 2001; Capellá Alfredo, 2003).

A um nível superior, o comportamento do macaco *rhesus*, que cresceu em isolamento e na idade adulta foi colocado na presença de um parceiro experimentado do sexo oposto, o seu comportamento é desajustado, parecendo ignorar o que devem fazer. O macho entrega-se a posturas laterais com movimentos dorsais desapropriados; a fêmea, por seu lado, é inábil e incapaz de se colocar numa postura receptiva, o que indicia alterações emocionais e falta de reciprocidade, quando colocados em convívio mais íntimo. É ainda de considerar que, as raras fêmeas que conseguem ficar grávidas adoptam atitudes de abandono em relação às suas crias. Esta análise, na ausência de uma deficiência motora, sugere que, na maioria dos mamíferos, a sexualidade só se fortalece na teia das relações afectivas e sociais, que têm um papel extremamente importante na infância (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio Rodrigues, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Nesta linha de pensamento e resultado da análise experimental com macacos antropóides, sabe-se que nestes a sexualidade não visa apenas a procriação, demonstrando também relações sociais imbuídas de uma hierarquia dominante que potencia a protecção da espécie.

É esta interligação do social com o sexual, que faz com que a sexualidade ultrapasse, cada vez mais, o quadro estreito das determinantes anatómico-fisiológicas, podendo afirmar-se que a sexualidade humana floresce num mundo cultural de costumes e impedimentos, desenvolvendo-se e estruturando-se na instituição familiar, integrando-se na existência como memória e como projecto, em síntese, estabelecendo-se na sua personalidade e na sua diferença através do acaso de uma história individual (Andrade Isabel, 1996; Custódio Rodrigues, 1999; Diamond Jared, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

A anormalidade sexual pressupõe comportamentos compulsivos e *(des)agradáveis* que escapam ao controlo do indivíduo. A ausência de prazer genuíno ou ainda o contágio pela ansiedade, a culpabilidade, a baixa de auto-estima são alguns sinais de anormalidade do comportamento sexual (Capellá Alfredo, 2003).

A homossexualidade é consequência de uma enorme e forte atracção que homem ou mulher podem sentir por indivíduos do mesmo sexo. Estes homens ou mulheres podem manter relações sexuais entre si, muito embora *jamais* possam conceber filhos.

Na adolescência, com o desabrochar da sexualidade, pode ser que um rapaz se sinta atraído por um grande amigo, ou que uma rapariga tenha uma atracção amorosa por uma das suas amigas predilectas, pois trata-se da época das amizades fortes e exclusivas. Contudo, embora muito frequentes, não podemos considerar estas relações, homossexuais. Muito pelo contrário, é importante que o adolescente as conheça, compreenda e as viva com gosto, o que pode contribuir para, a pouco e pouco, adquirir um certo equilíbrio afectivo e possibilitar o encontro com o outro sexo. Sociedade e sexualidade podem parecer derivar de duas ordens díspares da realidade, encaradas como contrárias na cultura ocidental; o instinto e a lei, o biológico e o espiritual, a natureza e a cultura. Contudo, uma análise mais refinada e aprofundada de ambas as grandezas da actividade humana evidencia que o social e o sexual aparecem num estado de complementaridade. Sendo a interligação tal que qualquer consideração isoladamente de um ou de outro conduzir-nos-ia a comentários provavelmente adulterados (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

3 – IDENTIDADE SEXUAL E PAPÉIS SEXUAIS

3.1 – Construção da identidade sexual

Segundo Erikson (1982) a identidade sexual desenvolve-se num esquema fixo de oito estádios. A cada estádio corresponde um período cronológico específico. Envolve a aquisição de um estilo consistente de organização da experiência de reestruturação da identidade desde a infância e de incorporação de novos papéis oferecidos pela sociedade. Cada um destes estádios é caracterizado por *“um dilema particular”* em que o indivíduo desenvolve atitudes básicas que contribuem para o seu desenvolvimento psicossocial. Estas atitudes básicas surgem em cada estádio como orientações polares. O indivíduo pode emergir de cada um deles com um sentido de si próprio reforçado ou debilitado. Estas orientações polares são conflitos nucleares, ou seja, o momento de crise e de ressíntese activa do Eu em que o indivíduo está perante soluções contraditórias que implicam tomada de decisão cuja natureza depende do balanço de vários factores de desenvolvimento (maturidade cognitiva, crescimento físico, etc.). Estas orientações polares não significam que uma exclui a outra. Em cada estádio, verifica-se uma dialéctica entre ambas, quer dizer, o resultado será a síntese do polo negativo e positivo de cada estádio. Sendo uma teoria organizada em estádios, não é uma teoria estrutural. A emergência de um estádio é independente da resolução com sucesso do estádio anterior. A qualidade da resolução é dependente da resolução de estádios precedentes. Ora o adolescente preocupa-se com a procura de uma definição de si próprio. A tarefa por excelência do adolescente é a construção da sua identidade sexual. O que é, o que quer ser e fazer, qual o seu papel e função no mundo, quais os seus projectos para o futuro. Tenta dar um significado coerente à sua vida, integrando as suas experiências passadas e presentes e procurando um sentido para o futuro. A formação da identidade do adolescente tem uma função psicológica e social (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). A função psicológica implica que a construção da identidade surja da necessidade que o indivíduo tem em organizar e compreender a sua individualidade de uma forma consistente e sem contradições. A função social caracteriza-se por um processo social que surge das pressões externas para que o indivíduo escolha e invista em papéis familiares, profissionais e sociais, o que lhe dá um estatuto na sociedade. A tarefa do adolescente é, duplamente, complexa, porque serve estas duas funções. Por um lado, o adolescente tem de possuir um desenvolvimento psicológico adequado à realização desta tarefa. Por outro, a construção da sua identidade tem de ser realista e adaptada à sociedade, onde está inserido e em constante

mutação. Sendo verdade que a construção da identidade ocorre, essencialmente, no período da adolescência, não se inicia nem termina então, trata-se de um processo contínuo ao longo de todo o ciclo da vida (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007). Quando o jovem não é capaz de ter relações íntimas com outros, no final da adolescência ou início da idade adulta, as suas relações tenderão a ser estereotipadas com um profundo sentimento de isolamento. Muitas relações e mesmo casamentos funcionam como pontes para a resolução da identidade, quer como uma forma de reparação das figuras parentais, quer para resolver a sua identidade através da companheira ou do companheiro. Ainda Segundo Erikson (1982) o processo de desenvolvimento da identidade depende e inicia-se no primeiro encontro com a mãe, em que o sentido do Eu emerge dum jogo de confiança durante a infância. É da experiência de uma relação segura que a criança se distingue dos outros. A interiorização e a identificação às figuras mais significativas são as primeiras formas de estruturação do Eu. Só quando o adolescente se torna capaz de as seleccionar, sintetizar e organizar é que a formação da identidade ocorre. São a integração e organização de aspectos do Eu num conjunto coerente e distinto que vão definir a identidade.

3.2 – Afectos e papeis sexuais

É *exactamente* por altura *mais tardia* da adolescência que o jovem seja rapaz ou rapariga, pode sentir o desejo intenso e imenso de querer celebrar com outra pessoa uma relação especialmente afectiva. A adolescência é por excelência uma fase de intensas paixões. Quando esta fase de amor é correspondida pela outra pessoa por quem se está apaixonado/a, pode levar à formação de pares, habitualmente tida como namoro. Os pares de namorados vêem e vivem este envolvimento com grande intensidade e mesmo uma imensa credibilidade na sua duração, pese embora sejam raros os relacionamentos que terminam numa futura relação de casamento. O namoro, mesmo aquele que não termina em casamento é extremamente importante no desenvolvimento afectivo do jovem adolescente. É através deste tipo de relacionamento que o jovem reforça a identificação feminina ou masculina. Estimula no adolescente um sentimento de maior segurança e auto-estima pelo facto de se sentir amado. Esta experiência promove um maior, mais sincero e profundo diálogo entre os pares. E ainda pelo enorme prazer que é o de tornar o outro uma pessoa especialmente importante e mais feliz.

É importante que estejamos atentos e saibamos, que muitos dos jovens adolescentes podem viver com angústia o facto de nunca terem namorado e terem até medo de não encontrarem alguém que goste suficientemente deles, ou mesmo de eles próprios não terem a coragem de mostrar à pessoa por quem estão apaixonados os seus sentimentos e desejos.

Neste sentido a afectividade, é sentimento e aspecto da nossa vida que nós próprios não conseguimos controlar completamente. Com alguma frequência por esta idade acontece querermos deixar de gostar duma pessoa (por não sermos correspondidos) e não conseguirmos, ou então termos deixado de gostar de uma pessoa e ficarmos com imensa pena por esse facto ter acontecido. Podemos ainda sentirmo-nos afectivamente, verdadeiramente atraídos por alguém e não concordarmos com essa atracção.

É habitual que nas raparigas e nos rapazes seja corrente existir uma relação entre a afectividade e a sexualidade. O que significa que este amor que desabrocha seja acompanhado de intensos desejos sexuais. Sendo que as relações sexuais integradas numa relação afectiva, possam ser consideradas mais intensas, ternas, satisfatórias e prazerosas. É importante realçar que nem sempre isto acontece, pois pode-se estar apaixonado sem que se tenha desejo sexual, o que acontece com mais frequência nas raparigas. Pode contudo acontecer o contrário, ter-se desejo sexual sem se estar afectivamente envolvido, o que é mais frequente nos rapazes.

Torna-se difícil definir sexualidade, dada a enormidade de aspectos em que está imbricada. É contudo um pouco mais fácil apontar o seu principal papel.

Ao nível da identificação, é a sexualidade que nos proporciona o sentimento de nos sentirmos bio-psico-socialmente homens ou mulheres.

No âmbito da reprodução, é pelas relações sexuais que (salvo raras excepções) um homem e uma mulher podem gerar um filho.

Na relação amorosa, a sexualidade é uma forma de expressão física do nosso amor. Quando se trata de desejo e prazer, a sexualidade é responsável por desejos profundamente intensos e um prazer desmedido que avassala habitualmente a mente e actividades sexuais, pelo que a sexualidade pode ser vivida integrada numa relação afectiva, de forma responsável, partilhada e em igualdade. Podendo conduzir à constituição de uma família, bem como ao nascimento dos filhos, pode ainda contribuir para o bem-estar e amadurecimento psico-afectivo (Miguel Nuno, 1994; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A sexualidade pode também ser vivida apenas como uma forma puramente Hedonista, à custa do outro/a; através da violação, prostituição e ainda através da própria pedofilia, ou através de relações não consentidas dentro ou fora do casamento.

Por outro lado a sexualidade é um dos aspectos da nossa vida que não conseguimos controlar completamente. Embora possamos controlar o nosso comportamento sexual, isso não impede que tenhamos desejos sexuais que não queríamos ter; por estarem em contradição com as nossas ideias, por poderem estar em desacordo com a nossa relação afectiva, ou ainda por não serem socialmente bem aceites.

Desta forma a sexualidade pode ser um aspecto complexo da nossa vida, em relação ao qual não temos todas as mesmas ideias. E que tanto nos pode perturbar e degradar profundamente, bem como nos pode dignificar, desenvolver e tornar imensamente felizes (Miguel Nuno, 1994; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

As principais transformações passam pelo corpo, pelas relações com os pares, pelas relações com os adultos em geral, pela forma de encarar o futuro, de partir à descoberta do mundo por si mesmos, de encontrarem a sua forma única e *suis generis* de ser e de estar (Melgosa J., 2000; Capellá Alfredo, 2003).

As transformações na adolescência verificam-se também pelo movimento psicológico de afastamento do adolescente face aos pais, e pela procura fora do espaço familiar de novas e diferentes fontes de satisfação.

É na adolescência, que a afectividade, que até aí estava circunscrita à família, se eleva a outros pontos surgindo assim as amizades entre jovens de sexos opostos, os primeiros enamoramentos e paixões vividas com grande intensidade e emoção. A sexualidade é um aspecto destacado na adolescência já que ao longo dela se experimenta um notável aumento no desejo sexual, resposta que não se deve apenas a factores de ordem biológica mas também a factores de ordem psicológica e social. Sendo talvez devido a estes dois últimos factores que a iniciação sexual seja cada vez mais precoce (Melgosa J., 2000, Bastos A., 2001; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

Autores que se dedicam ao estudo desta temática, estão de acordo que a sexualidade é algo de relacional e, se não houver essa relação, deixa de ter o valor que lhe é atribuído na formação do ser humano. No entanto, ela só pode contribuir para a sua formação, se a relação estabelecida tiver como base o respeito por si e pelos outros (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 200; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007). De acordo com Allen Gomes & Miguel Nuno (2000), podemos afirmar que a sexualidade é fundamental na identificação, na reprodução, na relação amorosa, no desejo e prazer do homem e da mulher. Para além de levar à constituição de uma família e ao nascimento de filhos, se houver afectividade na relação sexual, uma afectividade responsável em que a partilha e a igualdade estejam presentes, haverá bem-estar e uma grande maturidade psico-afectiva, naqueles que nela intervêm. Os autores supra referidos aludem, ainda a outras vivências sexuais: a violação, a

prostituição, a pedofilia, as relações forçadas no casamento, onde impera, o egoísmo, o sadismo, a falta de respeito e de amor pelo “*próximo*” e a exploração impiedosa e desenfreada. Não podemos afirmar, categoricamente, que controlamos a nossa sexualidade, porque ela é um aspecto muito complexo da nossa vida. Podemos controlar o nosso comportamento sexual, mas, muitas vezes e inconscientemente, temos desejos sexuais que não queríamos ter. A sexualidade é influenciada por inúmeros factores físicos e psíquicos, factores esses que não controlamos e que têm uma grande influência nos nossos desejos e nas nossas relações sexuais. A sexualidade e a educação sexual têm a ver com o nosso corpo, com a nossa expressão e imagem corporal, com o nosso maior ou menor conforto em relação a ele, com a descoberta dos outros e com as relações que estabelecemos com eles. Deveria ser impossível desligar a sexualidade dos afectos, mas para além do prazer e da comunicação interpessoal, a sexualidade abrange a reprodução, os aparelhos reprodutores, a fecundação, a gravidez e o parto, a maternidade e a paternidade. Não podemos nem devemos encarar a sexualidade só como sinónimo de reprodução, como acontecia no passado. A sexualidade quando intimamente ligada aos afectos, torna-se por vezes mais complexa, na medida em que há expectativas que não se realizam, o que leva, muitas vezes, à frustração e a frustração leva ao insucesso afectivo, intelectual e social que é responsável, não raras vezes, pela insegurança e pelo desequilíbrio da criança, do jovem e do adulto. A educação sexual que se teve na família e na escola tem uma grande influência na imagem que temos de nós próprios. Se o jovem teve uma educação sexual, assente no desenvolvimento de competências de conhecimento de si e dos outros, tem maior segurança em si próprio, o que o leva a ter uma auto-estima positiva indispensável à sua segurança e ao seu equilíbrio, na relação que estabelece com os outros, na escola e na sociedade, onde se irá integrar (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007). Não podemos afirmar que a educação sexual é suficiente para a formação pessoal e social do ser humano, mas que dá um grande contributo para essa formação, lá isso dá. A falta de informação sobre a sexualidade leva, muitas vezes, a gravidezes não desejadas, a contrair doenças de cariz sexual, algumas até mortais com a SIDA e a Hepatite B e outras que, não sendo mortais, deixam sequelas físicas e psicológicas para toda a vida. Para além disso, pode estar na base de bloqueios e outras disfunções graves que, apesar de poderem ser vividos individualmente pelo homem ou pela mulher, vão afectar a relação entre eles. A educação sexual nas escolas poderá, ainda, prevenir e detectar abusos sexuais a que muitas crianças estão sujeitas e resolver ou tentar resolver os problemas inerentes a essas situações (Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al.; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007).

Os papéis sexuais são regulados pelas vivências culturais atribuídas às condutas e atitudes características da masculinidade ou da feminilidade. Os estereótipos sexuais confrontam-se com as opiniões socialmente preconcebidas em relação ao sexo, embora os caracteres e os comportamentos típicos dos homens e das mulheres variem de uma para outra cultura e até mesmo dentro da própria cultura (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio; Moore Thomas, 1999; Marques António et al., 2000; Barreto António, 2007). *“O sexo, a identidade sexual, os papéis e os estereótipos sexuais são considerações importantes ao longo de toda a vida. Por sexo entende-se quando uma pessoa é homem ou mulher no plano biológico. A identidade sexual corresponde ao facto de se sentir homem ou mulher no plano psicológico”* (Andrade Isabel, 1996:18 e 19).

Constata-se que, em determinadas comunidades africanas, a agressividade é aceite como normal, declarando-se tanto nos homens como nas mulheres. Todavia, em determinadas zonas montanhosas do Nepal, os comportamentos de homens e mulheres equivalem aos tradicionalmente estipulados às mulheres na cultura ocidental. Já nos Tchambuli na Nova Guiné que habitam as margens dos lagos, os papéis tradicionais da cultura ocidental estão modificados e são as mulheres que se apresentam normalmente agressivas, enquanto os homens são meigos, carinhosos e até afectuosos (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Diamond Jared, 2001; Barreto António, 2007). Também no Ocidente, nem todas as pessoas encaram da mesma forma os comportamentos ligados ao respectivo sexo. Tanto o homem como a mulher podem aceitar bem as atribuições tradicionais dos respectivos papéis ou, por outro, optarem por um comportamento com características associadas ao sexo contrário no seu meio cultural, sem que isso belisque a sua identidade sexual. São disto exemplo as mulheres que optam pela carreira política ou militar, profissões especialmente conotadas com o sexo masculino ou, então, homens que exercem primorosamente os trabalhos domésticos, actividades tradicionalmente relacionadas com o sexo feminino (Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Barreto António, 2007).

A diferenciação sexual é especialmente importante para o ser humano, no entanto, as condutas sentidas como sendo exclusivas da masculinidade ou feminilidade são impostas pelo meio social cultural, político e religioso. As representações adquirem-se depois do nascimento, em primeira instância no seio familiar e logo a seguir no grupo social. O aprendizado dos papéis fundamenta-se num ensino continuado, feito de atitudes e procedimentos sociais em função do sexo biológico. Seguidamente, após o nascimento, é atribuído ao recém-nascido um sexo, em função dos seus órgãos genitais externos. Este sexo irá delinear o destino e definir um dos papéis que será levado a realizar em sociedade. E é quando a criança consegue captar as diferenças fundamentais entre os

sexos, que aceita uma identidade sexual, embora ainda sem saber como controlar certas dimensões associadas ao sexo. Será a partir desta descoberta que a criança irá aprender os comportamentos que se esperam no seu meio cultural pertencerem ao seu género sexual, integrando-os na sua personalidade (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Barreto António, 2007).

No plano psicológico, cada indivíduo adquire a identidade sexual no decorrer dos primeiros anos de vida, seguindo-se um caminho distinto para os dois sexos, o carácter das anteriores relações com o sexo oposto será capital para a adequação dos respectivos papéis no futuro.

A nível social, o noviciado dos rapazes tem a ver com a conquista da autonomia, do autodomínio, da confirmação e do saber-fazer por forma a uma melhor adaptação ao mundo do trabalho. As raparigas estão mais centradas na afectividade, na beleza física e nas competências ligadas aos papéis femininos. A sedução é, pode dizer-se, particularmente encorajada. No plano da orientação profissional, a desigualdade continua a ser efectiva em quase todos os domínios. É, no entanto, notável e gratificante reconhecer que no campo feminino, ao nível do trabalho nas mais diferentes áreas, este se tem vindo a alargar progressivamente (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Barreto António, 2007).

3.3 – Orientação sexual

Aristófanes o mais célebre comediógrafo grego, personagem da obra os Banqueteadores de 427 a. C., diz que no início dos tempos, existiam três classes de seres humanos: o homem duplo, a mulher dupla e o homem-mulher ou andrógino. Mas, tal como na conversa bíblica de Adão e Eva, esses incultos seres ambicionavam subir ao Céu e Zeus admoestou-os, dividindo-os em dois. E, desde aí, cada um dedicou toda a sua vida a tentar descobrir a sua cara-metade.

Pelo que cada um de nós não é senão uma metade que procura incessantemente a sua outra metade. Assim os oriundos de andróginos procuram as metades do sexo oposto, ao invés mulheres e homens-duplos buscam as metades do mesmo sexo. Quando uma metade encontra a sua outra metade jamais se quer apartar dela ou dividi-la, procurando a todo o custo manter a unidade anteriormente perdida. Trata-se de uma parábola no mínimo sedutora, na qual a substância do significado figurativo para muitos até fará sentido, ao ponto mesmo de lhes poder traduzir um conceito mental, anímico e físico, de

amor ideal. Porém, encontrar a outra metade é tão difícil como achar uma agulha num palheiro, o que frequentemente leva ao desespero: *“que é o estado de espírito mais vulnerável à entrega e aceitação de uma metade qualquer, mais ou menos desejada por nós, que importa, se, em desespero de causa, mais remendo menos remendo, qualquer metade nos der ao menos uma sensação de equilíbrio, mesmo instável, mesmo que só de faz de conta, mesmo que provisório. É que, de facto, no pressuposto do mal menor, poucos resistem à tentação de ter uma qualquer metade a complementá-los, em vez de nenhuma metade”* (Rosa João, 2001:6).

Saber como ocorre a determinação da orientação sexual de uma pessoa ainda é um desafio para a ciência. Não existe consenso científico. Como é exactamente este processo e em que período do desenvolvimento do organismo acontece é ainda um mistério. Existem basicamente três opiniões divergentes sobre o assunto na comunidade científica. A orientação sexual é formada ou pela determinação genética, ou pelo ambiente familiar ou ainda pela determinação genética e pelo ambiente familiar (Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003). O modo como o indivíduo aprende a orientar o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinado pela interacção de inúmeros factores hereditários e biológicos, bem como factores de ordem psicológica e sócio-culturais. Porém, muitos investigadores consideram que, regra geral, a orientação sexual se encontra já definida nos primeiros anos de vida. Por outro lado, podemos-nos questionar sobre o porquê de nos preocuparmos tanto com as causas da homossexualidade e nunca com as da heterossexualidade.

Uma das mais importantes mudanças, que o adolescente sofre, ao longo desta etapa do ciclo vital, é a da orientação sexual. Quando se fala de orientação sexual, fala-se do objecto pelo qual o adolescente se sente sexualmente atraído.

O desenvolvimento sexual é um processo contínuo e dinâmico; a capacidade de exprimir significados eróticos no seio de um comportamento social aprende-se, principalmente, durante a adolescência e no início da idade adulta. Para Leitão L., (1990:6), *“a sexualidade é genitalidade, mas é também afectividade, é conhecimento de si e do outro, é projecto, é realização plena de si”*.

Na opinião de Clães M. (1990); Andrade Isabel (1996); Sampaio Daniel (2006); Allen Gomes; Crawford Marta et al., (2007), os contactos sexuais experimentados na adolescência são um fenómeno transitório fundamentado pela descoberta física e pelo interesse na aprendizagem. A frequência de contactos homossexuais na adolescência é reduzida, e muitos deles não se repetirão posteriormente. Os contactos homossexuais entre os adolescentes estão ligados ao carácter aventureiro e curioso do próprio

adolescente que pretende descobrir sempre mais e experimentar novas e diferentes situações, sentimentos e sensações. Vários autores consideram que a passagem para a heterossexualidade passa por uma fase de investimento homossexual (Clães M., 1990; Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007). Apesar de uma maior aceitação e permissividade relativamente aos comportamentos homossexuais, o número de pessoas com orientação homossexual não tem aumentado nos últimos anos. Os rapazes aceitam melhor as relações homossexuais entre os indivíduos do sexo oposto do que no próprio sexo, enquanto que as raparigas aceitam esta orientação de forma similar em ambos os sexos (López e Fuertes, 1998; Capellá Alfredo, 2003).

A bissexualidade reporta-se ao desejo erótico não exclusivo por um dos sexos. Levanta grandes desconfianças e está muitas vezes associado a um certo adesismo. Conquanto não tenha centrado em si a atenção dos investigadores, seria importante saber porquê, já que, à partida, todo o ser vivo é sexualmente ambíguo sobre uma base feminina bissexual (André Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 2000; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003).

De entre os **bissexuais** declarados, há muitas pessoas casadas que descobriram ou aceitaram só muito tardiamente a sua homossexualidade.

Uma das tarefas do profissional de enfermagem em cuidados de saúde primários é a educação e promoção da saúde, que deve ajudar o jovem adolescente a compreender e a aceitar os diferentes comportamentos e orientações sexuais, promovendo nele a distinção e aceitação da variabilidade pessoal dos desejos e comportamentos sexuais e identificando ainda as possíveis repercussões das diferentes orientações sexuais quer a nível pessoal e social. Tendo a percepção de que a orientação sexual não é uma opção e que a sexualidade tem múltiplas exteriorizações, torna-se importante que os jovens compreendam e aceitem esta mutabilidade, contribuindo desta forma para que essa mesma sexualidade possa ser vivida em plenitude e com alegria. A sociedade tende a rotular como anormais (logo, indesejáveis) situações e comportamentos que, em determinado momento histórico, se afastem dos *ditos normais* (Andrade Isabel, 1996; Frade Alice et al., 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Barreto António; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007).

Há, frequentemente, mistura e confusão entre identidade sexual, alusiva ao domínio biológico, e orientação sexual. Esta refere-se à atracção por pessoas quer do sexo oposto (heterossexualidade), quer do mesmo sexo (homossexualidade), ou ainda por ambos os sexos (bissexualidade). É mercê, e em função da orientação sexual, que se fala frequentemente nos termos normal e anormal, desvios e até perversões. Podemos,

contudo, considerar que a normalidade biológica aponta para o complemento anatómico e funcionalidade dos órgãos genitais com a finalidade de conceber, pelo que neste contexto só é possível a relação com o sexo oposto. Vista nesta perspectiva, este tipo de normalidade encaminha-nos para a prática da maioria, enquanto a normalidade moral se apoia num certo ideal de comportamento considerado bom ou mau pelas instituições sociais (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

A chamada normalidade psicológica varia mediante as escolas de sexologia, embora os critérios, vulgarmente admitidos, possam resumir-se a esta definição de Gordon e Gordon, citada por Andrade Isabel (1996:20), que nos diz *“o comportamento sexual normal nos adultos define-se como sendo voluntário, não explorador e consensual. Além de ser agradável e isento de culpabilidade, valoriza e desenvolve a auto-estima”*.

3.3.1 – Heterossexualidade

No que concerne aos comportamentos e orientações sexuais, a heterossexualidade é comumente associada ao padrão de normalidade, o que excluiu à partida, a homossexualidade e a bissexualidade, apesar de já haver indicadores que nos mostram um certo grau de liberdade e tolerância crescente face às situações e vivências sexuais diferentes. A **heterossexualidade** pode entender-se como a atracção erótica para com as pessoas do sexo oposto.

A descoberta do sexo oposto e o desejo da intimidade intensificam-se nesta etapa fluorescente onde impera o fervilhar das hormonas de cariz sexual. Esta intimidade não desperta no adolescente um sentimento de culpa tão forte como a masturbação.

À medida que o adolescente progride e a identidade sexual se afirma, os namoros firmes e as relações de amor entre os adolescentes de sexos opostos, baseadas em sentimentos mais profundos e maior compromisso, assumem um carácter mais frequente e duradouro. As relações com o sexo oposto adquirem, nesta fase, uma nova e vital importância.

3.3.2 – Homossexualidade

Até ao século XIX, a **homossexualidade** era exclusivamente tida como uma questão de moralidade e teologia. Foi depois abordada por vários ramos da ciência e da medicina e foi definida como uma patologia, uma doença psico-fisiológica. Cientistas da saúde mental procuraram a causa da orientação homossexual e tentaram *“tratá-la”*. O objectivo destas intervenções, denominadas *“terapias reparadoras”*, era mudar a atracção

física, emocional e psicológica do paciente por pessoas do mesmo sexo para o desejo pelo sexo oposto, em muitos casos através de métodos cruéis, como a utilização de choques eléctricos. Como é evidente, estas terapias não alteravam a orientação sexual de ninguém, tendo frequentemente consequências trágicas e negativas (Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007).

A homossexualidade só na década de 80 do século XX deixou de ser considerada como doença pela comunidade científica, continuando, contudo, a ser problemática para quem está nela directamente envolvida (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2001 e 2006). Tal como a heterossexualidade, também a homossexualidade é um estado mental. Não há nenhuma doença ou desvio de comportamento ou perversão, como se pretendeu até à algum tempo atrás. Mas, não é raro encontrar pessoas que insistam nisso, mesmo no seio dos profissionais de saúde, entre os quais obviamente se enquadram os enfermeiros. Pelo que em Dezembro de 1973, a APA (Associação Psiquiátrica Americana) propõe e aprova que se retire a homossexualidade da lista de transtornos mentais. Nos anos 90 do século XX, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, onde são identificados por códigos todas os distúrbios mentais, que serve de orientador para a classe médica, principalmente para os psiquiatras, também retirou a homossexualidade da condição de distúrbio mental. Já em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) retira o termo *“homossexualismo”* (que dá a ideia de doença) e adopta o termo homossexualidade. É importante lembrar que, sob o ponto de vista legal, a homossexualidade não é classificada como doença. Pelo que desta forma, os profissionais de saúde, não devem colaborar em eventos e serviços que se proponham à terapia e cura de homossexuais, nem tentar encaminhá-los para outros tratamentos. Quando procurados por homossexuais ou pelos seus respectivos responsáveis para tratamento, os profissionais de saúde não devem recusar o atendimento, contudo, devem aproveitar o momento para esclarecer que não se trata de uma doença, muito menos de desordem mental, motivo pelo qual não podem propor métodos de cura. Existe, contudo, uma infinidade de teorias psicológicas e biológicas tentando explicar a origem da homossexualidade. As teorias psicológicas, bem como as biológicas, são férteis em opiniões e afirmações. Entretanto, nada de definitivo foi apresentado até ao momento. E pensamos que se trata de um estado mental, porventura nenhuma outra conclusão será necessária a não ser esta mesma. Como referimos anteriormente, a homossexualidade é um estado psíquico. O indivíduo com esta orientação não faz opção para ser homossexual. Ele apenas é e não pode, ainda que queira, mudar esse rumo. Pode, sim fazer uma opção no sentido de

negar esse impulso e tentar viver como heterossexual e, assim, estar de acordo com a orientação sexual da maioria. Mas isso terá talvez um choque ainda mais negativo para o seu pleno desenvolvimento emocional. Trata-se de uma situação muito mais comum do que se possa imaginar.

O impulso sexual que um heterossexual tem pela sua parceira é o mesmo que um homossexual tem pelo seu parceiro do mesmo sexo. O que realmente aqui muda é o objecto do desejo sexual. A questão de ser a homossexualidade um desvio ou não está mais ligada a factores de índole cultural, económico e religioso. Todos sabemos que, conforme as necessidades de uma determinada cultura, os valores alteram-se.

A homossexualidade não é uma doença e, portanto, não é contagiosa. O nosso preconceito sim, esse é contagioso e pode destruir. Não devemos esquecer que um homem tem inúmeros papéis ao longo da sua vida. Ele é filho, irmão, sobrinho, neto, cunhado, empregado, namorado, aluno, amigo, tem dons intelectuais ou manuais, pode ser homo, heterossexual ou bissexual. Não se pode avaliar um homem ou uma mulher apenas por uma das suas características, sob pena de perdermos o melhor que ele ou ela têm para oferecer à sociedade. Pese hoje uma sociedade mais tolerante, a homossexualidade continua a provocar intensas reacções. A homossexualidade feminina, é contudo mais consentida, talvez porque as lésbicas se manifestem menos e, porque desprovidas de pénis, não poderão ter contactos íntimos profundos. Assim e na ausência de uma essência científica para estes comportamentos, seria mais fácil adoptar a homossexualidade pelo que ela é, ou seja, como fazendo parte de uma orientação sexual diferente da mais usual (Miguel Nuno, 1994; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel; 2007).

Pode e deve também perguntar-se a que é devida a heterossexualidade, ou seja, a preferência em nos relacionarmos sexualmente com pessoas de outro sexo, pois tanto esta quanto a homossexualidade ou a bissexualidade, são maneiras de expressarmos a nossa própria sexualidade. De facto, em todos os tempos e em todas as culturas houve e há pessoas homossexuais, heterossexuais e também bissexuais. Na verdade, todas as pessoas se podem manifestar nos vários sentidos, pois a sexualidade é a capacidade de darmos e de recebermos prazer, comunicação, afecto, independentemente do facto de as pessoas envolvidas serem do mesmo ou do sexo oposto (Capellá Alfredo, 2003). Tudo depende, como em muitos outros aspectos, da educação, do ambiente social em que vivemos, das diferentes experiências a que associamos o nosso prazer sexual. O que aconteceu e ainda acontece é que algumas culturas por distintas razões, principalmente pelo reconhecimento da sexualidade com reprodução, encaram a heterossexualidade como a norma e a homossexualidade ou bissexualidade como o desvio, às vezes até

como a doença. Por isso, exerceram e exercem atitudes expressivas discriminatórias sobre as orientações sexuais das minorias.

Em síntese os adolescentes **homossexuais ou bissexuais** que sofrem discriminação devido à sua orientação sexual irão exigir informações mais precisas, apoio dos seus pares e intervenções de apoio para os ajudar a aceitar, com sucesso, a sua orientação sexual. É extremamente importante tornar disponível informações objectivas e verdadeiras sobre o tópico da homo e bissexualidade. Essa informação deve incluir formas de prevenção de problemas de saúde para jovens homossexuais e bissexuais, de maneira a que todos: pais, professores, educadores e profissionais de saúde se possam familiarizar com as instâncias de alto risco. Uma outra hipótese é a inclusão de informações reais sobre experiências homo e bissexuais nas aulas e nas matérias de ensino escolar que, regra geral, abordam apenas experiências heterossexuais (Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

Grupos de apoio são o recurso mais valioso para adolescentes homossexuais e bissexuais, especialmente para os mais jovens que lidam com problemas de aceitação menos complicados. A experiência de socialização para estes jovens poderá incluir a aprendizagem através de adultos com o mesmo tipo de orientação sexual. A atenção deve então ser posta na importância das redes sociais para os jovens homossexuais. Pais, professores, educadores e profissionais de saúde podem e devem ter um papel no apoio a estes adolescentes ao impedir o seu isolamento social, o seu isolamento emocional e o seu isolamento cognitivo. Desta forma, os agentes educativos e os profissionais de saúde podem ajudar a prevenir problemas psicossociais. Os conselheiros, no espaço escolar, podem ter um papel importante ao ajudarem os jovens a explorar as suas dúvidas (Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

Hoje talvez seja mais fácil para nós compreendermos os direitos individuais. Entender que o respeito para com eles é fundamental para a qualidade de vida. Talvez seja a única forma de eliminarmos o preconceito e tornar melhor a vida em sociedade. Os jovens demonstram hoje uma atitude mais permissiva a formas minoritárias de sexualidade, tais como a homossexualidade masculina e feminina (Vasconcelos Pedro, 1999; Sampaio Daniel, 2007).

4 – VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Os comportamentos de violência sexual adquiriram nas últimas décadas, um grande impacto social. Hoje, sabemos que estes comportamentos são bastante frequentes e que podem ter consequências graves e até nefastas. Favorece este género de comportamentos (o anonimato e os estilos de vida actuais das grandes cidades, a observação repetida de comportamentos violentos nos meios de comunicação social, a diminuição da pressão moral, etc.).

“As três formas mais frequentes de violência sexual são os abusos sexuais de menores, a violação e o assédio sexual” (López Félix & Fuertes António, 1999:160).

A definição de abuso sexual infantil não tem ainda um carácter universal. Poderá dizer-se que cobre uma área mais ou menos extensa de actividades sexuais, incluindo situações em que não existe contacto físico, tendo por denominador comum a utilização de crianças para a satisfação sexual de adultos ou de jovens significativamente mais velhos do que as suas vítimas (López Félix & Fuertes António, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Os abusos sexuais:

“Devem ser definidos a partir de dois grandes conceitos, o de coacção e o de assimetria. A coacção (através de força física, pressão ou engano) deve ser considerada em si mesma como critério suficiente sempre que tenha lugar com uma pessoa menor. A assimetria de idade impede a verdadeira liberdade de decisão e impossibilita uma actividade sexual comum, já que os participantes, têm experiências, graus de maturidade biológica e expectativas muito diferentes” (López Félix & Fuertes António, 1999:161).

Assim, sempre que exista coacção ou assimetria de idade no sentido proposto, entre uma pessoa menor e qualquer outra, os comportamentos sexuais devem ser considerados de abuso. Para o abuso sexual de menores, são apontados vários factores de risco. O facto de se ser rapariga, é um dos factores que torna mais provável ser-se vítima de abuso sexual. As idades de maior risco são as do início da puberdade, entre os 10 e os 12 anos. Esta é também a idade em que os efeitos dos abusos sexuais são mais severos. A preferência dos agressores por crianças desta idade deve-se ao facto de estas já manifestarem alguns sinais de mudanças pubertárias, mas continuarem a ser crianças, o que os faz sentirem-se atraídos por elas e, por sua vez, com poder para as dominar.

A pobreza, o baixo nível económico e cultural, o isolamento social também pode estar relacionado com os abusos sexuais, o facto de viver numa zona rural, a ausência de amigos e companheiros da sua idade, favorecem o abusador. Os factores mais claramente associados com abusos sexuais são determinadas situações, como a

ausência dos pais biológicos, a incapacidade ou doença da mãe, os problemas entre os pais (conflitos, indiferença, discussões, zangas, separações e divórcios). As relações deficitárias com os pais e o facto de haver um padrasto são factores de risco que aumentam as probabilidades de se ser vítima de abusos sexuais. Estas situações tornam as crianças mais vulneráveis, já que estão menos vigiadas e mais sujeitas a possíveis enganos (López Félix & Fuertes António, 1999; Lamas Dulce et al.; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

É imensa a diversidade de desvios no universo da sexualidade e nem sempre é fácil compreendê-los, pois a sociedade tem tendência para deixar alimentar na escuridão o que censura em pleno dia. Importa referir que os desvios à norma sempre suscitaram uma enorme curiosidade, o que exige a necessidade de explicações mais ou menos científicas, por forma a justificar o que é considerado normal. Correntes *behaviouristas* e *analíticas* tentam decifrá-los pela retenção ao estágio oral, anal ou fálico segundo as perversões, adiantando que a educação familiar e os tabus socioculturais também oferecem pistas para a definição destas práticas (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

O tradicionalismo dos papéis sexuais fazem das raparigas *sedutoras* e dos rapazes *caçadores*. Levada ao extremo, a violação transforma o homem no papel de predador e a mulher na sua presa, colocando o homem na posição de agressor e a mulher na de vítima. Desta imagem, fazem ainda parte a competição, o controlo e o poder sobre o outro, a agressão e a violência são a excitante duma aparente imagem viril. Na infância e na adolescência, o incesto é frequente, deixando sempre marcas muito profundas tanto nas vítimas como nos agentes que as provocam. Quase sempre são o esboço das formas sexuais no corpo da criança e do adolescente que sugerem num dos pais (que sofra de desequilíbrios psíquicos) uma emoção muito especial e intensa, que leva ao acto sexual. O adulto remove a criança e o adolescente da busca de um modelo adequado, abalando gravemente o sentimento de equilíbrio no seio da família. O incesto potencia ainda os problemas quanto à edificação psíquica da personalidade da criança e do adolescente no que concerne aos papéis dos pais, quanto à situação da própria descendência, ainda no tocante à anormalidade desta sexualidade.

O incesto é prática proibida e motivo de repulsa na maior parte das sociedades actuais, parecendo ser um fenómeno universal como ponto de confluência entre o sexual e o social. Poderá, segundo alguns sociólogos, ser este o momento decisivo em que se dá a passagem da natureza à cultura e também a chave para a actividade de intercâmbio entre colectividades, graças ao qual se combina o sistema das alianças e do parentesco. A proibição do incesto preconiza a necessidade de conservar a coesão da unidade

familiar que, pelos laços do casamento possibilita o crescimento, de unidades sociais mais alargadas.

É importante ter em conta que uma criança ou adolescente que tenha sido vítima de um ou mais abusos sexuais, fica para sempre marcado, quer no seu relacionamento interpessoal, quer na sua própria imagem sexual, porque não entende o que lhe está a acontecer, por não encontrar palavras para o exprimir, a criança ou o adolescente, vítima de abuso sexual, encontra-se num estado de abandono, este silêncio seria seguramente mais facilmente vencido, se já estivessem familiarizadas com o seu corpo. Mas é normalmente a rua, o grupo, ou os amigos e a televisão que abordam e tratam a sexualidade, sendo esta, na maior parte das vezes, a educação sexual que as crianças e adolescentes de classes mais desfavorecidas recebem (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007).

A violação *não* é, contudo, universal, prevalecendo nas sociedades onde há dominação masculina e as mulheres têm pouco poder e autoridade. Mulheres, vítimas de violação, sofrem, a curto e a longo prazo, de ansiedade e depressão, com as consequentes noites de vigília, de desespero, de medo e choros, de culpabilidade e vergonha de si (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Os abusos sexuais são uma realidade em Portugal e, como tal, devem ser um factor de preocupação acrescida. Se educar é um processo que tem início com o nascimento, desta forma a educação sexual, deve ser integrada desde esse momento, para tornar as crianças informadas sobre a existência de abusos sexuais e juntamente com a família, a escola, os profissionais de saúde e a sociedade em geral poder prevenir a sua ocorrência. A melhor maneira de educar e prevenir as crianças e jovens contra o assédio sexual é falar-lhes com simplicidade a esse respeito (Prazeres Vasco, 1998; Lamas Dulce et al.; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Sá Eduardo, 2007).

4.1 – O corpo o prazer e a imagem

O corpo é frequentemente solicitado pelas percepções dos sentidos, levar em consideração as suas necessidades é activar os sentidos, dispensando-lhes alimento. O corpo procura satisfazer as suas necessidades essenciais, essa satisfação condiciona a sensação de bem-estar físico. O corpo sabe o que precisa e o que lhe faz bem, pelo que envia sinais. O corpo exige contactos humanos, a proximidade de alguém, o carinho,

sempre que a pessoa se apercebe destas mensagens e as satisfaz, o corpo agracia-a com sensações de prazer.

É de realçar que cada corpo é ímpar, possuindo um atractivo que lhe é próprio, havendo, por vezes, alguma dificuldade em aceitá-lo tal qual é, pois as revistas de moda, os cartazes e anúncios publicitários, confrontam continuamente o jovem com a imagem do corpo ideal. É muitas vezes, este confronto com a beleza perfeita que precipita o jovem para problemas cada vez mais presentes na sociedade actual, como são o caso da bulimia ou anorexia, que trazem normalmente consigo problemas graves do foro neurológico.

Torna-se por isso, premente realçar que as imperfeições são *bem mais* interessantes do que a perfeição modelada pelos cosméticos, produtos de emagrecimento, entre muitos outros. Desta forma, as possibilidades de equilíbrio são imensas. Cada ser humano deve viver estes instantes de harmonia num domínio particular e de uma maneira que lhe é própria. Cada corpo é único e reage de maneira diversa, logo cabe a cada um aperceber-se do género de *movimento* que mais lhe convém e que mais alegria e prazer lhe proporciona, sendo de somenos importância a submissão às normas e aos critérios das performances dos outros (Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Marques António et al., 2000, Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., Sá Eduardo, 2007).

Ao invés de nos esforçarmos por alcançar um fim inacessível, devemos desfrutar do prazer de nos *movimentarmos e repousarmos* quando o corpo emite sinais de fadiga. Administrar estas novas e estranhas aquisições é muito confuso e, tentar dominar os elementos da metamorfose é extremamente difícil. Para tentar controlar e prever estas transformações, o interessado observa-se constantemente ao espelho. E está claro que o que aí vê depende dos dias; umas vezes, aceita-se com entusiasmo narcísico, outras rejeita-se totalmente, outras ainda efectua uma focalização sobre uma determinada parte do novo corpo julgada inaceitável, eventualmente banal mas que pode (raramente) tornar-se patológica, um corpo tantas vezes amado e outras tantas vezes odiado (Sampaio Daniel, 2001 e 2006; Damas Manuel, 2007).

A tomada de consciência do poder erótico do seu corpo e do dos outros e o seu olhar sobre estes territórios ainda desconhecidos podem, por vezes, ser difíceis de assumir e, rapariga ou rapaz, o pré-adolescente pode optar, por vezes, por se trancar atrás de um pudor esquivo que é imperativo respeitar (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta; Sá Eduardo, 2007).

A necessidade de ser notado e legitimado pelos seus pares, os prelúdios da atracção sexual por indivíduos do outro sexo (ou até por vezes do mesmo sexo), bem como os primeiros esboços de sedução impõem aos jovens pubescentes constrangimentos

rigorosos em matéria de vestuário, de penteado e de visual (Andrade Isabel, 1996; Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Sá Eduardo, 2007).

4.2 – Prostituição na adolescência

A prostituição, pode ser definida como a prestação de serviços sexuais, de uma forma vulgarmente clandestina e sem afecto, em troca de gratificação monetária. A prostituição goza de um estatuto dúbio, que não deixa de ser até paradoxal, embora não seja condenada ao homem que a ela recorre, já o mesmo não se passa com a mulher quando convida o cliente. Na verdade, esta arrisca-se às práticas persecutórias por parte dos poderes públicos, através de rusgas, prisão, impostos e multas sobre as casas de passe.

O adolescente em fuga, ou à procura de droga, pode acabar por se prostituir, na tentativa de dar uma resposta rápida às suas necessidades. Outras razões podem estar presentes na revolta do adolescente; contendas familiares, pulsões masoquistas, hostilidade para com os homens, muitas vezes relacionadas com experiências prematuras e ou traumatizantes, podem tentar explicar a busca do pai no chulo ou no freguês. Profundamente ligada aos mais graves riscos psicológicos e orgânicos, a prostituição, encerra em si uma variedade infinita de traumas; perda da auto-estima e auto-imagem, medo, revolta, humilhação, perda da autoconfiança, e, regra geral, o abandono precoce dos estudos. Tratando-se de um negócio francamente lucrativo, os clientes são regra geral homens ou mulheres oriundos dos mais diferentes estratos sociais, com múltiplas motivações.

A pornografia, é outra variante da prostituição, palavra de etimologia grega em que *porne* significa prostituta, mais *graphein* (registro). Esta palavra reenvia-nos para a fruição de imagens com relações sexuais puramente genitais, desprovidas de qualquer vínculo afectivo e ou amor. Um sexo evidenciado pelo irrealismo das imagens e das situações, onde mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos se curvam, às mais repugnantes e insaciáveis fantasias doentias de outros. Para não culpabilizar o consumidor há que degradar a vítima. A pornografia serve a economia, pois rende milhões e compreende uma vasta clientela.

Enquanto profissionais de saúde devemos ter a consciência de que, conforme estudos recentemente realizados sugerem que indivíduos, que *consomem* mais material pornográfico, estão mais predispostos à prática de violências sexuais. Daí a importância em falar desta sexualidade irreal, relacioná-la com os estereótipos dos papéis no sentido

do respeito pela dignidade humana e da responsabilização de cada um, pois quando um indivíduo se projecta nos papéis sugeridos por estes filmes, pode significar que é incapaz de entrar numa relação com o outro, não se respeitando a si nem ao seu parceiro (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Enquanto profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, devemos abordar com os jovens adolescentes esta temática, procurando desmontar as imagens e as mensagens por elas veiculadas fazendo-lhes entender que, *“as imagens pornográficas são fantasmáticas nada tendo a ver com a realidade (tamanho do pénis, gritos de prazer, erecções intermináveis, potências sexuais, insaciabilidade dos parceiros). Um filme pornográfico é como qualquer outro, um filme de ficção, por isso submetido, às regras dos cortes e das montagens. É portanto um grande desajuste face à realidade”* (Andrade Isabel, 1996:66).

5 – PUBERDADE E ADOLESCÊNCIA

5.1 – Puberdade fenómeno enigmático

Ainda que muitas vezes se empreguem como sinónimos, a adolescência e a puberdade não significam necessariamente o mesmo, pois a palavra “*puberdade*” deriva da palavra latina “*pubescere*”, que significa “*cobrir-se de pêlos*” e é o processo de maturação biológica, sexual e reprodutora que se inicia no rapaz e na rapariga. Nela têm lugar o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (pêlos, barba, bigode, menstruação, entre outros). Em termos gerais a puberdade é um momento crucial no desenvolvimento pessoal de cada ser humano.

A puberdade é simultaneamente o mecanismo da passagem da infância à adolescência. Teoricamente, poderemos considerá-la distinta da adolescência, contudo, esta distinção é um pouco artificial, pois os dois fenómenos estão intimamente imbricados cronologicamente e, na sua essência, rapariga ou rapaz, o ponto de partida é o mesmo; tudo se inicia na cabeça. Tal qual o nascimento, a gravidez, a menopausa e a morte, também a puberdade é uma das etapas fisiológicas normais da vida humana. Pode considerar-se uma etapa intermédia entre a infância e a idade *adulta*. Inicia-se com um episódio biológico datado no tempo e, que leva a uma quebra com os tempos antecedentes da infância (Rodrigues Custódio; Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Rosa João; Nodin Nuno; 2001, Sampaio Daniel, 2006).

O *cosmos* interior torna-se adventício e inquietante. Os pensamentos confundem-se e o jovem sente-se dominado por uma avidez sedutora. Surge assim um corpo novo com sensações físicas novas e totalmente surpreendentes. Há, ainda, o processo mental que muitas vezes põe em causa a sua própria identidade.

A nível fisiológico é uma maturação anunciada desde a fecundação. Assanha-se o *fogo* hormonal, que promove diversos intercâmbios entre as glândulas sexuais, o hipotálamo e a hipófise. Este *fogo* extingue-se normalmente passados três ou quatro anos, depois de uma intensa transformação anatómica e funcional do corpo e, evidentemente, do aparelho genital.

Podemos, por tudo isto, caracterizar a puberdade, pela maturação dos caracteres sexuais primários bem como pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários ligados a alterações morfológicas.

Podemos considerar que a puberdade se inicia com a primeira ejaculação no rapaz e com a menarca na rapariga. É importante ter em linha de conta que esta depende de factores endócrinos complexos, já activados na diferenciação sexual do embrião e do

feto, mas mantidos em surdina no período da infância. Como todo o fenómeno biológico, a puberdade obedece a normas quantitativas que dizem respeito à idade. Assim, são, num e noutro sexo, toleradas variações de 2 anos, a partir da média. Pelo que se consideram puberdaes prematuras antes dos 10-11 anos no rapaz e 8-9 anos na rapariga, sendo que, se ainda mais precoces, podem ser consideradas patológicas. Ao invés, toda a puberdade não iniciada antes dos 15 anos no rapaz e 13 na rapariga pode equivaler a um atraso (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Nodin Nuno; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

Puberdade e crescimento estão intimamente ligadas, pelo que a um aumento da estatura sucede, cerca de um ano mais tarde, o crescimento ponderal, acompanhado pela conquista da força adulta. As alterações esqueléticas, relacionadas com o crescimento, dependem das hormonas sexuais. O peso varia com frequência, pois está associado a um exacerbamento do apetite que, regra geral, se associa às profundas modificações metabólicas do organismo. Perante esta excessiva vontade de comer, o adolescente que não tenha apoio pode simultaneamente adoptar dois comportamentos extremos; a bulimia ou a anorexia (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2001 e 2006, Sá Eduardo, 2007).

Para que haja na puberdade um bom desenvolvimento dos mecanismos hormonais, é indispensável que no período da vida intra-uterina bem como no período pós-natal, a função do hipotálamo, da hipófise e das gónadas se tenha realizado normalmente.

Poderíamos dizer que no nascimento se assiste nos dois sexos como que a uma *minipuberdade*, o que constitui uma genuína repetição da futura puberdade. Nos primeiros meses de vida, tanto a testosterona no rapaz como o estrogénio na rapariga atingem valores hormonais muito elevados, no entanto, a puberdade só não se manifesta, dado o efectivo controlo cerebral, que consegue a diminuição da actividade do hipotálamo e a dos receptores dos órgãos que acolhem as hormonas sexuais, fazendo com que a produção hormonal seja acalmada na infância para ser reactivada por altura da puberdade (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Existe como que um *relógio* biológico interno que comanda as actividades inibidoras que permitem a estabilidade das datas bem como dos sintomas pubertários. Há contudo, factores individuais, tais como; a imaturidade do esqueleto, os bloqueamentos do hipotálamo associados a determinadas substâncias inibidoras; o álcool, o tabaco, os opiáceos, as endorfinas, que podem alterar este relógio. Há ainda que ter em linha de conta certas condições patológicas e factores como o stress, a alimentação ou a insuficiência da hormona do crescimento que parecem ser também inibidores.

Por volta dos 11 anos, deflagra como que uma cascata de secreções hormonais onde a hipófise, chefiada pelo hipotálamo, inicia a segregação de hormonas sexuais. Assim, os mecanismos estimuladores das secreções hipotalâmicas excedem os mecanismos inibidores, fazendo-se desta forma a expressão plena da puberdade (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001).

Estas hormonas são substâncias químicas que, circulando no sangue, enviam *recados* muito precisos a determinados órgãos que provocam a segregação de outras hormonas responsáveis pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários. A forma como evoluem os órgãos genitais nos dois sexos, vai classificar os jovens como pertencendo a um ou a outro sexo (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001, Sampaio Daniel, 2006).

Podemos dizer, sem margem de dúvida, que os principais sistemas hormonais do organismo dependem de estruturas localizadas na base do cérebro, imediatamente acima da abóbada palatina.

O hipotálamo é um verdadeiro centro de controlo e de integração que muito precocemente durante a vida embrionária se torna feminino ou masculino. O hipotálamo comanda a glândula hipófise sobre a qual se encontra, esta, por sua vez, tradicionalmente comparada a um maestro, porque é ela que dirige, mercê de hormonas específicas, a actividade da maior parte das glândulas endócrinas e especialmente as sexuais.

Por altura da puberdade, o sistema de comando acorda e estimula os testículos ou os ovários, que começam a produzir as hormonas sexuais. Estas hormonas, por sua vez, vão agir sobre os seus alvos específicos, o que permite a maturação do sistema reprodutor bem como dos caracteres sexuais secundários, voz e pilosidade, morfologia e musculatura específicas (Rodrigues Custódio et al., 1998; Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Todo o conjunto destes processos é indispensável e necessário para a maturação do indivíduo, particularmente no que respeita à obtenção da sua maturidade sexual. Este processo é regido por um calendário que é relativamente flexível. Na puberdade, verifica-se uma maturação sexual, que põe fim à infância e aproxima a jovem da estatura e potencial sexual do adulto e, torna possível aos jovens a experimentação e satisfação do seu desejo sexual e a possibilidade de procriação. *“A puberdade com toda a sua problemática, é um epifenómeno da adolescência”* (Mota Amílcar, 1999:13).

Os acontecimentos da puberdade vão acometer a adolescente da necessidade de alterar a sua concepção mental e a sua atitude perante o seu aspecto físico, ou seja, reconstruir uma nova imagem corporal. A aparência física constitui um aspecto extremamente

importante nesta fase, uma vez que os sentimentos de depressão, irritabilidade e isolamento, tanto nas raparigas como nos rapazes, têm grande probabilidade de se correlacionar com uma imagem corporal negativa.

Do mesmo modo, a procura de um ideal corporal pode levar os jovens, em particular as raparigas, a desenvolver alterações na conduta alimentar, que por sua vez, pode conduzir a um quadro de anorexia ou bulimia nervosa. Esta circunstância, assume particular relevância no período da puberdade, em que a/o jovem necessita de aportes nutritivos superiores.

No rapaz, as alterações surgem, regra geral, um pouco mais tarde e por um período de tempo um pouco mais longo o que de certa forma também explica a diferença de estaturas existentes entre rapazes e raparigas. Assim, a puberdade masculina começa entre os dez e os treze anos, terminando por volta dos catorze a dezoito anos. Nesta óptica o início e o fim da puberdade podem variar bastante dentro destes limites (Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

Nos rapazes, a infância prolonga-se por mais tempo. Contudo, o processo de metamorfose pode operar-se rapidamente. Por volta dos 13 ou 14 anos, o rapaz vai conviver de perto com o seu processo de mudança. Inicialmente, constata-se o crescimento da glândula (extremidade do pénis) e alterações no escroto (membrana que envolve os testículos), ficando mais escuro. O tamanho do pénis, variável de rapaz para rapaz, é com facilidade associado à virilidade e à potência sexual masculina, e é também, frequentemente, tema de troça na conversa dos adolescentes, que expressam desta forma a sua inquietude.

É importante tranquilizar os jovens no que respeita ao seu tamanho e formato, pois além de não interferirem na função ou capacidade reprodutora, também não condicionam o prazer da parceira. Tal qual na rapariga, também o corpo do rapaz vai mudar. Primeiro o rosto, a pele agora menos macia pode trazer consigo borbulhas ou manchas de acne e uma penugem fina recobre cada lado do lábio superior, crescendo depois no queixo e nas maçãs do rosto. Braços pernas e tronco cobrem-se progressivamente de pêlos. A musculatura altera-se e quando a voz fica mais grave, o jovem *aproxima-se* do adulto. Surgem os primeiros pêlos no púbis. As pilosidades axilar, facial e torácica assinalam, por volta dos 16 anos, o fim da puberdade masculina.

5.2 – Atrasos pubertários

Quando nenhum sinal de início se manifesta antes dos doze anos na rapariga e dos treze no rapaz, ou ainda quando os sinais da puberdade estão dissociados, é

fundamental uma consulta de especialidade que permita controlar o estado geral e a ausência de outras patologias, verificando a curva de crescimento.

No mecanismo da puberdade como no quadro mais amplo da adolescência, torna-se difícil separar a parte das modificações hormonais da parte das mudanças psicológicas e da adaptação às novas situações física, social e intelectual. As alterações e modificações pubertárias são, pois, o começo daquilo que a adolescência completará; elas implicam o crescimento do corpo, o tamanho e o peso que serão modelados pelas características sexuais secundárias de cada um dos sexos e implicam ainda a aquisição próxima da capacidade sexual, capacidade de seduzir, de fazer amor e reproduzir-se (Chambon Philippe, 1998; Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Nodin Nuno, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

5.3 – Adolescência uma abordagem global

Em relação à adolescência, encontramos a seguinte descrição num texto da Idade Média, *“Le grand propriétaire de toutes les choses”*, mencionado no livro História Social da Criança e da Família; depois segue-se a terceira idade, que é chamada de adolescência, que termina, segundo Constantino no seu viático, no vigésimo primeiro ano, mas segundo Isidoro, dura até aos 28 anos (...) e pode estender-se até aos 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar, disse Isidoro. Nessa idade os membros são moles e aptos a crescer e a receber força e vigor do calor natural. E por isso a pessoa cresce nessa idade toda a grandeza que lhe é devida pela natureza (Ariès Phillipe, 1992). O pressuposto teórico de que no século XVI a sociedade tinha uma consciência clara da diferença cultural entre infância e juventude foi levantado por Schindler Norbert em a *História dos jovens*, chamando à atenção, porém, para o facto de que essa distinção, correu o risco de ser primeiro sobreposta e depois inteiramente cancelada pela dicotomia neo-patriarcal-autoritária entre emancipados e não-emancipados, entre responsáveis e privados de responsabilidade, levada adiante de modo generalizado na esteira das argumentações da reforma (Schindler Norbert, 1998). Em todos os tempos localizamos, rituais de entrada e de saída nas experiências dos jovens, na sua passagem para a vida adulta. E esses rituais traduziam algumas vezes a aquisição da maturidade que se esperava dos jovens em matéria de casamento, formação de família e iniciação ao mundo do trabalho adulto. Se forem resenhados os factos sócio-económicos conhecidos, seria possível concluir que nos primórdios da Era Moderna existia sem dúvida uma consciência clara da fase juvenil entendida como período distinto da vida, captado não tanto enquanto prolongamento

social mas sim como fase de transição funcional no sentido dos rituais de passagem, ou seja, no sentido de uma progressiva familiarização com as condições da vida adulta e que, portanto, faltava uma clara subdivisão nos grupos etários organizados com base numérica, como naquela que estamos habituados a adoptar, condicionados pelo moderno sistema estatal (Schindler Norbert, 1998). A questão da existência da juventude e da adolescência no início da Era Moderna, assume contornos diversos e mais preciosos, só no momento em que se põe o problema de qual a consciência de que de si teriam os jovens e de quais as formas autónomas de organização de si dariam, tornando-se seriamente a dimensão cultural da sua auto-definição (Schindler Norbert, 1998). Podemos extrair do texto supra referido que no domínio do que se define como adolescência e juventude não estão presentes somente forças que visualizam essas categorias de um único paradigma, numa tentativa de delimitá-las. Estão presentes também aquelas advindas das manifestações de pessoas que entendem esses períodos da vida através das suas próprias experiências. Desta forma consideramos importante ressaltar não só os aspectos culturais nas mudanças acerca dos acontecimentos que marcam a adolescência, mas ainda os factores estruturais e que são internos aos sujeitos, guardando uma relação com a subjetividade que cada vez mais vemos ser alvo de investigações no nosso meio científico. No século XVII, temos o conhecimento de que se conservava naquela época o hábito escolar medieval de ensinar conjuntamente crianças e jovens, e de que já se procurava fazer uma distinção entre crianças e jovens. A partir daí, chegou-se à ideia de uma primeira infância que durava até aos 10 anos, quando as crianças eram mantidas fora da escola. Após completarem 10 anos, as crianças entrariam no período da infância escolar. Em relação às idades superiores a 10 anos, continuou a haver uma indiscriminação na frequência às salas de aula, e esse procedimento foi mantido até ao século XVIII e ao início do século XIX, não havendo uma distinção nas salas entre a 2ª infância 12 a 13 anos, e a adolescência 15 a 18 anos e a juventude 18 a 25 anos (Ariès Phillipe, 1992).

Na Europa Pré-industrial não se distinguia infância de adolescência; também no século XVIII não se aceitava esta faixa etária. Só no fim de século XIX é que a adolescência, que até então se chamava juventude, se transforma num tema dominante e numa preocupação de moralistas e políticos; é nesta altura que as pessoas se começam a questionar seriamente sobre o que a juventude pensa, e a publicar artigos sobre esta problemática. Foi nesta época que a adolescência emergiu como algo que trazia novos valores capazes de levar uma sociedade envelhecida à mudança.

Segundo Ariès Phillipe (1992) o primeiro adolescente moderno típico foi Siegfried de Wagner (Alemão), cuja música exprimiu a mistura de pureza, de força física, de

naturismo, de espontaneidade, levando nesse movimento o adolescente a ser o herói do século XX, sendo este visto e considerado como o século da adolescência. Tem-se a impressão, portanto, de que, a cada época correspondeu uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana; a *juventude* é a idade privilegiada do século XVII, a *infância* do século XIX, e a *adolescência* do século XX (Ariès Phillipe, 1992). Podemos afirmar que terá sido o autor supra referido quem terá feito desabrochar a adolescência, fazendo surgir a consciência de ser jovem, o sentimento de pertencer a um grupo com preocupações e aspirações comuns; contudo só se tornou um fenómeno geral na Europa no fim da primeira guerra mundial.

A partir de então, dá-se o desenvolvimento da adolescência tendo como barreiras a infância e a maturidade adulta. Passou-se assim de uma época em que não existia adolescência (ou esta não tinha importância) para o século XX, onde passa a ter importância máxima levando a que seja considerada uma idade favorita. A adolescência, palavra de origem latina que significa crescer, mudar, nem sempre teve a representação simbólica que dela temos hoje. É possível identificarmos diferenças na sua compreensão como um conceito, mas também não podemos falar de uma adolescência apenas. Este facto caracteriza-se em qualquer época, uma vez que no critério da realidade, havendo diferenças de classes políticas, económicas e culturais, impõe vivências distintas às pessoas, de acordo com o lugar em que se encontram na sociedade. Com base nestas diferenças, os adolescentes têm uma representação de si e da sociedade baseada numa visão particularizada das suas experiências e de acordo com a sua história de vida. A vivência da adolescência para uma pessoa da classe média-alta é diferente daquela de uma pessoa pobre, se considerarmos os factores externos, que facilitam, à primeira vista, acesso à educação, à cultura dominante, aos processos de saúde, etc. É a lógica da exclusão das camadas inferiores da nossa ordem social, económica, política e cultural a todos os níveis (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Barreto António, 2007). Surge a necessidade de agrupar os alunos com base em alguns critérios, como, por exemplo, o da idade, foram-se configurando, a partir dos ideais da burguesia, turmas discriminadas em relação à infância, adolescência e juventude. Segundo Ariès Phillipe (1992), a difusão entre a burguesia de um Ensino Superior, da Universidade ou de grandes Escolas contribuiu para separar nas escolas os adolescentes dos jovens. A abrangência de aspectos cognitivos e afectivos, nas idades que marcam a infância e a adolescência, deve-se em grande parte a iniciativas da burguesia no âmbito escolar. A ideologia, apesar de na prática pelo que conseguimos vislumbrar nos factos históricos, promover algumas segregações, principalmente de ordem económica, reforçava o lema da escola para todos. No entanto, nem todos os

adolescentes da época, à semelhança dos nossos dias estavam nas escolas, pois encontravam-se inseridos nas forças de produção. Actualmente, além de um discurso jurídico, cultural e biológico em relação ao adolescente, é também, abordado este tema, pelo prisma da Psicologia e da Psicanálise, Antropologia e Sociologia. Estas disciplinas podem aproximar-se da realidade dos adolescentes, a partir da sua eficácia prática; leis específicas, garantias de direitos e indicação de programas de saúde e de educação, promovendo, desta forma, oportunidades de eles se desenvolverem pessoal, profissional e culturalmente na sociedade em que vivem. A partir de discussões, expectativas, características e dificuldades que fazem parte da dinâmica de vida dos adolescentes, podem, estas disciplinas, coordenar, as suas interacções, num quadro com medidas e providências importantes ao crescimento subjectivo, físico e social de cada jovem. Os adolescentes de hoje, como o maior contingente proporcional entre 10 a 19 anos de idade na história, chegam à idade adulta num mundo bem diferente daquele em que cresceram os seus pais e avós. Embora o ritmo das mudanças varie de uma região do mundo para outra e até mesmo na mesma região, a sociedade transforma-se ampla e rapidamente, criando uma série vertiginosa de novas possibilidades e de novos desafios para juventude (Capellá Alfredo, 2003). Levisky David, (1995), refere-se às mudanças que ocorrem nas sociedades e que marcam definitivamente a vida actual, da seguinte forma; as restrições impostas pela sociedade à libertação sexual estavam relacionadas, num passado recente, a questões de ordem moral, aos riscos de uma gravidez indesejada e de doenças de cariz sexual. Hoje, a moral sexual é mais livre e compreensiva. Em contrapartida, a grande restrição actual é consequente, ao ponto de ser uma ameaça real ante a proliferação do VIH/SIDA. A idade média de iniciação sexual dos adolescentes, de ambos os sexos, sugerida por várias investigações está em torno de 15-16 anos, tanto no Brasil como nos EUA e Europa. Porém, mesmo assim, é um sinal de que é preciso olhar a pessoa do adolescente de forma a proporcionar-lhes familiar e socialmente mais condições de respeito e dignidade. Na adolescência há um encontro com a sexualidade, que, por sua vez, organiza para o jovem a sua posição nas relações consigo e com os seus pares. Há uma divergência quanto à sexualidade no homem e na mulher que se destaca na adolescência e tem que ver com a organização psíquica tal como se mostra num e noutro, pois a adolescência não é a simples realização psíquica da puberdade fisiológica. Para a rapariga, a puberdade assinala o que pode ser visto pelo outro. A experimentação pelo adolescente de vários modelos de identidade leva-o a tornar-se adulto. A respeito do envolvimento do adolescente com os seus pares, na identificação com um determinado grupo e, ou líderes, acredita-se representar o confronto com as suas fantasias destrutivas, num processo de ter,

posteriormente a esta, o seu domínio. A sexualidade do adolescente, é vista como exploratória, não integrando os prazeres da mutualidade e as responsabilidades concomitantes, típicas da genitalidade. Uma questão levantada por Levisky David (1995), a esse respeito é a de que quando prevalece o prazer sensorial, sexual ou agressivo a vida afectiva e simbólica, o investimento noutras áreas da vida afectiva e do conhecimento torna-se empobrecido. Segundo Aberastury Arminda et al., (1990); Sampaio Daniel (2006); Allen Gomes; Sá Eduardo (2007), nas últimas décadas os jovens impuseram à consciência do adulto e da sociedade a necessidade de os compreender, a qualidade do processo de maturação dos primeiros anos, a estabilidade nos afectos, a quantidade de gratificações e frustrações e a gradual adaptação às exigências ambientais vão marcar a intensidade e a gravidade dos conflitos na adolescência. O combinado que configurou, cada uma a seu tempo, as categorias hoje consideradas de adolescência, juventude e infância contou com a ajuda da história no seio das culturas e das sociedades. As discriminações que ao longo do tempo permitiram que cada uma dessas categorias se tornasse distinta umas das outras, dando-lhes significações próprias, não desfizeram, contudo, as interligações entre elas, quando pensadas como passagens importantes na trajectória de vida das pessoas. Adolescência é tempo de contestar, experimentar, correr risco, de mudar, de crescer e de viver. Ser adolescente é estar em transformação, vivendo em constante *metamorfose*. A adolescência é, uma etapa da vida que abrange múltiplas áreas; psicológica, biológica e sociológica, ela não só influencia, como sofre influência desses espectros da vida e da própria sociedade onde se insere e com a qual co-habita. Isso quer dizer que as mudanças e transformações culturais e sociais que vão acontecendo ao longo do tempo interferem nesta etapa evolutiva, dando-lhe um colorido especial e sempre muito actual.

Para a antropóloga Barbara Glowczewsky (1995) citada por Poly Marie & Pagès Jean (1999: 17), a adolescência é um espaço intermédio entre a infância e a idade adulta que é preciso, *“explorar através das práticas e dos discursos dos jovens daqui e de outros lugares:*

entre puberdade e maturidade, entre ritos e mitos, entre desejo e agir, entre sentimentos e julgamentos (...) mas pode-se continuar a lista, entre feminino e masculino, entre alegrias e penas, entre dependência e autonomia, entre solidão e solidariedade, entre medo e audácia, entre pudor e provocação, entre passado e futuro, entre amor e amizades, entre vida e morte, etc.”

A maturidade social é sempre precedida de um estatuto intermédio, *nem criança nem adulto* (Sampaio Daniel, 2006). Abandona-se esta idade graças a rituais mais ou menos longos que lhe permitem aderir ao estatuto de adulto, aos seus encargos e às suas considerações.

A adolescência é o momento em que o indivíduo é confrontado com os critérios atribuídos ao seu sexo e aos desempenhos sexuais que lhe devem estar associados. Todas as sociedades e culturas humanas têm ideias muito precisas do sexo masculino e feminino, bem como das normais relações entre ambos. No entanto, estes conceitos variam de cultura para cultura e foi, exactamente, esta diversificada constatação que conduziu ao estudo dos mecanismos de identificação pelos quais os indivíduos se integram mais ou menos facilmente nos modelos sexuais que a sua cultura lhes tenta impor (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio; Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Diamond Jared, 2001; Barreto António, 2007).

Terá sido neste contexto que investigadores como Elisabeth Douvan (1986); Robert Stoller, (1989) referidos por Poly Marie & Pagès Jean (1999), se propuseram separar a identidade sexual que se refere ao biológico, constituição genética e anatómica, e a identidade sexual, que remete para a dimensão adquirida, psicológica, cultural e social da percepção do feminino e masculino, opondo-se, assim, a natureza e a cultura; o sexo biológico e os intermináveis marcadores que sugerem a diferença.

Na cultura contemporânea, os rapazes terão sobretudo, dificuldade em afirmar a sua virilidade que teima em lhes ser sonogada se não corresponderem a um determinado número de critérios. Embora o reconhecimento da identidade feminina seja usualmente mais fácil, são no entanto os desempenhos sexuais que lhes levantam as maiores dificuldades devido à ambivalência dos modelos propostos, que opõem uma tradição de *passividade feminina* a exigências modernas de dinamismo sexual (Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Macpherson Ann; Diamond Jared, 2001; Capellá Alfredo, 2003).

O desenvolvimento progressivamente mais longo, faz com que o jovem adolescente chegue cada vez mais tardiamente ao mercado de trabalho. Vista desta perspectiva, M. Fize (1994) citado por Poly Marie & Pagès Jean (1999:26), refere que *“fora do tempo social e das suas realidades, a maturação social é assim contrariada e, conseqüentemente, talvez a maturação mental.”*

Terá sido no seio da burguesia que, durante o século XIX nasce a família moderna, que sucedendo ao tradicional modelo patriarcal se concentra à volta do modelo *nuclear*, ao aparecer este tipo de família, os laços de amor tornaram-se mais importantes que os laços de sangue, o que veio alterar as normas e as proibições que governavam a união dos parceiros sexuais, concebiam paixões e a sexualidade.

Foi nos Estados Unidos no decorrer dos anos 50 século XX, que com o contributo da etnologia, se principiou a entender melhor a dimensão cultural e sociológica da adolescência.

Em França, Morin Edgar (1963), sublinhado por Poly Marie & Pagès Jean (1999), definia, as características de uma *nova classe de idade*. Foi, contudo, preciso esperar pelo Maio de 1968, para ver que a alma das manifestações eram essencialmente estudantis, que através deles a sociedade exprimia de novo e violentamente uma enorme vontade de mudança. Se Maio de 1968 modificou radicalmente a relação com o poder e a autoridade, se o slogan é *proibido proibir* constituía talvez a maior exigência da altura, foi, sobretudo, na família e nas escolas que as consequências disso se tornaram mais amplamente difundidas e visíveis, foi especialmente aqui que a banalidade e o quotidiano foram contrariados.

Se o proibido é sufocante ou destruidor quando excessivo, ele é, igualmente, necessário e estruturante para que as novas gerações possam apreender o mundo adulto e integrar-se nele, fazendo-lhes reconhecer que a sociedade, por definição, é também um sistema de obrigações. O que implica obrigatoriamente que os jovens reconheçam, identifiquem e aceitem globalmente as leis. É o que assinala, ao nível da família, o sociólogo Fize Michel citado por Poly Marie & Pagès Jean (1999:28), *“os pais e as mães (...) à falta de referências, não podendo apoiar-se num stock de valores e de princípios claros, fazem uma espécie de bricolage educativa, misturando regras tiradas da sua própria educação, conselhos de intuição, e em concertação (por vezes oposição) com os seus filhos, tendo-se tornado a argumentação uma das formas superiores do funcionamento da família moderna.”*

Os adolescentes continuam a criar e a viver uma cultura que lhes é natural, cujos valores de convivência, particularmente dados pelos seus pares, são frequentemente resistentes ou desalinhados em relação aos valores tradicionais da família. A nova subcultura adolescente é procurada, cortejada, invadida, perseguida. Geralmente o mundo dos adultos volta-se cada vez mais para um sistema de referências que está ligado ao universo adolescente, porque estas referências, sinónimo de gracejo, de emancipação, de independência e mesmo de volúpia, têm uma forte componente positiva. Este confiscar de valores que são, regra geral, apanágio da adolescência manifesta a recusa dos adultos em envelhecer (Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Diamond Jared, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

O desemprego, como toda a instabilidade geográfica, profissional e sociológica das estruturas familiares, gera tensões que amplificam outras dificuldades. A incerteza das perspectivas do futuro profissional constitui uma fonte de grande angústia quer para os adolescentes quer para os seus pais, criando uma conjuntura que leva os jovens a vivenciarem uma enorme tensão escolar onde o sucesso e a corrida ao diploma é tanto mais importante quanto mais incertas são as saídas profissionais.

A organização social e familiar alterou-se profundamente. Enquanto na grande maioria das sociedades, os projectos conjugais não se subjugam aos sentimentos dos futuros esposos, a nossa sociedade insiste em fazer sistematicamente coincidir amor e vida conjugal. Desta forma, os casais que resultam da vitória deste projecto romântico tornam-se infelizmente muito menos estáveis e mais frágeis do que aqueles que são fruto de um contrato mais realista de homogeneidade cultural, social, alianças familiares e interesses económicos partilhados. Na panorâmica actual do que deve ser uma família, várias referências culturais coexistem, contradizendo-se (Ploy Marie & Pagès Jean, 1999; Marques António et al., 2000; Barreto António, 2007).

Podemos dizer que as crianças são sensuais e adoram viver, pelo que desfrutam de um prazer ilimitado com tudo. Esta ansiedade de viver em liberdade vai-lhes sendo afunilada com o decorrer do tempo e o passar dos anos. A sociedade impõe-lhes regras, tentando adaptá-las ao mundo dos adultos, pelo que irão verificar que aquela esfera sensual, ocupa uma insignificante parte.

O poder normativo instituído torna os jovens menos espontâneos e também menos ingénuos, no entanto, sentimentos e ideias caladas neste período não significam que os adolescentes tenham ficado esquecidos.

O valor das emoções e imagens corporais é conservado na memória, e claro está a actividade sexual também não desaparece. Não podemos portanto, esquecer que todas estas informações continuam a interferir nas actividades e condutas de vida diária.

No contacto outras com crianças, vão-se deparar com outras e diferentes formas de expressão corporal, concentrando-se em jogos relacionados com os estereótipos, por eles associados a um ou outro sexo.

O estilo de vida e os valores de cada pessoa são afectados pelos acontecimentos históricos e muito mais que em outros períodos de vida, a adolescência apresenta resistência em relação à mudança social. No entanto as várias instituições relacionadas com a adolescência sofrem várias evoluções, levando a uma modificação considerável da experiência para com o adolescente.

O adolescente das sociedades industrializadas de hoje, demora demasiado tempo a obter o *status social* de adulto e a integrar-se no mundo do trabalho. Assim a adolescência prolonga-se no tempo e os adolescentes são cada vez mais tardiamente *adultos*.

5.4 – Sexualidade na adolescência

Desde muito cedo há uma simbiose quase perfeita entre sonho e sexualidade. Os primórdios da construção sexual, devem ser procurados na relação mãe-bebé. O prazer que ambos tiram dos seus encontros, desencontros e reencontros, é pedra de toque na vida afectiva e relacional da criança, nela incluindo a que virá a ser a sua vida sexual. A harmonia perfeita da relação, o sentirem-se emaranhados, pelo contacto das suas peles, o prazer dos cheiros e dos sabores da mãe, ainda o prazer da mamada, os prazeres do banho, de ouvir a mãe, tudo isto se vai agrupando na sua memória afectivo-cognitiva corporal (Rodrigues Custódio, 1999; Salgueiro Emílio; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

“A chamada cena primordial, vai sendo construída pela criança a partir do sentimento iniludível de que existem momentos de grande intensidade afectiva e excitação entre os pais, que conduzem a uma aproximação corporal, onde está implícita uma ideia de junção, de encaixe mútuo, de penetração ou inter-penetração que se acompanha de prazer, a criança sente-se perturbada, excitada, mas, sobretudo, radicalmente excluída desta situação” (Salgueiro Emílio, in Pedro João Gomes & Barbosa António, 2000:75).

A sexualidade infantil, tem em parte algum peso na sexualidade do adolescente, isto porque, em relação à sexualidade as coisas vivenciadas na adolescência são suficientemente importantes, para que alguns problemas que tenham, eventualmente, surgido ao longo da evolução da infância e da sexualidade infantil, possam ainda ser superados (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Acreditando que há uma divisão um pouco académica e de interesse social entre infância, adolescência e idade adulta e, finalmente, a terceira idade, podemos dizer que a adolescência se inicia pelo período a que se chama puberdade. Todo o conjunto de transformações físicas, psicológicas e sociais é considerado o processo adolescente. Ao longo deste processo, hão-de passar-se coisas muito díspares; a modificação da relação com os seus pais, com os seus companheiros e também todo o problema da identidade sexual, que deslizando pelo amor e pela sexualidade, se propõe atingir o que se considera ser o final da adolescência, experimentando a autonomia, a identidade pessoal e o seu próprio sistema de valores que lhe permitam decidir livremente aquilo que quer e aquilo que não quer (Marques António et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

As mensagens que os pais possam transmitir relativamente à sua própria sexualidade são fundamentais para a maturação sexual do adolescente. O exibicionismo nesta fase de crescimento e desenvolvimento também é perfeitamente normal. A sexualidade adolescente organiza-se a partir das experiências que o adolescente vai tendo no seu

contacto com os pais ou figuras parentais, bem como no seu contacto com o grupo de jovens. São fundamentais todas as interações que se vão operar entre o jovem e o seu grupo, podendo dizer-se que um jovem que passa a sua adolescência isolado, será provavelmente um jovem com um potencial acrescido de dificuldades na área da sexualidade, com problemas em assumir a sua autonomia e a identidade sexual. É neste sentido, que a sexualidade se vai organizar em experiências e em valores. Este evoluir na adolescência é, contudo, feito de avanços e recuos (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Se, porventura todo este processo se desenrolou de uma forma saudável, poderemos dizer que a sexualidade juvenil evolui sem grandes reboiços. Embora tenhamos alguma tendência para falar da adolescência patológica, problemática, não devemos esquecer que a adolescência é sobretudo festa, descoberta, invenção e é extremamente importante que tenhamos a ideia de que na grande maioria dos casos, tudo isto corre muito bem, sendo muitas vezes os adultos que têm grandes fantasmas, especialmente no campo da sexualidade do adolescente (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Do exposto, depreende-se que no final da adolescência o jovem tem a sua identidade e relação sexual estável ou quase estável, tem um projecto e capacidade de decisão, uma ideia sobre o seu futuro, bem como capacidade e assertividade para poder, assente num sistema de valores construídos, decidir sobre esse projecto, e em relação à sua própria sexualidade (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Podemos considerar que o sexo é uma das actividades relacionadas com a saúde que afecta toda a gente, pelo que provoca debates especialmente inflamados (Macpherson Ann, 2001; Capellá Alfredo, 2003). Um ex-primeiro-ministro da Grã-Bretanha, citado por Macpherson Ann (2001:24), adoptou a posição que apresentamos, relativamente à saúde sexual dos adolescentes:

“Gostava que ficasse bem claro que penso que os jovens não deveriam ter relações sexuais antes dos 16 anos. Estou convicto desta minha opinião, mas sei também que, por muito que desaprovemos, esta é uma realidade com que nos deparamos. Não devemos condenar as suas opções, mas sim estar prontos a ajudá-los a evitar os riscos que advêm dos seus comportamentos. Na realidade, o sexo desprotegido é perigoso em qualquer idade”.

Os meios de comunicação social pretendem, diariamente *confundir-nos* com informação que coloca lado a lado sexo e violência, *esquecendo deliberadamente* que o sexo deve ser algo maravilhoso, respeitosa e divertido e especialmente agradável. Vejamos que muito embora se condene veementemente a ideia de matar, mutilar ou desfigurar

peçoas, imagens destas dimensões passam livre e constantemente na televisão. Porém, imagens de sexo educativo-formativo não aparecem, desta forma permitimo-nos criticar a actividade sexual, que seria difícil de criticar não fora o facto de aparecer ligada à violência. Como profissionais de saúde responsáveis, temos o dever de procurar formas de promover a saúde sexual dos jovens, ao invés de a tentar moralizar inadequadamente (Macpherson Ann, 2001; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Sabendo que os adolescentes, gostariam de ter acesso a informações sobre sexualidade e contracepção, e ainda sobre os sentimentos e formas que promovem um relacionamento positivo com os seus pais, parece-nos indispensável que os enfermeiros (especialmente os que trabalham em cuidados de saúde primários) adquiram formação no âmbito da sexualidade por forma a promover a saúde sexual dos nossos jovens adolescentes (Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A confidencialidade é uma das mais importantes armas no processo de prevenção de e promoção da saúde nesta área, pois é para os jovens motivo de condicionamento para recorrer ou não à consulta, obtendo informação sobre sexualidade e contracepção. É indispensável que todos os profissionais de saúde subscrevam e interiorizem esta forma de promoção, pelo que se torna necessário que o assunto seja lembrado em todas as reuniões. Sendo igualmente importante que adultos e jovens tenham acesso a esta forma de atendimento (Serrão Daniel e Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001, Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Sendo a contracepção outro dos motivos que leva mais jovens a procurar o profissional de saúde, é fundamental que este saiba adequadamente esclarecer sobre os métodos contraceptivos, e a forma de os adquirir, incluindo a contracepção de emergência. A sexualidade dos adolescentes deve ser encarada, como parte integrante do contexto da vida quotidiana, e não compartimentadamente. Sendo a família, nomeadamente os pais, um dos agentes de sociabilização mais importante nos jovens adolescentes, é indispensável fomentar e promover esta relação, fornecendo também informação aos pais acerca da sexualidade, contracepção e contracepção de emergência (Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Os pais devem saber que os filhos têm o direito de escolher livremente a sua equipa de saúde, e que estes devem, se assim o entenderem, ir sozinhos à consulta, o que lhes permitirá tornarem-se mais responsáveis pelas suas atitudes e pela sua saúde.

Todos sabemos que mesmo antes da criança independentemente de ser rapaz ou rapariga dominar a linguagem, ela aprende a brincar e a tirar partido do seu órgão sexual (Alvim Francisco, 1986; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Estes aspectos, que fazem parte da masturbação infantil, prolongam-se pela adolescência, não devendo ser considerados anormais. Bem pelo contrário, têm a ver com a tentativa do jovem dominar o prazer da excitação sexual e o ensaio para a resolver. A masturbação é uma fase indispensável para a criança atingir o completo e normal desenvolvimento. Estudos indicam que a criança que não se masturba dá indicações de algo de grave e anormal se estar a passar. Lentamente, a criança reduzirá essas práticas às estritamente indispensáveis ao seu equilíbrio. Há que considerar que a falta de boas relações afectivas com os pais pode fazer com que a criança procure na masturbação uma compensação ao que lhe falta. Devemos promover uma relação de abertura com os jovens, sem jamais nos tornarmos paternalistas. Enquanto profissionais de saúde, temos o dever de aconselhar e apoiar as jovens que ficaram grávidas, quer elas assumam ou pretendam interromper a gravidez. A ignorância sexual pode ser um risco de gravidez na adolescência (Alvim Francisco, 1986; Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Grande Nuno, 1999, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

No tocante à aceitação dos papéis sexuais, compatíveis com o que a natureza dá, é preciso saber que a característica da sexualidade viril é a actividade que empreende, e que o carácter essencial da feminilidade é a passividade receptiva. É, no entanto, indispensável compreender que a função sexual de um sexo assegura a do sexo oposto, exactamente por serem complementares (Alvim Francisco, 1986; Moore Thomas, 1999; Diamond Jared, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A cultura Ocidental assenta na divisão dos sexos como duas essências distintas, *“A masculinidade é valorada como principio superior e termo de comparação. A feminilidade como “falta”. A homossexualidade como uma “batota” no jogo dicotómico, o que leva à estigmatização do homossexual como “feminino” e da lésbica como “masculino”. Na base disto quem reproduz e quem não reproduz”* (Almeida M. Vale, 1993:3).

A sexualidade, em sentido lato, confunde-se com o *Eros*, ou força de vida, que promove, aproxima e liga os seres vivos, opondo-se ao *Tanatos* ou força mortífera (Moore Thomas, 1999; Salgueiro Emílio, 2000).

Quando nascemos estamos já biologicamente *equipados* para a sexualidade, onde órgãos e as suas funções estão em potencial, no entanto só se actualizarão, mercê de longos e complexos processos de maturação biológica e psicológica, e de relacionamentos afectivos com pessoas que nos preferiram, e que também nós fomos preferindo como parceiros singulares da nossa vida (Salgueiro Emílio, 2000; Diamond Jared, 2001; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

A jovem adolescente amadurece hoje em média dois anos mais cedo que o rapaz. Procura fortificar a sua feminilidade, prorrogar os encontros sexuais e seleccionar um parceiro adequado para poder ter a sua primeira relação sexual, o que ocorre de forma progressiva. Vai experimentando os seus limites gradualmente. Os rapazes procuram encontros sexuais com mais ansiedade, geralmente, persuadindo as raparigas. No nosso meio, há uma tendência do jovem em experimentar sensações sexuais com outros da sua idade, sem necessariamente procurar uma relação sexual propriamente dita. A perda da virgindade continua a ser um marco importante para os jovens. É um ritual de iniciação sexual, que pode ser vivenciado com orgulho ou com culpa excessiva, de acordo com a educação e tradição da família. Inicialmente, os jovens tentavam apenas um envolvimento sexual, testando as suas novas capacidades e reacções frente a sensações até aí desconhecidas. É a redescoberta do corpo. Só depois procuram o envolvimento afectivo complementar passando a conviver não apenas em grupo, mas também aos pares.

Nos tempos da super informação, com a internet, a globalização, a pouca censura nos meios de comunicação social, há um apelo sexual frequente e precoce, expondo os jovens a situações ainda não totalmente por eles compreendidas. Os adolescentes falam como adultos, querem portar-se como tal e ter os privilégios da maturidade. No entanto, falta-lhes a experiência, a responsabilidade e o significado real de um envolvimento sexual. A gravidez de risco é na adolescência, infelizmente, um dos resultados mais desastrosos desta faixa etária. A pouca informação de qualidade e o respeito precário dos adultos perante as necessidades dos jovens são os verdadeiros responsáveis pelo falso e ilusório desenvolvimento do jovem adolescente.

“A sexualidade podemos dizer, que está presente e acompanha-nos ao longo de todo o ciclo vital. E é na adolescência que a sexualidade se manifesta de uma forma profundamente mais intensa e clara, começando a estabelecer-se a ligação entre sexualidade e a afectividade” (Miguel Nuno, 1994:21).

A Sexualidade é tendencialmente, mais um dos aspectos confusos e complexos da vida do jovem adolescente. Toda a pessoa saudável tem desejo sexual, pois ele faz parte da raça humana. Temos essa necessidade da mesma forma que precisamos de dormir, comer, conviver com os amigos e evitar a dor. A sexualidade, não se refere apenas a comportamentos, abrange a identificação sexual que se processa através da socialização realizada pelos diversos agentes sociais e nos diversos contextos a que o indivíduo pertence, nos quais a educação sexual é um contributo indispensável na promoção do desenvolvimento global da pessoa. Os conceitos que temos do mundo e da vida assumem uma importância decisiva quando enquadradas na educação da sexualidade

humana (Menezes, 1990; Suplicy M., 1995; Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Allen Gomes; Crawford Marta et al., 2007).

E será no contexto rico mas profundamente instável da vida interior que caracteriza a adolescência, onde frequentemente se misturam a curiosidade, o desejo, as incertezas e inseguranças, a atracção e a vertigem do imediato, que os jovens têm de aprender a conduzir os seus próprios processos evolutivos. Este projecto dinâmico vivido pelo jovem adolescente será condição indispensável à realização de qualquer projecto de vida (Ferreira M. F. Moreira et al., 2004; Sampaio Daniel, 2006).

Como já salientamos, a questão da sexualidade na adolescência encontra-se inserida no conjunto de transformações que constituem a própria adolescência. Essas transformações preparam e tornam possível o exercício da sexualidade. A sexualidade pode ser, simultaneamente, fonte de satisfação e conflito, e surge na confluência de necessidades, desejos, emoções, valores e expectativas sociais.

“As questões sobre a sexualidade e conflitos que a ela se ligam podem surgir antes da adolescência e permanecer depois desta etapa da vida, mas não há dúvida que é neste período que o lidar com a sexualidade é crucial, porque o adolescente procura construir a sua identidade integrando sentimentos necessidades e desejos nomeadamente o desejo sexual ou pulsões sexuais e a sua satisfação, de forma a dar-lhes sentido e coerência em relação a si” (Costa M.E. 1998:81).

Fenwick et al., (1993) consideram que para os adolescentes, o desabrochar da sexualidade pode tornar-se algo esmagador, que lhes domina a mente e se *apodera* dos seus corpos. Os adolescentes hão-de revelar sempre uma curiosidade pelo sexo e hão-de querer experimentar. As mudanças trazidas pelos anos 60 do Século XX, com a alteração profunda do papel da mulher na família, o desenvolvimento da contracepção, o aumento do número de divórcios, faz com que os jovens encarem hoje o amor e a sexualidade de forma bem diferente.

“Agora há toda uma intimidade diferente entre rapazes e raparigas. A escola mista permite muito cedo partilhar a coca-cola ou gelado, a música em conjunto exprime a sensibilidade que querem transmitir ao outro. É frequente vermos rapazes e raparigas que se beijam sem compromisso, ou se sentam ao colo sem preconceitos ou segundas intenções” (Sampaio Daniel, 1994: 68).

Assim, torna-se evidente que uma relação afectiva faz parte de um percurso normal da adolescência. O adolescente, confrontado com o enigma acerca do funcionamento do seu corpo, com imensos desejos, com a sua imensa energia sexual, sente muitas vezes em circunstâncias de maior proximidade, a vontade de procurar novas sensações e emoções (Costa M.E. 1998, Marques António et al., 2000, Sampaio Daniel, 2006).

Na fase média da adolescência, há relações sem compromisso e sem ideias definitivas, é assim que surge o *curtir* que na maioria das vezes, não passa de carícias e trocas de beijos, cuja componente relacional é apenas o desejo de experimentar e de conhecer o outro e a si próprio nessa interacção. O *curtir* vai assim sendo progressivamente substituído pelo *andar com*, onde a fidelidade e a entrega afectivo-sexual profunda são a regra e onde o *andar com* talvez defina a transição entre o que é o maior amigo do sexo oposto e o namorado (Sampaio Daniel, 1994; Costa, M.E. 1998; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A sexualidade está ligada à afectividade. E pode bloquear, inibir ou estimular o comportamento sexual. O contacto sexual pode ser uma das formas de se comunicar. A sexualidade é comunicação, partilha e participação.

É frequente, os adolescentes terem sonhos sexuais, são involuntários e têm uma frequência muito variável. São acompanhados de excitação sexual e por vezes orgasmos.

Como refere Foucauld Michel (1988:79), *“a sexualidade é tudo aquilo que envolve a pessoa, principalmente todos os sentidos e sentimentos. São as pessoas, que ao se relacionarem vão criando espaço de socialização (...) é a mudança no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, os seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos”*.

Aparecem as primeiras relações amorosas, geralmente pouco duradouras mas vividas com muita intensidade e paixão. Pode até dizer-se, que o namoro é como que um estágio. O namoro é um adeus ao mundo infantil, é um afastar-se da família e por isso um passo importante de socialização, um contacto amoroso com o sexo oposto. Proporciona um melhor conhecimento entre os diferentes sexos. Serve para ocupar os sentidos e sobretudo unir o desejo ao sentimento de carinho. Rapazes e raparigas não desejam namorar pelos mesmos motivos. No rapaz, o instinto sexual é muito mais intenso e exigente. Já para a rapariga, a sexualidade não tem a mesma intensidade, ela pretende viver o amor sentimental. Tendo em conta estudos realizados, pode dizer-se que a sexualidade do adolescente se caracteriza por apresentar um duplo padrão atenuado, pois, há ainda uma vivência diferente da sexualidade feminina e masculina, as mulheres iniciam-se sexualmente mais tarde, com parceiros mais velhos e com os quais têm grande proximidade afectiva, os rapazes declaram iniciarem-se sexualmente mais cedo, com parceiras do mesmo grupo etário ou de grupo etário inferior, mantendo uma distancia afectiva (Miguel Nuno, 1997; Vasconcelos Pedro, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Podemos dizer que os factores sociais e culturais fazem com que cada um dos sexos actue de forma diferente relativamente a esta questão, as raparigas são geralmente educadas no sentido de desvalorizarem o prazer e o desejo sexual e até mesmo negando-o. Relativamente aos aspectos afectivos e sentimentais há uma sobrevalorização dos mesmos. Nos rapazes, existem diferenças na sexualidade e na sua vivência uma vez que são vistas como algo que lhes é próprio e é motivo de orgulho. A sua educação é feita no sentido de menosprezarem as manifestações de afectividade, ternura ou exteriorização dos sentimentos (Miguel Nuno, 1994; Vasconcelos Pedro, 1998). *“O grau de normalidade de um adolescente pode ser detectado através da sua atitude frente ao corpo”* (Aberastury Arminda et al., 1990:22). Importa assegurar aos adolescentes a normalidade e inocuidade da masturbação, não sendo pois justificável a proibição pelo poder parental, tradição religiosa ou social. O desenvolvimento, a força e constância das pulsões sexuais estão relacionados com factores de ordem biológica, social e cultural.

Factores hormonais, culturais e sociais (revistas, televisão, publicidade, moda, meio familiar...), regulam e sensibilizam o organismo para diversos estímulos potencialmente eróticos. Estas pulsões sexuais concorrem para o aperfeiçoamento do imaginário erótico sob a forma de fantasias e sonhos, acordados ou nocturnos.

As suas fantasias e caracteres de espontaneidade podem de alguma forma revelar indícios da orientação sexual do jovem. Assim, aquele que se sente atraído pelo sexo oposto demonstra maior segurança, pois está de acordo com as expectativas e pressões do meio social. Contrariamente, aquele que constatando a sua atracção homossexual, desenvolve em si dúvidas e inquietude relacionadas com o seu inconformismo (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo; Crawford Marta et al., 2007).

Este jovem tentará frequentemente aproximações heterossexuais, procurando corresponder à normalidade, para se certificar da sua real orientação. Porém existem jovens que fruto de experiências pubertárias com o mesmo sexo se julgam homossexuais. Estes assuntos devem ser abordados com os adolescentes por forma a que descubram as várias etapas porque se passa e que permitem a cada um seguir a sua orientação sexual.

Embora de carácter biológico, o conhecimento que se pretende deve centrar-se na identificação do corpo em metamorfose que, muitas das vezes, se desvia dos desejos do adolescente.

O jovem adolescente que pensa ser o único a ter determinadas sensações ou a masturbar-se rapidamente se apercebe que está a passar por uma experiência comum a

todos os da sua idade, logo nada nisto é proibido ou anormal. O diálogo e a comunicação com o sexo oposto não é fácil, especialmente no domínio afectivo, dado o receio que existe de perda. O irromper sexual é progressivo, passa por diferentes etapas, possuindo cada adolescente o seu próprio ritmo (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

Devemos promover uma relação de abertura com os jovens, sem jamais nos tornarmos paternalistas. Enquanto profissionais de saúde, temos o dever de aconselhar e apoiar as jovens que ficaram grávidas, quer elas assumam ou pretendam interromper a gravidez. A ignorância sexual pode ser um risco de gravidez na adolescência. A promoção da saúde sexual feita por profissionais avalizados deve operar-se desde logo numa fase em que ainda nada se encontra verdadeiramente estruturado, a começar pela identidade sexual e os valores morais, incluindo desde cedo a ideia do outro (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

5.5 – Características da sexualidade na primeira fase da adolescência

Apesar das variações individuais do desenvolvimento que marcam a sexualidade na puberdade *pré-adolescência*, é no entanto frequente encontrarmos ainda neste ciclo da vida rapazes e raparigas que atravessam a fase de intensas transformações pubertárias.

Convém relembrar que a maior parte dos jovens entra agora numa fase menos intensa de transformações corporais.

Contrariamente à fase anterior, e muito embora os grupos de pertença continuarem a ser predominantemente monossexuais, surgem mais espaços e possibilidades de convívio e contacto entre os jovens dos dois sexos.

A ambivalência que caracterizava a época anterior, tende a esbater-se, dando lugar a uma explicitação clara das preferências sexuais quer em termos da orientação do desejo (hetero, homo ou bissexual), quer em termos da escolha de parceiros e já não só dos seus ídolos.

Neste contexto, pode ser que aconteçam as primeiras relações amorosas dos jovens adolescentes, grande parte das vezes sem qualquer tipo de carácter duradouro, mas em que pode muito bem surgir a experimentação sexual a dois. Esta experimentação sexual concretiza-se através de uma série de comportamentos, que podem ir desde carícias e beijos até às relações sexuais, com ou sem penetração.

Este processo coloca cada um dos jovens perante decisões nem sempre fáceis de tomar. Estes comportamentos acontecem quase sempre de forma não programada, e acompanhados de uma grande expectativa que reivindica uma boa dose de desafio comum a todas as coisas não vivenciadas e desejadas. Esta é uma das razões que dificulta a utilização de formas seguras de contracepção por parte da grande maioria dos adolescentes envolvidos nestas situações.

Embora isto se passe com parte dos rapazes e raparigas, todavia outra parte, por motivos diversos, não se envolve neste tipo de relações.

A masturbação é outra actividade bastante frequente nesta fase, vivenciada de forma mais ou menos positiva pelos jovens.

Na sequência destes acontecimentos, os sentimentos, as atitudes e os valores pessoais face à sexualidade vão-se consolidando, especialmente no que toca ao conforto ou desconforto em relação ao corpo e aos diversos sentimentos, às fantasias, aos comportamentos e formas de relacionamentos sexuais.

Esta consolidação pode orientar-se no sentido global de aceitação positiva (erotofilia) ou de rejeição (erotofobia) da sexualidade e das suas expressões pessoais e relacionais (Frade Alice et al., 1996).

Antes de falar de sexualidade, é preciso fazer uma distinção importante entre o que é o sexo e o que é a sexualidade. Assim, o sexo é algo que nos distingue como homens ou mulheres, conforme os nossos órgãos genitais sejam masculinos ou femininos. O sexo é algo relacionado com o nosso corpo, com as nossas células e com a nossa estrutura biológica que se altera ao longo da vida. De qualquer forma, o sexo também pode ser sinónimo de uma relação sexual que se expressa através dos gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim de cada pormenor do indivíduo. A relação sexual é uma componente da sexualidade que vai além da relação entre os genitais e passa pela troca de sons, toques, olhares, cheiros e carícias.

A sexualidade do adolescente é desarmoniosa. Há frequentemente uma discrepância entre o desenvolvimento afectivo e psicológico e o correspondente desenvolvimento físico. O adolescente é, geralmente, invadido por desejos carregados de conteúdos sexuais, sonhos e fantasias. Os sonhos e as fantasias têm um papel importante na vida do jovem, não só porque lhe permite vivenciar o desejo, controlando a passagem ao acto, como o preparam para o envolvimento futuro. A sexualidade é uma função do organismo. Assim, o relacionamento sexual, além da função reprodutiva, é sentida como uma necessidade básica de satisfazer um impulso fisiológico e sobretudo a necessidade de criação de laços fortes entre duas pessoas que procuram o prazer mutuo e uma vida em

comum (Moita Maria, 1995; Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A sexualidade na adolescência tem grande importância, nomeadamente face à lei 120/99, de 11 de Agosto, e do Decreto-Lei 259/2000, de 17 de Outubro, que a regulamentam. Nesta legislação, os adolescentes são considerados como um grupo prioritário tanto a nível da “*educação sexual*” como a nível da “*saúde reprodutiva*” e da “*prevenção das doenças sexualmente transmissíveis*”. Desta forma, reforçou-se a grande importância da educação sexual, bem como todas as suas formas de promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização de cada um como pessoa na sua plenitude.

O desenvolvimento físico dos adolescentes do sexo masculino e feminino processa-se de forma diferente. As mudanças corporais que ocorrem na adolescência, originam diferentes formas de viver a sexualidade pelos adolescentes, e é sobretudo nesta área que estes colocam um maior número de interrogações. Os adolescentes terão que passar por duas fases muito importantes, segundo Martins (1995) citado por Maia et al., (2001:24), “*a reconstrução da imagem corporal e o acesso à identidade sexual que vão permitir ascender progressivamente à genitalidade e à sexualidade adulta*”. Só encarando estas alterações como de fulcral importância no processo do seu desenvolvimento é que estes conseguem compreender que o desenvolvimento psicosssexual é fundamental na sua identidade. Ainda na opinião do autor supra referido, citado por Maia Ana et al., (2001:24), o desenvolvimento psicosssexual é concebido não como um processo isolado ou “*(...) como um período estanque e rígido, é antes o resultado de um contínuo de interrogações psíquicas de complexidade crescente*”.

Não podemos esquecer que, a sexualidade faz parte do conjunto de transformações que caracterizam este período da vida e que apesar de reconhecermos que muito se evoluiu na educação sexual dos adolescentes, ainda hoje se fazem sentir pressões sociais de maneira diferente em relação aos comportamentos sexuais femininos e masculinos. Assim, para os adolescentes do sexo masculino, a perda da virgindade é o reconhecimento da sua maturidade sócio-sexual. A maioria destes, não está no início da sua actividade sexual, emocionalmente envolvidos com a companheira, sendo o resultado de uma relação não investida afectivamente e pouco duradoura.

A compreensão dos papéis sexuais masculino e feminino é também mediatizada pelos novos acontecimentos que descrevemos, bem como pela forma como os adultos, nomeadamente os pais e familiares mais próximos, reagem face à sexualidade dos rapazes e raparigas, ou ainda a coisas tão importantes como os graus de liberdade e autonomia. Atitudes positivas face às modificações corporais, tornam mais provável que a

seu tempo, estas possam ser facilitadoras da auto-estima e com um grau de ansiedade relativamente menor (Andrade Isabel; Frade Alice et al., 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

5.6 – Características da sexualidade numa fase mais tardia da adolescência

Nesta fase estão praticamente completas as mudanças pubertárias, confrontando-se agora, o jovem com um corpo adulto em desenvolvimento. As componentes do desenvolvimento vão-se progressivamente consolidando, o que faz surgir sistemas de atitudes, valores e sentimentos mais estáveis, não invalidando que emergam novas questões resultantes de um diferente tipo de relacionamento amoroso e sexual por parte dos jovens adolescentes.

Os jovens, agora mais autónomos, são capazes de decidir em relação à sua vida quer no geral (profissional, académica, familiar ou cívica) quer relativamente à sua sexualidade. Os relacionamentos amorosos têm um carácter mais duradouro e, neste contexto existe uma aprendizagem erótica que, muito à semelhança das fases anteriores, pode ter um sentido positivo, embora com inevitáveis dificuldades, mas pode também ir ficando marcado negativamente fruto de experiências e sentimentos não ultrapassados.

Rapazes e raparigas integram agora os grupos, nas suas relações afectivas, na amizade, e no amor. Os grupos evoluem, para cada vez mais acolherem as relações próprias de casal, que os seus membros vão elegendo.

Tal qual acontece noutras fases, também aqui, uma parte significativa da população de jovens não se envolve em relações amorosas, dando prioridade a relações de amizade por períodos mais ou menos alargados.

Atitudes e valores consolidam-se em relação à sexualidade e ao amor, especialmente no que diz respeito aos papéis masculino e feminino, bem como às normas de relacionamento entre os sexos. A orientação do desejo e preferências sexuais estão também consolidadas, tendo o jovem uma consciência clara quanto à sua orientação heterossexual, homossexual ou bissexual (Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

É importante não esquecer as dificuldades que, nesta fase, alguns jovens homossexuais e bissexuais experimentam, em virtude dos seus desejos estarem francamente em oposição à normalidade social dominante. Também o relacionamento com os pais entra numa nova fase, após os processos de conflito e negociação que caracterizam as fases antecedentes. Embora este relacionamento possa ser mais ou menos conflituoso, a

vivência sexual dos jovens continua a ser fortemente preservada da curiosidade ou da crítica dos adultos de quem ainda dependem (Frade Alice et al.; Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

5.7 – Ser-se progenitor de adolescentes

Os pais, e muito especialmente a mãe continua ainda hoje com a difícil tarefa de ser a responsável pela casa e pela família.

Para os pais, também não é simples esta vivência por parte dos seus filhos, que confrontados com o seu crescimento, e com a sua crescente necessidade de autonomia, nem sempre conseguem avaliar com discernimento até que ponto os podem deixar *voar* com as suas próprias asas.

É importante que também o jovem adolescente tenha consciência da mudança que se está a operar nos papéis paternos, especialmente, porque os pais consideravam, até agora, que a educação dos filhos era para eles a coisa mais importante das suas vidas. O receio da perda é algo de angustiante, se os filhos se afastam.

Falar com os pais também pode ser complicado, sobretudo quando se trata de sentimentos e não de questões mais *simples*, como a escola ou o desporto. Agora que o jovem namora, os pais vão querer protegê-lo por acharem que nenhum rapaz ou rapariga lhe parece ser suficientemente bom para a sua ou seu filho(a). Por tudo isto não será simples viver sem conflitos esta fase da vida, o jovem está em vias de escolher o seu caminho, um caminho que o não deve distanciar forçosamente dos seus pais, um caminho que pode ser semelhante ou diferente do deles e que o jovem encontrará, com o decorrer do tempo, fruto das diferentes experiências por que necessariamente terá de passar.

5.8 – Confronto de gerações

Na infância, com efeito, a criança colocava os pais e o adulto em geral num pedestal superior. Durante o seu estado de latência de acreditar na onisciência e onipotência parentais, continuando, contudo, com admiração e respeito por eles, não pondo em causa, nem sequer por um instante, a sua autoridade, nem as suas prerrogativas; porém quando, na adolescência, o espírito desperta e o mundo exterior é subitamente descoberto, os pais deixam de ser considerados perfeitos e onipotentes como deuses.

O projecto de vida de um jovem architecta-se a partir da herança parental, em sua conformidade ou em sua oposição. Fruto de variadíssimos factores a idade pubertária antecipou-se, e a dependência familiar pelo contrário tem vindo a prolongar-se. E este é um factor social e económico que se reflecte intimamente na sua maturidade psíquica e, consequentemente, na experiência sexual do adolescente. Embora os adolescentes estejam hoje melhor informados sobre a generalidade das coisas, esta informação não constitui, em si, um factor de libertação. Esta excessiva informação pode até ser um motivo acrescido de angústia, transmitindo a imagem de uma sexualidade asséptica e ideal que o adolescente não está preparado para assumir psiquicamente. E toda esta excessiva solicitude por parte do adulto lhe é extremamente desnordeante (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2001 e 2006).

Os adolescentes exteriorizam as suas crises através de fugas, disputas, isolamentos ou ainda outros comportamentos que devem ser entendidos como um ensaio de escape à sufocante proximidade parental. O diálogo entre pais e filhos é por vezes difícil, porque também os pais se sentem muitas vezes ultrapassados, dada a grande dificuldade que há em assistir ao rápido crescimento dos filhos, torna-se um processo perturbador porque subitamente os faz envelhecer.

Os pais, tal qual a maioria dos adolescentes, não sabem como se ajustar a esta nova individualidade alterada. O processo da adolescência confronta-os com as mudanças dos filhos que, à medida que crescem, reavivam neles a angústia associada à separação, ao futuro e até à morte. Perante a sexualidade genital dos filhos, os pais tornam-se inquietos, pois vêem-na como uma detonação pulsional desajustada, não complementada por uma relação de amor. Os pais ficam bastante mais inquietos com as suas próprias angústias, do que com as dos jovens. Torna-se especialmente difícil para os pais elegerem o momento de se conservarem discretos ou distantes, quando se trata da sexualidade dos filhos. Com muita apreensão, dúvidas, insegurança, os pais sentem-se como que espectadores do desejo do adolescente, que não quer mais do que, seguindo o seu caminho, fazer as suas experiências pessoais (Aberastury Arminda et al., 1990; Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006).

No entanto, esta apreensão, que impulsiona os pais, muitas vezes, para uma superprotecção, pode entrar e até mesmo anular todos os esforços do jovem para se libertar deles. Apreensão e insegurança não são bons estímulos para a vida. Embora afectuoso, no relacionamento de pais e filhos tem de haver concessão de espaço para a movimentação no esforço da independência. Todas as perturbações físicas, psíquicas e sexuais que afectam os adolescentes geram nos pais muitas inquietações. O facto de

verem os filhos deixar a infância traz obviamente lembranças pessoais à memória de cada um. Estas memórias tocam profundamente, ao relembrar a sua própria história e as relações com os seus pais (Aberastury Arminda et al., 1990; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

É, desta forma, que nos apercebemos, com maior acuidade, do tempo já passado e do que provavelmente ainda nos resta para viver. Cada um apercebe-se de que atingiu a idade que tinham os seus próprios pais, quando ele era jovem adolescente, e o que muito naturalmente lhe resta é vir a tornar-se naquilo que eles próprios foram. É a adolescência dos filhos que conduz os pais a uma tomada de consciência da sua situação no tempo, reavaliando os seus projectos, os seus interesses, os seus sucessos e fracassos.

Através das gerações, surge, assim, uma espécie de vaivém em que renascem ciúmes e desejos proibidos, por vezes, reforçados pelo entendimento privilegiado ou pela semelhança que une um adolescente a um dos seus avós.

Este tipo de revivescências, que podem por vezes ser intensamente vividas, nem sempre são fáceis de gerir, o que pode levar a atitudes que compliquem ou dificultem as relações pais filhos.

As emoções que o despertar de uma nova geração faz nascer são complexas e não desprovidas de ambiguidade, particularmente no plano da sexualidade. O desabrochar do corpo e a seiva da mocidade podem suscitar emoções, arrependimentos e desejos. Muitas vezes isto está inserido no contexto de um cansaço quotidiano, de preocupações sociais, de solidão, até de uma doença ou das primeiras manifestações de uma pré-menopausa, que anunciam uma sexualidade decrescente. Ou ainda a tentação e o desejo sexual que se apodera dos humanos na meia-idade pode dar a ilusão de um renascimento.

Torna-se imperativo encontrar equivalentes para redefinir as relações, aceitando as diferenças entre o indivíduo que está a aparecer e aquele que tinha sido idealizado pelos pais.

A adolescência dá à crise da maturidade ou do meio da vida um peso evidente e acrescenta-lhe alguns traços específicos; conflitos e inquietações, revivescências emocionais, dificuldades de adaptação às mudanças da função parental e ao novo estatuto do adolescente. É também neste contexto de acesso das crianças à idade adulta que os temas de separação, de substituição e de morte simbólica se tornam mais presentes. Acontece, por vezes, que o seu tom triste e *outonal* se associa a uma tendência depressiva num ou até em ambos os progenitores. Os adultos que conservam da sua adolescência uma experiência e impressão positivas, vão adaptar-se mais

facilmente à adolescência da geração seguinte (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A adolescência enquanto fenómeno social começou a ser relevante no pós-revolução industrial (Bakan, 1971, referido por Navarro Fernanda, 1985). No entanto, em todas as épocas conhecidas tem sido constante o atrito e a incompreensão entre jovens e adultos, retratados nestes depoimentos, que embora muito distantes entre si no tempo, continuam a ser actuais e universais, *“não tenho qualquer esperança no futuro do nosso país, se os jovens de hoje ocuparem amanhã o poder, porque esta juventude é insuportável, indisciplinada, simplesmente horrível”* (Hesíodo, séc. VIII a. C., citado por Navarro Fernanda, 1985:6). Claro está que os adolescentes também manifestam o seu descontentamento para com os mais velhos, *“os adultos são antiquados, não ligam, são aborrecidos e só pensam neles”* (Inquérito de Barbosa, 1979, referenciado por Navarro Fernanda, 1985:6).

Esta incompreensão resulta das características típicas desta fase de desenvolvimento e da correspondente reacção dos adultos que gravitam em torno dos jovens adolescentes. Solicitações excessivas por parte do adulto, são-lhe extremamente perturbadoras. Poder-se-ia dizer que as crises no jovem adolescente desencadeiam outras no seio familiar, porque também os pais não estão preparados para assistir ao rápido crescimento e transformações, e adaptar-se a uma nova e alterada personalidade dos seus filhos.

Nenhum pai ou educador poderá fornecer ao jovem educando uma educação sexual válida se ele próprio tiver problemas ou ansiedades no tocante à sua própria sexualidade. Será importante lembrar que, não havendo uma normalidade sexual absoluta, as perturbações são neste campo tanto mais frequentes, quanto não se fala nelas (Alvim Francisco, 1986; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Entre ser criança e adolescente, e daí até se tornar adulto, há crises e conflitos, há confrontos com o mundo em seu redor, com as regras sociais e as figuras de autoridade. Mas estes aspectos podem ser vividos em todos os contextos de forma que não destruam as subjectividades que despontam. Como também, podem ser experimentados de forma que não se destruam as reacções e as formas de lutar que lhes são próprias, e com as quais procuram, como todos, a sua individualização. A força dos aspectos sociais e culturais na vida das pessoas é indiscutível. Mas, essa não é a única que formata a estrutura psíquica dos indivíduos. Sabemos que a infância nos acompanha na adolescência. Porém, devemos perguntar sobre o que se apresenta como significativo para os/as adolescentes, dos gestos e das iniciativas dos adultos, frente ao seu processo de expansão por outros caminhos que não os da infância, pois como nos afirmam

Aberastury Arminda et al., (1990); Andrade Isabel (1996); Nodin Nuno (2001); Sampaio Daniel (2006), o normal é que os adolescentes participem dentro das inquietudes que são a essência própria da atmosfera social na qual lhes cabe viver, e conseguir a emancipação, não o fazem na procura em chegar rapidamente ao estado adulto, muito longe disso, salvo pela necessidade em adquirir direitos e liberdades similares aos que têm os mais velhos, sem deixar por isso a sua condição de jovens. A adolescência é um período marcado por ambivalências, contradições e conflitos, mas essas evidências não configuram, *à priori*, um quadro patológico (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006). Crises, confrontos com o meio familiar podem sinalizar atitudes saudáveis de quem está à procura de se diferenciar para crescer. A sociedade, a família, os adultos contribuem para esse crescimento quando evitam atitudes meramente hostis às manifestações da adolescência, pois estas podem tornar-se, em tese, nos expoentes máximos das transformações nas realidades interna e externa dos adolescentes. Com estes apontamentos teóricos pretendemos sair dos extremos que se constituem em visões da pessoa do/da adolescente, ora como problemática e criadora de confusões por onde passa, ora como salvadora do futuro, com todos os poderes para transformarem a sociedade, pelo simples facto de serem adolescentes. Perspectivas extremistas como estas podem não só distorcer a realidade dos adolescentes, adicionando situações de riscos às experiências de vida que implicam crises e buscas de afirmação, como também podem obstruir tanto um potencial de crescimento pessoal e social como um expoente de críticas e renovações aos pensamentos e ideologias em vigor no seu meio e no seu tempo. O jovem não é o amanhã, ele é o agora, entre uma e outra posição destacamos que os jovens na adolescência têm as suas inseguranças e conflitos, podem falar ou fazer alguma coisa quando querem outra, os seus pensamentos e posturas estão em constante metamorfose, podem agir não somente em desacordo com uma figura de autoridade, mas à margem dela, não medindo frequentemente os limites e riscos. É pertinente reconhecermos que há uma grande sensibilidade e razão na medida da maturidade alcançada pelos jovens para reflectirem sobre muitas coisas e sugerirem críticas e soluções construtivas. Sobre a adolescência, Blos Peter (1995); Nodin Nuno (2001); Sampaio Daniel (2006), sugerem-nos que, não só apesar de, mas também devido ao seu turbilhão emocional, com frequência esta etapa propicia a cura espontânea das influências debilitantes da infância e oferece ao indivíduo a oportunidade de modificar ou rectificar as exigências infantis que assustavam e impediam o seu progressivo desenvolvimento. Considerada sob o enfoque que a determina como uma passagem na vida das pessoas, a adolescência implica não apenas modificações corporais típicas às variações etárias, mas também no despontar de novas formas de relação consigo, com o

outro e com o mundo. Num primeiro momento os adolescentes tentam distinguir as suas acções daquelas realizadas durante a infância. O facto capital que assinala a ruptura com o estado da infância é a possibilidade de se dissociar a vida imaginária da realidade, o sonho das relações reais. A respeito do corpo na adolescência ele muda de estatuto, principalmente porque a genitalidade passa a ocupar uma posição dominante no adolescente. Há uma mudança essencial no valor deste corpo que se transforma, na qual o ser que vive essas mudanças pubertárias, fica sob um olhar privilegiado não mais de um dos pais, mas de um semelhante, vivenciando os pólos desejável e desejante (Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). Por sua vez, os pais, também estão mergulhados numa situação que não se adivinha nada fácil, talvez não saibam como se adaptar face ao comportamento e às novas reivindicações dos filhos, tendo dificuldade em avaliar o grau de protecção de que têm necessidade, e, para baralhar mais ainda, talvez se considerem um pouco de lado. Mais difícil ainda o terem de admitir que o seu filho já pensa em sexo.

É importante, no entanto, que apesar dos conflitos, os pais estejam presentes, que continuem a dar ao adolescente segurança através da firmeza e da compreensão. Uma estratégia que pode ajudar pais e filhos a resolverem os conflitos que surgem na vida familiar, consiste em cada um se “*pôr no lugar do outro*”. É importante que os pais não se esqueçam das suas experiências de filhos quando eram crianças e adolescentes; isso facilita a comunicação. De igual modo, é importante que os adolescentes saibam como foi a vida dos pais quando adolescentes, compreendendo a sua história, para os entender melhor no seu papel de pais. Deve existir entre eles uma sã comunicação que permita resolver os problemas que vão surgindo; assim, se os conflitos forem bem resolvidos, contribuirão positivamente para o incremento de um relacionamento mais maduro e profundo entre ambos.

Preocupado em tornar-se independente, o adolescente afirma a sua personalidade através de duas atitudes essenciais, a oposição e a identificação. A oposição visa o meio familiar em particular e a sociedade em geral. O adolescente, para provar a si mesmo e aos outros que é independente, defende sistematicamente posições contraditórias às dos pais, educadores ou autoridades. Não aceita ser orientado na escolha dos amigos, diversões, posições políticas, etc.. Repara e hiperboliza toda e qualquer injustiça social, descobre as anomalias e falsidades da sociedade adulta. Assim, a relação entre adolescentes e adultos, em geral, é uma relação de oposições firmes. Nas relações pais/adolescentes, é habitual os pais não compreenderem as atitudes dos filhos. O ambiente familiar torna-se tenso. Os adolescentes tornam-se cada vez mais arrogantes e impacientes. O que a maioria dos pais não sabe é que essas posições não são

deliberadamente orientadas contra eles e que não põem em causa o amor que os filhos lhes dedicam. É sobretudo uma reivindicação de liberdade. Os pais procuram o diálogo forçado com os filhos, quando estes se fecham em inexplicáveis mutismos; tentam conservá-los junto de si quando estes mais procuram liberdade. Por seu lado, os adolescentes sentem que os pais se tentam intrometer na sua vida e reagem ainda mais drasticamente (Fernandes Evaristo, 1990; Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

No que concerne á identificação, na infância, com efeito, a criança coloca os pais e o adulto em geral num verdadeiro pedestal. Durante o seu estado de latência de acreditar na onisciência e onipotência parentais, continuando, contudo, com admiração e respeito por eles, não pondo em causa, nem sequer por breves instantes, a sua autoridade, nem as suas prerrogativas (Fernandes Evaristo, 1990; Sampaio Daniel, 2006).

Mas quando, na adolescência, o espírito desperta e o mundo exterior é subitamente descoberto, os pais deixam de ser considerados perfeitos. Identificam-se no entanto com pessoas a quem admiram e a escolha recai normalmente, sobre o amigo/a predilecto, pois os jovens julgam descobrir no amigo aqueles valores que mais admiram e que também gostariam de possuir. Descobre alguém com quem é possível trocar ideias, pensamentos, desejos, emoções e dúvidas. Emita-lhes hábitos e até tiques, perspectivas e sonhos. Acontece o mesmo embora numa perspectiva mais distante, com os ídolos que o adolescente elege; vedetas de cinema, músicos, desportistas famosos e até heróis de grandes romances. Os adolescentes emitam-lhes a forma de vestir, de falar, de pentear, até gestos e atitudes. Ainda na linha de identificação dos adolescentes, não podemos deixar de fazer alusão aos professores, que mediante as relações que mantêm com os jovens podem ser alvo de oposição, ou identificação. Pois a autoridade moral do professor que assume na plenitude o seu papel de educador e que demonstra um perfil de trabalho e disciplina atrai muitos adolescentes.

Esta necessidade do adolescente seleccionar sucessivas identificações é fruto da necessidade que tem de descobrir e construir a própria identidade (Capellá Alfredo, 2003).

6 – EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

6.1 – Educação e informação sexual

Quando a família perde influência sobre a identidade sexual dos indivíduos surgem grandes alterações a nível das relações com os adultos. Estas alterações são também resultado da influência que os meios de comunicação social exercem sobre os jovens. Como consequência, o crescimento dos jovens é um processo conflituoso, onde em alguns casos se deve à dificuldade que os adultos têm em compreender e tolerar determinadas atitudes e comportamentos.

Os acontecimentos referidos concomitantemente com a forma como os adultos (pais e familiares) reagem à sexualidade dos rapazes e das raparigas, grau de liberdade e autonomia, ou até a partilha de tarefas domésticas, influencia a compreensão do papel sexual masculino e feminino. Nos casos em que a resposta às alterações físicas é positiva verifica-se que estas são recebidas com menor ansiedade e de uma forma mais facilitadora e até potenciadora da auto-estima (Lourenço Maria, 1998; Bastos A., 2001; Alcobia Helena, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

Neste período etário, os amigos são extremamente importantes para a aprendizagem, apoio e inserção social dos jovens de ambos os sexos. É fundamental que o jovem reforce a auto-estima e fomente a sua posição nas relações com os outros de forma a qualificar ainda mais essas relações. As conversas, a partilha de pensamentos, sentimentos, emoções, objectivos, sonhos e aspirações, constituem experiências que os preparam para o passo seguinte, a (...) integração. O aumento da influência do grupo de pares em relação aos familiares é uma realidade. Este facto apesar de necessário e natural, pode constituir um foco gerador de conflitos entre ambas as partes (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Bastos A., 2001; Sampaio Daniel, 2006 Crawford Marta et al., 2007).

Existem diferenças entre rapazes e raparigas, no que respeita à percepção da necessidade e desejo sexual. Em alguns casos os rapazes não compreendem que se encontram numa fase de afirmação, onde necessitam de se sentir queridos, amados, dando mais e maior importância ao desenvolvimento da intimidade nas relações sexuais. As raparigas, por seu lado ficam regra geral assustadas com o desejo dos rapazes e receando não corresponder à mesma intimidade, muitas vezes demonstram não estar *preparadas*. Também se verificam situações, em que as jovens, com medo de serem abandonadas, se sujeitam às pretensões masculinas, muitas vezes e por falta de preparação psicológica estas raparigas ficam profundamente traumatizadas. Constatou-

se que as raparigas, que se iniciaram sexualmente muito precocemente, cultivam ainda hoje falta de auto-estima e raiva de si mesmas, sofrem depressões profundas, insucesso escolar e até perda de vontade de viver (Bastos A., 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A educação sexual deve, sempre que possível, ser transmitida no seio familiar. O convívio e as diferentes situações familiares devem ser aproveitadas para de uma forma natural os pais transmitirem a informação sexual ajustada a cada situação particular. Dentro do possível, e se para tanto estiverem preparados, os pais devem responder às questões dos filhos, desenfabulizando-as sem dramatizar pequenos acidentes que normalmente surgem na evolução sexual (Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Os pais e, fundamentalmente, os técnicos de saúde, não devem transmitir sentimentos de vergonha, culpabilidade ou transgressão. O seu papel como educadores e profissionais de saúde é de compreensão e ensino, por forma a que o/a jovem desenvolva harmoniosamente a sua sexualidade. Neste grupo, a sexualidade deve ser transmitida na sua dupla finalidade de reprodução e gratificação. Entendemos que não é fácil dar esta perspectiva, não só porque na grande maioria dos casos os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, não têm os conhecimentos suficientes, mas também porque a nossa cultura Judaico-Cristã condicionou a nossa visão gratificante e prazerosa da sexualidade. Alguns comportamentos podem até não estar de acordo com o nosso sistema de valores. Porém, a masturbação, os contactos bissexuais ou homossexuais com ou sem união genital e outros comportamentos sexuais são nesta etapa do ciclo vital relativamente frequentes (Kinsey et al., 1948 e 1953; Navarro Fernanda, 1985; Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996; Grande Nuno, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

A maneira como cada jovem vive e sente a sua sexualidade depende de como os pais comunicam os seus sentimentos e atitudes em relação aos comportamentos sexuais dos filhos. Dos 15 aos 19 anos de idade, as grandes transformações biopsicológicas, em princípio já estão definidas. Doravante, a sexualidade dos jovens manifesta-se, sobretudo, pela diferenciação dos papéis e pela identificação *perfeita* da sexualidade. O adolescente procura uma certa autonomia de valores, sentimentos, liberdade, e mesmo contestação, no seio familiar. Os grupos de amigos consolidam-se e há uma procura nas relações afectivas. A rivalidade grupal desaparece e, daqui por diante, a afectividade heterossexual é o pólo dinamizador da sexualidade dos adolescentes. A actividade sexual dos adolescentes é uma realidade que os pais e educadores devem ter em apreço (Navarro Fernanda, 1985; referido por Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

No grupo de jovens adolescentes, a educação sexual deve estar orientada para a maturação psicosssexual, contracepção e planeamento familiar. Os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, devem proporcionar um clima que favoreça o diálogo. Não deve ser tanto a sua opinião que conta, mas mais o papel que desempenham, que permite dinamizar e estabilizar as diferentes opiniões. A sexualidade de cada deverá ser avaliada em termos dos padrões dominantes da moral (Serrão Daniel & Nunes, 1998; Grande Nuno; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

O realce da educação sexual deve ser colocado na igualdade dos papéis sexuais, na tolerância face ao pluralismo de orientações e condutas sexuais. É nesta atmosfera de igualdade que os sentimentos de responsabilidade e autonomia se devem fortalecer. Sendo mais provável que os adolescentes sejam sexualmente activos se os seus colegas o forem. Segundo Vilar Duarte, (1987) citada por Rodrigues J., (1989:28), *“A educação sexual é necessária e mesmo indispensável neste mundo anónimo e agitado”*.

Pais atentos, dialogantes e carinhosos têm tendência a ter filhos com maiores probabilidades de um comportamento social apropriado e adaptado, o que porventura os levará a adiarem as suas experiências sexuais. Pais que discutem livremente com os filhos os métodos contraceptivos e a própria sexualidade, podem influenciar positivamente o adiamento da iniciação sexual e o uso efectivo de métodos contraceptivos. Ao invés, pais que não comunicam abertamente sobre sexualidade com os filhos adolescentes, podem deixá-los em maior risco de permissividade sexual (East & Felice, 1992 referido por Lancaster Stanhope, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel; Crawford Marta et al., 2007).

A adolescência é um período da vida que apresenta problemas especiais de ajustamento. Activada pelas mudanças internas e pelas pressões sociais, a criança deve evoluir no caminho da independência emocional em relação aos pais.

A educação sexual não deve cair no impulso demasiado simplista de restringir as relações afectivas e humanas ao acto sexual e este ao uso do preservativo. Se persistirmos em desligar as coisas umas das outras corremos o risco de nenhuma delas se tornar verdadeiramente eficaz (Cordeiro Mário, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

A educação sexual deve ser assumida, nas suas várias vertentes, como um dos pólos de cidadania, enquadrada no conjunto das relações pessoais e interpessoais, no respeito por si próprio e pelos outros, e de uma vivência satisfatória e gratificante do corpo e do espírito, mas também como aquisição de informação e de conhecimentos mais adequados, no sentido de menores riscos e de uma vivência mais responsável, segura e gratificante da sexualidade. A vivência da sexualidade, do jeito que o desejamos,

prende-se com a vivência da cidadania, com a segurança, com a auto-estima, com a opção por condutas menos lesivas para a saúde e promotoras da realização pessoal e social (Cordeiro Mário, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

Fala-se hoje cada vez mais de informação e de formação sexual. Se para alguns a base deste processo deveria ser a família, para outros a escola deve ter um papel preponderante. É importante fazer a distinção entre, educação e informação. A educação pressupõe uma formação de base, ligada à própria sociedade em que o adolescente se insere, enquanto a informação se traduz numa transmissão de conhecimentos teóricos e científicos.

Estudos efectuados, nomeadamente os de Navarro Fernanda (1985), Gir et al., (1998) consideram os adolescentes pouco informados relativamente à sexualidade.

Para muitos adolescentes o sexo é um tabu, quer pela influência familiar, quer pelos educadores, que se sentem pouco à vontade para abordar esta temática.

Na tentativa de chegar à solução do problema da responsabilidade da educação sexual dos adolescentes, surge o Decreto-lei nº 3/84 de 24 de Março que defende a criação de consultas de planeamento familiar, nos Centros de Saúde e a criação da Educação Sexual a desenvolver pelo Ministério de Educação.

O educar para além de informar inclui também o aconselhar e orientar. Enquanto a informação consiste em transmitir conhecimentos sobre determinado tema, a educação consiste em fornecer a alguém conceitos para o crescimento pessoal. A educação sexual deve integrar os aspectos somáticos, intelectuais afectivos e sociais do ser sexual, realizada segundo uma série de modalidades que valorizam a personalidade a comunidade e o amor. Na adolescência, o problema da educação sexual é realçado, pela complexidade dos processos cognitivos e afectivos que acompanham o desenvolvimento da identidade pessoal (Andrade Isabel, 1996; Gir Elucir et al., 1998; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007)

Segundo Leitão (1990), Andrade Isabel (1996), Marques António et al., (2000), é neste momento crucial do desenvolvimento da personalidade, que a educação ganha um especial interesse. Torna-se assim importante implementar uma educação sexual, que prepare os jovens para a idade adulta. Desta forma é imprescindível implementar uma educação sexual, cujos objectivos não se limitem à transmissão de informação sobre anatomia e fisiologia da reprodução, mas abranja objectivos mais vastos.

6.2 – A família e o seu papel na educação sexual do jovem adolescente

De acordo com múltiplos autores desde Freud Sigmund até Rodrigues Custódio (1999); Salgueiro (2000); Sampaio Daniel (2006), devemos procurar na relação mãe-bebé os primórdios da construção da sexualidade da criança. Esta relação carregada de afectividade é um alicerce sólido, onde assenta todo o desenvolvimento sexual e psicológico da criança, do adolescente e do adulto. Estes dois desenvolvimentos são inseparáveis, porque ambos fazem parte da educação do ser humano. “*Apetece-me comer-te*”, diz a mãe para o bebé, ao mesmo tempo que pressente haver igual desejo da parte dele, esta expressão ilustra bem o que tem vindo a ser referido. A sexualidade que a criança viveu na família, vai ter uma grande influência na sexualidade vivida pelo adolescente. A forma como a criança interiorizou as questões sexuais e a forma como os pais ou os parentais ajudaram as crianças a ultrapassarem as diversas fases do desenvolvimento sexual, é essencial para a forma como o adolescente vive a sua sexualidade e a forma como a desenvolve. Uma sexualidade vivida com equilíbrio, na infância, torna o adolescente responsável, seguro de si, digno e capaz de se respeitar a si e aos outros e de desenvolver a sua sexualidade com equilíbrio. Se a criança não conseguiu interiorizar as questões sexuais, se não conseguiu ultrapassar as fases do desenvolvimento sexual infantil poderá tornar-se num adolescente inseguro, irresponsável, incapaz de se respeitar a si e aos outros e de desenvolver a sua sexualidade de forma equilibrada (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2000 e 2006). A família funciona como o contexto privilegiado de transmissão de costumes, modos de vida e de hierarquia de valores. Ela ensina os códigos primários de comunicação; linguagem, expressão, atitudes corporais e valores, quer eles sejam intelectuais, quer espirituais ou ideológicos. Todos estes códigos de comunicação, bem como os valores são condicionados por variadíssimos factores; pelo meio familiar e sociocultural que rodeia a família, pois, “*a transmissão de valores, os ideais colectivos, a visão do mundo, próprios de um conjunto social é sem dúvida a função principal que assegura a família. Ela contribui assim para a integração das novas gerações na sociedade global e nos seus grupos sociais de pertença*” (Duru Bellat, 1992:1).

Os adolescentes são muito influenciados pelas suas famílias ainda que, por vezes, nalgumas circunstâncias estes laços possam ser abalados. Estudos feitos nas últimas décadas têm mostrado, de forma consistente, que existe menos conflito entre os adolescentes e as suas famílias do que previamente se acreditava. Estes estudos sugerem que o conflito está presente em apenas 15% a 25% das famílias. A ocorrência

destes conflitos está relacionada sobretudo com as rotinas familiares, o estabelecimento de horas de entrada em casa, namoros, notas escolares, aparência física e hábitos alimentares. Os pais continuam, hoje, a influenciar os seus filhos adolescentes não só nas suas crenças mas também ao nível do seu comportamento. Contudo, mães e pais influenciam os adolescentes de maneira diferente. Parecem existir, pois, diferenças consideráveis entre o comportamento e o papel das mães e dos pais nas relações familiares com os filhos adolescentes. Assim, os pais tendem a encorajar o desenvolvimento intelectual e frequentemente envolvem-se em actividades de resolução de problemas e discussão dentro da família. Como consequência, quer rapazes quer raparigas discutem ideias com os pais. O envolvimento dos adolescentes com as mães é mais complexo. Mães e adolescentes interagem no que diz respeito por exemplo às responsabilidades nas tarefas domésticas, trabalhos escolares, disciplina dentro e fora de casa e actividades de lazer. Estas áreas podem resultar em maiores conflitos entre as mães e os seus filhos adolescentes contudo, tendem a criar maior proximidade entre mães/filhos de que entre pais/filhos (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

As dinâmicas familiares bem como as alianças dentro da família desempenham também um papel importante, dado que estes elementos começam a moldar o comportamento da pessoa mesmo antes da adolescência. Muito embora as alianças entre os vários membros da família sejam naturais e saudáveis, é importante que o pai e a mãe se mantenham unidos e que mantenham laços distintos com os seus filhos. Os pais necessitam de trabalhar juntos para criarem e disciplinarem os filhos. Ou seja, uma relação estreita de um pai com um filho que exclua o outro pai pode perturbar o desenvolvimento do adolescente na medida em que o pai excluído perde estatuto enquanto agente socializador e figura de autoridade. Os problemas podem surgir também de outro tipo de desequilíbrios como seja a ausência de um dos pais devido a divórcio ou separação (Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

A mudança acelerada a que está sujeita a sociedade actual faz com que a família tenha características diferentes da família tradicional. Há uns anos atrás numa sociedade menos versátil, com famílias alargadas, coabitando gerações dos avós com a dos pais e filhos, com aglomerados populacionais menores, espaços comunitários com logradouros comuns em que as pessoas se encontravam para passarem os seus tempos de lazer e as crianças se juntavam para jogarem os jogos tradicionais, o processo socializador talvez fosse mais partilhado, isto é, avós, pais, vizinhos e amigos eram importantes referências. Com base nas ideias defendidas por inúmeros autores peritos na temática

entre eles, Andrade Isabel (1996); Rodrigues Custódio (1999); Salgueiro E. (2000); Macpherson Ann, (2001); Sampaio Daniel, (2006); Crawford Marta et al., (2007), podemos afirmar que a sexualidade implica sempre uma relação com os outros.

Ao nascer a criança, vai estabelecer relações só com a mãe e depois estabelece-as com o pai, irmão ou irmãos, com os avós e com outros familiares, com as pessoas com quem a família se relaciona e com os vizinhos. Numa família alargada, a relação é mais enriquecedora e a criança interiorizava mais rapidamente os valores que se vivem na família. As pessoas com 40 ou 50 anos lembrar-se-ão das histórias que os seus avós lhes contavam, histórias essas que transportavam as crianças para o mundo da fantasia, do imaginário, onde podiam sonhar, fazendo de conta que eram príncipes ou princesas ou os protagonistas principais das histórias. Era, muitas vezes, essa fantasia e esse imaginário que compensavam as carências afectivas provocadas por uma educação mais repressiva. Neste momento, com uma organização económica familiar que obriga os pais a ausências do lar durante uma grande parte do dia, retidos no emprego até muito tarde e regressando a casa a horas tardias com pouca disponibilidade de tempo e de paciência para poderem dar a devida atenção aos filhos que, por vezes, ficam sozinhos em casa ou são entregues a instituições vocacionadas para a guarda de crianças, vão alterar qualitativamente a socialização e a formação pessoal dessas crianças. Apesar de todas estas contrariedades, a família nuclear predominante, e mais tarde a escola são os principais agentes de socialização e de formação pessoal, especialmente na infância. O adolescente vai-se tornando, progressivamente, mais autónomo em relação à sua família, vai criando a sua própria identidade como pessoa e vai mais tarde, no fim da adolescência, ter um sistema de valores que lhe permitirá decidir aquilo que quer e a aquilo que não quer. Na adolescência o jovem confronta as modificações do seu corpo com aqueles com quem se relaciona. O adolescente necessita que os pais lhe transmitam as suas vivências sexuais, porque estas vão contribuir para a sua maturidade sexual. Pode haver choque de gerações e os pais ou os parentais não concordarem com as vivências sexuais dos adolescentes, mas de qualquer forma, a ajuda dos pais e da escola é importante no sentido de lhe fornecerem um contexto, um apoio e um suporte que o ajude nas relações que vai manter com os elementos do grupo. O grupo e as interacções que mantém dentro dele são muito importantes para atingir a autonomia e a sua identidade sexual. Se o conseguir, está preparado para organizar o seu sistema de valores, não só em relação à vida, mas também à sexualidade. É neste percurso que a sua sexualidade se vai organizar com avanços e recuos, recuos provocados, muitas vezes, pelos adultos que não concordam com a liberdade sexual dos adolescentes. A escolaridade prolongada pode, também dificultar o percurso, acima aludido, na medida

em que os jovens estão muito tempo sob a dependência económica dos pais. No entanto, se forem ajudados conseguem atingir a sua autonomia e a sua identidade sexual e nessa altura, estão prontos para entrarem na idade adulta (Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al.; Marta Crawford et al., 2007). Hoje a socialização e a formação pessoal da criança faz-se por experiências mais alargadas. Mesmo aquela que esteve sempre no seio da família é portadora de aprendizagens que esta lhe proporcionou, mas traz com ela aprendizagens que ela própria *quis* experienciar, a televisão, o vídeo, os livros, a internet são fontes de conhecimentos hoje frequentadas por muitas crianças. É, porém, no seio da família que a *“criança absorve os papeis e as atitudes dos outros significativos, isto é, interioriza-os, tornando-os seus” (...)* *“absorver os papeis e atitudes dos outros, mas nesse mesmo processo assumir o seu próprio mundo”* (Berger & Luckmann, 1991:176 e 177). A família tem um papel muito importante na socialização e na formação, principalmente da criança e do jovem adolescente, por isso os pais têm que ter tempo para dedicar aos seus filhos e devem saber que uma relação autoritária ou desinteressada leva, muitas vezes, à destruição da personalidade de crianças e jovens. Há a necessidade de serem aceites, amadas, escutadas e compreendidas, porque só assim, poderão tornar-se mais abertas socialmente e participarem activamente na formação da sua própria personalidade. A personalidade, o nível intelectual e social dos pais e a relação que mantêm com os seus filhos explicam mais as diferenças na adaptação dos seus filhos aos mais diferentes ambientes. O ambiente democrático que se vive na família, bem como a orientação sem imposição, o incentivo, a felicitação, o amor entre pais e filhos e entre marido e mulher favorecem o desenvolvimento afectivo, intelectual e social da criança, um desenvolvimento que irá permitir, no futuro, tornar jovens adolescentes em cidadãos responsáveis, livres e verdadeiramente críticos, capazes de lutar por uma sociedade mais justa tolerante, mais democrática, mais plural e sem nunca esquecerem o respeito por si e pelos outros.

6.3 – Relações inter-pares, família e escola

Nas relações afectivas, na amizade e no amor, existem agora grupos onde interagem rapazes e raparigas, que vão albergar as relações do casal que os seus membros vão construindo, existe também uma parte significativa de jovens que não se envolvem em relações amorosas, preferindo apenas as relações de amizade, noutros casos existem elementos mais solitários, sem estabelecimento de laços estáveis, mesmo no plano de amizade (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Consolida-se o conjunto de atitudes e valores face à sexualidade e ao amor, (nomeadamente em relação aos papéis masculino e feminino) e face às normas de relacionamento entre os sexos.

Está também consolidada a orientação do desejo, existindo uma consciência clara em cada jovem da sua orientação heterossexual, homossexual ou bissexual. *“Seja qual for a orientação sexual, é muito frequente que os adolescentes sintam dúvidas sobre a “normalidade” dos seus comportamentos e sentimentos”* (Marques António et al., 2000:90)

Por estas razões, torna-se imperativo a educação sexual na adolescência, sobretudo porque a sexualidade é um tema ainda difícil de abordar de forma tranquila, ela continua como algo de enigmático, um mundo desconhecido e cheio de interrogações para alguns adolescentes (Costa Maria, 1998). *“Quando era mais pequeno os meus pais deram-me um livro de educação sexual, nunca tive ninguém com quem falar das dúvidas que permaneceram. Sempre tive muita necessidade de me masturbar (...). Eu julgo que sou imaturo sexualmente (...). Agora até proibi a minha mãe de entrar no meu quarto, tenho medo que ela descubra”* (Luís, 19 anos, cit. Costa Maria, 1998:98).

Podemos dizer que pior do que não ter informação, é não ter com quem falar, dela, criando ideias erradas que necessariamente vão ter repercussões no comportamento actual e, muitas vezes, no futuro.

A educação sexual nas escolas portuguesas deveria ser já uma realidade, a abordagem das questões relacionadas com a transmissão da vida e a sexualidade humana. Nos nossos dias, a educação sexual é uma tarefa conjunta da família e de outros agentes educativos, de entre os quais se destaca a escola e os profissionais de saúde. Os pais e a família têm na educação das crianças e adolescentes, um papel primordial e insubstituível. Quando falamos de educação sexual, há que jogar sempre na antecipação. Na educação sexual, como em quase todos os aspectos da educação, a prevenção é sempre a melhor solução (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). Se observarmos as nossas histórias de vida, e em particular no que toca ao desenvolvimento sexual, não há dúvida de que sempre sofremos a influência dos nossos pais e mães, de formas diferenciadas, nas diversas fases do desenvolvimento. Temos a marca inconfundível da nossa família de origem no nosso pensar, sentir e agir sexual em pontos como; o apego, a capacidade de querer e de gostar de outra pessoa, a identidade do género, a maneira como reagimos face às questões eróticas, a nossa amizade e conforto pelos outros, a nossa inimizade e desconforto face aos outros, os estilos de relações do casal, as competências sociais, a auto-estima, a auto-imagem, e a timidez entre outros. Os nossos pais marcam, de muitas

maneiras o nosso quadro de valores, atitudes e competências na nossa vida sexual e amorosa (Vilar Duarte, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Barreto António, 2007).

“A Educação Sexual deve começar com o nascimento, integrada na educação global. O pai e a mãe são os primeiros intervenientes no processo de aprendizagem sexual, quer no estabelecimento dos papéis sexuais, quer na elaboração dos valores sobre o corpo e os comportamentos eróticos” (Silva A. et al., 1999: 27).

É, na verdade, importante que a família desempenhe adequadamente o seu papel na Educação Sexual dos seus filhos, para que estes cresçam de modo saudável, enfrentando as suas mudanças físicas e psicológicas, curiosidades e dúvidas de forma natural, sem medos, vergonha e pudor.

“Muitos problemas da adolescência têm origem em dificuldades já experimentadas na infância. Por exemplo, as questões complexas da identidade sexual que se tornam nítidas quando se é adolescente, são influenciadas pelos passos dados pela criança no modo como esta organiza a sua sexualidade infantil” (Sampaio Daniel, 1999:99).

Ora se uma criança crescer num espaço onde possa colocar as suas dúvidas e perguntas, se existir um diálogo aberto e de confiança entre ela e a sua família poder-se-ão minimizar dificuldades sentidas e prevenir problemas quando adolescentes.

Uma das grandes dificuldades dos pais e família em abordar o tema da sexualidade é, realmente, quando sentem que os filhos estão preparados para aprenderem algo sobre a sexualidade. Infelizmente, a maior parte dos pais nunca encontram o momento certo, e adiam, adiam até que os seus filhos aprendam com os outros, nomeadamente, o grupo de pares (Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007). A verdade é que isso acontece muitas vezes, pois são diversos os factores responsáveis pela falta de diálogo sobre este tema entre pais e filhos: a vergonha, os tabus, as crenças, os preconceitos, o sentimento de não estarem preparados para transmitir uma informação correcta, o medo de, poderem fazer, “*má figura*” frente aos filhos, o receio de terem informações insuficientes e de não serem capazes de responder adequadamente às perguntas dos filhos, a angústia de não saberem como falar destes temas com os filhos pelo facto de; não terem vivenciado modelos positivos de educação sexual nas suas famílias de origem, a dificuldade em compreender e enfrentar o “*fechamento*” progressivo dos adolescentes e o medo de se intrometer na vida pessoal dos filhos, a dificuldade em falar de sexualidade, se existem problemas a este nível no casal (sobretudo porque se receia expor demasiado a sua própria intimidade) a dificuldade para se enfrentar situações de conflito com os filhos, são fortes factores impeditivos da abordagem do tema, o que poderá motivar os

filhos para a experimentação. A todas estas dificuldades acrescenta-se ainda a falta de tempo para estar com os filhos, muito típica deste nossa sociedade de consumo.

“O diálogo com os adolescentes sobre sexualidade e afectividade, não pode ter um único momento, o momento próprio, rodeado de pompa e circunstância, como se estivesse a falar de algo transcendente” (Costa Maria, 1998:88).

Podemos dizer que este diálogo tem de acontecer em cada momento do seu crescimento, adequando a comunicação a cada etapa do seu desenvolvimento à sua capacidade de compreensão e aproveitando todas as oportunidades que favoreçam esse diálogo.

A verdade é que os pais que não satisfazem as dúvidas e fogem das perguntas mudando de assunto, ou de canal televisivo quando neste se mostram cenas de sexo, as crianças irão procurar satisfazer as suas curiosidades e dúvidas com outras pessoas, e/ou através dos meios de comunicação (televisão, revistas, livros, Internet, etc...).

Muitas vezes, esta procura leva a que as informações sobre a sexualidade sejam deturpadas afastando-se da sexualidade saudável e onde o termo sexo apenas traduz o acto em si, aumentando-lhes por vezes ainda mais a curiosidade de experimentar, pois se todos mostram uma cara de satisfação quando o fazem, ou então se é um tema tão proibido lá em casa, por que não ultrapassar as barreiras e satisfazer a curiosidade. Destas atitudes podem, por vezes, resultar consequências menos positivas, dependendo muito da personalidade e educação que cada criança /adolescente tem.

“Aprender um comportamento sexual e afectivo responsável é como aprender a ler ou a escrever: é um processo contínuo de descoberta e integração (...) por isso, um filme, um livro, uma notícia na televisão (...), podem suscitar reflexões e conversas, entre pais e filhos, sobre sexualidade e sobre afectividade” (Costa Maria 1998: 59).

Podemos dizer que a família, na nossa sociedade, de um modo geral, está longe de desempenhar esta função importante, que está relacionada com as condições socioculturais do nosso povo. As famílias sócio-economicamente desfavorecidas não sentem a necessidade de educarem sexualmente os seus filhos (Rodríguez, 1989; Marques António et al., 2000).

Quando as crianças, e jovens adolescentes não satisfazem as suas dúvidas e curiosidades no seio da família, partem à procura dessa satisfação. *“Os adolescentes vão procurar ajuda para as suas dúvidas, questões e angústias onde podem. Tradicionalmente e em muitos países, os amigos são a primeira ajuda. É com eles que se aprende os papéis sexuais e o que se espera deles. Aprende-se com a experiência dos outros e adquire-se consciência da sua identidade”* (Alves M. J., 1999:5).

A comunicação verbal sobre a sexualidade, no contexto da família, é, apenas uma fonte possível de aprendizagem sexual, mas não é, certamente, a mais importante. De facto, a linguagem afectivo-sexual, tem múltiplas expressões, *“o modo como cada elemento da família exerce o seu papel-sócio-sexual e como é sistematicamente organizado o conjunto familiar; a proximidade ou a distância física; as reacções verbais ou não verbais acerca de acontecimentos que se relacionam com esta temática; os comentários sobre os comportamentos de outras pessoas; os silêncios voluntários ou involuntários, em torno da temática afectivo-sexual”* (Marques António et al., 2000:50).

É sem dúvida, muito importante que as crianças cresçam num seio familiar saudável, onde exista diálogo, carinho, respeito, educação, clima de abertura, e principalmente bom ambiente familiar, para que os adolescentes prosperem de forma justa e adequada, o que infelizmente ainda não acontece ao longo do crescimento de muitas das nossas crianças que têm ambientes familiares muito degradados e maus influenciadores para o seu crescimento pessoal e definição da sua própria personalidade.

“Hoje, pensa-se que os pais são muito importantes na educação dos filhos, e não devem abdicar de um assunto tão sério como este. Sabemos que muitos problemas ligados à vivência da sexualidade têm a sua origem na falta de informação e na ansiedade daí gerada. Da mesma forma, a ignorância sobre estes assuntos poderá resultar numa baixa de auto-estima, promover um desenvolvimento não harmonioso, desencadear situações de culpa ou medo” (A.P.F, 2000:2 e 3).

Esta faixa etária é um período difícil para pais e filhos, onde se põem à prova os estilos educativos anteriormente existentes, trata-se de uma fase crucial de construção do modo de pensar, sentir, relacionar-se e comportar-se dos jovens.

O problema da introdução da educação sexual nas escolas tem sido objecto de muitos debates, sondagens e estudos, pode-se dizer que a grande maioria dos pais são favoráveis a que se realizem programas de educação sexual na escola, ainda que, naturalmente não abdicuem do seu papel específico na educação dos filhos (Vilar Duarte, 1994; Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006).

Estamos numa fase de transição provocada por profundas mudanças nas perspectivas sobre a sexualidade.

“Essa mudança social de perspectivas face à sexualidade, produzida por movimentos sociais, pela arte e pela sociedade mediática em que hoje vivemos, caracteriza-se, por um lado, por valorizar a sexualidade e o erotismo como uma importante componente do nosso desenvolvimento pessoal e das relações interpessoais. Por outro lado um alto grau de saturação de mensagens sexuais e eróticas do nosso quotidiano, fazem da sexualidade um tema público e não mais um tema privado do qual “não se deve falar”, evidenciando um

aumento do grau de tolerância face a condutas sexuais, antes marginalizadas e reprimidas”

(Vilar Duarte, 1994:15 e 17).

Podemos dizer que o clima aberto com que estamos a viver a sexualidade tem exposto as crianças a telenovelas, programas televisivos que conquistam audiências à custa da sexualidade. Os pais permitem que as crianças se deformem uma vez que estas são muitas vezes expostas a cenas não aconselháveis para a sua idade, são expostas a “*atitudes*” abusivas (Sá Eduardo, 2001).

Em síntese, diremos que a comunicação entre pais e filhos adolescentes sobre a sexualidade não é fácil de tratar e promover.

7 – A ARTICULAÇÃO ENTRE A FAMÍLIA E A ESCOLA NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE

7.1 – Educação sexual na escola

Em casos muito delicados como a sexualidade, impõe-se sempre o extremo bom senso. Não é, de todo, uma área onde o experimentalismo seja aconselhável ou a boa vontade seja suficiente. A sexualidade alcança um nível muito íntimo da pessoa, pelo que deve ser abordada com o mais subtil cuidado, procurando respeitar as fronteiras definidas por cada um.

Este aspecto é válido para a generalidade das pessoas, sendo as crianças um público ainda mais frágil e vulnerável, pelo que requer mais e melhor atenção. O meio cultural em que somos educados influencia a nossa sexualidade, assim como, as ideias que temos acerca dela. Não podemos esquecer, no entanto, que a construção do indivíduo, como ser social, integrado de forma crítica e criativamente na sociedade é resultado de muitos obreiros. O próprio indivíduo, que como ser activo, influencia também a sociedade em que está inserido, a família, a escola e outros agentes que com ele se relacionam em etapas várias da sua vida. Isto quer dizer que a construção do indivíduo como ser social é uma obra em interacção dinâmica, que decorre em contextos sociais variados e em permanente evolução. A escola torna-se uma instância privilegiada de socialização, de transmissão de conhecimentos, de valores e cultura da comunidade, porque a sociedade exige à escola que desenvolva nos indivíduos capacidades cognitivas, afectivas e sociais de modo a torná-los elementos activos e produtores de cultura. Assim, o professor deve contribuir para que os seus alunos adquiram uma vivência mais informada mais autónoma e mais responsável da sexualidade. Este deve também adquirir algumas competências para estar à vontade quando fala em sexualidade com os seus alunos, além disso deve; ser um observador atento, um bom orientador, um bom ouvinte, deve ser um informador seguro e objectivo, não deve fugir às questões mas enfrentá-las com todos os conhecimentos que possui, ser um confidente e guardar no seu interior o que lhe contam para que os alunos confiem nele. A confiança deve limitar-se a assuntos normais fruto da vivência quotidiana das crianças e dos jovens. Deve procurar não emitir juízos de valor, fomentando sempre, entre os seus alunos, o diálogo de modo a que eles possam exteriorizar o que pensam e muitas vezes o que têm recalcado no seu subconsciente. Deve orientar o diálogo sem impor as suas ideias, nem os seus conhecimentos. No entanto, deve dizer o que pensa com base nos conhecimentos que possui, sempre que os alunos lhe peçam para o fazer. O professor deve adquirir os

conhecimentos de que necessita, de modo a poder estabelecer a ponte entre a escola e a família, e a escola e a sociedade em que ela está inserida. Sampaio Daniel (1999:67), afiança que, *“mais do que colocar um psicólogo numa escola, é preciso investir nos professores e alunos que já lá estão, encaminhar os problemas para serviços que de facto deem respostas e não perder tempo. Sem esse trabalho de fundo, uma medida correcta arrisca-se a não ter êxito”*. Os cafés e as discotecas passam a ser não só um ponto de encontro, mas também um local de fuga ao aborrecimento e à depressão. Nestes casos, a escola e os directores de turma deviam fazer mais qualquer coisa do que mandar postais para casa com as faltas (até porque parte deles é surrupiada das caixas de correio). Se já não há estímulo para estudar, faltas, castigos, psiquiatras e psicólogos podem fazer pouco. Naquele adolescente passivo que se perde nos nossos cafés, ao pé das escolas onde deveria estar, há quase sempre um jovem inquieto que é preciso ouvir urgentemente, antes que seja tarde. A eficácia da escola depende não só do Ministério da Educação, mas também do modo como são postos em acção os seus recursos humanos. Socializar e instruir, através do esforço de educar, têm de ser as palavras de ordem, é preciso que inovem, que encontrem nova estratégia de ensino, que de facto apoiem as iniciativas dos alunos, de modo a transformá-los em verdadeiros actores da mutação que é necessária (Sampaio Daniel, 1999).

“O grande objectivo da Educação Sexual é contribuir, ainda que parcialmente, para uma vivência mais informada, mais autónoma e, logo, mais responsável da sexualidade” (Orientações Técnicas sobre Educação Sexual em Meio Escolar – Contributos das equipas de Projecto APF; PES; DGS, 1999:15). Com base, nas contribuições apresentadas pelas equipas de Projecto; APF; PES; DGS, (1999), podemos afirmar que a Educação Sexual faz parte integrante da educação que é interiorizada, pelo ser humano ao longo do ciclo da vida, por isso deve contribuir para criar sentimentos, atitudes, competências e conhecimentos. Na esfera das competências, o facto de ser digno e seguro de si dá a capacidade de defender a sua dignidade e os seus direitos. O ser humano forma a sua personalidade, na relação que estabelece com os outros, mas para estabelecer essa relação é necessário que saiba comunicar e a comunicação deve ser desenvolvida e enriquecida, na escola, de modo a preparar o jovem para se poder afirmar, na sociedade em que se vai integrar. A escola deve criar condições para que as crianças e os jovens possam debater todos os assuntos sem preconceitos, incluindo os mais complexos como é o caso da sexualidade e ao abordar assuntos relacionados com a sexualidade, o professor deve intervir, sem qualquer tipo de imposições, informando os alunos que devem tomar precauções, quando estabelecem relações sexuais, de modo a evitar a gravidez indesejada e contrair doenças de cariz sexual que podem deixar

marcas. O professor, ao estabelecer com os seus alunos, uma verdadeira relação de amizade e de confiança, leva-os, não só a exteriorizarem os problemas que têm, mas também a pedir ajuda para resolverem esses mesmos problemas. No campo dos conhecimentos, a educação sexual deve abordar conhecimentos variados como; as várias dimensões da sexualidade, o conhecimento do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos, o conhecimento de que a diversidade física, psicológica, social e cultural de cada homem influencia a sua sexualidade e por isso ela é diversificada, assim como o são os comportamentos sexuais. A sexualidade, bem como a educação em geral está dependente dos valores que se vivem em sociedade. As crianças e os jovens devem interiorizar que a sociedade democrática em que vivemos exige que haja igualdade entre todos e a mulher não pode ser excluída dessa igualdade. Devem saber que podem estar sujeitos a abusos e a violências sexuais e têm que ser informados, a quem devem recorrer para evitar ou resolver problemas deste género. No que diz respeito a atitudes, a criança e o jovem devem adquirir uma imagem positiva de si, aceitando-se como são, porque só assim é possível gostar de si e dos outros. Ao tomar conhecimento das diferenças sexuais que existem entre o rapaz e a rapariga, deve aceitá-las e respeitá-las. O professor deve criar, na sua escola, um verdadeiro clima afectivo, levando a criança a interiorizar a importância da amizade, de modo a que possa estabelecer relações afectivas com os seus colegas e adultos e a perceber que a amizade e o amor entre o pai e a mãe, entre pais e filhos e entre irmãos, se os houver, é muito importante para a felicidade que se vive dentro da família. O trabalho de grupo, na escola, deve contribuir para desenvolver relações de cooperação e de inter-ajuda. Em relação às competências, é através do diálogo que a criança e o jovem podem emitir as suas opiniões em analogia a vários assuntos, fazer perguntas que devem ser sempre respondidas pelos colegas ou pelo professor, de modo a que a fiquem devidamente esclarecidos e neste contexto, é possível abordar e esclarecer temas relacionados com a sexualidade.

Falar de educação sexual *“é falar de educação global, contínua, constante ao longo de toda a vida”* (Santos A. et al., 2001:11). Compreende-se, desta forma, a abrangência e a complexidade da temática. Daí que, um educador não se pode limitar às suas opiniões ou pareceres, e muito menos a informações ou conhecimentos, relacionados com a sexualidade humana, que sejam transmitidos de uma forma *“livresca”*.

Existem várias definições de educação sexual, mas optou-se por apresentar aqui uma definição que parece traduzir uma opinião consensual de vários autores, *“a educação sexual, é, não descurando a componente informativa, fundamentalmente, uma educação para a afectividade, para o respeito pela dignidade do outro, para um assumir de*

responsabilidades perante nós próprios e os que nos rodeiam, numa atitude permanente de apreciação positiva” (Aroso Albino, 2001:7).

Podemos dizer que a sexualidade e a educação sexual estão interligadas e têm a ver com o nosso corpo, com a nossa imagem corporal (...) com o nosso maior ou menor conforto em relação a eles. Assim, todos estes aspectos serão vivenciados de uma forma mais positiva e saudável se os responsáveis pela educação sexual desempenharem correctamente o seu papel.

O termo *“informação sexual”* é muitas vezes entendido como o mero fornecimento de informações puramente biológicas ligadas exclusivamente ao acto de reprodução. A OMS cit. por Cortesão Irene, (1989:16) define a informação sexual como a *“integração dos aspectos sociais, normativos, afectivos e intelectuais de sexualidade humana, para enriquecer positivamente e melhorar a personalidade, a intercomunicação e afectividade, ampliando-a como conceito de autonomia e solidariedade do prazer”*.

Cortesão Irene, (1989:16) refere que o domínio da *“Educação Sexualizada”* é ainda mais alargado. Esta autora começa por distinguir o termo *“Educação Sexual”*, do termo *“Educação Sexualizada”* afirmando que o primeiro é reducionista em relação ao segundo, pois, *“leva a supor que existe o propósito de realizar uma Educação Sexual desligada da educação global do indivíduo, como se a sexualidade fosse um comportamento estanque, não envolvendo toda a nossa personalidade, os nossos projectos, a nossa afectividade, a nossa forma de estar na vida”*.

A Educação Sexualizada engloba não só a informação sexual, mas também a discussão de valores do domínio sócio-afectivo que vão emergindo do processo de socialização que se faz através da família, da escola e de toda a envolvente social, valores que são veiculados de forma explícita ou implícita desde o nascimento (Cortesão Irene, 1989).

A educação global, não pode ser confundida com um somatório de educadores parcelares, do indivíduo como um todo, pressupõe um olhar atento às várias facetas do Homem, garantindo a integridade do seu desenvolvimento; esquecer que o indivíduo é sexuado é comprometer a sua saúde física e mental.

Vaz J. Machado et al., (1996:25) referem que em vez de se falar em *“educação sexual”* dever-se-ia falar em *“Educação Sexualizada”* para sinalizar que a sexualidade está presente ao longo de toda a vida. Assim, importa essencialmente a complementaridade de papéis entre os vários agentes educativos da comunidade; família, escola, profissionais de saúde, *media* entre outros, para que se coordene o desenvolvimento pessoal e social.

Alves Pinto (1995:116), sugere que *“entre os dois universos socializadores mais próximos da criança; o familiar e o escolar não há congruência nos valores, nos comportamentos,*

nos projectos. Então, a socialização da criança torna-se problemática. Ter a consciência deste facto, obriga a encarar a necessidade de construir pontes que permitam estabelecer contactos e cooperação entre a escola e a família para ajudar ao êxito escolar da criança". Um sucesso intelectual, afectivo e social, que só poderá ser possível, se houver uma grande cooperação entre a família e a escola. Ninguém poderá negar que o meio social, económico e cultural condiciona o desenvolvimento das crianças e, se as crianças provenientes dum meio social e cultural elevado têm, na sua maioria, maiores facilidades de adaptação à escola, aqueles, oriundos de meios familiares sociais e culturais mais desfavorecidos têm grandes dificuldades de integração, porque, se os primeiros nasceram, viveram e cresceram numa cultura de referência, muito semelhante àquela que a escola transmite, os outros foram formados e socializados, num ambiente cultural diferente. Não foi por acaso que a Lei de Bases do Sistema Educativo, entre outras coisas, defende a criação de escolas autónomas com um Projecto Educativo próprio, um Projecto Educativo que seja elaborado com base nos problemas sentidos pela comunidade em que a escola está inserida. O Projecto não só poderá dar um grande contributo à resolução desses problemas, como poderá motivar os pais a participarem activamente na vida da escola. Esta deve abrir-se ao meio, em que está inserida, indo ao encontro de todas as formas de cultura que aí se vivem, tentando dar resposta a todas elas, assim será possível dar resposta às necessidades de todas as crianças, permitindo que haja igualdade de oportunidades e que esta igualdade de oportunidades contribua para o sucesso educativo de todas, mas de todas as crianças. A escola poderá eliminar o défice cultural dos alunos provenientes de meios mais desfavorecidos, se for ao encontro das necessidades e capacidades dessas crianças e, se contar com a participação activa dos seus pais. Como sugere Alves Pinto (1988) o conceito de comunidade educativa é uma proposta de solução para um velho problema que se põe sobre a delimitação das fronteiras de qualquer sistema social. Convenhamos que a escola é um sistema social e como tal é caracterizado pelas suas finalidades, por um sistema de interacção, por um território delimitado por uma fronteira e pelos actores que o constituem. Um equívoco muito frequente na abordagem das instituições como sistemas sociais é imaginar que a sua fronteira corresponde a uma qualquer fronteira física. A fronteira da organização social escolar tem de decorrer não dos limites físicos da instituição, mas do sistema de interacção que estrutura a organização social da escola. Ora, ninguém no dealbar do século XXI poderá aceitar que o sistema de interacção que estrutura a realidade social escolar se resume de forma simplista à relação individual e estreita professor-aluno. Assim, se cumpre o preceito da Lei de Bases que obriga o sistema educativo a assegurar a *"interligação com a comunidade mediante adequados graus de participação dos*

professores, dos alunos, das famílias, das autarquias, de entidades representativas das actividades sociais, económicas e culturais e ainda de instituições de carácter científico” (Art.º 43º, n.º 2). A participação na vida da escola é uma das características de uma sociedade democrática. Há países em que os pais intervêm de uma forma verdadeiramente participativa, na vida escolar. Em Portugal, essa participação, salvo raras excepções, ainda é passiva. Há causas várias que levam os pais a desinteressarem-se pela escola. Apesar de, poder haver vontade do poder político em fazer cumprir a Lei de bases do Sistema Educativo, será que a maioria dos portugueses está preparada e motivada para participar na vida da escola. Contudo com base em dados recolhidos por vários pedagogos, são os alunos, com mais dificuldades, que mais beneficiam com a participação dos pais na vida da escola. No entanto, muitos pais dos estratos culturais mais desfavorecidos, confessam não aparecer nas reuniões ou evitar outros contactos com os professores por não entenderem o que os professores lhe dizem ou porque estes os acusam de não serem capazes de ajudar os seus filhos, fazendo-os sentir-se incompetentes educacionais. Mais do que rotular os pais dos grupos sociais desfavorecidos de pais difíceis de alcançar”, talvez fosse mais adequado “(...) designar as escolas onde os pais não participam, de “escolas difíceis de alcançar” (...) porque os professores não sabem comunicar com os pais em desvantagem cultural e económica, os directores de turma marcam reuniões com os pais a horas em que eles se encontram a trabalhar e, por vezes, as informações prestadas são tão insuficientes que nem sempre a reunião vale a deslocação (Marques António et al., 2000). Mas como refere Alves Pinto (1995), o que se torna efectivamente relevante para o sucesso educativo e escolar do aluno é que famílias e escolas se conheçam e se compreendam, sem preconceitos sobre os grupos de pertença das famílias ou outros, porque os vários investigadores que se têm debruçado sobre estes assuntos são unânimes em aceitar que são as práticas educativas das famílias que são determinantes. A educação sexual tem que ser encarada com total naturalidade pelos pais, professores, profissionais de saúde e pelas próprias crianças e jovens. Pensamos que, desde o momento em que a criança começasse a aperceber-se da sua própria sexualidade, a família devia, através do diálogo, da observação de gravuras e sua explicação, ajudar a criança a aperceber-se das diferenças sexuais que existem entre si e os outros. Os pais querendo que os seus filhos sejam totalmente masculinos, mentalizam-nos que devem brincar com brinquedos próprios para rapazes; bolas, carros, bicicletas, pistolas, etc. e para que as meninas se tornem verdadeiramente femininas levam-nas a brincar com bonecas e com todos os brinquedos que pensam ser próprios para meninas. Esta forma de pensar e de agir limita a formação pessoal e social do ser humano, porque contribui para a formação de sociedades

machistas. Este tipo de sociedade é rejeitada pela maioria dos portugueses que quer viver numa sociedade democrática, onde o homem e a mulher sejam vistos e considerados iguais, com os mesmos direitos e deveres, em que o diálogo entre o casal impere e entre pais e filhos esteja sempre presente. A educação sexual das crianças de sexos diferentes, na família e na escola, deve contribuir para uma formação pessoal e social, de modo a formar cidadãos que ao integrarem-se, na sociedade, sejam capazes de se respeitarem mutuamente, de lutarem pela liberdade, pela igualdade, pela justiça e pelo pluralismo. A sexualidade está presente, desde muito cedo na criança, mas é na adolescência que ela se manifesta com mais intensidade e clareza e é também, na adolescência que se começa a estabelecer a ligação entre a sexualidade e a afectividade, uma ligação que, na nossa sociedade, é diferente nos rapazes e nas raparigas, provavelmente, devido à educação diferenciada, que tiveram na família e na escola. Se os pais, professores, técnicos de saúde e outros técnicos acreditarem no sucesso das crianças que formam, estas acreditam que são capazes de vencerem e desenvolvem, assim, uma auto-estima positiva o que as leva quase sempre ao sucesso. A sua formação pessoal e social permite-lhes viverem com responsabilidade, dignidade, amor pelo próximo, respeito por si próprios e pelos outros e, conseqüentemente, a sua sexualidade em plenitude. A educação na família e na escola, tem que dar à criança, como ser activo, a possibilidade de participar na aquisição dos seus saberes e na formação da sua personalidade, porque só assim e com a ajuda dos adultos ela pode crescer com equilíbrio no campo afectivo, intelectual e social. A escola deve dizer aos pais que assume totalmente a educação sexual que é dada no seu seio, de modo a dar aos professores que a leccionam a legitimidade que é indispensável à sua leccionação. Para alguns pais e, ou encarregados de educação é complicado aceitarem a abordagem da sexualidade na escola, porém estes preconceitos têm evoluído, mas subsistem ainda muitas dificuldades de articulação entre os pais e a escola no que respeita a este tema. Embora alguns pais e, ou encarregados de educação aceitem a abordagem do tema na escola, não deixam de ter algumas preocupações acerca dessa abordagem ou do resultado da mesma.

Alguns dos receios ou dúvidas que, por vezes, os pais e encarregados de educação exprimem quando se suscitam conversas ou debates sobre este tema é que, *“a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as suas tentativas de experimentação de comportamentos sexuais; que nas acções de Educação Sexual se inclua o ensino de práticas sexuais, que o mais importante em Educação Sexual, deve ser a prevenção das infecções de transmissão sexual e da gravidez não planeada, sobretudo em adolescentes”* (Lopes et al., citado por Marques António et al., 2000:51).

Para além de dar a conhecer a realidade da escola, uma adequada articulação entre a família e a escola, permitirá também aos professores conhecerem um pouco melhor o ambiente familiar dos alunos, e dos pais. O ideal é, *“estabelecer um diálogo entre os pais e escola onde discutam qual é a melhor maneira de abordar o tema da sexualidade em casa, como responder às perguntas, do filho ou educando, (...) que materiais didácticos adquirir e onde, para ajudar ao tratamento do tema em casa, que fazer quando o filho ou educando não colocam questões”* (Vaz et al, cit. por Marques António et al., 2000:52).

Sem dúvida que uma adequada articulação entre a família e a escola é muito positiva para ambas as partes, e, principalmente, para o futuro dos respectivos filhos, e alunos, resultando daí muitas vantagens para todos. Na verdade, o ideal é que haja uma boa relação escola-famílias, ou pelo menos é essencial que não haja uma relação conflituosa (Vilar Duarte, 2000).

Em suma, a escola enfrenta graves problemas; o insucesso escolar, a indisciplina, o alcoolismo, a droga e a prostituição, mas fechada dentro de quatro paredes é incapaz de os resolver, por isso tem que abrir as suas portas e deixar que os pais e restante comunidade participe na resolução dos problemas que tem que enfrentar, porque só trabalhando em equipa, num diálogo franco e aberto, é possível encontrar soluções para os minimizar e os resolver. Esse trabalho de equipa só será uma realidade, se os professores, alunos, pais, funcionários, profissionais de saúde e restante comunidade mudarem as suas mentalidades em relação à escola. Esta não pode ser vista como a única responsável pela educação e instrução das crianças e dos jovens. A escola actual necessita de todos e todos têm responsabilidades na educação e instrução das crianças e dos jovens que a frequentam. É imprescindível que os professores estejam sempre disponíveis, mas também é necessário que os pais encontrem algum tempo para participarem na vida da escola, porque só a interacção escola-família e restante comunidade permite que todos os alunos tenham igualdade de oportunidades, e essa igualdade seja sinónimo de sucesso. É indispensável que estes participem na aquisição dos seus saberes e na formação da sua personalidade, porque só desta forma e sempre com a ajuda dos professores, dos pais e da restante comunidade é possível formar cidadãos responsáveis, críticos, inovadores, defensores dos seus direitos e cumpridores dos seus deveres, respeitando-se a si e aos outros e capazes de defenderem e consolidarem a democracia em que vivemos.

7.1.1 – O papel da escola como promotora de saúde sexual

A promoção e Educação para a Saúde remete não só para o funcionamento específico de cada instituição de saúde, mas também para outras instituições, como as da educação. Aqui, a escola tem um papel fundamental no processo, não podendo continuar só como mera transmissora de conhecimentos colocando a pessoa passiva face ao seu processo de desenvolvimento. Importa que cada pessoa desempenhe um papel activo na sua formação e na dos outros, que os formandos partilhem a tomada de decisão sobre assuntos que lhes dizem directamente respeito.

“A educação para a saúde não é vulgarização do conhecimento médico, nem subproduto da publicidade, mas um impulso à participação afectiva da autogestão da saúde, no contexto das realidades quotidianas e face aos desafios do nosso tempo” (Poulizac, citado por Navarro Fernanda, 1995:7).

No nosso país a escola, tem realizado grandes evoluções, desde o alargamento da escolaridade obrigatória até à mais recente legislação sobre a autonomia, onde se reconhece o poder das escolas para tomar decisões nos domínios estratégicos, pedagógicos, administrativo, financeiro e organizacional, no quadro do seu projecto educativo e em função das competências e dos meios que lhe estão consignados.

A escola promotora de saúde é, *“aquela que tem como meta o sucesso educativo de todos os elementos da comunidade educativa alargada, em particular, dos alunos nas suas dimensões organizacional, psicossocial, curricular, ecológica e comunitária, uma escola promotora de saúde “nunca será” completamente, mas “já é” desde que se empenhe visivelmente para tal”* (Navarro Fernanda, 1995:10).

A educação para a vivência saudável da sexualidade é uma das competências da escola para colaborar efectivamente na formação global da pessoa. De acordo com a Lei 3/84, o Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação, através da escola, das instituições de saúde, dos centros de atendimento para jovens e dos meios de comunicação social, cooperando assim, com os pais na educação dos filhos, promovendo a protecção da família e a realização pessoal dos seus membros. A Educação Sexual constitui, pois, parte integrante do Processo da Saúde em Meio Escolar, nas suas múltiplas dimensões.

8 – AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO NOS PAPEIS SEXUAIS

Sendo a educação sexual um processo que influencia a estruturação e maturação da personalidade do indivíduo, e que está dependente da cultura em que se está inserido, limitá-la a uma realidade orgânica, esquecendo toda a sua dimensão afectiva e social é propor aos adolescentes um esquema bastante redutor, tendo pela pessoa pouca consideração. Por isso, a educação sexual deve apresentar-se como, *“uma proposta de preparação para a vida pessoal, social, comunitária e particularmente familiar, que se alimenta em valores de vida, de civismo, de amor, de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano”* (Galvão, 2000 citado por Afonso Esmeralda et al., 2001:169).

As necessidades de formação tendem a centrar-se na própria vivência afectiva e sexual dos adolescentes, nas suas preocupações e dúvidas não só sobre si, mas sobre as suas relações com os outros, numa busca de identidade não só pessoal e sexual, como também na construção das suas atitudes e valores. *“Embora esta educação deva ser assumida prioritariamente pelos pais, podemos observar que ainda hoje os pais funcionam pouco como informadores espontâneos ou são pouco solicitados nestas questões, apesar dos adolescentes reconhecerem que se sentem mal informados em questões sexuais”* (Maia Ana, 2001:27).

Consideramos assim que a vivência familiar, a escolaridade, o convívio com os amigos e colegas, o contacto com profissionais de saúde, os meios de comunicação social, entre outros, são intervenientes na educação sexual do adolescente, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade. No entanto, estes constituem referências que podem divergir nos saberes, nos valores e nos modelos atitudinais e comportamentais que preconizam. Esta repartição de responsabilidade na educação sexual do adolescente é essencial, até porque a maioria dos pais necessitam ainda de vencer alguns tabus e de tomar consciência da importância da sua participação para evitar futuras consequências.

Todos sofremos, de formas diferentes, a influência dos nossos pais nas diversas fases do nosso desenvolvimento. Temos a marca da nossa família no pensar, no sentir e no agir sexual. A capacidade de querer, de gostar de outra pessoa, a forma como nos sentimos como homens ou mulheres, as competências sociais, a auto-estima, a auto-imagem, sofrem as influências familiares. Como nos refere Vilar Duarte (1994) citado por Afonso Esmeralda et al., (2001:169) *“os nossos pais marcaram, de muitas maneiras, o nosso quadro de valores, atitudes e competências na nossa vida sexual”*.

Segundo Afonso Esmeralda (2001:169), vários são os factores que interferem na comunicação pais e filhos no que se refere à sexualidade. De entre eles destacam-se, *“os estilos educativos, ou seja, as representações, objectivos, capacidades e formas concretas que os pais têm relativamente à educação dos filhos, que se expressam em estilos de relacionamento inter-familiar. As distintas atitudes dos pais face à sexualidade e que integram naturalmente os estilos educativos. As distintas fases do desenvolvimento físico e psicológico dos filhos”*.

Os meios de comunicação (media) são hoje um importante veículo de transmissão de informação para os adolescentes. Os *mass media*, em especial a televisão, são sem dúvida, agentes fortemente modeladores e incentivadores do comportamento dos adolescentes.

Segundo Meneses (1990); Andrade Isabel (1996); Marques António (2000); Nodin Nuno; Macpherson Ann (2001); Sampaio Daniel (2006), a leitura e a televisão constituem importantes meios de informação sobre sexualidade. No entanto esta divulgação não é a maioria das vezes adequada aos adolescentes o que leva a conceitos errados.

A influência dos colegas sobre o desenvolvimento pode mesmo superar a influência dos pais, sendo a influência dos pais menor com o decorrer dos anos, culminando com a independência em relação a estes. Esta independência é paralelamente acompanhada do estreitamento de laços com os companheiros (Myers, 1999; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

“Diminuindo a dependência afectiva face aos pais, característica do período infantil, o adolescente vai alterar também a relação com os companheiros e o grupo vai revestir-se de grande importância no seu desenvolvimento emotivo” (Afonso Esmeralda et al., 2001: 65).

É no grupo que o adolescente procura novas fontes de afecto, novos modelos, novas formas de identificação. É também o grupo que lhe permite a partilha de segredos e de experiências e que lhe dá por algum tempo, a identidade social de que carece. A adesão a um grupo representa também para o adolescente maior proximidade à sociedade adulta pois esta é toda ela feita de grupos; a turma da escola, a classe social, o grupo desportivo, o clube, o partido político, etc.

O grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes. Esta relação com o grupo de pares, vai permitir ao adolescente trocar impressões, expondo os seus problemas e dúvidas no âmbito da sexualidade (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

O grupo, apesar dos riscos que pode comportar, tem um papel muito importante “*devido ao carácter acessível, informal e facilitador do alívio de tensões*” (Afonso Esmeralda et al., 2001:199).

As características dos grupos variam ao longo da adolescência. Sampaio Daniel (2000:65), distingue cinco estádios na formação do grupo de adolescentes, “*grupo isolado de um só sexo. Os grupos unissexuais participam na interacção heterossexual, dando-se os primeiros movimentos face à heterossexualidade. Os membros de estatuto mais alto dos grupos heterossexuais iniciam contactos individuais com membros do sexo oposto. Formação de grupos inteiramente heterossexuais. Desintegração do grupo como um todo e formação de díades, às vezes agrupadas*”.

O grupo é habitualmente formado por adolescentes da mesma idade ou de idades aproximadas, estabelecendo-se entre os seus elementos uma contínua comparação. Em cada grupo, os adolescentes tornam-se “*monotonamente iguais*”. Fazer parte de um grupo cujos elementos se assemelham na maneira de vestir, comportar e agir, dá estabilidade e um sentimento de pertença a algo, o que é importante durante estes anos de transição (Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Nesta procura de identidade e de segurança dentro do grupo, querendo igualar-se continuamente uns aos outros, a pressão sentida pelo adolescente pode ser grande, podendo gerar sensações de insegurança e até “*complexos*” de inferioridade.

Por tudo isto, a influência dos amigos torna-se poderosa, uma vez que representam uma fonte de afectos, de solidariedade, de compreensão, um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais. É igualmente um ambiente para formar relacionamentos íntimos que servem como “*ensaio*” para a intimidade adulta (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Os pares desempenham por esta altura um papel fundamental nas aprendizagens, no apoio e na inserção social de rapazes e raparigas. É o grupo que serve de trampolim entre as relações familiares para sistemas de relações mais alargados e com um peso relativamente crescente (Frade Alice et al.; Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2001 e 2006).

Só o reforço da auto-estima e a plasticidade nas relações interpessoais, vão permitir a coexistência no grupo, adoptando as suas normas internas, decisões e originalidades, mantendo no entanto a sua própria individualidade, indispensável aos ciclos da vida seguintes; fazer/não fazer, gostar/não gostar, ir/não ir (...) (Andrade Isabel; Frade Alice et al., 1996 ; Sampaio Daniel, 2006).

De entre os modelos que possuem um poder relevante, apontamos os adultos que giram em torno dos jovens através da educação ou dos tempos livres, e ainda os filmes e as suas vedetas. A literatura e os filmes pornográficos continuam a acalantar os papéis tradicionais, onde o homem activa, cativa e inicia a mulher que funciona como catalisadora dos apetites sexuais masculinos (Andrade Isabel, 1996; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A publicidade, tem um extraordinário poder abonatório sobre estes papéis, quando faz a ligação da sedução sexual com os produtos de consumo. As formas de aliciar são diferentes. Nos produtos que se destinam aos homens, as mulheres surgem com frequência nuas ou exuberantemente vestidas, no entanto sempre particularmente provocantes, nos destinados às mulheres, os homens apresentam um excelente físico, uma profissão de topo, muito dinheiro, ou são vedetas muito famosas (Andrade Isabel, 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Estes estereótipos dissimulam uma realidade que nada tem a ver com as necessidades em relação com o outro sexo. Mas os jovens adolescentes, que tomam conhecimento destes estereótipos, podem contemplar os papéis que gostariam de afigurar. Pensamos ser importante encorajá-los a ser críticos, analisando em grupos mistos ou separados por sexos; a eles próprios definirem masculinidade e feminilidade, inventariarem, o que rapazes e raparigas esperam uns dos outros, confrontando e discutindo seguidamente os resultados (Marques António et al., 1999).

O profissional de saúde deve ser um *facilitador* que permita ao jovem adolescente aumentar a sua capacidade de decisão e de aceitação das decisões dos outros com quem priva. Tornando possível ao jovem entender e expressar sentimentos e opiniões, fazendo com que este aceite dos outros sentimentos, opiniões e decisões diferentes das suas.

8.1 – A família, o meio mais próximo na socialização do indivíduo

A unidade familiar sofre constantes alterações na sua dimensão, estrutura e actividade, à medida que cada um dos seus membros percorre o seu ciclo de vida pessoal.

Cordeiro Mário (1979) citado por Afonso, (2001:168), refere que, *“o equilíbrio de relações que a criança estabelece com os pais durante a infância é fortemente sacudido durante a adolescência, na altura em que o jovem necessita autonomizar-se em relação a eles”*.

Para Sampaio Daniel (2000) o jovem adolescente terá que abandonar a pouco e pouco a sua dependência face aos pais e caminhar para uma progressiva autonomia face à

família. Esta alteração das relações pais e filhos é difícil para ambos, visto que os pais também terão que alterar o tipo de relacionamento que até aí estabeleciam com os seus filhos.

Assim *“as relações familiares são influenciadas pelas transformações dos adolescentes, podendo, por sua vez, facilitar ou dificultar as transições por que eles passam durante esta fase”* (Sprinthall Richard, 1999:351).

As dificuldades que os pais apresentam ao lidar com os seus filhos estão muitas vezes relacionadas com a forma como decorreu a sua própria adolescência. Para Sampaio Daniel (2000:64), *“o que se sabe hoje em dia, do estudo de famílias com adolescentes, é que a dificuldade é sobretudo maior naquelas famílias cujos pais tiveram particulares dificuldades na sua adolescência. É como se os pais, ao viverem a adolescência dos seus próprios filhos, estivessem a reviver a angústia da sua própria adolescência, e portanto, como se repetem na sua relação com os filhos as dificuldades que tiveram outrora com os seus próprios pais”*.

No entanto, para os adolescentes, e muitas vezes de forma inconsciente, os pais continuam a ser um modelo de adulto, indispensável na formação da sua identidade. A este respeito, Origlia e Ouillon (1974) citado por Afonso Esmeralda (2001:168), *“referem que os adolescentes têm uma grande necessidade de segurança e estabilidade doméstica, de coesão entre os elementos da família, continuando a procurar no seio desta, normas de orientação, estabilidade afectiva e económica”*.

A família assume um papel importante no desenrolar da adolescência, pois é no seu seio que a criança se desenvolve e o adolescente adquire a possibilidade de vivenciar os primeiros papéis sociais, que lhe vão permitir a pouco e pouco completar a sua socialização.

A adolescência gera sem dúvida grandes tensões familiares decorrentes da alteração na relação pais e filhos. Os filhos procuram tornar-se independentes, daí a inevitável mudança de relacionamento afectivo entre uns e outros. À medida que o adolescente vai atingindo a sua maturidade emocional, social e sexual, passa alguns dos seus laços afectivos íntimos, anteriormente reservados exclusivamente aos pais, para os seus amigos e namorados (as).

A sexualidade é um dos aspectos fundamentais da vida do adolescente, daí que gere nele sentimentos de curiosidade, ansiedade, fantasia e medo. Todas estas emoções, bem como a posição dos que o rodeiam, influenciam de acordo com Miguel Nuno (1990) citado por Sousa Brigitte, et al., (2003:36) *“... a forma como cada adolescente rapaz e rapariga vive a sua sexualidade...”*.

Mesmo sabendo que os adolescentes conversam muito entre si, é necessário um diálogo complementar com os adultos que têm outra visão do mundo e com quem eles se relacionam de outra maneira.

Para Almeida Filomena (1996), os pais são os primeiros educadores, assim a educação sexual deve ser iniciada também ela no seio da família. Deveria ser em família que a criança se deveria aperceber das diferenças sexuais entre cada um dos seus pais e em relação a ela própria, distinguindo assim o masculino do feminino. Este é um factor importante na construção da personalidade e da sexualidade da criança. Gameiro José (1994), sustenta que alguns pais sentem dificuldades em estabelecer diálogo sobre sexualidade com os filhos adolescentes, por várias razões, não estarem preparados para transmitir a informação, não terem vivenciado uma adolescência positiva nesse campo, receio de se aproximarem demasiado da vida íntima dos filhos e falta de tempo para estar com eles.

Pais com filhos adolescentes, estão também eles, a reviver a sua adolescência, tornando-se complicado compreender as suas dificuldades e as dos seus filhos. No entanto alguns pais revelam preocupação em obterem material didáctico para se informarem correctamente e assim poderem ajudar os filhos respondendo a todas as perguntas (Pereira M., 1993; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Identificam-se, no entanto, com pessoas a quem admiram e a escolha recai normalmente, e para começar sobre um amigo. Os adolescentes julgam descobrir num amigo aqueles valores que mais admiram e que gostariam de possuir, escolhendo o amigo para projecção do seu “eu” perfeito. Descobre alguém com quem é possível trocar ideias, pensamentos, desejos, emoções, dúvidas. Emita-lhes hábitos e até tiques, perspectivas e sonhos. Acontece um pouco o mesmo, mas numa perspectiva mais distante, com os ídolos que o adolescente elege, vedetas de cinema, músicos, desportistas famosos e heróis de grandes romances. Ainda nesta linha está o namorado. Para além do carácter de ídolo, o adolescente terá ocasião de experimentar a sua capacidade de sedução e os seus sentimentos em relação ao sexo oposto. Continuando nesta linha de identificação com ídolos, temos de referir os professores. Estes, consoante as relações que mantêm com o adolescente, podem ser alvo de oposição, como os pais ou a sociedade adulta, em geral, ou podem ser alvo de identificação. A autoridade moral do professor que assume na plenitude o seu papel de educador e que demonstra um perfil de trabalho e disciplina atrai muitos adolescentes. Esta necessidade do adolescente seleccionar sucessivas identificações é fruto da necessidade que ele tem de descobrir e construir a própria identidade, que brotará de um processo de individualização e

diferenciação que levará o adolescente à auto-realização (Fernandes Evaristo, 1990; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A instituição familiar tem sido substituída pela “*instituição*” grupo de pares, onde o adolescente passa a procurar normas de conduta e de estatuto. O grupo de pares é percepcionado como local de troca de experiências e conhecimentos, espaço de segurança ajudando-o também na procura da identidade. A forma como os pais educam os filhos mudou ao longo da história e das diferentes culturas (Gameiro José, 1994; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Barreto António, 2007).

Para Andrade Isabel (1996); Mathre Mary (1999); Marques António et al., (2000); Sá Eduardo (2007), os pais que exigem grande maturidade dos filhos e dão carinho e compreensão, têm maior probabilidade destes filhos terem um comportamento social adequado e que adiem as experiências sexuais e a gravidez. Por outro lado pais excessivamente controladores, ou negligentes são os que apresentam filhos com maior probabilidade de experiência sexual e de gravidez.

Assim uma boa educação familiar pode conduzir a uma adolescência saudável, com diminuição dos riscos para os adolescentes.

De acordo com literatura existente a transmissão de informação de pais para filhos sobre sexualidade é geralmente escassa, o que leva os adolescentes a voltarem-se para os seus pares.

Segundo Vilar Duarte (1994:15), “*os nossos pais marcaram, de muitas maneiras, o nosso quadro de valores, atitudes e competências na nossa vida sexual*”.

Habitualmente os jovens expressam a necessidade de um maior diálogo com os pais sobre temas do âmbito da sexualidade. Por seu lado, os pais cada vez mais consideram que faz parte das suas funções conversar com os filhos sobre estes temas. No entanto, frequentemente referem que não se sentem preparados para transmitir informações correctas, ao que se soma, frequentemente, a falta de disponibilidade por questões sócio-profissionais.

Segundo Vilar Duarte (1994:16), estudos feitos de natureza quantitativa, onde se compara a intervenção dos vários agentes envolvidos no processo de aprendizagem sexual dos adolescentes, são coincidentes no “*afirmar que a mãe tem um papel mais importante que o pai, sobretudo em relação às raparigas*”.

O papel do pai vem crescendo de importância nos estudos mais recentes mas, apesar disso, o pai continua um personagem pouco marcante neste assunto. Outros estudos com adolescentes e pais constataam que os temas biológicos são os mais abordados; concepção, gravidez, nascimento e menstruação. Este último é o tema mais abordado entre mães e filhas.

Este é um período da vida em que o jovem tem vontade de tomar decisões sozinho, de se tornar independente e de não ser tratado como criança. O desejo crescente de autonomia e o facto de se procurar mais os amigos que os pais, para poder trocar opiniões, provocam profundas alterações no seio familiar, o que, por vezes, leva a discussões, quando se tenta fazer compreender aos pais as necessidades que o jovem tem de novas e diferentes experiências e relacionamentos. E é por estes motivos que o grupo de amigos tem um peso dominante nesta fase da vida. É muito importante discutir e partilhar com os amigos as alegrias e tristezas, os interesses e os próprios sonhos. Os amigos estão frequentemente, na mesma situação, o que leva o jovem a confiar e partilhar com eles experiências e segredos, e assim descobre não ser o único a estar em situação problemática. A insegurança vai fazer parte integrante do dia-a-dia do jovem adolescente; uma vez que tão depressa necessita ser considerado como adulto, como apoiado pelos pais, quando surgem dificuldades (Aberastury Arminda et al., 1990; Andrade Isabel, 1996; Marques António, 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Talvez os pais aconselhem os jovens a que, se quiserem levantar questões sobre a sexualidade e o amor, devem procurá-los, no entanto, quando o fazem, sentem-se embaraçados, o que os faz mudar de assunto, ou, pelo contrário, é o jovem que, sentindo-se pouco à vontade para falar deste assunto com os seus próprios pais, não os procura.

Mesmo com toda a liberdade com que hoje se debate o tema da sexualidade nos meios de comunicação social; televisão, rádio, revistas, jornais e no cinema, nem sempre é fácil falar da nossa própria intimidade. No entanto, é importante que o jovem tenha consciência de que faz parte integrante da sua intimidade ter um éden recôndito e falar dele ou não só com quem ele escolher (Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Entenda-se que não é necessariamente obrigatório que mesmo numa família *porreira* se fale de tudo; no entanto, se o jovem quer falar de sexualidade com os pais, isso é importante, pois também eles passaram pelo mesmo. Se, pelo contrário, preferem discutir o tema com o irmão, amiga ou outra qualquer pessoa, não faz sentido sentirem-se mal. Tentar encontrar novas pessoas em quem confiar, faz parte do processo de crescimento e desenvolvimento, da passagem da infância à idade adulta.

9 – OBJECTIVOS DA EDUCAÇÃO SEXUAL

A vivência da sexualidade na adolescência, pode representar um risco para a saúde dos adolescentes, em consequência de uma gravidez precoce ou não desejada, abuso sexual e o aparecimento de doenças ou infecções de cariz sexual. Assim, é necessário definir objectivos que permitam a vivência de uma sexualidade responsável saudável e prazerosa. Os objectivos de uma educação sexual podem ser agrupados em três grandes áreas, em função do domínio que pretendem atingir; conhecimentos, sentimentos, atitudes e desenvolvimento de capacidades.

Assim um primeiro conjunto de objectivos prende-se com a esfera de conhecimentos acerca:

- 1 – *“das dimensões anátomo-fisiológica, psico-afectiva e sociocultural da expressão da sexualidade;*
- 2 – *do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos;*
- 3 – *das noções de higiene corporal;*
- 4 – *da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais;*
- 5 – *dos mecanismos da reprodução;*
- 6 – *do planeamento familiar, em particular, dos métodos contraceptivos;*
- 7 – *das doenças de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento;*
- 8 – *dos mecanismos da resposta sexual humana;*
- 9 – *das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos;*
- 10 – *dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva;*
- 11 – *dos tipos de abusos sexuais e das estratégias dos agressores”.*

Um segundo conjunto de objectivos relaciona-se com os sentimentos e as atitudes:

- 1 – *“de aceitação das mudanças fisiológicas e emocionais próprias da sua idade;*
- 2 – *de aceitação da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida;*
- 3 – *de reflexão e de crítica face aos papéis estereotipados atribuídos socialmente a homens e mulheres;*
- 4 – *de reconhecimento da importância dos sentimentos e da afectividade na vivência da sexualidade;*
- 5 – *de aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais;*
- 6 – *de prevenção face a riscos para a saúde, nomeadamente na esfera sexual e reprodutiva;*

7 – *de aceitação do direito a cada pessoa decidir sobre o seu próprio corpo*”.

Um terceiro conjunto de objectivos situa-se no desenvolvimento das capacidades e valores individuais:

- 1 – *“expressar os sentimentos e opiniões;*
- 2 – *tomar decisões e aceitar as decisões dos outros;*
- 3 – *comunicar acerca do tema da sexualidade;*
- 4 – *aceitar os tipos de sentimentos que podem estar presentes nas diferentes relações entre as pessoas;*
- 5 – *adoptar comportamentos informados em matérias como a contracepção e a prevenção das DTS;*
- 6 – *adequar as várias formas de contacto físico aos diferentes contextos de solidariedade;*
- 7 – *reconhecer situações de abuso sexual, identificar soluções e procurar ajuda;*
- 8 – *Identificar e saber aplicar respostas assertivas em situações de injustiça, abuso ou perigo e saber procurar apoio, quando necessário”* (Marques António et al.; 2000:29-30).

De uma forma genérica, e ainda na perspectiva do autor supra citado, considera-se como grande objectivo da educação sexual contribuir, ainda que parcialmente, para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade.

10 – CRESCER E VIVER A ADOLESCÊNCIA EM SOCIEDADE

Rapaz ou rapariga, o adolescente está em plena e acelerada transformação. O seu interesse pelos representantes do sexo oposto toma agora (ou já tomou) uma nova orientação. O seu preciosismo a aparência, a mudança no teor das suas conversas. São indícios que não deixam qualquer dúvida, há sexualidade no ar (...) (Poly Marie e Pagès Jean, 1999; Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

10.1 – Particularidades dos comportamentos sexuais dos adolescentes

Vínculos que em nosso entender e na nossa sociedade são vividos diferentemente por rapazes e raparigas. *“Durante e a partir da adolescência a sexualidade manifesta-se através de desejos, sonhos e excitações sexuais, pela masturbação e finalmente através das relações sexuais”* (Miguel Nuno, 1994:21).

O adolescente com o desenvolvimento dos órgãos sexuais desperta para a sexualidade e sente necessidade de procurar a satisfação sexual. Os sonhos sexuais são involuntários, como todos os sonhos, variáveis de pessoa para pessoa, acompanhados de excitação sexual e muitas vezes de orgasmo. Os adolescentes de ambos os sexos, no início da adolescência têm sonhos eróticos involuntários (Meneses Isabel, 1990; Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007). Embora todo este cenário seja provável, e perfeitamente normal, algumas raparigas podem ficar preocupadas, com receio de que isso signifique uma tendência excessiva para o sexo (Miguel Nuno, 1994). No rapaz o orgasmo pode ser acompanhado de ejaculação espontânea durante o sono que está ligada a um sonho erótico, o prazer pode ser tão intenso que se pode acordar. As poluções nocturnas são fenómenos absolutamente normais em todas as idades. A erecção do pénis pode ter a ver apenas com uma das fases do sono. Nada é mais natural, é sinal que tudo está a funcionar na perfeição.

Este tipo de excitação sexual aparece na rapariga de forma menos intensa estando relacionados com a sua vida afectiva, já nos rapazes surge mais intensamente, ligados a estímulos de vária ordem e a maior parte das vezes sem qualquer relação afectiva (Miguel Nuno, 1994; Sampaio Daniel, 2006).

“As fantasias sexuais, variam de pessoa para pessoa e têm um papel extremamente importante na nossa sexualidade; quer pela capacidade de nos excitarmos e proporcionar prazer, quer pela participação na masturbação e muitas vezes, mesmo nas relações sexuais” (Miguel Nuno, 1994:22).

Nas fantasias sexuais, somos levados pelos nossos sonhos pelas nossos devaneios, idealizámos namorados, construímos *castelos de amor*. Temos medos, chorámos, batemos com as portas. O amor é tudo isto, a fantasia, a espera, a ansiedade as palpitações, o nó no estômago, a reconciliação com a vida (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

As fantasias dos adolescentes representam um papel importante na sexualidade, pela capacidade que têm de excitar, dar prazer e pela sua participação na masturbação e nas relações sexuais. As fantasias sexuais arrastam-se por vezes ao longo da vida. A masturbação na adolescência adquire um cunho diferente daquele que tem na infância. Com efeito, nesta etapa, a masturbação pode ser acompanhada de fantasias sexuais e estas geralmente fazem referência a algum objecto ou pessoa externa. A primeira relação sexual é um marco na vida, que merece não somente uma auto-avaliação, mas também o apoio da/o companheira/o, amigos e adultos. São quatro instâncias de julgamento, sem que se leve em conta as circunstâncias da primeira vez. É muita pressão, é a necessidade de auto-afirmação no círculo de amigos, onde se fala de sexo com várias mulheres e em nenhum momento a questão dos riscos e da prevenção é colocada. Nos programas sexuais em grupo, aquele que dá evidências de ainda não se ter iniciado sexualmente é imediatamente afastado e desqualificado na sua masculinidade (Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

Os jogos sexuais são um conjunto de carícias, que incitam a excitação sexual e que podem anteceder o coito. Esta é a actividade principal dos adolescentes, uma vez que tem como principais vantagens; excluir a penetração vaginal permitindo assim a conservação da virgindade (Meneses, 1990; Andrade Isabel, 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

É tempo, e é dever de pais, professores e profissionais de saúde, abordar francamente com os jovens, temas tão delicados como; relações sexuais, preservativos, SIDA e outras doenças e infecções sexualmente transmissíveis, contracepção e obviamente afecto, amor, fidelidade e gravidez.

A situação de pais e educadores entre os quais se incluem os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários é difícil; a erupção da SIDA, as conturbações da sociedade e a crise económica geram uma situação paradoxal para os adolescentes neste início de século e milénio.

Os jovens são simultaneamente reconhecidos, responsabilizados e solicitados particularmente no que diz respeito à sexualidade como nunca dantes e, ao mesmo tempo, confrontados com dificuldades e perigos absolutamente reais. Há portanto inúmeras razões para que se sinta o peso deste imperativo educativo.

10.2 – Fantasia sexual e sonho

O corpo *Freudiano* é um terreno mitológico de seios que amamentam, ânus retentivo e falo sexual. Em Afrodite, todo o corpo está cheio de significados e prazer, a posição das mãos, o seu sorriso, a curva de uma nádega, a silhueta de um seio. Segundo William Blake, citado por Moore Thomas (1999:30), *“o corpo é a alma percebida pelos sentidos. Assim o corpo expressa subtilmente o mistério da pessoa e da raça humana”*.

A beleza humana original brilha em todos os corpos e rostos, e é vista especialmente por quem nos ama. O rosto, os olhos, os lábios, os cabelos, as covinhas no rosto, testa e bochechas, tudo isso pode incentivar a nossa imaginação erótica, quando recordamos, discutimos um pequeno pormenor da pessoa que amamos ou pela qual nos sentimos atraídos. Um elemento que tem merecido particular atenção na literatura e na pintura, é o cabelo (escovado, tingido, penteado, cortado, mais ou menos longo), segundo os ditames do significado, prazer e fascínio, os cabelos têm motivado especial atenção, tanto na vida como na arte. A nível sexual, têm uma magia muito distinta. (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Marques António et al., 2000; Diamond Jared; Rosas João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A presença do corpo possibilita inúmeros pensamentos, pois o corpo humano está pleno de significados em todas as suas dimensões. O sexo é tão poderoso e encantador que nos seus detalhes nós o analisamos em centímetros. A nossa curiosidade aumenta quando nos centramos nos órgãos sexuais em si mesmos, o pénis e a vagina. Os órgãos sexuais excitam pensamentos e sentimentos tão primitivos e elementares que despertam um interesse extremo provocando simultaneamente medidas extremas de controle.

Normalmente, as pessoas gostariam de ser bem *dotadas*, surgindo com frequência sentimentos de inferioridade quando os seus órgãos sexuais não correspondem a esse ideal. Contudo, esta ansiedade não faz grande sentido num nível puramente biológico, em que o conhecimento científico garante aos homens uma sexualidade satisfatória independentemente do tamanho do sexo (Andrade Isabel, 1996; Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio; Moore Thomas, 1999; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006). É o *falo* que desejamos na relação, no casamento, no amor e no sexo, e não necessariamente um pénis grande.

O orgasmo é no sentido mais lato, um brinde importante do sexo, uma perda temporária de controle assistida por uma infusão curativa de vitalidade. Segundo o psicanalista freudiano, Sándor Ferenczi, citado por Moore Thomas (1999:48), o acto sexual é *“como a*

volta do pénis-criança para o útero materno que, segundo ele, é de algum modo o mar em que a vida nasce”.

A vagina é um *templo*, onde o pénis colide com o atalho para a felicidade e a vida humana chega após descer da *glória* (Moore Thomas, 1999). Como Afrodite é a deusa clássica do sexo, o seu ritual e as suas posições na arte dão-nos a oportunidade de reflectir sobre determinados aspectos do sexo, pois, quando as mãos tentam inutilmente cobrir o corpo, isto é, na opinião de variadíssimos autores, uma profunda e subtil sedução. Um corpo parcialmente descoberto pode ser mais sedutor e provocante que um corpo nu, e talvez o gesto de tapar determinadas partes seja uma forma tímida de aumentar o seu fascínio.

O sexo está entranhado em quase todos os aspectos das nossas vidas. Pelo que as histórias aparentemente desprovidas de conteúdo sexual podem evidenciar a sexualidade da pessoa em causa, e, ao invés, aquelas que denotam um claro conteúdo sexual podem abordar temas muito longe da sexualidade.

Quando os olhares de um homem e de uma mulher se interpenetram, olhando para o corpo um do outro, seja durante o sexo, em filmes, numa revista ou na privacidade de um devaneio, não é logo claro o que está a acontecer. Para muitos, esse olhar é tão atraente que parece satisfazer uma carência forte e não somente um fantasia passageira, às vezes este olhar pode ser compulsivo. Para outros ainda, pode ser um escândalo. Importa relembrar que muitas vezes escândalo e compulsão vivem intimamente ligados.

O sexo é tão surpreendente e poderoso que o *olhar sexual* poderá parecer ter algo em comum com o *olhar religioso*. O *olhar sexual* não se circunscreve ao acto de ver, pesquisa informações no corpo humano. Podemos até querer convencer-nos de que procuramos o simples prazer que o corpo nos propicia, ou só estamos interessados numa bonificação física. Contudo, a compulsão torna-se enérgica de mais para ser explicada apenas em termos físicos (Moore Thomas, 1999; Rosa João, 2001).

Uma grande maioria das pessoas tem sonhos sexuais durante toda a vida. Esses sonhos podem agitar aquela componente que em nós tenta administrar o apetite sexual. Ser sexual, é ser receptivo a vários tipos de *penetração*, do amor, da intimidade, das influências, dos ensinamentos. Por vezes gostamos dos nossos mestres, e às vezes apaixonamo-nos por eles (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

10.3 – Masturbação

Sabe-se hoje que o bebé ao explorar e brincar com os órgãos genitais sexuais revela o seu desenvolvimento sensorial. A masturbação, consiste em manusear ou acariciar os órgãos genitais com a finalidade de obter prazer sexual. Muito embora Ártemis represente a mais virginal das deusas, não é seguramente assexuada. Ártemis representa um tipo de sexualidade onde impera a individualidade, a integridade e a solidão. O seu espírito está na origem da masturbação e da fantasia erótica privada, dando à sexualidade um colorido solitário (Andrade Isabel, 1996; Thomas Moore, 1999; Rosas João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Pode ser uma prática a sós, numa relação a dois ou ainda colectivamente. Continua a ser um dos grandes tabus no domínio da sexualidade. Nos rapazes e raparigas a masturbação é uma expressão habitual e absolutamente normal. A sua frequência é variável de pessoa para pessoa, havendo até indivíduos que a não praticam. É contudo menos frequente nas raparigas que nos rapazes, o que poderá estar relacionado com a diferença do desenvolvimento psicossocial nos dois sexos (Aberastury Arminda et al., 1990; Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António, 2000; Rosa João; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

É uma forma de explorar as diferentes partes do corpo e experimentar sensações de prazer ao longo do processo de crescimento, até que finalmente a sexualidade se centralize, depois da puberdade, nos órgãos genitais, é uma atitude normal que se deve verificar durante o processo de desenvolvimento de qualquer criança; a masturbação deve ser neste âmbito encarada de forma absolutamente natural (Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel; Sá Eduardo, 2007).

Tolerante e tranquila deve pois ser entendida a actividade auto-erótica com que as crianças mais jovens acalmam a sua excitação. Na opinião de alguns conceituados psicólogos e sexologistas, a masturbação terá de ser vista como uma etapa da evolução da sexualidade, fundamental para preparar a sexualidade adulta (Andrade Isabel, 1996; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Embora encarada como um fenómeno natural do desenvolvimento, deve ser falada com naturalidade e afecto, sendo no entanto importante que a criança tenha a percepção de que a masturbação deve ser um acto privado, que não deve praticar-se em público. Desejo-proibição-desejo-castigo-desejo-culpa-medo, podemos dizer que este era o emaranhado infernal em que a pessoa estava envolvida até há muito pouco tempo. Este é a nosso ver um desejo legítimo que a pessoa tem de proporcionar prazer a si própria,

esta é a forma de auto-prazer a que se chama masturbação (Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

No âmbito da sexualidade a masturbação, é um processo que a pessoa utiliza para se excitar e atingir o orgasmo. Na grande maioria das vezes é feito recorrendo, ao estímulo manual ritmado das zonas mais sensíveis dos órgãos genitais (Miguel Nuno, 1994).

Até há poucos anos a masturbação era vista como uma actividade sexual anormal, até mesmo prejudicial à saúde. Tendo sido dito que esta poderia levar à tuberculose, à loucura e mesmo à impotência sexual. Poderia ser responsável pelo mau rendimento escolar e desportivo. Poderia desenvolver olheiras, aumentar a glândula mamária nos rapazes e o seu emagrecimento. Potenciava o aumento do tamanho do pénis nos rapazes e o clítoris nas raparigas. Ainda o prejuízo sobre a possibilidade dos rapazes terem filhos, a acontecer seriam feitos com os restos do esperma. Promovia o vício em rapazes e raparigas o que os levava a ter mais prazer durante a masturbação que nas relações sexuais. Não obstante tudo isto a masturbação contribuía para o aumento da delinquência e criminalidade (Miguel Nuno, 1994; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Ora está hoje cientificamente comprovado que a masturbação, não provoca nada do supra referido, pese embora quem persista em reforçar alguma influência deste acto no âmbito desta ou daquela esfera social.

“É imperativo vincar claramente que a masturbação não causa nem física nem psicologicamente qualquer mocha no organismo. Não provoca qualquer tipo de alterações, não vicia, não afecta os futuros filhos, não contribui para a delinquência, independentemente da frequência ou idade dos jovens intervenientes” (Miguel Nuno, 1994:23).

Ora do exposto não resulta que rapaz ou rapariga para se sentirem normais, tenham necessariamente de se masturbarem (Miguel Nuno, 1994; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

“Nos rapazes a masturbação funciona como forma de compensar a ansiedade, a insegurança e a frustração pela confirmação da sua virilidade e potência” (Miguel Nuno, 1994:23).

Nos últimos anos começou-se a verificar uma atitude mais liberal relativamente a esta prática. No entanto ainda existem por vezes, por parte dos adolescentes, sentimentos de ansiedade, culpabilidade e vergonha. Os familiares, nomeadamente os pais são os principais influenciadores de modo negativo dos adolescentes face a este comportamento. A forma como os adolescentes encaram a masturbação depende do contexto sócio-cultural em que se inserem e da educação recebida. A masturbação é um

fenómeno psicofisiológico que acompanha o indivíduo durante o seu desenvolvimento. Na adolescência a masturbação tem uma função maturativa e de desenvolvimento das zonas erógenas encaminhando os jovens para o prazer genital.

É todavia fundamental que os profissionais de saúde adoptem mais uma conduta de compreensão do que de repressão, esta atitude pedagógica e afectiva, deve procurar que a curiosidade se instrua sem tabus pois todas as *“atitudes que impeçam o desenvolvimento espontâneo das crianças podem revelar-se prejudiciais no futuro”* (Carvalho P. Torres, 2000:46).

11 – A PRECOCIDADE DO INICIO DAS RELAÇÕES SEXUAIS NA ADOLESCÊNCIA

Enquanto que para os rapazes o ciclo das relações sexuais, se traduz no reconhecimento da maturidade sócio-sexual, não estando a maioria afectivamente envolvida com a companheira, para as raparigas, frequentemente estão envolvidas afectivamente pelo companheiro (Meneses Isabel, 1990; Miguel Nuno, 1994; Cordeiro Mário, 1999; Marques António, 2000, Sampaio Daniel; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

O primeiro indicio das diferenças de género na sexualidade é a percentagem de rapazes que declaram já ter tido relações sexuais (69%) em idades mais precoces, ser superior à de raparigas que o declararam ter tido em idades mais avançadas (52%), o que indicia uma contenção sexual por parte das jovens ou, pelo menos, uma tentativa de apresentar contenção (Vasconcelos Pedro, 1998; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006). Os jovens portugueses têm uma iniciação sexual mais precoce do que as gerações anteriores.

Uma ampla pesquisa sobre a sexualidade dos jovens mostra que dois em cada três descobrem o sexo até os 16 anos (Castro Mary Garcia et al., 2006).

Num amplo estudo realizado no Brasil e intitulado, *Juventude, juventudes: o que une e o que separa*, levado a cabo pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, a Unesco, com a coordenação das sociólogas Miriam Abramovay e Mary Garcia Castro. Foram inquiridos dez mil adolescentes em todos os Estados do Brasil tendo chegado a importantes revelações.

Uma destas conclusões sugere que, (66,5%) desses jovens, ou seja, dois em cada três, têm a primeira relação sexual até os 16 anos. Em números, são 25,3 milhões de pessoas. Outra sugere que (16,1%) dos entrevistados disseram que a sua primeira vez aconteceu até aos 13 anos, ou seja, 6,1 milhões de pessoas (Castro Mary Garcia et al., 2006).

A socióloga Miriam Abramovay explica que o levantamento é um dos retratos mais claros que se tem até hoje dos *filhos da internet*, a geração que cresceu na era da globalização e que se inicia sexualmente cada vez mais cedo.

Segundo a investigação, a iniciação sexual é mais precoce nas camadas mais pobres, (16,8% deles iniciam-se com apenas 13 anos). Nas faixas menos favorecidas estão 26,7 milhões com menos de 18 anos. Entre os seis milhões dos sectores mais favorecidos do País, o índice baixa para 13,9%. Na classe, com 15,1 milhões de jovens e adolescentes,

a taxa é de 15,7%. A amostragem da investigação refere-se aos 47,8 milhões de jovens das regiões metropolitanas, periferias, interiores e áreas rurais.

Embora aconteça cedo, e apesar dos descuidos, os adolescentes estão muito bem informados. Na maioria dos casos, sabem, no mínimo, o que têm de usar e fazer nas relações sexuais. Na avaliação da pesquisadora Miriam, é preciso entender o vocabulário dessa juventude para produzir uma orientação com resultados mais efectivos. Quando eles falam em “ficar”, geralmente a intimidade não passa de uma simples troca de beijos, abraços e carinhos, já quando falam em namorar, não raramente inclui sexo com o namorado ou o amigo. O reduzido número de relações sexuais com parentes que as investigadoras apuraram, é um número bem menor do que as mantidas com desconhecidos e até *profissionais do sexo*, o que vem deixar cair o mito do elevado número de relações entre primos, confirma a socióloga (Castro Mary Garcia et al., 2006). Segundo Miguel Nuno (1994); López e Fuertes (1998); Vasconcelos Pedro (1999); Sampaio Daniel (2006), os rapazes têm experiências sexuais mais cedo que as raparigas, no entanto as experiências sexuais nas raparigas aumentam consideravelmente com a idade. Ainda segundo os mesmos autores, as atitudes dos adolescentes, são cada vez mais permissivas e liberais, no entanto esta aceitação é maior quando as relações ocorrem num ambiente de amor e afectividade. A iniciação sexual está sempre relacionada com a perda da virgindade. Para as mulheres/esposas, a virgindade, associada à obrigação moral de fidelidade, era fundamental para preservar a transmissão das propriedades aos legítimos descendentes. Para o homem, a virgindade não era valorizada e a iniciação sexual fora do casamento, com prostitutas, era até incentivada. Actualmente, os conceitos estão a mudar e a virgindade, para a maioria dos homens e das mulheres, deixou de ser uma obrigação pré-matrimonial para se tornar uma opção individual, respeitando os seus próprios critérios de liberdade e responsabilidade. Mas nem sempre as coisas acontecem desta forma. A pressão do grupo, os media, a necessidade de identidade grupal do adolescente e a insegurança levam-no muitas vezes a iniciar-se sexualmente sem o amadurecimento necessário para esta decisão tão importante da sua vida. A iniciação sexual, independente dos motivos, é um momento esperado, desejado e temido tanto para o homem quanto para a mulher. Para o jovem adolescente, a primeira vez vem carregada de uma responsabilidade ansiosa que poderá acompanhá-lo por toda a vida. A obrigação do desempenho é a grande vilã. Transforma este momento, que deveria ser de prazer, numa expectativa ansiosa que vai interferir no próprio desempenho e no esperado prazer. Quando o adolescente vence todos estes obstáculos, adquire, perante a sociedade, o *status quo* de homem (Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Para o sexo feminino, a primeira relação sexual vem acompanhada de muitos mitos e tabus. A grande barreira a ser vencida refere-se às limitações sócio-familiares. A primeira vez deve ocorrer no momento certo. Os mitos, incutidos desde muito cedo a respeito da dor e do sangramento na primeira vez, geram medo e fazem com que a iniciação sexual feminina ocorra num clima de tensão e ansiedade, impedindo o relaxamento e a descontração tão necessários para uma relação sexual prazerosa. Ao invés do relaxamento, ocorre a contração dos músculos da vagina, em lugar do prazer, aparece a dor à penetração e, em alguns casos, o sangramento. O ideal seria que a iniciação sexual ocorresse com alguém por quem o adolescente estivesse envolvido afectivamente (tendo também a reciprocidade desse sentimento), e que o casal assumisse uma atitude responsável em termos de anticoncepcionais e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006). A relação sexual é geralmente uma maneira de expressão sexual do amor entre um homem e uma mulher. Na grande maioria dos casos os adolescentes iniciam a sua vida sexual não pelas relações sexuais propriamente ditas, mas limitando-se a acariciarem-se entre si, na tentativa de explorarem os seus corpos excitando-se, sem que cheguem na maioria das vezes a atingir o orgasmo, ou então atingem-no por masturbação mútua. Quer através das relações sexuais propriamente ditas, quer por esta forma de relacionamento sexual mais limitado, os adolescentes iniciam-se na sua sexualidade em idades muito variadas (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). Há variadíssimos aspectos em que as atitudes e comportamentos dos rapazes e raparigas são diferentes no tocante à sexualidade. *“É evidente que estas diferenças não são exclusivamente relacionadas com o seu cariz biológico que é sabido existir entre homens e mulheres, mas mercê de diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual para rapazes e raparigas, o que leva a gerar nuns e noutros atitudes e comportamentos desajustados”* (Miguel Nuno, 1994:25).

Nesta perspectiva a educação, na maioria dos casos apresenta-se na rapariga com o objectivo de ser mãe sendo talvez para si o valor mais importante, o que por vezes a impele para se culpabilizar relativamente aos seus desejos sexuais, em detrimento dos seus valores sentimentais. Vai também desenvolver na rapariga a capacidade para se tornar atraente e desejada. Reprova a sua iniciativa sexual. Promove nas raparigas uma desconfiança relativamente às intenções dos rapazes no que concerne à sexualidade (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sá Eduardo, 2007).

“No âmbito deste tipo de educação vamos encontrar raparigas, com o desejo e necessidade de ter um corpo atraente. Embora com vontade de provocar atracção nos rapazes, não quer correr o risco de poder parecer uma rapariga fácil. Ainda que com desejos e excitação sexuais, ter medo de que estes possam ser ou parecer anormais” (Miguel Nuno, 1994:25).

Os conhecimentos que as raparigas possuem sobre sexualidade, provêm das fontes mais díspares são, na maioria dos casos, insuficientes e desfasados da realidade. A maioria das famílias não propicia o conjunto de saberes que um jovem deve possuir para desfrutar plenamente a sua sexualidade. Esta constrói-se e aprende-se como parte integrante do desenvolvimento da personalidade.

“Mercê deste tipo de educação o comportamento afectivo e sexual da rapariga pode apresentar; uma actividade sexual, masturbação e relações sexuais menos frequente que nos rapazes, exactamente pela maior culpabilidade em relação a este tipo de actividade. E não raras vezes relações sexuais só para fazer a vontade ao namorado, logo com alguma inibição e até desprovidas de prazer”. “Quase poderíamos dizer que a rapariga quer muitas vezes o amor, se possível sem sexo” (Miguel Nuno, 1994:26).

No que concerne aos rapazes, a educação sexual, na maioria dos casos, promove a capacidade sexual como o valor mais importante do homem. Espicaça e promove a ousadia e habilidade do rapaz no âmbito do seu relacionamento com a rapariga. Uma diligência de foro mais íntimo como que está apenas reservada ao rapaz, reprovando o mesmo tipo de iniciativa na rapariga (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006).

Assim este tipo de educação potencia nos rapazes, o desejo de ter um corpo o mais masculino possível, órgãos genitais normais e um pénis compatível com as suas expectativas. A necessidade imperativa de ser e se mostrar viril e um medo quase aterrorizador de poder vir a ser impotente. Há um desejo quase doentio de na relação sexual não poder falhar e deixar a parceira sexualmente satisfeita (Miguel Nuno, 1994; Vasconcelos Pedro, 1998; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Outro ponto interessante é que a violência e a SIDA fizeram com que os mais novos se aproximassem mais.

Há pelo menos uma explicação convincente para a descoberta cada vez mais rápida dos prazeres do sexo. A realidade altera-se rapidamente com a influência dos meios de comunicação. Se por um lado sobra informação, o que leva a um conhecimento precoce sobre sexo, por outro ela nem sempre é bem compreendida, o que leva a dúvidas sobre prevenção de doenças de cariz sexual e de gravidezes. Quanto menos informação as

peças têm, mais vulneráveis estão em relação a questões de saúde sexual e reprodutiva, como gravidez não desejada, uso de métodos contraceptivos e contaminação pelo vírus da SIDA. O melhor caminho, não é tentar retardar a iniciação sexual dos jovens à força e a todo custo, mas fazê-los exercer a sexualidade com responsabilidade (Castro Mary Garcia et al., 2006; Sampaio Daniel, 2006).

No livro *Fala sério*, Evelyn Eisenstein (pediatra) e Andrea Teixeira Matheus (psicóloga) consideram que “*não existe idade certa para deixar de se ser virgem*”. Para elas, é o desejo que estabelece o momento.

Segundo a socióloga Castro Mary Garcia et al., (2006), coordenadora da pesquisa da Unesco, levada a cabo no Brasil sobre *Juventude, juventudes: o que une e o que separa*, as raparigas iniciam-se sexualmente cada vez mais cedo, porém o que se conserva em todas as faixas etárias, principalmente entre as raparigas, é que elas se entregam principalmente quando há amor (Castro Mary Garcia et al., 2006; Sampaio Daniel, 2006). A questão que permanece em aberto é se esta actual maior precocidade no início das relações sexuais não seria ainda mais intensa se a preocupação com o risco da infecção de VIH/SIDA não estivesse presente entre os jovens. Vale a pena destacar que o uso do preservativo na primeira relação sexual foi observado em (48%) da população estudada, valor que ascendeu a (57%) nos estratos sócio-económicos mais altos e a 71% para aquelas com maior nível de instrução. Neste sentido, os resultados encontrados no estudo levado a cabo no Brasil situam-se ao nível dos países mais desenvolvidos como Alemanha (57%), Canadá (58%), União Europeia (51%), França (77%), Itália (52%), Inglaterra (68%). Comparando-se com alguns países em desenvolvimento, o México apresentou (43%), Singapura (29%) e Tailândia 23%.

Segundo dados do INE, (1998), a idade média para a primeira relação sexual nas mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e 24 anos, situava-se à data nos 19,8 anos e, tem vindo a decrescer progressivamente. Nos rapazes do mesmo grupo etário, a idade em que se verifica o início da actividade sexual é em média aos 17,4 anos.

Contudo um estudo efectuado por Pais, (1996), revelou que a maioria dos jovens do Concelho de Loures teve a sua iniciação sexual em média um pouco mais cedo, nomeadamente entre os 16 e 17 anos.

Para todos os jovens, homens e mulheres, cerca de (28%) afirma ter-se iniciado sexualmente com um amigo(a) e (52%) com a namorada(o) (Vasconcelos, Pedro, 1998). Nas raparigas, a primeira relação sexual ocorre geralmente quando estão apaixonadas pelo companheiro e com o qual manteve relações várias vezes pretendendo um compromisso. No entanto, a virgindade é ainda hoje muito valorizada, por isso, a clandestinidade da vida sexual é adoptada pela maioria das adolescentes.

“Outro aspecto importante que envolve esta problemática e que apesar da precocidade das relações sexuais nos adolescentes, é o número de gravidezes não desejadas que tem vindo a aumentar” (Maia Ana et al., 2001:25). Isto leva-nos a questionar sobre a preparação, informação que os adolescentes possuem sobre a educação sexual. Por isso, torna-se necessário ajudar os adolescentes a compreender, a equilibrar e a controlar a sua sexualidade no sentido de prevenir as possíveis consequências, bem como promover o saudável desenvolvimento da sua personalidade.

Segundo Rodrigues (1994) citado por Maia Ana et al., (2001:25), vários estudos constataram que as primeiras relações sexuais não são planeadas, são esporádicas e que os adolescentes não utilizam qualquer método contraceptivo, o que origina muitas vezes o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis, bem como, gravidez não desejada. No estudo de Maia Ana et al., (2001) o início da actividade sexual nos rapazes foi aos 14 anos, sendo a média de 16 anos, enquanto que no sexo feminino o início foi aos 16 anos, sendo a média de 16,6 anos.

“Os jovens parecem ser transportadores de uma nova ética sexual de experimentação, bastante mais liberal do que aquela que caracteriza as gerações que lhe precederam” (Vasconcelos Pedro, 1999:9).

Os pais não devem abdicar da responsabilidade de preparar os filhos para o exercício da sexualidade de forma sadia e gratificante. Não adianta negar a sexualidade do adolescente nem querer impor os seus valores e critérios relacionados com a sexualidade. É preciso muito diálogo, muita reflexão entre pais e filhos e eventualmente outros técnicos para que o jovem possa, agora com mais segurança, decidir quando será o seu momento. Educar para o amor, estar junto, dialogar e compreender é participar integralmente da vida dos filhos. É a melhor forma de expressar o amor e de ensiná-los a amar (Andrade Isabel, 1996; Moreira Thyron Fraga, 2005; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

11.1 – Fontes de informação sobre sexualidade

Um estudo realizado por Maia Ana et al., (2001) baseado no conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade, conclui que a leitura e os amigos foram a principal fonte de informação sobre a sexualidade. O enfermeiro é a última pessoa a quem os adolescentes recorrem para discutir os problemas relacionados com a sexualidade.

Os principais motivos referidos pelos adolescentes acerca do facto de não conversarem mais com os pais são apontados como terem vergonha/receio e o facto dos pais muitas vezes evitarem discutir o assunto.

Os rapazes raramente utilizam algum método contraceptivo e quando o utilizam, o preservativo é o método escolhido. Em relação ao sexo feminino, das raparigas que já tiveram relações sexuais, (87%) utilizam a pílula como método contraceptivo.

Dos adolescentes, (78%) apresentam fracos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos. Estes dados vêm de encontro aos resultados obtidos por Miller (1998) aludido por Maia et al., (2001), onde (80%) dos adolescentes sexualmente activos testemunham um conhecimento inadequado das técnicas contraceptivas e uma ignorância dos riscos da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis.

Nenhum rapaz frequenta a consulta de planeamento familiar, enquanto que 50% das adolescentes do sexo feminino, que já tiveram relações sexuais, refere frequentar a consulta de planeamento familiar no Centro de Saúde onde estão inscritas.

O **desenvolvimento da identidade** para os rapazes significa descobrir e subsequentemente afirmar o que é ser masculino. O desenvolvimento da identidade origina uma polarização entre o mundo masculino e feminino, porém há necessidade dessa dicotomia. As imagens e estereótipos do que é masculino e feminino surgem de três formas. *“Nos modelos de papeis dos adultos, em primeiro lugar o próprio pai e mãe. Imagens dos mass media. Troca de informação e experiências no grupo de pares”* (Evert Ketting, 2000:6).

Em estudo efectuado por Evert Ketting, (2000), quando se pergunta a um rapaz entre os 14 e os 18 anos que idade tinha a sua companheira aquando da sua iniciação sexual, eles responderam que ela tinham a mesma idade, ou era dois anos mais nova.

Quando colocamos a mesma questão às raparigas, a grande maioria responde que o seu parceiro era um ou dois anos mais velho. Esta discrepância é incompatível com as respostas dos rapazes que afirmam ter tido relações sexuais mais cedo que as raparigas, as raparigas com dizem ter tido relações sexuais não existem (Evert Ketting, 2000).

“Este padrão pode provir na linha do senso comum; os rapazes procuram parceiras ligeiramente mais novas e o inverso também acontece. Um das possíveis razões pode residir no facto dos rapazes desejarem uma posição dominante. Sendo ligeiramente mais velhos têm mais hipóteses de dominar. A somar a este facto, temos que os rapazes atingem a maturidade mais tardiamente que as raparigas, física, emocional e socialmente” (Evert Ketting, 2000:8).

As raparigas tendem a menosprezar um pouco os seus pares do sexo masculino, frequentemente os seus colegas de turma. Pelo que regra geral, estes se sentem inferiores em relação às suas colegas. Padrão que os coloca numa posição muito desconfortável. Vendo-se obrigados a viver de acordo com uma imagem de domínio, controle, iniciativa do primeiro contacto, maior experiência etc. sendo que na grande

maioria das vezes lhes falta a tal experiência, não conseguindo a maior parte das vezes corresponder à expectativa do seu grupo de pares (Evert Ketting, 2000).

Pelo que os jovens, são muitas vezes levados a fingir e a pensar que são mais homens do que na realidade são. A nossa sociedade peca hoje pela ausência de modelos e imagens positivas realistas do papel masculino que viabilizem um papel aceitável nas relações íntimas da sexualidade. Pois para o jovem dos nossos dias é claro o que não devem ser e fazer, porém, é ainda algo difícil, descortinar o que devem ser e fazer (Evert Ketting, 2000).

11.2 – Razões da não iniciação sexual dos jovens adolescentes!...

Segundo estudo efectuado por Nodin Nuno, (2000), de entre os jovens que ainda não se iniciaram sexualmente, as primeiras razões sugerida são:

- O ainda não ter encontrado a pessoa certa (29,3%);
- Ainda ser muito novo é a segunda razão (25,7%);
- Factores maturacionais têm uma influência considerável, na decisão para iniciar a actividade sexual;
- Ideal de amor também é sugerido para iniciarem a sua vida sexual, (encontrar a pessoa certa);
- Cada vez mais as relações afectivas são consideradas como um meio de atingir a felicidade pessoal e a partilha com o parceiro;
- É possível também encontrar entre os jovens, uma valorização dos aspectos eróticos e hedonistas da sexualidade que reforça a ideia de uma sexualidade ligada ao prazer (Nodin Nuno, 2000).

Segundo Alferes (1997) citado por Nodin Nuno (2000:18) descobriu que *“a maioria dos jovens declara ter estado apaixonado pelo primeiro parceiro sexual. São contudo as raparigas quem mais declara esta situação (88,5%) à data da primeira relação sexual. Um número consideravelmente inferior de rapazes (62,7%) declara estar apaixonado à data da primeira relação sexual”*.

11.3 – Status social, a iniciação sexual e a gravidez

A figura masculina será a confirmação do acesso ao mundo adulto, numa sociedade em que a jovem mãe solteira continua a ser alvo de forte critica social, numa cultura religiosa que lhe recorda o seu pecado (Lourenço M. Carvalho, 1998).

Existem três grandes grupos de jovens que se posicionam quanto à sexualidade. Um tradicionalista (agregando cerca de 20 a 25% da população jovem), constituído pelos jovens menos escolarizados e com baixo estatuto social.

Um grupo de posições modernistas (congregando cerca de 35 a 40% dos jovens), composto pelos jovens mais escolarizados e de estatuto social mais elevado. Finalmente, com posições objectivas e subjectivas, localizadas entre os dois eixos supra referidos o grupo de transição que perfaz 35 a 40% dos jovens (Vasconcelos Pedro, 1999).

Experimentalismo esse claramente mais vincado nos jovens de escolaridade e de *status* social mais elevados, que apresentam globalmente maior número de parceiros sexuais (são, por exemplo, quem mais declara ter tido 3 ou mais parceiros), apesar de terem declarado ser esta população quem mais tarde se inicia sexualmente, visto serem os que utilizam métodos de contracepção e prevenção, tais como pílula e o preservativo (Vasconcelos Pedro, 1999).

A maioria das adolescentes engravidada fora do casamento, as adolescentes que levam a gravidez a termo pertencem, na sua esmagadora maioria, a níveis sócio-económicos baixos (Lourenço, M. Carvalho, 1998).

Gravidezes indesejadas e práticas abortivas segundo <i>status</i> social					
<i>Status</i>	baixo	médio baixo	médio alto	alto	total
Gravidez indesejada	19,2%	15,9%	5,3%	4,9%	10.5%

Fonte: (Vasconcelos Pedro, 1999:9)

12 – OS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS E A SEXUALIDADE

Definimos os órgãos dos sentidos como uma porta de comunicação entre os dois mundos, o mundo interior e o exterior. Nada chega ao intelecto sem passar pelos sentidos. Qualquer toque, qualquer olhar, qualquer odor tem uma interpretação a nível cerebral, que é o principal coordenador sensorial do ser humano que processa toda a informação, direccionando a resposta sexual pela libertação de neurotransmissores, que agem nos diferentes receptores periféricos do corpo. A análise total e as interpretações destas mensagens de retorno determinam a resposta final aos estímulos. Tanto mais efectiva é a mensagem quanto maior for o número de modalidades sensoriais utilizadas. O acto sexual é basicamente uma actividade sensorial que utiliza os cinco sentidos. Quando falamos dos órgãos dos sentidos lembramos sempre o paladar o olfacto a visão o toque e a audição. O beijo durante o acto sexual mantém o vínculo de excitação e intimidade entre os parceiros como um estímulo contínuo de prazer. O cheiro (olfacto) que tanto atrai gera sensações agradáveis que aproximam os casais. A visão (o olhar) é um dos órgãos dos sentidos de maior importância na esfera da atracção sexual. Os órgãos sexuais não são considerados belos sob o ponto de vista estético, mas tornam-se atraentes e desejáveis na medida em que o sujeito é influenciado pela emoção e pela fantasia. A excitação aumenta com a erecção e a lubrificação do outro. A visão erótica estimula receptores periféricos, aumentando a vascularização dos órgãos genitais. O olhar aceita ou rejeita (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Sá Eduardo, 2007).

A mulher é *treinada* socialmente para vislumbrar mais as afinidades do espírito, a simpatia, a delicadeza, o carinho (...) (Andrade Isabel, 1996). O tacto e carinho que a mulher interpreta como intimidade e o homem como preparação para o sexo liberta ocitocina que é um mediador cerebral do prazer. Na pele temos sensações de calor, frio, dor e prazer sendo considerado o maior órgão sexual do corpo. Na audição (o ouvir) sabe-se que a voz do amado/a é um vigoroso estímulo sexual; os murmúrios estimulam receptores periféricos e são mais eficazes na mulher.

Vejamos agora o que estimulam os cinco órgãos dos sentidos; as fantasias sexuais que pertencem ao mundo da imaginação. A conquista e a sedução, a proximidade física, o beijo e o sexo oral que utilizam os sentidos do paladar, do tacto e do olfacto, que libertam o óxido nítrico que age na erecção peniana. Todos os órgãos dos sentidos têm estímulos especiais e intensos quando existem na relação os sentimentos de paixão ou de amor. A acção das feromonas é ainda pouco conhecida. A resposta sexual humana é um reflexo de nossas emoções (Capellá Alfredo, 2003).

Os estímulos sensoriais determinam a resposta da sexualidade humana. Na resposta sexual geralmente fala-se em antes durante e depois. Entendemos que não podemos deixar de acrescentar o que chamamos de *“antes do antes”* e *“depois do depois”* (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

O *“antes do antes”* passa-se no intelecto e depende da cultura, da idade e das experiências sexuais vividas. Neste período como desencadeadores dos desejos sexuais falamos dos sentimentos, de atracção, de estímulos corticais com lembranças associadas ao sexo e de comportamentos estimulantes. Nestes falamos de vestuário especialmente erótico e dos maneirismos, ou seja, posturas corporais ou expressões faciais que demonstrem excitação, desejo e volúpia onde as construções de fantasias eróticas aparecem e facilitam tanto homens como mulheres a entrarem na relação sexual propriamente dita.

No *“depois do depois”*, que mantém o desejo, aparecem como emoções importantes o aconchego, o ficar juntos, a intimidade as confidências, e uma auto e hetero avaliação do momento vivido na esfera corporal e sensorial.

13 – FLORES E CHOCOLATE, UMA INTRODUÇÃO À BIOLOGIA DO AMOR

Educação sexual, biologia erotismo sensualidade e amor !...

Todos temos a sensação que sabemos o que é o amor e ao mesmo tempo que não o conhecemos nunca completamente.

No final do século XVII o amor teve uma nova alma. Nasceu cheio de sonhos e de fantasias. Era o amor romântico, o amor de Pierrot e Colombina, o amor de Romeu e Julieta. Mais adiante, na Inglaterra, a rainha Victória converteu o amor numa coisa imoral e indesejável. O ideal victoriano era o amor platónico, o amor sem sexo. Deste amor sem sexo olhamos para o sexo sem amor, tão comum nos tempos do homem moderno. Andamos por todos estes caminhos e meandros, porque queríamos exactamente saber o que era afinal o amor. Hoje ainda continuamos em busca desse amor, e estamos especialmente cada vez mais convencidos de que o amor não pode ser estudado pela razão. Pois o amor não nos parece ser racional, mas, num último espírito de racionalidade agarramo-nos à biologia, lembramo-nos de Theresa Grenshaw. Que escreveu um livro intitulado “*A alquimia do amor e do tesão*”. Theresa Grenshaw correlaciona o amor com a biologia e subitamente vemos o amor coberto de hormonas, de neurotransmissores e de outras substâncias psicoactivas. Mas o facto é que Theresa Grenshaw desenvolveu de uma maneira tão lógica o seu raciocínio e apresenta tantas provas objectivas, laboratoriais e experimentais, que nos deixa perplexos. Há toda uma pesquisa etológica em que os animais de laboratório são estudados, e os impulsos sexuais bem analisados e correlacionados com substâncias hormonais. É claro que não podemos transportar tudo o que acontece entre os animais para os seres humanos. Sempre defendemos um continuo protegendo a importância da cultura na vida das pessoas. Afinal acreditamos que, na espécie humana, o amor é mais cultura do que natureza, mas como profissional de saúde não podemos negar que a natureza existe. Vamos procurar dar particular atenção à natureza que influencia a cultura na construção do amor. Logo vamos procurar desmistificar esse dualismo, amor platónico *versus* amor sexual. Um amor do pescoço para cima e um outro do umbigo para baixo. No meio fica o coração, sede do amor dos poetas e das crianças, amor sempre ameaçado pela realidade das trombozes e dos enfartes do miocárdio. O chamado amor platónico é uma grande ilusão literária que foi durante algum tempo uma espécie de ideal religioso praticado principalmente pelos *anjos e arcanjos*. Este amor está fora de nosso estudo. Também não cabe aqui falar do inocente amor dos poetas e das crianças. O que

indevidamente se chama amor sexual, nada mais é que o impulso que move os animais para terem relações sexuais no momento propício à fecundação e, por consequência, referindo-se à perpetuação da espécie. Este tipo de amor é biologia pura e existe em todos os seres sexuados; anfíbios, répteis, insetos, aves, mamíferos (...) seres humanos. O que comumente se chama de amor, ou melhor, de emoção amorosa é outra coisa. Este tipo de amor é produção da cultura e dentro dele temos algumas variedades. Vamos distinguir apenas duas; o amor romântico, da qual a paixão é a sua forma fina, e o amor maduro que na arte de amar, Erich Fromm define como sendo *“o paradoxo de dois seres que se convertem num só, e não obstante continuam a ser dois”*. A paixão é uma deliciosa doença do amor. É uma espécie de alienação instantânea pelo que não é sem razão que uma pessoa diz para a sua amada *“eu estou louco por ti”*. Do ponto de vista psiquiátrico, um apaixonado sofre de um distúrbio obsessivo-compulsivo. E isto não é uma afirmação aleatória porque em ambos os estados estão baixos os níveis cerebrais de serotonina, substância química que nos ajuda a lidar com as situações *stressantes* (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001, Capellá Alfredo, 2003). Vale a pena lembrar que as bebidas alcoólicas também diminuem os níveis de serotonina a nível cerebral, criando a ilusão de que a pessoa do outro lado da mesa do bar pode ser o amor eterno da sua vida. O amor romântico é o sonho ideal de uma pessoa fixada noutra pessoa. Trata-se de uma hipervalorização do outro que se aniquila e se fracciona perante a realidade. É um amor novo que, repentinamente, se torna velho e desencantado. As culturas inventaram o amor, mas não inventaram o sexo, contudo inventaram um significado para o sexo. A atracção sexual é um fenómeno universal, mas o amor não o é. O amor é a interpretação específica que uma cultura faz da universalidade do acto sexual e, obviamente, das suas complicações. Como se vê, o amor é plural e não singular, porque há tantas formas de amar quantas culturas existirem. O amor cortês e o amor romântico são invenções da cultura, e como a cultura muda com o tempo, uma concepção de amor que foi boa em determinada época pode tornar-se anacrónica e até ridícula numa outra. Se bem que possamos dizer que uma forma de amor é biológica e que a outra forma de amor é cultural, esta é uma separação discricionária porque no ser humano a cultura está tão intimamente relacionada com o biológico e o biológico tão impregnado da cultura que não é possível separá-los, sem destruir a unidade humana (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). O amor é verdadeiramente um só, mas devemos começar por dizer que todo o amor é sexual na sua origem. Nós concordamos plenamente com Salomon quando diz que não importa o quanto seja inibido, desvirtuado, puro ou sublimado. O amor não contém somente sexo, mas depende dele, alimenta-se dele, utiliza-o como seu

instrumento, sua linguagem e, frequentemente, como seu conteúdo primário. Não podemos esquecer que o sexo é corporal e o desejo sexual converte-nos em indivíduos corporais. O amor pode começar com a biologia, todavia é especialmente cultural. O amor é um conjunto de idéias e de atitudes face ao sexo, mesmo quando este não é explicitamente mencionado. O amor é muito mais do que sexo, o sexo é algo concreto, mas o amor é tão versátil, tão volúvel e tão aparente que muda até quando estamos a olhar para ele. Nos animais inferiores a actividade sexual é regida, sobretudo, pelas hormonas, mas à medida que vamos subindo na escala zoológica, vai-se tornando cada vez mais corticalizada e menos dependente da acção hormonal (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999, Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003). Não se pode negar que existe uma tendência genética para o amor. Money afirma que os catálogos de amor começam a formar-se a partir do nascimento. Esta é uma visão culturalista ou se quisermos cognitivista, porque tanto os mapas de amor, quanto os esquemas cognitivos, na verdade começaram a formar-se com a organização genética e individual de cada um. A partir do nascimento é que esta constituição genética peculiar é submetida às estimulações culturais do ambiente, e o individuo vai concretizando o seu mapa de amor, através da sua própria aprendizagem cultural e das suas próprias experiências de vida. Contudo, o que faz com que uma pessoa fique enfeitiçada por outra, não é somente o cultural, não é somente porque nos construímos através de uma lista involuntária de coisas que desejamos e encontramos na outra. Biologia e cultura estão unidas na construção dos catálogos de amor ou, se preferirmos, na construção dos esquemas cognitivos de Aaron Beck. Seja como for, perdidas no horizonte do passado estão as plantações de ervilha de um certo monge chamado Gregor Mendel. Hoje, com o Projeto Genoma Humano, com os avanços da engenharia genética, não sabemos, olhando para o horizonte do futuro, onde nos levará este conhecimento. O que sabemos hoje é que para despertar nos humanos a compulsão para o amor sexual, os genes utilizam a química cerebral. Porém se estamos diante de estímulos sexuais reais, estes estímulos são captados pelos órgãos dos sentidos e promovem uma comunicação entre os neurónios, o que desencadeia uma cascata de reacções químicas, iniciada por substâncias produzidas no próprio cérebro, a que chamamos neurotransmissores (Andrade Isabel, 1996; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003). Desde sempre se pensou que os estímulos sexuais eram captados pela vista, acreditamos nisso, mas também achamos que o amor entra pelos ouvidos, quem não conhece o interesse das palavras carinhosas sussurradas ao ouvido (quem não aprecia o som de uma certa música que nos aviva na memória a lembrança da pessoa amada) podendo considerar-se que a memória auditiva é extremamente forte (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues

Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006). Há já algum tempo que a ciência anunciou que na realidade o amor entra também pelas fossas nasais. Esta afirmação deve-se à descoberta de substâncias que atraem ou repelem certos animais. Essas substâncias, chamadas feromonas são voláteis e vagueiam pelo ar sem se destruírem. São produzidas por um indivíduo e exercitam os seus efeitos num outro (Rosa João, 2001). Nos mamíferos as feromonas permitem que os machos identifiquem as fêmeas que estão na época do cio. Às vezes cadelas feias, magras e rabugentas são vistas pelos machos como lindas, o que leva a pensar que, no cio, os cachorros se transformam em Don Quixotes e a mais desganhada cadela se transforma numa Dulcineia canina (Andrade Isabel, 1996; Capellá Alfredo, 2003). E entre os humanos, quem consegue esquecer o odor e ou o perfume da pessoa amada. Cada pessoa tem o seu odor característico, e o cheiro na pessoa amada é encantador para o amante. Tem sido muito discutido se as feromonas existem ou não nos seres humanos. Tudo leva a crer que sim, tudo indica que também nos podemos comunicar por sinais bioquímicos involuntários. É verdade que tudo isto pode acontecer, mas não podemos dizer que o amor pode ser explicado, somente, através de equações químicas. Contudo, não é possível negar, no entanto, que quando alguém se apaixona o seu organismo é abalroado por várias substâncias, dentre elas a feniletilamina. Uma simples troca de olhar ou um aperto de mão podem desencadear a produção desta substância, a feniletilamina (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006). Há mais de 100 anos que os cientistas conhecem a feniletilamina, mas só recentemente é que Donald F. Klein e Michael Lebowitz, descobriram a relação entre a feniletilamina e o amor. Sugeriram então que o cérebro de uma pessoa enamorada contém enormes quantidades de feniletilamina, e que esta substância poderia ser a responsável, em grande parte, pelas sensações e modificações fisiológicas que experimentamos quando estamos apaixonados (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Sá Eduardo, 2007). É importante assinalar que a feniletilamina existe em altos níveis no chocolate, o que fez com que alguns cientistas procurassem dar explicações racionais para esclarecer o porquê das pessoas comprarem chocolates para os seus amados. O chocolate sempre esteve ligado a um conceito afrodisíaco, tanto que, nos conventos da Idade Média, as freiras eram proibidas de comer chocolate, mas a proibição não se estendia aos padres. O que mostra que na história da injustiça de género até o chocolate tem lugar, porém a feniletilamina do chocolate degrada-se muito rapidamente, de modo que será preciso comer muito chocolate para que se observe algum efeito. É gracioso descobrir a relação das feromonas e da feniletilamina, sempre juntas. Quando Peter Godfrey e os seus colaboradores, anunciaram que haviam descoberto o

combinação dos átomos que constituem a molécula da feniletilamina, os meios de comunicação social, anunciaram a possibilidade de se fabricar porções do amor. Peter Godfrey de imediato afirmou que poderia ser possível no futuro produzir drogas sintéticas para elevar ou suprimir os efeitos eufóricos naturais do amor, mas, o interesse mais imediato era saber como esta descoberta poderia ajudar outras áreas da investigação química. Há muito tempo que sabemos que as emoções têm uma base química, mas ninguém se preocupou muito em analisar a base química do amor. O facto é que ao nos apercebermos de uma estimulação sexual há uma verdadeira pirotecnia química. Os neurotransmissores enviam a mensagem erótica e vão activando toda uma cadeia de substâncias químicas. Na fase de atracção e enamoramento é a feniletilamina que instrumenta a secreção de substâncias como a dopamina, uma anfetamina cerebral que produz ansiedade. Todo o apaixonado está nas nuvens, e sem saber, em nuvens carregadas de feniletilamina e dopamina (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003). De entre os neurotransmissores é a dopamina a que confere a maior relação com a emoção amorosa. Quando um indivíduo está apaixonado, o nível de dopamina cerebral está muito alto e quanto mais intensa é a paixão mais alto será o nível de dopamina. A euforia, a insónia, a perda de apetite, o pensamento obsessivo de quem ama, estão directamente relacionados com os níveis de dopamina (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003). O desejo sexual é estimulado pela dopamina e inibido pela prolactina que é a hormona responsável pela produção do leite. Presumivelmente no plano da natureza é conveniente que as mães completem o desmame dos seus filhos antes de conceberem outro. Muito embora a prolactina não interfira nos orgasmos da mulher que ainda amamenta, nada melhor para evitar uma gravidez do que reduzir o desejo sexual. A dopamina também, está de alguma forma relacionada com as endorfinas, que são morfinais naturais fabricadas pelo cérebro. São as drogas do prazer, seja ele o prazer sexual, seja o prazer da emoção amorosa. Sempre que uma pessoa sente um orgasmo, as endorfinas como que, explodem na sua cabeça. Existem vários tipos de endorfinas, sendo a beta-endorfina a mais conhecida e de maior eficiência eufórica (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001). Sempre que estamos apaixonados o cérebro produz um determinado tipo de endorfina que dá origem àquela sensação que todos nós conhecemos. Permanecemos a navegar nas nuvens, a sonhar a olhar no infinito, conseguimos sentir a falta da presença do outro até mesmo quando o outro está presente. Mas o cérebro não produz a endorfina da paixão por muito tempo. Hazan Cindy, alude que, os seres humanos se encontram biologicamente programados para permanecerem apaixonados durante 18 a 30 meses. Esta investigadora entrevistou e estudou 5.000 pessoas de 37 culturas diferentes, tendo descoberto que o amor possui

um determinado tempo de vida, suficientemente longo para que o par se conheça, copule e tenha pelo menos um filho. Em termos de evolução esta investigadora sugere que não são necessários corações palpitantes e suor frio nas mãos. O facto é que quando a paixão declina, o cérebro passa a produzir um outro tipo de endorfina, a responsável pelo amor maduro. A partir daqui o casal encontra-se numa encruzilhada; ou se separa ou se habitua a certas manifestações menos calorosas do amor do companheiro, mimos, afecto e tolerância. Atente-se que as endorfinas viciam, e há pessoas viciadas no amor. Podemos imaginar o quanto sofrem com a síndrome de abstinência. Há duas hormonas importantes para a sexualidade, os estrogénios que tornam a mulher mais atractiva e a testosterona que é considerada como a hormona do desejo sexual, tanto para homens como para mulheres. É a testosterona que faz com que os indivíduos procurem a relação sexual propriamente dita, independente da emoção amorosa. Relativamente ao amor não podemos deixar de referir a vasopressina e a ocitocina. A primeira conhecida pelos médicos como uma droga que aumenta a pressão arterial e a segunda conhecida, sobretudo, pelo seu efeito no trabalho de parto e na expulsão do leite (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001). São estas duas hormonas que provocam a necessidade de contacto físico. Quando uma pessoa é sexualmente excitante e toca noutra, de imediato sobem os níveis de ocitocina e ocorre quase que uma fome epidérmica que pode reclamar um sexo ardente, ou então uma profunda necessidade do carinho. Para que uma pessoa nos atraia de forma verdadeiramente sedutora, há uma série de factores que entram em acção, e que têm muito a ver com a evolução das espécies, com a genética das populações e a genética individual, com a bioquímica e a neurobiologia (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001). Estas diferentes variáveis vão criar a nível cerebral uma espécie de matriz mental, que depois do nascimento, através da aprendizagem e vivências no seio do meio cultural, vai arquitectar os esquemas cognitivos e constituir aquilo a que Money chamou os mapas de amor, que determinam o que nos excitará e o que potenciará a que se ame alguém especial. Podemos até erradamente pensar que as pessoas entram nas nossas vidas por mera casualidade. O encontro pode até ser obra do acaso, mas não é por acaso que essas pessoas invadem a nossa vida e nela permanecem (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001). Temos vindo a falar sobre a biologia do amor. Sobre esta colossal quantidade de substâncias químicas que surge no corpo de quem ama, mas há uma questão elementar que carece ser respondida. O amor, e aqui falamos no seu sentido mais lato, amor sexual e emoção amorosa, é fruto de reacções químicas ou da activação fisiológica que ocorre no organismo de quem ama, é em síntese o produto do amor. Na psicologia cognitiva do amor há dois posicionamentos capitais. O primeiro é

que o estímulo sexual originário do ambiente determina uma reacção orgânica, mas a activação biológica por si mesma não é capaz de provocar a emoção amorosa. É necessário que a pessoa decifre esta activação fisiológica à luz dos seus esquemas cognitivos. A resposta emocional depende mais do que o indivíduo avalia acerca do seu estado fisiológico, do que do estímulo ambiental em si mesmo (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006). Outro posicionamento, defendido por Aaron Beck e Albert Ellis, parte do pressuposto de que a avaliação cognitiva que o indivíduo faz do estímulo externo que recebe é que irá determinar ou não a activação fisiológica. Discutir se a avaliação cognitiva antecede ou sucede a cadeias de reacções orgânicas que constroem a emoção amorosa é, a nosso ver, académico. O importante é fixar que a psicologia cognitiva do amor está baseada no facto de que a emoção amorosa não é produzida pelo estímulo ambiental, nem pela catadupa de reacções químicas que ocorre no organismo. Mas antes resulta da avaliação cognitiva que o indivíduo faz deste estímulo ambiental. Já Epíteto sugeria, há centenas de anos, e Andrade Isabel (1996) reafirma, que os seres humanos não são perturbados pelas coisas, mas sim pela visão que delas têm. Talvez com algum bom senso possamos admitir que entre o estímulo ambiental e a resposta, há no ser humano, uma série de reacções. Pois nós olhamos para a estimulação ambiental através dos nossos próprios olhos e o comportamento e as emoções são amplamente determinadas pelo modo como o indivíduo estrutura o seu próprio mundo. Se John Money chama a esta avaliação cognitiva, mapas de amor ou Beck preferiu chamar-lhe, esquemas cognitivos, ou ainda Ellis lhe chama a esta avaliação de “*self talk*” isso pouco importa. A verdade, é que o amor é uma coisa comum mesmo sendo a experiência mais extraordinária das nossas vidas. Mesmo se considerarmos que o amor é uma coisa comum, parece continuar a ser um mistério. A este respeito Robert Salomon, em “*About love*” afirma que existem dois tipos de estudiosos; os perplexos que complicam completamente o amor fazendo dele um mistério e um ideal, os facilitadores que banalizam o amor considerando-o uma coisa extraordinariamente simples (Cavalcanti Ricardo, 1995; Andrade Isabel, 1996). Ao terminar esta síntese sobre o amor, finalizamos com a mesma incerteza e a mesma perplexidade com que iniciamos. Afinal de contas não conseguimos compreender (...) o amor.

13.1 – Fisiologia da atracção

Quando uma pessoa sente uma intensa atracção por outra, pode experimentar ansiedade, excitação, insónia, falta de apetite, dificuldade de concentração e variações de humor (Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

O cérebro tem, através da sua actividade química, um papel fundamental, tanto nos prenúncios físicos como nas emoções ligadas ao amor. Pensa-se que o sistema límbico nomeadamente o hipotálamo, está ligado ao controlo das emoções e à capacidade de amar (Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Assim, quando estamos apaixonados, o cérebro é *impregnado* por uma substância química, a que se chama feniletilamina. Tanto nos homens como nas mulheres, este combinado da família das anfetaminas desperta sensações de grande energia, prazer, excitação, euforia e optimismo. A feniletilamina activa o metabolismo e diminui o apetite (Chambon Philippe, 1998; Rosa João, 2001).

Os níveis de dopamina, um neurotransmissor, sobem na fase de paixão, de onde provém a intensificação do apetite sexual. A ocitocina, hormona da *disponibilidade*, também aumenta os seus níveis. Ao contrário e do mesmo modo, a diminuição da paixão influencia a actividade química cerebral. Cerca de dois anos depois do início de uma relação apaixonada, o cérebro produz um grupo de substâncias químicas comparáveis ao ópio, as endorfinas, para equilibrar os elevados níveis de feniletilamina. Calmantes e ansiolíticas, as endorfinas tornam a pessoa descontraída e segura. Mesmo assim, as pessoas tornam-se dependentes dos elevados níveis de feniletilamina e, para alcançarem e sentirem o estímulo que lhe está associado, acabam por estar *constantemente* a mudar de parceiro, o que é especialmente frequente na adolescência (Chambon Philippe, 1998, Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

A feniletilamina também existe em determinadas substâncias naturais, como o cacau e a água de rosas, o que pode talvez explicar porque é que desde tempos remotos os chocolates são um presente romântico no Ocidente e os doces confeccionados com água de rosas têm a mesma popularidade no Oriente.

O sistema nervoso simpático é responsável pelas reacções da pessoa que tem medo, pois na reacção de *enfrentar ou recuar*, os ritmos cardíaco e respiratório amplificam-se, o que concede à pessoa força muscular para correr mais depressa e, de um modo geral, reagir melhor à ameaça, quer através de actos defensivos quer pela fuga. Ocorre algo de

bastante idêntico, quando uma pessoa tem uma grande atracção física por outra: boca seca, mãos frias, nó no estômago e, palpitações. As substâncias químicas responsáveis por estas sensações são, essencialmente, a adrenalina e a noradrenalina, produzidas pelas glândulas supra-renais e pelo sistema nervoso, que influenciam algumas partes específicas do corpo. Uma significativa parte das pessoas sente numa ou noutra altura da vida uma tristeza profunda e demorada, provocada por uma relação amorosa impossível, não correspondida ou que terminou. Da mesma forma que sucede com a atracção e o arrebatamento iniciais também existe uma razão biológica para isso, que resulta de instabilidades químicas a nível cerebral (Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001).

Casos há, em que a paixão não correspondida pode ser tão profundamente grave que tem que ser tratada como uma alteração de carácter obsessivo, pois a pessoa não consegue aceitar que os seus sentimentos não sejam recompensados ou que a relação tenha terminado.

Ainda antes dos *sintomas do amor* se declararem, tem que haver encanto recíproco, de uma pessoa por outra. A atracção sexual e emocional pressupõe uma cadeia de sinais, que começam por ser: visuais (o aspecto da outra pessoa), auditivos (o som da sua voz) e, tacteis (a sensação do seu corpo).

Existem, no entanto, outras formas de comunicação mais subtis, que operam a um nível mais primitivo: as feromonas ou sinais olfactivos. Relativamente às feromonas humanas, da palavra *phero* que significa *transmitir*, embora objecto de discussão quanto ao seu papel sedutor, há algumas provas da sua presença, pelo menos nas mulheres. Existem estudos que revelam que, quando mulheres em idade fértil passam muito tempo juntas, os seus ciclos menstruais individuais alteram-se progressivamente, até coincidirem, o que se atribui às feromonas (Andrade Isabel, 1996; Chambon Philippe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003).

As pessoas produzem um odor individual próprio; este odor poderá conter feromonas únicas, às quais as pessoas reagem inconscientemente. O odor humano é produzido pelas glândulas apócrinas, que existem em grande quantidade no feto, embora a sua maioria se perca, pouco antes do nascimento, exceptuando-se as que se encontram em torno das axilas, na zona genital e em redor dos mamilos. Estas glândulas só se voltam a desenvolver na puberdade, quando se inicia a produção de odor tão característico do adolescente. O acréscimo da sudação, reacção comum à excitação emocional e sexual, pode ter-se desenvolvido como forma de emissão das feromonas.

Foram descobertas nas glândulas sudoríparas das axilas as hormonas sexuais masculinas androsterona e androsterol, que podem actuar como factores de atracção

sexual. As feromonas podem ser ainda transmitidas pelo contacto físico directo. No beijo pode haver a troca de uma secreção oleosa da boca e dos lábios, que pode ter propriedades semelhantes às feromonas (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003).

Do exposto, pode concluir-se que cada pessoa pode reagir a um conjunto de estímulos que seja ímpar para ela, e isso explica porque é que um indivíduo exerce encanto sobre uns e outros não.

14 – VIVÊNCIA DE UMA SEXUALIDADE HARMONIOSA

Normalmente quando falamos de sexualidade aos jovens, reforçamos mais a componente de informação e prevenção do que a de educação, focamos mais aspectos como a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, SIDA, abusos sexuais, violação e incesto.

Da informação deve fazer parte a biologia, a psicologia, a sociologia, a antropologia, a “moral” e deve ser efectuada por qualquer educador ou convivente, desde que devidamente formados nestas matérias (Andrade Isabel, 1996; Marques António; Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006). Nas diferentes etapas da responsabilidade individual deve ser integrada a esfera social da sexualidade (escola companheiros e valores), no campo psicoafectivo (pais, amigos, amor) e ainda a nível biológico (aquisição de conhecimentos neuro-psico-fisiológicos) (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

No entanto, para que o jovem se sinta motivado e envolvido não pode haver impasse em nenhuma destas áreas. Estas aquisições por parte do jovem só se tornaram efectivas através de acções e reflexões contínuas sobre a sexualidade. É indispensável que conjuntamente com os profissionais de saúde, professores e ou pais, os jovens possam reflectir nas múltiplas fontes de prazer, bem como nas formas como estas evoluem com a idade.

Tem de se recorrer, por vezes, a formas de comunicação metafóricas, que privilegiem a intimidade e o sentido de decência dos jovens.

A descrição, a confidencialidade e o sigilo são a porta principal de entrada no domínio dos sentimentos. Os locais de contacto e relacionamento quotidiano entre os jovens são uma das vias privilegiadas para este trabalho. As identificações ajudam à banalização da mensagem preventiva, no início da vida amorosa e sexual, sem que se viole a moralidade frequentemente evocada pelos jovens (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco; Serrão Daniel & Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António et al., 2000; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). Falar em torno dos sentimentos e dos laços amorosos reforça a aquisição das mensagens preventivas, incitando os jovens a adoptar iniciativas, por forma a serem eles próprios os obreiros dos seus projectos pedagógicos. As mensagens preventivas são, regra geral, construídas pelos adultos, mas estes não devem esquecer que a adolescência dos jovens é sempre diferente da dos seus pais ou educadores.

A adolescência é singular para cada jovem, mercê dos meios de origem e das circunstâncias de vida. Como não existe uma pedagogia única e especializada em

educação sexual, importa apresentar um modelo de sexualidade vivida com o corpo, o espírito e os sentidos, numa relação de confiança mútua, de amor e ternura, onde o respeito e a igualdade entre os sexos prevaleça. As iniciativas para promover a saúde utilizam metodologias diversas para facilitar a mudança comportamental. Uma atenção crescente tem vindo a ser dada aos jovens nesta fase do ciclo da vida. A componente sexual é hoje uma preocupação constante, procurando introduzir nos *currícula* escolares a forma de *transmissão da vida* que permitirá aos jovens uma vivência sexual mais esclarecida, menos angustiante e mais sadia.

No campo da saúde têm-se operado numerosas iniciativas centradas na sua promoção muito especialmente na prestação de cuidados aos jovens nesta sua etapa da vida, caracterizada por inúmeras questões relacionadas com as transformações físicas psicológicas e de relacionamento social (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

É indispensável conhecer e reconhecer que o comportamento humano é fruto da interacção genética/meio ambiente; o homem é o único animal capaz de se sobrepor ao seu determinismo biológico, sendo as manifestações do seu comportamento tanto mais variadas quanto mais complexo for o seu património genético e a sua capacidade de aprendizagem. No campo da saúde, o fenómeno da adolescência deverá ter uma particular atenção, estimulando a comunidade ao entendimento do que significa crescer e desenvolver-se durante a segunda década da vida (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Diamond Jared; Rosa João, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

Torna-se imperativo que os profissionais de enfermagem saibam dar a melhor orientação, proporcionando uma visão especialmente humanista, reforçando o prazer como conquista individual, exigindo para isso um profundo conhecimento e respeito mútuos. As conquistas neste campo são progressivas. Saliente-se que existem várias mulheres que só experimentam o orgasmo após vários anos de relações sexuais. Abordar temas como a sexualidade torna-se por vezes, embaraçoso. É fundamental que haja tempo e disponibilidade, para que se estabeleça comunicação; a linguagem terá também de ser comum. As acções participativas, que convidam o jovem a elaborar por si mesmo os conteúdos e formas de promoção, podem contribuir para esta aquisição. Desta forma, e porque a enfermagem é uma profissão que reflecte no cuidar uma clara identidade humanista (aderindo a uma filosofia básica que evidencia a individualidade e a crença de que as acções do homem devem ser livres, autónomas e vividas em dignidade), deve procurar responder às necessidades humanas básicas, empenhada na relação de ajuda; deve saber fazer, ser e estar, valorizando o aspecto relacional, base em que deve

assentar todo o seu desempenho. Isto pressupõe ver o homem na sua dimensão holística, o que deve permitir e facilitar o seu crescimento e desenvolvimento (Collière M. F.; Grande Nuno, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

Os cuidados de enfermagem devem portanto centrar-se na pessoa, no indivíduo, na família e na comunidade, numa dinâmica de relação interpessoal, que o conduza a ganhar mecanismos de adaptação às constantes mutações da vida. Pelo que como nos diz Collière M. F. (1999:29), cuidar é *“acompanhar as grandes etapas da vida, sendo o objectivo dos cuidados, tudo o que ajuda a vida e permite existir”*. Como o cuidar é a essência da enfermagem e se dirige à pessoa, deve ser técnica e cientificamente competente. Cuidar tem por base um conjunto de valores humanos universais: de respeito e interesse, amabilidade, educação e empatia, amor por si e pelos outros, respeitando a diversidade e individualidade bem como aceitação incondicional (Carl Rogers, 1983; referido por Young Ian, 1995; Sampaio Daniel, 2006).

14.1 – Perspectivas positivas dos conceitos de saúde

Decorria o ano de 1947, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade”*. Foi na época um importante passo em frente pelo seu carácter holístico, sendo também fruto de diversas críticas devido ao seu idealismo e ao facto de não transmitir a interacção e dinamismo entre as componentes física, psíquica e social.

Surgiram, entretanto, definições que sublinham que a saúde deverá ser encarada como um recurso para toda a vida e outras que vêem a saúde como uma qualidade adaptativa. Antonovsky referido por Young Ian (1995) aponta-nos o conceito de manutenção como um sentido de coerência, na tentativa de descrever a forma de as pessoas se comportarem face às mudanças ocorridas no seu meio ambiente, considerando portanto, essa qualidade de adaptação fulcral para um estado de boa saúde. Um sentido de coerência, para Antonovsky, seria *“uma orientação global que fornece a medida com que uma pessoa possui um sentimento de confiança, difundido e persistente, mas dinâmico, de que o seu ambiente interno e externo são predizíveis e de que existe um elevado grau de probabilidade de que as coisas resultarão tão bem quanto razoavelmente se possa esperar”* (Antonovsky citado por Young Ian, 1995:13).

René Doubos, aludido por Young Ian (1995), descreve a saúde como um *modus vivendi*, permitindo que seres humanos imperfeitos vivam uma existência compensatória e não demasiadamente dolorosa quando enfrentam um mundo imperfeito.

Mais recentemente a saúde tem sido encarada de forma positiva, dinâmica, holística e ecológica. As práticas relacionadas com a saúde dizem respeito a formas e estilos de vida, tornando-se importante dar aos jovens as oportunidades indispensáveis e capazes de lhes permitir avaliar se os seus estilos de vida são ou não saudáveis.

Podemos considerar como estilo de vida saudável aquele em que a grande maioria dos comportamentos adoptados tem uma orientação positiva em que tenha lugar predominante o exercício físico, uma alimentação saudável, e onde, as substâncias aditivas: (o tabaco, o álcool) estejam ausentes e haja um excelente relacionamento humano (Young Ian, 1995; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

A natureza da aprendizagem social no seio de uma família e/ou cultura influencia decisivamente o comportamento relativo à saúde. Este ponto é sublinhado por Goldman e Goldman aludido por Young Ian (1995), no seu estudo sobre os conhecimentos e as atitudes de crianças de diferentes culturas em matéria de sexualidade. O autor reforça ainda a ideia de que é muito difícil alterar comportamentos quando estes já estão fortemente enraizados no estilo de vida. Os profissionais de saúde e particularmente os de enfermagem comunitária, em parceria com as escolas (professores), pais e a própria comunidade, têm o dever de ajudar os jovens adolescentes a assumir atitudes positivas em relação à saúde sexual, ajudando-os a criar um conjunto de conhecimentos próprios da sua idade, tornando-os hábeis no entendimento e percepção no significado de um estilo de vida saudável.

14.2 – Promover a saúde sexual e reprodutiva

Foi na década de 80 do século XX, que se formou como que um consenso geral sobre o significado da expressão *promoção de saúde*. O Gabinete Europeu da Organização Mundial da Saúde apresentou, para discussão, um documento onde expunha o conceito geral e os princípios da promoção de saúde que ajudariam a fomentar e incentivar o debate. Foi com a chamada Carta de Ottawa (1996) que a promoção de saúde ficou definida como o “*processo que possibilita às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la*”.

Como vimos, os estilos de vida tendem a resultar dos vários processos de socialização experimentados em diferentes etapas da vida e poucas são as pessoas que adoptam voluntariamente, um estilo de vida contrário à sua saúde. Os pais, aspiram a que os seus filhos sejam saudáveis e, implicitamente, sigam estilos de vida saudáveis, no entanto, todos temos consciência de como o próprio ambiente pode exercer uma influência

marcadamente vincada nas atitudes e nos valores e ainda no comportamento dos jovens relativamente à saúde.

A promoção da saúde sexual deve reflectir e estimular o desenvolvimento de atitudes positivas face à sexualidade humana. Promover estilos de vida sexual saudáveis, durante a adolescência, implica valorizar as dimensões: ética, afectiva e relacional que potenciam uma personalidade harmoniosa. Isto não invalida, estigmatiza ou minimiza a expressão da sexualidade nos jovens adolescentes (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

Motivar para a prevenção de comportamentos de risco não minimiza nem reprime a exteriorização dos afectos e do erotismo sexual dos adolescentes. É contudo, importante dar visibilidade à complexidade das inter-relações entre factos biológicos, psico-afectivos e sociais durante a adolescência. Nesta matéria cabe aos profissionais de saúde criar estratégias para que, nos distintos contextos sociais, os adolescentes alarguem as competências de decisão pessoal sobre comportamentos, apoiados em valores e atitudes individuais face à sexualidade. Este contributo profissional deve assentar, no carácter pessoal e único das experiências sexuais, que variam em função da cultura, da idade, da capacidade física e intelectual e ainda das preferências pessoais e assegurar o direito dos jovens a protegerem-se da exploração, do abuso e da violência sexual (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Há que estimular a abertura e o envolvimento social favorável à procura dos serviços de saúde por parte dos adolescentes. É fundamental afiançar a equidade e a acessibilidade dos adolescentes de ambos os sexos aos cuidados de saúde, por forma a garantir o acesso à informação e à educação sobre sexualidade e reprodução, bem como ao uso de meios contraceptivos de doenças de transmissão sexual, motivando para a precocidade e continuidade da vigilância de gravidezes se for caso disso. Sendo o profissional de enfermagem aquele que no seu dia-a-dia mais de perto contacta com o jovem adolescente, será oportuno transmitir-lhe a necessidade de adoptar comportamentos informados e responsáveis face às novas capacidades de reprodução de que este agora é capaz. Assim, é importante que ambos os sexos tenham conhecimentos sobre o ciclo ovário, a fecundação, a gravidez e o parto, entendendo que maternidade e paternidade devem resultar de uma opção de vida voluntária. Se bem que alguns dos jovens adolescentes possam já ter tido acesso a estas áreas temáticas, mas porque o conhecimento e a aprendizagem não se processam linearmente, é muito importante reforçar o seu tratamento (Macpherson Ann; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Apesar de as relações sexuais coitais poderem ter ainda um carácter esporádico, é fundamental que os jovens saibam que estes ou outros contactos genitais podem originar uma gravidez. O medo de uma eventual gravidez não se traduz regra geral numa preocupação acrescida de comportamentos preventivos. Pelo que, um conhecimento da anatomia e da fisiologia dos órgãos sexuais pode funcionar como um meio efectivo de prevenir gravidezes não desejadas e as suas consequências, e ao mesmo tempo, ser uma forma importante e adequada de aprofundar o auto-conhecimento, valorizando o seu corpo e as suas capacidades (Andrade Isabel; Frade Alice et al., 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006). Uma pessoa saudável é mais que o somatório das suas componentes fisiológicas o que significa que, no campo da promoção da saúde, os profissionais de enfermagem têm de utilizar uma estrutura que englobe tanto as dimensões biológicas, sociais, psicológicas e afectivas, como as físicas. Onde quer que se aplique esta estrutura holística, deve dar-se igual ênfase às questões afectivas e cognitivas, considerando tanto os sentimentos como os factos. Quando não são tomados em consideração os sentimentos pessoais, no que respeita à promoção e educação para a saúde, são escassas as possibilidades de êxito. Os conteúdos sob a forma de informação e conhecimentos são importantes, pois será impensável querer que alguém tome decisões bem estruturadas, racionais ou eficazes, no que diz respeito à saúde ou ao seu estilo de vida, se não tiver tido acesso a informação factual e credível.

Assim um resultado útil e duradouro da educação para a saúde será o capital de estilo de vida que permaneça no indivíduo. Ajudar as crianças e os jovens adolescentes a cuidarem de si, adquirindo respeito por si próprios, é um dos objectivos básicos da educação e promoção da saúde. Este objectivo pode ser atingido incentivando os jovens a assumir as responsabilidades dos seus actos, onde e sempre que isso seja conveniente, adaptando os conhecimentos ao nível geral das suas capacidades, o que os ajudará na passagem da infância à idade adulta.

Quanto maior for o grau de compreensão, de autenticidade e de respeito por parte dos profissionais de enfermagem no atendimento dos jovens que os procuram, mais facilmente eles assimilarão as noções e conceitos de uma vida saudável. Pois, *“a capacidade de relacionamento é talvez a mais importante qualidade para proporcionar uma vida plena e digna de ser vivida”* (Young Ian, 1995:111).

15 – EDUCAÇÃO SEXUAL BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA

A sexualidade vivenciou alterações mirabolantes, nas últimas décadas. Outrora, os jovens iniciavam-se com prostitutas, pelo que a ida ao bordel era sinal de virilidade. As mulheres, bem pelo contrário, só deixavam de ser virgens no leito matrimonial. Hoje, a prática das relações sexuais entre jovens adolescentes é frequente e muito equilibrada entre ambos os sexos. Com estas alterações nos costumes, as relações sexuais são cada vez mais abertas e espontâneas.

No entanto, uma atitude sexual mais livre e assídua comporta riscos, especialmente doenças de transmissão sexual e gravidezes não desejadas, o que implica uma maior responsabilidade social, nomeadamente ao nível da informação e da educação sexual (Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

As normas sexuais, formas de condicionamento do comportamento humano em matéria de sexo eram claras e indiscutíveis, universais e únicas. Ainda hoje, algumas confissões religiosas, embora aceitando em parte o valor da sexualidade, procuram ganhar tempo, discutindo a sexualidade com o objectivo de a adiar, novamente, para lá do casamento. Esta perspectiva olha com alguma desconfiança as claras manifestações sexuais dos jovens, situando-se na dicotomia de já não querendo desqualificar a sexualidade humana, desejam, porém, continuar a regulá-la e reduzi-la às normas e padrões tradicionalmente instituídos.

Perspectivas novas foram, no entanto, surgindo, especialmente a partir dos finais do século XIX e no decorrer do século XX, que vieram pôr em causa este tradicionalismo moral: desde a saúde pública ao eugenismo, da psicanálise à sexologia, da antropologia à sociologia, passando por algumas correntes filosóficas do pós-guerra, até aos movimentos de planeamento familiar, aos movimentos feministas e das minorias sexuais (Frade Alice et al., 1996; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

Inicialmente, as primeiras tentativas de abordar a sexualidade humana, estiveram intimamente relacionadas com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e do persistente recurso ao aborto. Posteriormente surgem os grupos e movimentos que defendiam a livre publicidade e acesso a métodos contraceptivos.

O regresso dos soldados da frente de batalha a seguir à 1.^a Guerra Mundial, veio desenvolver grandes campanhas de prevenção do alastramento das então chamadas doenças venéreas. Vários estudos científicos surgem no início do século XX, dos quais destacamos, embora noutra perspectiva, pela sua importância os de Sigmund Freud, que estudou a influência dos mecanismos internos da sexualidade no desenvolvimento psíquico global, nomeadamente na infância, conotando a sexualidade como uma

poderosa componente daquele desenvolvimento e da origem de patologias. Este tipo de abordagem, conquanto polémica, foi um passo decisivo para a compreensão da sexualidade enquanto força vital, enquanto realidade e energia que existe desde o nascimento e se expressa nas relações mais precoces, especialmente entre a criança e os seus pais e a criança e os seus pares.

No decorrer das três primeiras décadas do século XX, surgem, em alguns países da Europa Central, institutos de investigação sexológica, os quais exigiam e praticavam fundamentalmente a liberdade de investigação, de debate público e de intervenção educativa em assuntos especificamente ligados ao relacionamento sexual. Estes movimentos preconizavam o combate à ignorância sexual por reconhecerem ser esta não só a causa das doenças sexualmente transmissíveis, mas ter também um enorme peso nos graves problemas de relacionamento conjugal.

Outros estudos, nas décadas de 50 e 60 do século XX (dos quais destacamos os estudos de Kinsey Alfred et al., em 1948 e 1953) defendiam a educação sexual como um meio de prevenir problemas de relacionamento e de insatisfação causados pela ignorância de factos simples do nosso corpo e da nossa sexualidade. A sexualidade adquiriu um valor próprio. Hoje instâncias internacionais tão significativas como a UNESCO, a UNICEF e a OMS já reconhecem a necessidade e a importância da educação sexual. Há, contudo, muitos jovens que materializam a sua primeira relação sexual muito prematuramente. Mas é também cada vez mais comum os jovens adolescentes concretizarem a sua primeira experiência sexual com as pessoas que amam ou por quem se sentem especialmente atraídos.

Os pais e a família deveriam ser os primeiros e mais importantes confidentes e orientadores dos seus filhos, no que diz respeito ao capítulo da sexualidade. O dilema moral reside no facto de no momento de se iniciarem na prática da sexualidade (embora os pais de hoje se mostrem mais liberais) a maioria dos jovens se sentir na condição de encobrir o facto dos seus progenitores recorrendo a canais paralelos de conhecimento e elucidação sexual, nem sempre os mais correctos.

Estudos recentes apontam no sentido de que apenas cerca de (21%) dos rapazes e (5%) das raparigas podem ter relações sexuais na sua própria casa, sem oposição por parte dos pais, o que faz com que a grande maioria procure os locais mais insuspeitos como a praia, o automóvel, o hotel e mesmo a casa de amigos (Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado, 2007).

O ambiente de clandestinidade em que se desencadeiam as primeiras relações sexuais activa uma impressão de urgência e um estado de falta de planificação, ambas prejudiciais para a segurança, a calma e plenitude exigíveis. No sexo masculino, a

manifestação mais frequente perante estas condições é a ejaculação mal controlada; levando muitos jovens de 17-18 anos, a pensar que são ejaculadores precoces, ou que sofrem de problemas de erecção. Estas expressões são, também, a consequência psicológica da necessidade de se *saírem bem*.

Do exposto, é imperativo apresentar aos adolescentes uma educação sexual positiva, que lhes possibilite serem conscientemente responsáveis. A maturidade deve permitir ao adolescente expressar sincera e livremente os seus sentimentos e admiração recíproca.

É comum e normal que os jovens se sintam pressionados a iniciar a vida sexual. Os rapazes são, regra geral, pressionados pelos amigos, os quais, muitas vezes, ao invés do que dizem, ainda são virgens. Só a maturidade dá a possibilidade de decidir livremente, dizendo sim ou não em consciência, sem que o resultado seja física ou emocionalmente arrasador (Sampaio Daniel, 2006).

15.1 – Educação Sexual em Portugal, breve perspectiva histórica

Antes de abordarmos a perspectiva histórica da educação sexual no contexto português, temos que assegurar que o estabelecimento de uma política educativa de educação sexual tem percorrido um longo e difícil processo, na medida em que temos que nos referir, também, à dimensão política e social e não só, à dimensão pessoal e interpessoal. A educação sexual tem sido motivo de conflitos morais, religiosos, sociais e ideológicos, ao longo dos tempos, na maioria ou em quase todas as sociedades pluralistas, (Meredith e Devem, 1989). Poucos são os indiferentes ou os que não têm opiniões fortes sobre o assunto. O tratamento deste tema na Europa adquiriu muitas vezes uma conotação política sob a forma de uma polarização entre liberais e conservadores, ou sob o que poderia ser descrito como um conflito entre “*progressismo*” versus “*tradicionalismo*”. O Estado procurou muitas vezes assumir uma aparente posição de distanciamento face ao conflito existente, ou procurou tomar partido por uma ou por outra posição, favorecendo ou dificultando a definição e desenvolvimento de políticas de educação sexual nas escolas. A história da educação sexual escolar em Portugal é um processo relativamente recente, na medida em que os valores morais orientadores das políticas educativas portuguesas, ao longo dos tempos, sempre foram controlados pela Igreja e a educação sexual, como ela é entendida neste momento, sempre teve uma forte oposição da Igreja e dos movimentos políticos mais conservadores. Assim, e ao recordarmos o severo controlo que existia para evitar o convívio entre rapazes e raparigas nas escolas públicas, onde, nas aulas de moral, se assistia a uma forte e constante repressão, em relação à sexualidade, é, no mínimo, estranho que, em 1971, o

então Ministro da Educação Dr. Veiga Simão tenha criado, por despacho uma Comissão para o estudo da educação e sexualidade que integrava nomes como Luís Moita e Adelaide Pinto Correia que eram protagonistas dos debates, no seio da Igreja Católica, sobre a sexualidade. À que entender que no nosso país começava a haver uma forte contestação, por parte de alguns jovens, em relação à política opressiva imposta pela tirania e pelo facto de serem obrigados a combater na guerra colonial, mas no seio da Igreja Católica, também se iniciou o debate sobre a mesma sexualidade, principalmente por parte de um sector mais aberto do clero e de activistas da Acção Católica encarregues desta área educativa. E assim se inicia o debate sobre a sexualidade, nas aulas de Religião e Moral. Debate que podemos considerar de relativamente aberto, pois eram abordados temas sobre as relações sexuais entre jovens, a masturbação e a homossexualidade. A abordagem destes temas tinha como objectivo primordial preparar os jovens para um futuro casamento saudável e duradouro. Com a introdução da educação sexual nas escolas portuguesas, uma educação sexual que nada tinha ver com a perspectiva que, actualmente temos dela, ficou a dever-se às teorias filosóficas de pensadores cristãos como Marc Oraison, Paul Chauchard e D' Heily. A considerar, ainda, que a ruptura e o intenso conflito ideológico que se travou em relação à família patriarcal e à moral puritana vigente, a nível mundial, teve obviamente também repercussões em Portugal. A Comissão para o estudo da educação e sexualidade, supra referida, para além dos dois nomes citados que a compunham era presidida pelo Professor de Medicina Torres Perreira e integrava, ainda, elementos ligados à saúde pública e escolar, assim como pedagogos e outros especialistas em educação. O texto que esta comissão redigiu em relação à sexualidade ainda hoje é actual e propõe uma compreensão alargada do conceito de sexualidade, sem a circunscrever a comportamentos meramente genitais, e que afecta ou pode afectar o bem-estar no mundo enquanto homem ou mulher. Considerava que a sexualidade não poderia ser vista de uma forma estática, mas dinâmica e culturalmente modelada. Afirmava que na compreensão da sexualidade humana têm ainda particular interesse dimensões como o desejo, a abertura à comunicação com outrem e que é experimentada como fonte de prazer e como forma privilegiada de expressão do amor (Andrade Isabel, 1996; Lamas Dulce et al., 2000; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006). A Comissão interrompeu os seus trabalhos no início de 1973 e o seu texto base nunca foi concluído. Contudo, recomendou ao Ministro da Educação no sentido de não serem mais mutilados os mapas e esquemas do corpo humano nos livros escolares, no que se refere aos órgãos genitais masculinos e femininos. Além disso, participou na preparação da Lei sobre co-educação que deu origem ao ensino misto nas escolas públicas. O 25 de Abril de 1974 não trouxe grandes

transformações à educação sexual escolar, pois outros assuntos se sobrepuseram, como foi o caso do alargamento da escolaridade, o *numerus clausus* ou a gestão democrática das escolas. O que não significa que a educação sexual, não tenha sido motivo de preocupação, temos contudo que reconhecer que este tema sempre foi incómodo para o poder político, porque ía, e ainda vai, agitar muitas pessoas demasiado presas a ideias conservadoras que interiorizaram com a educação que receberam, na família, na escola e na sociedade. Essas pessoas, partidos políticos conservadores e a Igreja Católica sempre se opuseram a que a educação sexual fosse incluída, nos *curricula* dos programas das escolas públicas. A Igreja Católica não queria perder a possibilidade de transmitir os seus valores às crianças e aos jovens, através das aulas de Religião e Moral. Mas devido às transformações ocorridas, nos outros países europeus, ao número alarmante de adolescentes grávidas, ao aparecimento de doenças mortais, sexualmente transmissíveis, como a SIDA e a Hepatite B, levou ao reconhecimento da importância da educação sexual na educação das crianças e jovens adolescentes, e fez com que alguns profissionais da educação e alguns elementos ligados à saúde escolar pressionassem o poder político para introduzir nas escolas públicas a educação sexual. O n.º 2 do artigo 47.º da Lei de Bases do Sistema Educativo acaba por dar resposta às preocupações daqueles que lutaram para que a educação sexual fosse incluída nos *curricula* escolares e permitisse que se comecem a abordar temas, sobre a saúde escolar ou sobre a educação sexual. Cria-se, ainda, uma disciplina, o Desenvolvimento Pessoal e Social para abordar estes temas. Tendo sido feitos esforços no sentido de dar uma formação adequada aos docentes que a iriam leccionar. A Igreja Católica impôs, uma vez mais, o seu poder e fez pressão para que a disciplina criada fosse opção às aulas de Religião e Moral Católicas. Nas regiões mais conservadoras do país, em que a maioria das pessoas são católicas, os encarregados de educação obrigavam os seus educandos a optarem pelas aulas de Religião e Moral Católicas, em detrimento da disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Social que, por falta de alunos, deixou de fazer parte das disciplinas leccionadas nas escolas, principalmente, nas regiões mais interiores de Portugal. Desta forma, podemos afirmar que foram dados alguns passos na tentativa de se introduzir a educação sexual nas escolas públicas, mas esses passos foram, na nossa modesta opinião, claramente diminutos. Os debates sobre a legalização do aborto, os partidos favoráveis a essa legalização e um dos partidos que se lhe opunha acabaram por legislar, por motivos diferentes, sobre o Planeamento Familiar e por arrastamento sobre a Educação Sexual e, assim, surge a Lei n.º 3/84. A Lei de Bases do Sistema Educativo que foi aprovada na Assembleia da República, tinha como finalidade a Reforma do Ensino, nas suas várias vertentes, nunca regulamentou a Lei n.º 3/84 na

parte referente à Educação Sexual Escolar. Segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo, a educação sexual poderia ser desenvolvida, designadamente, no âmbito da disciplina de Formação Pessoal e Social, em algumas disciplinas como as Ciências da Natureza, a Biologia, a Psicologia, a Saúde e, em geral, num conjunto mais amplo de disciplinas, desde que os professores estivessem para isso motivados e formados, numa vertente interdisciplinar, aproveitando as potencialidades da Área Escola e dos Espaços Extracurriculares. Apesar de em 1984, 1986 e 1991, a educação sexual ter passado a fazer parte das políticas educativas, nas escolas portuguesas, dando resposta a velhas reivindicações e propostas de alguns profissionais ligados ao ensino, à saúde e à APF (Associação para o Planeamento Familiar), a educação sexual, como nós a entendemos, ainda não faz parte dessa política educativa, porque ela só fará parte do Sistema Educativo, das nossas escolas, quando compreenderem que a educação sexual é parte integrante da educação da criança, do jovem e do adulto.

15.2 – A educação sexual e a lei em Portugal

A terceira viragem em Portugal digamos que, vai do 25 de Abril de 1974 até à publicação da Lei 3/84. O 25 de Abril de 1974 vê a censura acabar, o que torna possível, em simultâneo, a erotização do cinema e da televisão (recorde-se a projecção de filmes como o *Último Tango*, ou ainda a telenovela *Gabriela*) e o florescer do comércio pornográfico (Vilar Duarte, 1990). Estes 10 anos (1974 a 1984) são anos de profundas reviravoltas nos costumes e atitudes da população portuguesa em matéria da sexualidade.

Estas mudanças estão impregnadas quer de políticas estatais, quer de movimentos sociais ligados a questões da sexualidade.

O Estado promove a partir do ano de 1976, com o apoio dos Serviços de Saúde, uma política de enraizamento do planeamento familiar, perspectivando a prevenção de gravidezes não planeadas e do consequente recurso ao aborto. Um passo muito importante na promoção da saúde materno-infantil; política que consagra na própria constituição (Vilar Duarte, 1990).

O Estado Português altera o código de família, corrigindo assimetrias que consagravam a desigualdade e a dominação do sexo feminino pelo masculino. Neste processo, tem um papel de relevo a comissão da condição feminina, organismo que promove no final da década projectos de informação em planeamento familiar com o patrocínio do *Fundo das Nações Unidas para Actividades da População*, dinamizando ao nível escolar, estudos e

editando materiais, fazendo formação a professores, por forma a evitar uma educação não sexista.

Contudo, não se assiste a nenhum impulso significativo por parte da política do Ministério que promova o debate da educação sexual no meio escolar.

As organizações feministas, concentram as suas maiores preocupações em campanhas que reivindicam o direito à contracepção e à legalização do aborto. Entre 1978 e 1984, os debates públicos mais marcadamente polémicos, são sobretudo os relacionados com o aborto, o que coincide em alguns casos com propostas de lei no Parlamento (Vilar Duarte, 1990).

Ainda no decurso deste período, a APF, embora participando também nos debates anteriormente expostos, organiza esforços em trono da informação sobre os métodos de planeamento familiar, sendo cada vez mais solicitada para abordar temas relacionados com a sexualidade dos jovens, especialmente dos adolescentes, e com temas da necessidade da educação sexual na família e na escola.

Assim, muito sucintamente, chegamos ao quarto momento – a aprovação da Lei 3/84 e as suas consequências. A parte que se refere ao planeamento familiar, embora inicialmente com alguma contestação por parte de pais, nomeadamente no que diz respeito ao livre acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar sem o seu consentimento, rapidamente foi regulamentada (Vilar Duarte, 1990).

Até 1984 não existia nenhum quadro legal para a educação sexual nas escolas. Também não existiam quaisquer barreiras legais ao seu desenvolvimento. Desde esse ano, vários documentos legais e declarações oficiais deram a este tema um quadro legal e institucional mínimo, embora incompleto.

Passamos a indicar alguns diplomas legais que nos parecem relevantes nesta matéria:

Lei 3/84 – Direito à Educação Sexual e ao Planeamento Familiar – Esta lei, publicada em Março de 1984, foi produzida no seio de um animado debate parlamentar sobre as questões ligadas à legalização e despenalização do aborto. A Assembleia da República entendeu que deveriam ser também debatidos Projectos de Lei que se situassem no campo da prevenção do aborto (e não somente na sua legalização ou despenalização). Teve-se a preocupação de definir um quadro legal para a prestação de cuidados de planeamento familiar e para a implementação da educação sexual nas escolas. Vejamos alguns dos seus aspectos mais importantes:

- É dever do Estado apoiar as famílias e as escolas nas tarefas de educação sexual;
- Os programas escolares devem incluir conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação

das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre homem e mulher;

- Será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, por forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual, em particular no que diz respeito aos jovens;

Serão ainda criadas também condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos filhos.

Infelizmente, a parte referente à educação sexual da lei 3/84 nunca foi regulamentada tal como estava prevista. Fruto de receios e estratégias políticas, a lei 3/84 constitui somente um enquadramento global do tema, extremamente importante mas também muito incompleto.

Relativamente à educação sexual, esta teria ainda de percorrer um longo caminho. Os anos que medeiam entre 1984 e 1988 são marcadamente vinculados pelo crescimento das actividades de educação sexual nas escolas. O entusiasmo é enorme, pelo que são vários os organismos e instituições que aderem e discutem esta problemática: Sindicatos de Professores, Santa Casa da Misericórdia ou a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica.

A nível governamental, a educação sexual encontra eco no Ministério da Saúde, quer a nível da Saúde Escolar, quer através de Acções de Educação para a Saúde, e de Programas de Planeamento Familiar e para Adolescentes (Vilar Duarte, 1990).

Portaria 52/85 – Esta portaria constitui a regulamentação da Lei 3/84 no tocante ao planeamento familiar e é especialmente destinada aos serviços de saúde. No entanto, ao delegar nas competências dos serviços de saúde a necessidade de organizar programas de informação educação sexual, esta legislação constitui o ponto de partida para muitos projectos de articulação Saúde-Educação nesta área concreta.

Despacho 9/EBS/86 – Este despacho revelou a preocupação do Ministério da Educação em articular as acções de educação sexual promovidas por serviços e organizações exteriores às escolas com as próprias escolas. Nele, é sugerida que na realização deste tipo de acções haja uma articulação prévia entre a entidade que pretende realizar a acção, o Conselho Directivo, a Associação de Pais e a Inspeção Geral do Ensino. Em alguns casos, este despacho acabou por dificultar a realização das acções ao ser (incorrectamente) entendido como uma obrigação e não como um caminho desejável.

Lei de Bases do sistema educativo (14 de Outubro de 1986) – Só na Lei de Bases do Sistema educativo, a educação sexual nas escolas voltará a ser matéria de legislação. No n.º 2 do artigo 47.º, a lei prevê a criação de uma nova área curricular chamada

Formação Pessoal e Social que pode, entre outras, incluir uma componente de educação sexual.

Em 1986, foi aprovada a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) que, no n.º2 do seu artigo 47º, inclui também a Educação Sexual, situando-a numa nova área educativa a Formação Pessoal e Social – sendo esta definitiva como uma área transversal (e não somente disciplinar, como muitas vezes tem sido entendida) e que *“pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros no mesmo âmbito”*.

A Lei de Bases do Sistema Educativo atribui a responsabilidade de incluir nos currículos e nos quotidianos escolares a abordagem de temas ligados à vida, às necessidades e ao processo de desenvolvimento pessoal e social das crianças e jovens, entre os quais os temas relacionados com a educação sexual.

Dec. Lei n.º 286/89 – Organização Curricular – Esta nova área curricular prevista na Lei de Bases dá lugar a uma disciplina chamada Desenvolvimento Pessoal e Social, opcional em relação à educação religiosa, e com uma carga horária semanal de 1 hora. Prevê ainda uma outra área curricular – a Área Escolar – que poderá acolher também iniciativas nesta área.

A constituição da República Portuguesa (quarta revisão Constitucional, publicada na Lei Constitucional n.º1/97, de 20 de Setembro de 1997) aponta, no Artigo 67º, as incumbências do Estado para protecção da Família. No número 2, de entre as atribuições indicadas, destacam-se duas com relevo particular no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva e, nomeadamente, no da educação sexual.

Assim, as alíneas c) e d) do número citado, apontam, respectivamente, o dever do Estado em:

“Cooperar com os pais na educação dos filhos (...) e de (...) garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento de família, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem, e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes”

A Lei de Bases da Saúde, publicada em Agosto de 1990 (**Lei 48/90, de 24 de Agosto**), realça, na base II, que *a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado*; indica, ainda, as crianças e os adolescentes como exemplos de *grupos sujeitos a maiores riscos*, para os quais são *tomadas medidas especiais*; por seu turno, na Base VI, refere-se que *todos os departamentos, especialmente os que actuam nas áreas específicas da segurança e*

bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto (...) devem ser envolvidos na promoção da saúde.

Através da **Resolução do Conselho de Ministros nº 124/98, de Outubro de 1998**, foi aprovado o relatório inter-ministerial para a elaboração de um plano de acção em educação sexual e planeamento familiar, que consubstancia algumas medidas concretas com vista ao cumprimento dos princípios consignados na Lei 3/84, assim como a (...) *identificar as acções já em curso, com o objectivo de as potenciar e desenvolver, numa perspectiva de articulação e cooperação intersectorial, bem como definir todas aquelas que permitam melhor alcançar os objectivos em causa* (Resolução de Conselho de Ministros nº 124/98, de 1 de Outubro de 1998; D.R. nº 243, de 21/10/98).

Esse relatório foi apresentado por uma comissão composta por representantes dos Ministérios da Educação, da Saúde, da Justiça, do Trabalho e da Solidariedade, das Secretarias de Estado da Juventude e da Habitação, constituindo-se como um plano de acção integrado nos domínios da Educação Sexual e do Planeamento Familiar.

E nesse documento, a educação sexual é entendida como (...) *uma componente essencial da educação e da promoção da saúde*, sendo por isso assumido como necessário reforçar a concretização e aplicação das Leis vigentes, através da articulação das intervenções dos vários Ministérios, com vista a atingir os objectivos considerados prioritários:

“Promover a Saúde Sexual e Reprodutiva, tendo como alvo prioritário os adolescentes e as populações especialmente vulneráveis;

Proporcionar condições para a aquisição de conhecimentos na vertente da Educação Sexual que contribuam para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e logo mais responsável da Sexualidade;

Estimular o desenvolvimento de referências éticas, de atitudes, de afectos e de valores na família, na escola e na sociedade;

Criar condições que permitam desenvolver as capacidades de cada cidadão para perceber e lidar com a sexualidade na base do respeito por si próprio e pelos outros e num clima de aceitação dos valores da tolerância, da não-discriminação e da não-violência, de abertura à diversidade e da capacidade crítica de debate e da experiência de responsabilidade e autonomia,

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

Criar condições para a gravidez planeada em que os factores de risco sejam atenuados, ou mesmo anulados através da melhoria da qualidade de prestações e cuidados de saúde;

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

Rentabilizar e aumentar, a nível regional e local, a oferta/cobertura de cuidados apropriados em Saúde Sexual e Reprodutiva, nomeadamente nas áreas mais carenciadas”.

(Relatório inter-ministerial para a elaboração de um plano de acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar; p:19-20).

Em Fevereiro de 1999, através da **Resolução do Conselho de Ministros n.º7/99**, foi aprovado o plano para uma política global de família, em que se preconiza, nomeadamente, a aplicação de medidas tendentes a criar condições para uma maior participação das famílias na vida escolar, *através da organização e da colaboração em iniciativas que visem a melhoria da qualidade do ensino e a humanização das escolas*. Neste diploma, é explicitada, também, a necessidade de assegurar maior equidade no acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, por parte dos adolescentes e dos jovens, para o que se enfatiza a vantagem de haver *articulação interinstitucional e multiprofissional*.

Em Agosto de 1999, foi publicada a **Lei 120/99** (em fase actual de regulamentação), que *reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva*. Através desta, preconiza-se que nos estabelecimentos dos ensinos básicos e secundário seja implementado *“um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros”*. No articulado, aponta-se para formas de abordagem interdisciplinar dos temas citados, para a colaboração estreita com os serviços e profissionais da saúde, com os organismos representativos dos estudantes e dos encarregados de educação; preconiza-se, ainda, que nos planos de formação dos docentes constem *acções específicas sobre educação sexual e reprodutiva*.

Em suma, o quadro legal e normativo existente:

“Legítima a existência da educação sexual como componente da educação, incentiva o seu desenvolvimento, atribui ao estado e ao sistema educativo em geral, e às escolas em particular, responsabilidades e deveres a este nível;

Aponta, como está disposto na Lei 3/84 e é reforçado no relatório inter-ministerial para a elaboração de um plano de acção em educação sexual e planeamento familiar, para um conceito de educação sexual que não se restringe aos aspectos biológicos e médicos, uma vez que se lhe associam as vertentes da formação pessoal e social das crianças e jovens;

Define algumas vias de inclusão da educação sexual no quotidiano escolar, como a curricular e a extracurricular, apelando à articulação inter-institucional e à rentabilização dos recursos dos vários Ministérios” (Lei 120/99, de 11 de Agosto).

16 – CONTRACEPÇÃO

16.1 – Abordagem histórica da contracepção

O Homem procurou sempre conhecer os mecanismos biológicos para tirar o maior proveito numa busca contínua de mais poder e maior bem-estar. Nesta caminhada, um dos marcos mais notáveis da ciência médica foi a capacidade de interferir na biologia da reprodução. Inevitavelmente esta caminhada fez-se em dois sentidos, por um lado solucionar a esterilidade e a infertilidade e por outro a contracepção. Esta capacidade de intervenção nas funções biológicas da reprodução tornou-se fundamental não só para o indivíduo mas para a espécie humana. O relacionamento do casal e o dimensionamento da célula familiar sofreram modificações que, inevitavelmente, se vão repercutir no tecido social por força de várias alterações a nível dos usos e costumes, da economia e ainda no perfil etário das populações. Estas profundas mudanças ocorreram talvez e especialmente, devido ao acesso à contracepção eficaz e à possibilidade de escolher quando quantos e em que altura ter filhos. A pílula não exige qualquer conhecimento técnico, nenhum cálculo, acabavam-se *os dias proibidos, os dias perigosos e os dias mais ou menos seguros*. O coito interrompido, e as curvas de temperatura passaram a ser métodos opcionais menos utilizados. Os métodos de contracepção têm sido usados ao longo de milhares de anos. Muitas práticas antigas tinham reduzida eficácia e algumas eram muito perigosas. O preservativo é provavelmente, o método mais antigo. Era conhecido no antigo Egipto.

As pinturas em túmulos mostram Homens que usam bainhas de linho como método de contracepção. No entanto, a primeira descrição publicada sobre o uso do preservativo foi em 1564, quando Gabriel Falópio recomendava um preservativo de linho humedecido com uma loção, como protecção contra infecções. Os preservativos de linho eram espessos e pouco maleáveis, no entanto tornaram-se largamente usados.

Depois do linho, passa-se a fazer preservativos com o intestino de animais, aliás ainda existem preservativos de intestino de cordeiro, porém, durante os últimos cem anos a maioria são feitos de látex.

O dispositivo intra uterino foi usado pela primeira vez por árabes norte africanos que colocavam uma pedra no útero ou na vagina de camelos fêmea para impedirem que engravidassem nas longas viagens pelo deserto.

Mas foi Hipócrates que há mais de 2500 anos, pensou em aplicar este método às mulheres. Usou todo o tipo de materiais, madeira, vidro, marfim e ouro. O primeiro DIU semelhante aos que são usados actualmente foi feito em 1909 por um médico alemão. O

DIU era feito de intestino de bicho-da-seda. Em 1930, o médico Ernest Grafenberg, adicionou fio de prata ao intestino. Nos anos cinquenta do século XX quando os plásticos tiveram uma franca difusão, passou-se então a usar este tipo de material na confecção dos DIU, pois o plástico permitia voltar à sua forma original depois de terem sido deformados.

A contracepção hormonal também não é uma ideia nova. Ingerir “coisas” como contraceptivo, era costume em muitas civilizações antigas. Por exemplo na China, as mulheres eram aconselhadas a engolir sapos vivos. Na Índia, era sugerido que comessem diariamente e durante quinze dias grandes quantidades de melão com três anos. Muitas civilizações usavam uma chávena de raízes moídas como contraceptivo. Esta chávena de raízes representou um precedente para a fé Judaica num método oral de contracepção e como resultado, a pílula contraceptiva é hoje, a forma mais aceitável de contracepção para os casais.

No séc. XIII, na Europa, Santo Alberto sugeria a ingestão de abelhas vivas, o que nos leva a interrogar se isto não seria uma punição para as mulheres, por ousarem tentar a contracepção. Quase todas as culturas usaram misturas à base de plantas para evitar as gravidezes. Durante muitos anos, cientistas estudaram nos vegetais e plantas a possibilidade de solucionar o problema. E em 1941 conseguiram produzir o primeiro contraceptivo hormonal através de uma planta o inhame mexicano. Passados dez anos desta descoberta surgem os preparados sintéticos. Os primeiros métodos contraceptivos hormonais foram administrados por injeção, tendo surgido em 1956 a pílula de Pincus.

A partir de 1954 foi possível à mulher fazer Amor sem correr o risco de engravidar. Actualmente existem variadíssimos métodos contraceptivos. Uns derivaram de algumas poções antigas outros de investigações mais recentes. Cabe ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários, informar e explicar, à/ao utente, cabe a cada um deles fazer a escolha que mais se adequa à sua situação particular.

16.2 – Prazer, contracepção e planeamento familiar

A contracepção é a prevenção voluntária da gravidez, tendo implicações tanto individuais quanto sociais. Actualmente, os casais que escolhem uma contracepção devem ser previamente informados sobre a prevenção da gravidez não desejada, as contra indicações dos métodos, assim como a protecção contra as doenças de cariz sexual.

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, deveriam ter um papel especialmente activo no contexto do planeamento familiar. Uma boa informação sobre métodos

contraceptivos, não requer apenas o conhecimento profundo dos vários métodos, mas também uma abordagem isenta de juízos de valores. É importante determinar o conhecimento das pessoas sobre a contracepção, por forma a dar uma adequada informação.

Graças à contracepção, a mulher pode finalmente, procurar a satisfação das suas ambições profissionais e a libertação da sua sexualidade. No entanto, a liberdade supõe uma responsabilidade que, muitas vezes, é difícil de assumir, sobretudo quando não se está preparado para tal. Pela primeira vez na história da humanidade, as mulheres podem realmente controlar os nascimentos. Finalmente, elas têm, face aos homens, um poder de decisão e o domínio da sua própria fecundidade.

“Um filho, se eu quiser e quando eu quiser”, uma das divisas do Movimento Francês para o planeamento familiar. Todavia, continuam a existir e a impor-se, neste domínio, demasiados tabus e ideias preconcebidas. Só uma verdadeira informação e a evolução das mentalidades permitirão às mulheres e aos casais, ter uma vida sexual gratificante.

A defesa da contracepção baseia-se numa premissa básica, que é permitir uma sexualidade sem receio, pois durante muito tempo, os impulsos sexuais eram controlados com medos.

Sendo que somos seres sexuados desde o momento em que somos concebidos, os comportamentos sexuais são, antes do mais a expressão de um desejo.

A OMS (1991) afirma que *“A saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de formas que sejam positivamente enriquecedoras e elevem a personalidade, a comunicação e o Amor.”*

A contracepção dissociou irremediavelmente a noção de desejo, de prazer sexual da noção de procriação. Houve uma consciencialização de que se tem relações sexuais para daí se tirar prazer e não forçosamente para ter filhos. A contracepção veio permitir a vivência de uma sexualidade mais responsável, partilhada, favorecendo relações estáveis e sobretudo modificar fundamentalmente os dados da nossa sociedade, a nossa ética de vida, enfim, o amor entre os homens e as mulheres.

A gravidez deve ser uma opção, reflexo de uma liberdade actualmente alcançada e não um destino que foi imposto durante milénios, quando era impensável que a sexualidade pudesse ser separada da reprodução. O acesso de todas as mulheres e homens ao planeamento familiar, deve ser um direito humano básico, um elemento fundamental para a saúde e bem estar e para a harmonia familiar, sendo deste modo, um factor importante na emancipação da mulher. O planeamento familiar foi introduzido nos centros de saúde em Março de 1976 por Albino Aroso.

“O planeamento familiar é medicina preventiva por excelência e área indispensável da valência materno-infantil, em termos de saúde pública” (Freire Carlos 1987:31).

A contracepção na adolescência deve ser encarada frontalmente como uma necessidade premente no sentido da prevenção e num quadro integrante de uma educação para a vida, uma vez que a gravidez na adolescência é tida como um problema relevante na área da saúde pública a nível mundial, europeu e muito particularmente em Portugal o segundo país da Europa com maior número de mães adolescentes (Santos Leite et al., 1997).

Guidicelli B. et al., (1996) referem que a contracepção na adolescência deverá ser idealmente a mais eficaz, isenta de riscos ou efeitos secundários, simples e acessível.

Oliveira Silva; Brown B. et al., (1996); Vasconcelos Pedro (1999), apontam claramente para a contracepção oral estroprogestativa vulgarmente designada por *“pílula”*, sendo este o método mais popular entre as adolescentes que pretendem um método seguro, e um dos factores que contribui para a sua eleição é o facto de não requerer a participação do parceiro e de não estar temporalmente relacionado com o acto sexual, contrariamente ao que sucede com os métodos de barreira.

Os autores supra referidos sugerem que este método está conotado a uma série de mitos que deve ser contrariada desde o início. A contracepção hormonal oral apresenta uma série de vantagens para esta faixa etária, *“(....) para lá da função anovulatória, os estroprogestativos proporcionam duas vantagens adicionais: o controlo dos ciclos e o tratamento da dismenorreia, situações que não raras vezes perturbam significativamente o quotidiano da adolescente”* (Oliveira Silva, 1992:134).

Como inconvenientes, Davis A. (1994), refere o facto de não conferirem protecção em relação às DTS/IST, de necessitarem de prescrição médica e de na adolescência haver uma certa tendência para o seu uso descontínuo e/ou abandono, que chega a ser de (50%) ao fim de 3 meses.

Athea N. (1994), considera que o preservativo masculino é um método a defender na adolescência e deve ser associado à contracepção hormonal, pois tem a vantagem sobre todos os outros métodos de proteger contra as DTS/IST, nomeadamente em relação à infecção por HIV.

O planeamento familiar na adolescência é sempre difícil. Entre as causas apontadas constam a imaturidade cognitiva, o sentimento de invulnerabilidade própria da adolescência, o facto de terem uma vida sexual esporádica, o medo dos pais virem a saber, ou da possível interferência do método com o prazer ou a saúde.

Segundo Miguel Nuno (1998:32), *“a contracepção é utilizada no planeamento familiar através de um conjunto de processos que procuram evitar que a mulher engravide quando tem relações sexuais”*.

Verifica-se um maior nível de adesão na adolescente mais velha, informada, com companheiro único, com elevada auto-estima e perspectivas futuras e para quem a contracepção constitui, de certo modo, uma forma de investimento pessoal (Oliveira Silva, 1992; Leite B. et al., 1997).

Para Pathos (1999:19), *“a grande maioria dos adolescentes só recorrem às consultas e ao início da contracepção, depois de terem relações sexuais desprotegidas ou mesmo depois de uma interrupção da gravidez”*.

Consequentemente há que promover programas ligados à educação para a saúde sexual na adolescência. Há também que se ter em conta que em saúde juvenil, cabe aos profissionais de saúde criar condições para que, nos diferentes contextos socioculturais, os adolescentes desenvolvam as capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos, assentes nos valores e atitudes individuais face à sexualidade (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

No entanto alguns estudos continuam a confirmar que uma grande percentagem de adolescentes não casados são sexualmente activos, contudo e segundo Cordeiro Mário (1998), a maioria dos adolescentes continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações sexuais e em muitas relações ocasionais.

Na opinião de Miguel Nuno (1998), Sampaio Daniel, (2006), Allen Gomes (2007), os adolescentes devem estar informados da probabilidade de uma gravidez acontecer, mesmo decorrente da primeira relação sexual, e ainda das consequências de se tornar numa mãe adolescente e dos perigos de um aborto. As doenças de transmissão sexual sem dúvida que trouxeram aos jovens novos receios e comportamentos face à sexualidade. É importante que os profissionais de saúde se preocupem com a saúde dos adolescentes, promovendo sessões de educação para a saúde sobre esta temática concreta.

Vilar Duarte (1992), Prazeres Vasco (1998), Marques António (2000), Sampaio Daniel (2006); Sá Eduardo(2007), sustentam que o acesso à contracepção é um direito que os jovens têm, permitindo-lhes viver a sua sexualidade com maior prazer e segurança, sendo que o preservativo deverá ser para os jovens o método de eleição uma vez que protege simultaneamente contra doenças sexualmente transmissíveis e previne a gravidez. Torna-se desta forma imperativo incentivar o adolescente a frequentar as consultas de planeamento familiar, onde deve ter acesso a informação factual sobre contracepção e métodos contraceptivos e ainda o acompanhamento devido nesta fase de

maturação. A descoberta e a legalização da contracepção constituem um dos progressos do século XX, tendo libertado a espécie humana de uma angústia milenar. No início do século XXI, torna-se imprescindível que, cada vez mais, os jovens utilizem devida e correctamente os serviços públicos de planeamento familiar, por forma a que possam praticar uma contracepção segura, que terá repercussões óbvias não apenas na diminuição de gravidezes não desejadas, mas também na diminuição do número de interrupções voluntárias da gravidez, grande parte das vezes, com consequências sérias na vida das adolescentes (Poly Marie & Pagès Jean, 1999; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006). *“A nível psicológico a contracepção libertou as mulheres da angústia da gravidez; deu-lhes acesso ao prazer, à liberdade sexual, e permitiu a evolução da responsabilidade no casal, o que não impede cada um, independentemente das suas convicções, de ser livre com o seu corpo e nas suas opções”* (Andrade Isabel, 1996:63).

16.3 – Planeamento Familiar

A criação da lei 3/84 de Março confere o direito à educação sexual e ao planeamento familiar, surge após um debate parlamentar onde se discutiram questões ligadas à legislação e despenalização do aborto. Deste debate parlamentar, emerge a preocupação de definir um quadro legal para a prestação de cuidados de planeamento familiar e para a implementação da educação sexual nas escolas.

A portaria 52/85 de 26 de Janeiro, vem regulamentar a lei 3/84 de 24 de Março, relativamente ao planeamento familiar, define as competências dos serviços de saúde e permite dotar os Centros de Saúde dos meios necessários para que possam desenvolver as suas funções, nomeadamente junto dos jovens, organizando programas de informação/educação sexual.

Os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem estas consultas, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento leva também os adolescentes a não as frequentarem (Calado Beatriz, 1990; Andrade Isabel, 1996; Lamas Dulce et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

As actividades de planeamento familiar constituem, uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. São parte integrante dos cuidados de saúde primários e devem organizar-se, em cada Centro de Saúde em articulação com outras instituições, de modo a responder às necessidades da população em geral.

Segundo Rodrigues Anabela (1998), são instituições dotados de condições para constituírem equipas pluridisciplinares. Estas equipas, conhecedoras da sexualidade

humana, estão em condições para promover a educação sexual dos jovens e promoverem cursos de formação e actualização a outros técnicos, no sentido de adquirirem mais e melhores competências para a relação com os adolescentes e para que estes sejam promotores directos da saúde sexual.

Nas consultas de planeamento familiar os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, devem ter em linha de conta certos princípios como; a empatia e a interacção com o adolescente de forma a que este possa expor as suas dúvidas, assegurar a confidencialidade, deve estar atento aquilo que o adolescente não consegue verbalizar, adequando a informação às necessidades do jovem.

Nestas consultas os horários deveriam ser flexíveis e o atendimento, naturalmente gratuito.

Para Cordeiro Mário; Prazeres Vasco (1998); Sampaio Daniel (2006), apesar da acção intensa que se tem verificado nestes últimos anos a nível dos Centros de Saúde e de outros sistemas de saúde e da acção da associação de planeamento familiar, continua a constatar-se um uso deficiente dos métodos contraceptivos.

Para o homem e a mulher terem uma vida sexual segura e satisfatória têm que ter o direito de serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis.

As consultas de planeamento familiar deveriam assegurar actividades de promoção da saúde como; informações, infertilidade, aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Estas consultas deveriam-se organizar em cada Centro de Saúde em articulação com outras instituições, de modo a responder às necessidades da população, e em especial à dos jovens adolescentes.

É referido por Leite B. (1997), Vasconcelos Pedro (1999), Nodin Nuno (2001); Sampaio Daniel (2006), que as primeiras fontes de informação sobre a sexualidade e contracepção na adolescência ainda são os amigos.

O acesso às consultas de planeamento familiar é muitas vezes difícil para os adolescentes, uma vez que o seu respectivo funcionamento não lhes é particularmente acolhedor (lista de espera, técnicos de saúde pouco motivados, privacidade inexistente), a gravidez indesejada na adolescência tem também como causa a dificuldade no acesso real e gratuito a métodos de contracepção (Leite B., 1997; Prazeres Vasco, 1998; Vasconcelos Pedro, 1999; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Estudos efectuados por Castanheira J. (1987), Prazeres Vasco (1998), Sasseti L. (1991) e Vasconcelos Pedro (1999), sobre as atitudes dos adolescentes em relação às instituições de saúde, revelam que no nosso país os jovens utilizam pouco e mal os

serviços de saúde por razões que se relacionam com o desfasamento entre os cuidados que lhe são prestados e as suas reais necessidades de saúde.

Seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes um atendimento personalizado e em absoluto sigilo profissional, com o objectivo de facilitar o reforço das atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis, de forma a tomarem as suas próprias decisões, nomeadamente sobre a utilização e escolha de métodos contraceptivos (Parra & Baquero, 1999).

Leite B. (1997), Prazeres Vasco (1998), Sampaio Daniel (2006), entendem que nestes serviços de saúde, no âmbito do planeamento familiar deveria haver pessoal motivado, com disponibilidade, e um sistema flexível de marcação de consultas e com informação detalhada dos diferentes métodos contraceptivos.

A ideia da contracepção existe desde a mais remota antiguidade, provavelmente desde que o homem começou a relacionar o aparecimento da gravidez com a prática das relações sexuais (Purificação Araújo, M., 1987).

Mauco G. (1975), Prazeres Vasco (1998), Cordeiro Mário (1999), Marques António et al., (2000), Sampaio Daniel (2006), chamam à atenção que sendo o controlo dos nascimentos um dos grandes objectivos do planeamento familiar, os métodos de contracepção devem ser amplamente divulgados e postos à disposição do casal, de modo a permitirem que este possa decidir sobre o número de filhos e quando os deseja ter.

Nesta sequência Freire Oliveira (1987:107), define planeamento familiar como: *“uma filosofia do comportamento, que encara não só a forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, mas inclui igualmente a esterilidade e a infertilidade, bem como a sexualidade”*.

16.4 – O papel do enfermeiro na contracepção

As actividades de Planeamento Familiar são parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários no âmbito da medicina geral e familiar, e tentam responder às necessidades das populações, de acordo com os objectivos e actividades a desenvolver. Deverão ser inscritas nestas actividades todas as mulheres em idade fértil que residem na área do Centro de Saúde, e outros casos fora da área em que haja uma justificação (ex. Local de trabalho, jovens, migrantes...).

Deverão ser especialmente motivadas para o Planeamento Familiar; as grávidas inscritas ou não no Centro de Saúde, as mulheres em risco, e adolescentes.

Os enfermeiros têm um papel activo na organização dos programas de controlo dos nascimentos cabendo-lhes programar se possível sessões de ensino a grupos de utentes que vão à consulta pela primeira vez, sobre; anatomia e fisiologia da reprodução e ainda sobre os métodos contraceptivos disponíveis.

O aconselhamento é crucial, em particular para quem utiliza a contracepção pela primeira vez e aqui têm particular apreço obviamente os adolescentes. Permite a escolha informada de um método mediante esclarecimento objectivo correcto e dirigido às necessidades específicas de cada pessoa, facilitando uma adesão consistente, a maior continuidade na utilização do método escolhido. Na entrevista individual, os enfermeiros deverão ajudar a/o utente ou o casal na escolha do método contraceptivo e proporcionar-lhes todos os esclarecimentos necessários, sem pretender com a exposição impor algum método. Os princípios básicos que o enfermeiro deve ter no âmbito do aconselhamento sobre um determinado método contraceptivo são; criar empatia com a/o utente, saber escutar estabelecendo um clima de confiança e interagindo, encorajando a pessoa a falar e a colocar questões, adequar a informação às necessidades do utente, evitar informação excessiva, pois demasiada informação não permite reter o essencial, fornecer o método escolhido, não havendo razões de carácter médico que o impeçam, o método fornecido deve ser o método escolhido pela/o utente, assegurarmo-nos de que a informação foi compreendida, fazer um resumo sobre os aspectos mais importantes a reter.

Uma das maiores responsabilidades dos enfermeiros consiste em ajudar os indivíduos sexualmente activos a tomar decisões quanto à contracepção, gravidez e parto, de uma maneira bem informada. O melhor método de contracepção é aquele que é aceitável e confortável para ambos os parceiros sexuais, facilmente disponível, conveniente e fácil de usar, além de pouco dispendioso e que não interfira no prazer do acto sexual, podendo ser usado consciente e correctamente.

Ao ajudar os utentes a seleccionar um método de controlo da gravidez, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, deverão abster-se de imitar juízos de valor e respeitar obviamente a confidencialidade da consulta (Ministério da Saúde, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

17 – COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO

17.1 – Consequências do comportamento sexual dos adolescentes

A adolescência como fase de transição é também um período de conflitos e riscos, provocados por comportamentos rebeldes, que os adolescentes adoptam, quer numa incessante busca da identidade, quer pelas «travessuras» que cometem, pela imaginação e até pelas atitudes não raras vezes muito infantis.

A saúde dos adolescentes é um valor a preservar, pelos riscos que correm, fruto por vezes da imaturidade, é muitas vezes comprometida. Os adolescentes adoptam, não raras vezes padrões de risco como; hábitos alcoólicos, consumo de drogas e comportamentos de risco que conduzem a doenças de cariz sexual. A vida sexual é desde a sua essência também traduzida por percalços, quer por uma gravidez indesejada quer por doenças de transmissão sexual.

É importante lembrar que o nosso país se encontra muito bem posicionado no que concerne a gravidez na adolescência, e por consequência também ao nível das doenças sexualmente transmissíveis.

As gravidezes indesejadas deverão ser objecto de prevenção, sabendo-se que os riscos para a criança e para a mãe são menores nas gravidezes desejadas do que nas não planeadas.

As doenças sexualmente transmissíveis geram também inquietação nos jovens, segundo a OMS a propagação do vírus da SIDA e de outras doenças de cariz sexual são a maior ameaça à vida dos jovens nos próximos anos. Ainda se pode afirmar que a ignorância relativa a estas doenças e à sua forma de propagação são à partida um factor de risco.

A ignorância dos adolescentes vai para além das doenças, passa por conceitos básicos da própria sexualidade.

É possível então reverter as tendências para aumentar a saúde e o bem-estar dos adolescentes nos próximos anos, investindo na informação e formação em planeamento familiar.

“Em saúde de adolescentes, não basta encarar o risco no âmbito das probabilidades estatísticas. É indispensável procurar entender-se o significado das condutas juvenis, ou seja, desenvolver-se uma forma compreensiva de encarar o fenómeno risco” (Prazeres Vasco, 1998:23). No seu processo de individuação, o adolescente empreende novas tarefas de exploração, descoberta e aprendizagem. Procuram-se novas referências, adquire-se novo sentido de pertença e traçam-se novos objectivos de vida. É nesta etapa de vida que se testam novas potencialidades, se procura conhecer os limites pessoais

nos domínios biológico, psico-afectivo e social (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Allen Gomes, 2007).

Há, contudo, a ter em conta que os comportamentos de risco podem ser encarados pelos próprios, pelos profissionais de saúde e pelos adultos em geral numa dupla perspectiva; potenciando o crescimento e o desenvolvimento pessoal, estimulando a autonomia e, podendo, também, causar danos para a saúde dos adolescentes a curto, a médio ou a longo prazo (Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Do exposto, resulta que a conquista progressiva da capacidade de avaliar os prós e contras de comportamentos que abrangem risco é um índice essencial da maturidade individual.

Incentivar e apoiar os jovens adolescentes a assumirem, gradualmente, o controlo e a tomada de decisões sobre a sua própria vida é uma das tarefas que cabe, também, aos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários.

O aconselhamento, aplicado numa relação de ajuda, estimula o indivíduo a exprimir-se sobre si próprio. Não se trata de uma consulta clínica efectuada segundo os parâmetros clássicos de colheita de dados, estabelecimento de diagnóstico e elaboração de projecto terapêutico, mas antes de um processo dinâmico mediante o qual se ajuda o adolescente, a lidar com as suas próprias dificuldades e a tentar ultrapassá-las. Para um adolescente, a viabilidade de abandonar um comportamento, que envolve prejuízos, está entranhadamente ligada à probabilidade de que as opções propostas tenham para ele um sentido equivalente ou valor igual (Young Ian, 1995; Prazeres Vasco, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

O processo de aconselhamento de adolescentes deve contemplar a dependência estreita entre condutas individuais e colectivas, fenómenos muito característicos da segunda década da vida. Potenciar os factores protectores individuais é uma faceta crucial da prestação de cuidados antecipatórios e que deve estar presente em todas as interacções com jovens.

17.2 – Sexualidade na adolescência, um risco acrescido para a saúde

Em média, os jovens adolescentes que têm relações heterossexuais completas, adiam aproximadamente um ano a adopção de um método contraceptivo fixo. Os jovens têm hoje a percepção de que o preservativo é o protector mais eficaz e seguro contra a infecção. Apesar disso estudos apontam para que cerca de (8%) dos adolescentes

européus, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, padecem de alguma doença de cariz sexual (Rosa João, 2001).

“Por vezes, parece que andamos a tentar criar uma nova geração de indivíduos imunes, assépticos, eu diria quase anestesiados, longe de todos os perigos, que devem prevenir a velhice sob a pena de virem a morrer” (Prazeres Vasco, 1995:15).

O professor Jean-Pierre Deschamps, citado por Prazeres Vasco (1995:15), diz-nos *“parece que queremos matar a própria adolescência”*, de tão exaustivamente procurarmos afastar os adolescentes de correrem riscos os quais, no fundo, são a própria essência do processo de transformação e de desenvolvimento.

É no entanto evidente que a assistência precoce e os cuidados antecipatórios em saúde dos adolescentes, designadamente no campo da sexualidade, constituem, por si só, um elemento positivo para a saúde e para o bem estar durante a segunda década de vida (Prazeres Vasco, 1998; Lamas Dulce et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006). *“Fazer educação sexual, é estimular um novo masculino e um novo feminino, dar aos jovens de ambos os sexos a possibilidade de assumirem os seus próprios passos e, através do reforço da auto-estima, da assertividade e da resiliência, poderem manusear os riscos do seu percurso com prejuízo mínimo para a saúde”* (Prazeres Vasco, 1995:18).

A actividade sexual na adolescência, podendo ser gratificante, pode também acarretar graves consequências à vida dos jovens. As grandes preocupações que giram em torno da actividade sexual precoce e desprotegida são essencialmente a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis agora, sob uma ameaça maior como é o caso da infecção por HIV.

Muitas das adolescentes acreditam que o risco de engravidar não é muito grande, mesmo que isso aconteça às suas amigas (Menezes Isabel 1990). Segundo a mesma autora, citando um estudo de Sorensen (1973), (50%) das adolescentes sexualmente activas acreditavam que, se não desejassem nunca engravidariam, mesmo não usando métodos contraceptivos.

Contudo, a investigação vem demonstrar o contrário, Moor (1992), referido por Frásquilho M. Antónia (1996), verificou que, a gravidez indesejada nas adolescentes foi de 87% dos casos contra 79% nos anos de 1970 e 1980. Nos Estados Unidos, cerca de uma em cada dez adolescentes fica grávida todos os anos (Wilson e Henshaw, 1995 referidos por Papalia & Olds, 2000).

A gravidez durante a adolescência coloca inúmeras questões, quer em termos físicos, quer em termos psicológicos e em termos sociais: em termos físicos, o corpo ainda não atingiu o completo desenvolvimento e maturidade; em termos psicológicos, também ainda não foi atingida a maturidade. A personalidade está em formação e as adolescentes não

conseguem ter autonomia. As crianças vão ser educadas por mães imaturas, que podem amá-los muito, mas não têm capacidade para as estimularem a crescer harmoniosamente; em termos sociais, estas mães deixam de estudar, interrompendo uma eventual carreira académica ou profissional, não têm, por isso, acesso a profissões mais prestigiadas, são desvalorizadas a nível social, e as relações familiares por vezes tornam-se muito difíceis (Papalia & Olds, 2000).

O problema da gravidez não desejada é vivida quase em exclusivo pela rapariga, embora o rapaz também seja penalizado quando assume responsabilidades. É a rapariga que suporta o impacto da maternidade, não só pelas características biológicas, mas também pelo facto de socialmente ser atribuído à mulher a responsabilidade de uma gravidez. Conseguimos facilmente imaginar o que é ser mãe aos 15 ou 16 anos.

“K tem 14 anos. Um corpo de menina e um olhar próprio da idade. Quando a vemos com uma criança nos braços custa-nos a acreditar que seja sua. K. engravidou com apenas 12 anos. Uma aventura de noite, um namoro, que durou pouco, uma gravidez que não desejou ... Esperava um filho e tinha que o saber criar . Mas como? ... Nunca pensei que podia engravidar. Achei que aquilo não acontecia na primeira vez. Também nunca me tinha passado pela cabeça tomar a pílula ou usar qualquer outro método contraceptivo”
(Coutinho, J. Paulo cit. Jornal de Notícias, segunda-feira 3 de Dezembro de 2001).

Em Portugal, continuam a nascer muitas crianças filhas de adolescentes e a situação é verdadeiramente preocupante.

“Há três saídas habituais, nestas situações; deixar seguir a gravidez, ter a criança e ficar com ela, deixar seguir a gravidez, ter a criança e entregá-la para adopção e interromper a gravidez” (Pereira & Freitas 2001: 52).

A falta de informação sobre sexualidade ou, como sugere Vilar Duarte (2000), a dificuldade em descodificar essa mesma informação, também é uma das causas apontadas para o grande número de grávidas adolescentes que existem no nosso país. Uma realidade que leva Portugal a ser o segundo país da União Europeia com a maior taxa de gravidezes na adolescência logo a seguir à Inglaterra.

Prazeres Vasco (2000), refere que entre 1999 e 2000, houve mais nascimentos em todas as idades o que pode induzir a erros. Alude que as gravidezes na adolescência são um fenómeno de razões conhecidas. Um estudo do Governo Inglês mostra a associação desta problemática a problemas sócio-económicos. O fenómeno acontece em bolsas de pobreza, em comunidades migrantes ou associadas a outras realidades, como abusos, maus tratos ou alcoolismo. As implicações psicossociais, são graves. A maioria destas adolescentes abandonam a escola, têm empregos precários, são discriminadas, e têm

ainda relações afectivas pouco estáveis (Laranjo Tânea cit. Jornal de Notícias, 3 de Dezembro 2001).

Contudo, no panorama nacional observa-se, *“uma diminuição da taxa de fecundidade, das adolescentes. A estes factos não serão alheias a eficácia da educação sexual, a maior utilização de contracepção, a menor actividade sexual devido ao receio das doenças infecto-contagiosas e o maior recurso ao aborto”*. Mesmo assim, os números mantêm-se muito elevados. *“Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 1999 foram mães , mais de sete mil jovens com menos de 19 anos de idade”* (Eurostat 1999, citado por Canavarro M. Cristina, 2001:324).

A Interrupção voluntária da gravidez, para as adolescentes, pode implicar problemas psicológicos graves, estados depressivos e ansiosos. O desenvolvimento destes quadros, depende muitas vezes do modo como a adolescente consegue realizar o luto da perda que a interrupção da gravidez constitui. A realização deste luto, é muitas vezes dificultada por sentimentos de culpa e por dificuldade de partilha do seu problema com alguém significativo.

Desta forma, torna-se importante que as mães, os educadores, os profissionais de saúde, os políticos e os próprios jovens adolescentes, tomem consciência da gravidade da situação e se tomem medidas no sentido de proporcionar uma educação sexual, informando os adolescentes sobre a contracepção, para a vivência de uma sexualidade saudável e feliz.

No que respeita à possível ocorrência de gravidez, o grupo do maior risco são as adolescentes mais novas, as mais desfavorecidas socialmente, as que iniciam mais precocemente a sua actividade sexual, as que praticam a actividade sexual esporádica e fora do contexto de uma relação estável (Fernandéz José, 1991; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

No plano familiar, a gravidez de uma adolescente gera também fortes tensões, ainda mais porque, quando a jovem revela a sua gravidez, fá-lo muitas vezes tardiamente e, outras vezes esconde-o até ao momento do parto, tornando a sua interrupção impraticável ou comprometendo o seguimento médico (Braconnier & Marcelli, 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Segundo Corpas António (1998), os factores que mais contribuem para a gravidez das adolescentes são: utilização inadequada dos métodos contraceptivos por falta de informação e de educação sexual, barreiras e dificuldades para aceder a estes métodos e aos centros de planificação familiar e a violação; factores pessoais e interpessoais, psicológicos e sociológicos, como a pouca satisfação escolar, baixo rendimento, relações familiares difíceis, pressões por parte do companheiro, insegurança, entre outros.

Como mães, as adolescentes enfrentam uma dupla responsabilidade, ao mesmo tempo que tentam promover o desenvolvimento saudável dos filhos esforçam-se por continuar o seu percurso educativo e o seu próprio crescimento pessoal.

Em Portugal, continuam a nascer muitas crianças filhas de adolescentes. Por isso, é importante que os profissionais de saúde tomem consciência da gravidade da situação e se tomem medidas no sentido de proporcionar uma educação sexual para a vivência de uma sexualidade saudável, visto que, a gravidez não se evita proibindo as relações sexuais, mas favorecendo a informação e a utilização dos métodos contraceptivos adequados (Prazeres Vasco, 1998; Macpherson Ann, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado, 2007).

18 – PREVENÇÃO

A implementação da educação sexual no ensino escolar e a abertura de centros de planeamento familiar gratuitos e anónimos para os menores são duas etapas fundamentais da prevenção no âmbito da saúde dos jovens adolescentes (Prazeres Vasco, 1998, Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Todos os estudos tendem a mostrar que a informação sexual não conduz a uma actividade mais precoce ou mais intensa, mas diminui a frequência das DST e de gravidezes não desejadas, o que origina o recurso a práticas sexuais mais seguras. É no entanto frequente os jovens evitarem a sua equipa de saúde por vergonha e receio de falta de confidencialidade. Outros porém preocupam-se por poderem encontrar alguém conhecido. Muitos adolescentes fogem de procurar conselho sobre sexualidade e contracepção por acharem que se pensa que só os perversos premeditam o sexo. É pois fundamental que todos os intervenientes no processo educativo abordem os jovens sem os julgar ou sobre eles emitir qualquer juízo de valor. O sigilo é extremamente importante para qualquer paciente mas muito particularmente para o jovem adolescente (Prazeres Vasco; Tilslei Lorraine, 1998; Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Allen Gomes, 2007).

Todos os elementos da equipa de cuidados de saúde primários devem estar envolvidos na incrementação da saúde sexual.

Refira-se que a grande maioria dos jovens adolescentes considera os enfermeiros muito mais abordáveis e compassivos, logo muito mais desportos para os seus problemas, pelo que seria importante explorar esse efeito, incutindo no jovem a confiança indispensável a novas abordagens (Tilslei Lorraine, 1998, Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Se os cuidados de saúde primários através dos profissionais de saúde, quiserem fornecer um alto nível de cuidados aos adolescentes, é indispensável haver uma ininterrupta instrução e formação sobre sexualidade, ética moral deontológica e planeamento familiar, familiarizando mais os enfermeiros com a prestação de cuidados e aconselhamento. Assim, consideramos que, ao aconselhar de forma aceitável, ao evitar juízos de valor e atitudes condescendentes, tornando clara a importância da educação e saúde sexual, os enfermeiros podem tornar-se os elementos-chave para uma vivência sexual mais positiva, conseguida e especialmente muito mais harmoniosa e gratificante (Rodrigues Anabela et al., 1989; Tilslei Lorraine; Prazeres Vasco, 1998; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Os objectos de desejo amoroso e sexual tendem nesta fase a ser coincidentes, bem como a ocorrência de relações sexuais. É fundamental lembrar que a vivência da sexualidade é, muitas vezes, regulada pelas emoções de experimentação e de risco, o que traz alguma dificuldade acrescida, na adopção de medidas preventivas, especialmente no plano das gravidezes indesejadas e das doenças de transmissão sexual.

A relação com os adultos também sofre transformações, um conflito que pode ser mais ou menos constrangedor, contudo os jovens vincam a defesa da sua privacidade, que desejam assegurada da bisbilhotice ou da crítica por parte dos adultos de quem ainda dependem (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

19 – PROMISCUIDADE NAS RELAÇÕES SEXUAIS ADOLESCENTES

O comportamento afectivo e sexual do rapaz apresenta muitas vezes; uma actividade sexual que é motivada pela procura de segurança e desejo de afirmação, o que o leva a masturbar-se mais frequentemente em momentos de maior ansiedade. Ser impelido para ter relações sexuais o mais cedo possível e o maior número de vezes, com qualquer parceira e em qualquer momento (Miguel Nuno, 1994; Prazeres Vasco, 1998; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

“Podemos assim assumir que o rapaz se torna pouco exigente em relação à qualidade afectiva das suas relações sexuais”, pelo que se pode dizer que quase sempre os rapazes querem “sexo sem amor” (Miguel Nuno, 1994:28).

É no entanto cada vez menos acentuada a diferença entre rapazes e raparigas no que respeita à sexualidade. As raparigas começam a ter uma atitude mais favorável em relação à sexualidade e os rapazes também dão maior importância à qualidade afectiva das suas relações sexuais (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Segundo Alferes, (1997) citado por Nodin Nuno, (2000:18) *“as raparigas do seu estudo tiveram um único parceiro sexual, já os rapazes tiveram em média 2,2 parceiros durante toda a vida, sendo de 1,3 no último ano”.*

Nos rapazes a presença de relações sexuais com parceiros concomitantes é 2,4 vezes superior à das raparigas, e por cada contacto sexual ocasional feminino, existem 3,3 masculinos. Vasconcelos Pedro, (1998) confirma estes resultados, chamando a atenção para a possibilidade da existência de viés nos resultados por as respostas dos inquiridos irem de encontro às expectativas sociais a esse nível, de forma que possa ter ocorrido uma sub-indicação de parceiros por parte das raparigas e uma sobre-indicação no caso dos rapazes.

Os rapazes tendem a exagerar a sua masculinidade e a sua experiência com raparigas devido à necessidade natural de serem aceites pelo grupo de pares.

Para a maioria dos rapazes a primeira experiência sexual é através da masturbação, produzindo sentimentos de excitação física. Em contraste o primeiro encontro feminino com a sexualidade é através da menstruação (Evert Ketting, 2000).

“Pelo que fica claro que para as raparigas a primeira associação é com a reprodução e não com o prazer físico. Assim os rapazes encontram-se mais orientados para o prazer físico, enquanto as raparigas estão mais formatadas para planejar o futuro” (Evert Ketting, 2000:6)

Os rapazes tendem a situar a sua primeira experiência sexual numa idade mais precoce do que as raparigas, para dizer que têm mais vezes relações do que as raparigas e mais parceiros do que estas (Evert Ketting, 2000; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006)

19.1 – Doenças sexualmente transmissíveis

As doenças que se transmitem por contacto sexual, incluem infecções por HIV, Sífilis, Gonorreia, Herpes e infecções por *Clamídias*.

A maioria destas doenças não são graves se forem tratadas desde logo e de forma adequada, caso contrário, acarretam riscos relacionados com o desenvolvimento de determinados tipos de carcinomas, esterilidade e nos casos mais graves a morte. No entanto, o aparecimento do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), traz consigo novas exigências e desafios à modificação do comportamento sexual dos jovens, fomentado pelo medo de contaminação e pelo desconhecimento em torno de um tratamento eficaz.

Actualmente, estima-se que um em cada cinco adolescentes se encontra em alto risco para contrair infecção por HIV, devido a práticas sexuais pouco seguras, partilha de múltiplos parceiros sexuais, não utilização de preservativo, colocando-os numa situação de maior exposição ao seu contágio (Berger & Thompson, 1998; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Ainda que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) que provoca a SIDA se transmita através de outras vias como a sanguínea, é mais comum a sua transmissão por contacto sexual e, após a exposição ao vírus HIV. Cerca de (20%) de mortes por SIDA implicam pessoas com idades entre vinte e cinco e trinta anos, querendo dizer que muitos destes indivíduos foram infectados durante a adolescência (Berger & Thompson, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

A OMS ressalta que o número de casos de SIDA, continua a progredir na população em geral e, com particular relevância nos jovens, o que vem de certo modo mudar os significados e os contextos da sexualidade. Este aumento dos índices de SIDA e o receio que desencadeia na sociedade, veio também imbuir de novo significado e importância da educação ligada à sexualidade, ao VIH/SIDA e à contracepção.

Com o aparecimento desta doença, o sexo como comportamento de risco adquiriu nova dimensão, enfatizando-se hoje, a necessidade da promoção de comportamentos sexuais seguros nos jovens. Assim, é preciso consciencializar de que as doenças de transmissão sexual, incluindo a infecção por HIV se evitam não proibindo as relações sexuais, mas

antes com uma educação sexual que proporcione informação sobre as formas de contágio, uso adequado do preservativo e medidas de higiene sexual.

A SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) é, a nível mundial, uma das doenças que mais preocupa a nossa geração. Atinge todos os anos milhares de pessoas de todos os grupos sócio-culturais, étnicos e etários, constituindo um grave problema de Saúde Pública que abarca também problemas de ordem social e até económica para muitos países. Acresce a esta preocupação o facto de se tratar de uma doença para a qual ainda não existe cura nem vacina (Nodin Nuno, 2001; Allen Gomes, 2007). Assim, a palavra de ordem continua a ser prevenir a doença, prevenindo comportamentos de risco face à infecção pelo VIH/SIDA, com particular atenção para os jovens e demais grupos em que os comportamentos de risco poderão estar facilitados (Caetano J., 2002; Sampaio Daniel, 2006).

Apesar de se desconhecer a data concreta para o aparecimento da SIDA, sabe-se que a sua disseminação se desenvolveu em grande escala a partir da década de 1970 mais propriamente nos anos 80. Actualmente, a SIDA é considerada a pandemia mais grave dos últimos anos, sendo responsável por milhares de mortes à escala mundial (Organização Mundial de Saúde, 2004).

A eclosão da epidemia da infecção por HIV/SIDA constituiu não só o aparecimento de uma nova doença transmissível, associada a comportamentos de risco, mas também um novo quadro psico-sociológico no seio das pessoas atingidas directa ou indirectamente pelo vírus. Trata-se de uma doença de carácter epidémico, com grande impacto psicossocial e cujo caminho para a erradicação ainda não foi encontrado; a prevenção continua a ser a chave para enfrentar este flagelo (Ferreira Lúcia, 2002; Sampaio Daniel, 2006).

Sendo uma doença que combina determinantes sociais, culturais, económicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos, não é de surpreender a necessidade de adequar e adaptar as intervenções e estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA aos grupos e contextos sociais a que se destinam. Além disso, há que ter em conta o estigma e o medo que envolvem a doença e que constituem um entrave considerável na delimitação de estratégias e intervenções para a sua prevenção (Meireles & Prazeres Vasco, 2001; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

19.2 – A sexualidade e a infecção por HIV/SIDA

Ao mesmo tempo em que as várias concepções se iam formulando em 1981 era descoberta a doença que viria a marcar a sexualidade, foram identificados os primeiros

casos de SIDA entre homens da comunidade homossexual dos EUA. Em 1983 o VIH é identificado como o causador da SIDA e no mesmo ano, toma-se conhecimento de heterossexuais contaminados em África.

No início da crise da SIDA, nos anos de 1980, ela era definida como um problema do comportamento individual, uma doença de homossexuais, prostitutas e toxicod dependentes ou seja, de grupos de risco. Hoje, no entanto quando este problema de saúde atinge proporções catastróficas ela é também reconhecida como uma enorme crise social que afecta não só os grupos considerados de risco, mas que pode chegar a qualquer pessoa, sendo que são os jovens os mais propícios a contrair a doença, tudo devido aos seus comportamentos de risco e a uma sexualidade “*desregrada*”.

A prevenção é a medida mais importante da luta contra a infecção por HIV/ SIDA até que se encontre uma vacina ou outra forma de cura. Uma pessoa que saiba que foi infectada deve alterar o seu estilo de vida sexual para evitar transmitir o vírus. Uma pessoa não infectada deve também adoptar formas de praticar sexo seguro, a fim de evitar contaminar-se (Vasconcelos Pedro, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007). Ao nível da revolução sexual, deu-se nas últimas décadas uma evolução do conceito de sexualidade, esta revolução e a sua consequente evolução foram sujeitas a vários estudos. A sexualidade é perspectivada como um estado de liberdade não contaminado pela civilização moderna. No entanto, “*os jovens portugueses de hoje vivem a sua sexualidade*

de uma forma diferente da forma com que os seus pais o fizeram. Com efeito, ao contrário dos seus pais, existe uma coincidência profunda entre os valores afirmados pelos jovens e as suas atitudes, ou seja, os jovens vivem conforme as convicções que têm.” (Fontes Miguel, 1999:6).

“Os adolescentes mais jovens gostariam, preferencialmente, de esclarecer as dúvidas que têm sobre sexualidade com os pais, seguidamente com os amigos, sendo privilegiados para o efeito os elementos do sexo feminino. Já os mais velhos, gostariam de esclarecer as suas dúvidas com os amigos e técnicos de saúde, sendo indiferente o sexo da pessoa.” (Piscallo S. Leal, 2000:359).

Embora a sexualidade pareça algo vulgar e comum que se reduz à intimidade entre o casal, este tema é de extrema importância. Inicialmente baseava-se em algo carnal, puramente biológico mas que ao longo dos tempos foi assumindo outras dimensões, onde o afecto tem muita importância. “*A sexualidade é encarada como a consumação de uma relação, ou seja, poucos são os jovens (...) que encaram as relações sexuais com um fim. Pelo contrário, a maioria considera que as relações sexuais só fazem sentido se houver uma relação afectiva. Assim, é natural que a iniciação sexual dos jovens, que se dá antes dos 18 anos, tenha sido com namoradas ou namorados, amigas ou amigos. Isto é, a*

iniciação sexual dá-se primordialmente com alguém conhecido (...).” (Fontes Miguel in Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 1999:8)

Com o decorrer dos tempos o conceito de sexualidade foi sofrendo várias alterações, principalmente com o aparecimento da *homossexualidade* e também com a tentativa de evasão por parte da mulher. As alterações deste tema caminharam junto com as alterações da sociedade, e é este aspecto que mostra que a sexualidade passou a ser de relevância pública e não só algo íntimo.

20 – CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM PARA UMA ADOLESCÊNCIA FELIZ

A prestação de cuidados aos adolescentes não dispensa a multidisciplinaridade, podendo usufruir das acções conjuntas entre os diferentes técnicos de saúde de forma a assegurar uma visão compreensiva e globalizante do adolescente, por isso é de primordial importância que *“quem atende um adolescente, seja o médico de família, o enfermeiro de saúde comunitária ou escolar, o pediatra hospitalar, etc. possa apoiar-se numa equipe de saberes formas de intervenção diferentes, que sustente respostas mais adequadas, quando tal for necessário”* (Prazeres Vasco, 1998: 30).

Seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes atendimento individual, com o objectivo de facilitar o reforço de atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis, salientando as actividades de planeamento familiar ligadas à satisfação das necessidades especiais dos adolescentes e de estimular a sua capacidade para tomarem as suas próprias decisões, nomeadamente sobre a utilização e escolha de métodos contraceptivos (Parra & Baquero, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Os adolescentes são o grupo etário que menos utilizam os cuidados de saúde, as razões prendem-se essencialmente com (Prazeres Vasco, 1998:35),

“É difícil aceitarem que precisam de ajuda para ultrapassarem situações ligadas à saúde pessoal. É frequente sentirem-se desenquadrados dos serviços que estão mais vocacionados e com normas de funcionamento adaptadas para as crianças e para os adultos. Na maioria das vezes, os adolescentes que carecem de mais cuidados pertencem aos grupos mais desfavorecidos e são também estes que apresentam menor acessibilidade aos serviços. Em muitas situações, os adolescentes desconhecem as possibilidades de apoio e os cuidados que podem ser facultados pelos serviços. Algumas características dos serviços, de carácter físico, estético ou organizativo, podem dificultar a aproximação dos adolescentes aos serviços. Por vezes, as experiências anteriores nos serviços e no contacto com os profissionais não foram gratificantes. Há vezes, em que os adolescentes têm dúvidas quanto à atitude dos profissionais, face a algumas questões de saúde que possam apresentar. Os profissionais referem, com frequência possuírem competências insuficientes para responderem às solicitações dos jovens e/ou necessitarem de outras condições como o tempo e privacidade para prestarem cuidados de modo adequado”.

A acrescentar a estas razões, é de salientar a importância do anonimato e do sigilo profissional que é fundamental para o adolescente. Muitos adolescentes dizem mesmo que não iriam a um serviço de saúde que exigisse identificação e o consentimento dos

pais (Papalia & Olds, 2000; Nodin Nuno, 2001, Sampaio Daniel, 2006, Sá Eduardo, 2007).

Saliente-se que, embora na maioria dos casos de atendimento aos adolescentes nos serviços de saúde haja envolvimento familiar, este não é incompatível com o respeito e salvaguarda dos princípios da confidencialidade, em especial quando se trata de saúde sexual.

Todos os elementos da equipa de cuidados de saúde primários devem estar envolvidos na incrementação da saúde sexual, especialmente na adolescência.

Se os cuidados de saúde primários através dos profissionais de saúde, quiseram fornecer um alto nível de cuidados de saúde aos adolescentes, é necessário a existência de uma formação contínua sobre a sexualidade, ética moral, deontologia e planeamento familiar, tornando os enfermeiros mais familiarizados com a prestação de cuidados e aconselhamento .

O enfermeiro é um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental da sociedade. Na medida em que o enfermeiro educa, também podemos dizer que socializa. Os enfermeiros pela sua capacidade de compreensão, adaptação aos mais variados contextos socioculturais e pelo seu carácter tido como carinhoso, meigo e simpático, têm a possibilidade de estabelecer relações de grande amizade, confiança e intimidade com pessoas, e assim com as crianças e respectivos pais, podendo abordar temas como a sexualidade.

O profissional de saúde do presente e do futuro é um agente produtor de estilos de vida saudáveis, e por isso deve promover a saúde sexual (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006). É no entanto de salientar que alguns profissionais de Enfermagem não sentem total segurança para desenvolver actividades e projectos na área da sexualidade humana. Surge muitas vezes a insegurança face ao que se deve ou não dizer ou fazer, insegurança face às reacções das crianças, dos jovens adolescentes, das famílias e insegurança muitas vezes face aos próprios colegas de trabalho.

Desta forma, é necessário que os profissionais de enfermagem e restante equipe multidisciplinar invistam na formação sexual e adquiram a motivação que lhes permita ultrapassar todos os factores condicionantes, sentindo a importância de abordar o tema da sexualidade humana, compreendendo a necessidade e utilidade da tentativa no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

No campo da sexualidade, podemos dizer que este profissional de saúde pode e deve ter um papel preponderante no aconselhamento aos pais, da forma como devem abordar os seus filhos neste seu papel educativo.

O enfermeiro tem uma presença junto das pessoas que o médico não tem, aproxima-se em personalidade, tem um cariz mais popular, que qualquer outro profissional de saúde. É uma generalização talvez um pouco abusiva, mas é a imagem tradicional que as pessoas têm sobre este profissional de saúde.

20.1 – Orientação das intervenções da enfermagem

É importante dar oportunidade ao jovem adolescente de escolher o elemento da equipa com quem quer estabelecer relação preferencial, sempre numa base de confidencialidade, respeito e privacidade (Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Como suporte deveria existir um departamento multidisciplinar ou núcleo de saúde do adolescente, com enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde comunitária, saúde infantil e saúde mental, com a função de proceder a estudos na comunidade e elaborar projectos de investigação que permitissem melhorar a intervenção junto deste grupo etário, planeando acções que fossem ao encontro das suas reais necessidades; intervir junto dos jovens, na família, na escola e na comunidade, com acções de educação para a saúde e outras achadas pertinentes tendo em conta a efectiva adesão dos próprios adolescentes, pais e outros educadores, promover a formação e actualização de conhecimentos dos enfermeiros, no sentido de possuírem as melhores competências para a melhor relação com o adolescente e resolução dos seus reais ou potenciais problemas.

Por fim, consideramos que devem ser definidos objectivos, políticas e programas de âmbito nacional, tendentes a promover a saúde do adolescente, devendo salvaguardar que a nível de cada Centro de Saúde se adoptem as estratégias e os momentos de intervenção que as diferentes realidades impõem.

Para tal, os enfermeiros devem ser ousados, não esperarem que sejam os outros a decidir e a implementar. Se as intervenções forem justificadas, os enfermeiros devem assumir a liderança do processo, motivando os outros para a acção (Basto Marta Lima, 1999).

Pensamos que urge actuar, sob o risco de se perder a pertinência. Julgamos, ter perdido já imenso tempo, deixamos a ideia de que devíamos chamar a nós a responsabilidade de assumir a liderança deste projecto.

Quem sabe a chave para o êxito esteja em nós, garantindo um direito básico dos jovens adolescentes, contribuindo para a sua formação integral, assegurando o desenvolvimento de um aspecto importante da sua personalidade, a dimensão afectivo-sexual.

20.2 – A enfermagem na promoção da saúde sexual

De facto todos nós fazemos educação sexual assim como todos tivemos ou temos uma educação sexual, porque somos seres sexuados e objecto constante de um processo de aprendizagem desde o nascimento até à morte.

Muitos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários sentem-se eventualmente inseguros para desenvolver actividades e projectos na esfera da sexualidade humana, visto não existirem indicações muito claras e oportunidades de formação em educação sexual.

Assim surge não raras vezes insegurança face ao que devem ou não dizer ou fazer, insegurança ainda face a possíveis reacções das crianças dos jovens ou das suas famílias, insegurança muitas vezes face aos próprios colegas.

Urge a imperativa necessidade de uma motivação que nos permita ultrapassar estes factores condicionantes, sentindo a importância de abordar o tema da sexualidade humana, compreendendo a necessidade e a utilidade da temática. O trabalho em equipa pode melhorar a preparação das acções e aumentar a autoconfiança pessoal no tratamento destes temas (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

20.3 – Formação em educação para a saúde em sexualidade

As formações dirigidas a um grupo devem partir dos conhecimentos, interesses e capacidades da população a quem se vai dirigir. Devem ser desenvolvidas formas que permitam uma análise crítica da sexualidade nas diversas sociedades e culturas, inculcando a tolerância e o respeito pelas diferenças (Sampaio Daniel, 2006).

No seio familiar, é fundamental que meninas, meninos e jovens vivam adequadas relações de apego, tendo como modelo relações afectivas estáveis, veículo transmissor de mensagens positivas de igualdade e cooperação, fomentando o envolvimento de padrões educativos que conduzam a aquisição de atitudes e condutas erotofílicas. Para que isto seja exequível é indispensável que os pais adoptem atitudes naturais e positivas face à sexualidade. A disponibilidade para a interacção lúdica com filhos e filhas, a compreensão e respostas às questões devem ser coerentes e verdadeiras. Também é importante que sejam tolerantes relativamente às manifestações sexuais de filhas e filhos, desde que não envolvam riscos e sejam eticamente dignos; assim estamos certos que se poderá garantir desde a infância o desenvolvimento da confiança e a comunicação em torno destes temas (Espinosa Maria del Carmen, 1998, Marques António, et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Pais e mães têm uma influência vital na identidade sexual dos seus filhos em papel e género, o processo deve ser facilitado, através do reforço de condutas e atitudes e do desenvolvimento de responsabilidades isentas, o mais possível, de elementos culturais discriminatórios para com um ou outro sexo (Espinosa Maria del Carmen; Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

As pessoas particularmente os profissionais de saúde devem tomar consciência de que a educação sexual é hoje um aspecto importante da educação global. Procurando que os jovens se sintam felizes por serem aquilo que são, que não menosprezem o outro sexo, e que se sintam a caminhar para uma maturidade, enfim se sintam estar a crescer. Assim desta forma deve ser possível integrar a sexualidade no amor e na própria comunicação (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Allen Gomes, 2007).

É para isto indispensável que pais, professores, técnicos de saúde ou outros, se encontrem enquanto educadores, promovendo opções diversas (Silva M. Armanda, 1994; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

20.4 – Educação sexual e cidadania

Em períodos da história mais recuados, os rapazes e as raparigas habituavam-se, desde tenra idade, com as vivências e com as práticas dos mais velhos aprendiam artes e ofícios, eram disciplinados acerca dos papéis sociais, masculinos e femininos e, enfim, submetiam-se a rituais iniciáticos. Perdiam o estatuto de criança para adquirirem, quase de imediato, o de adulto.

“Adolescência, tal como a entendemos hoje, não tinha expressão real” (Prazeres Vasco, 1998:9). Contudo, após a industrialização, nas sociedades ocidentais e, particularmente, no decurso das últimas décadas, as manifestações da adolescência passaram a ser mais valorizadas e os jovens têm vindo a adquirir um estatuto próprio.

Este grupo etário vê hoje reconhecidas características próprias, anteriormente pouco valorizadas ou mesmo ignoradas.

“Fenómenos recentes, como o poder de intervenção dos media na comunidade, as novas tecnologias, a urbanização progressiva, os movimentos migratórios, o turismo, a modificação do estatuto feminino, a alteração da estrutura e dos papéis familiares, a democratização do ensino, o aumento do tempo de escolaridade, os novos caminhos profissionais, etc., têm tornado as sociedades mais abertas e mais plásticas” (Prazeres Vasco, 1998:9).

E são os jovens adolescentes que constituem, talvez, um dos grupos etários mais delicados a esta dinâmica social.

Todo este processo tem vindo a influenciar vincadamente a expressão do potencial de cada indivíduo, tanto na vertente biológica como psicossocial (Prazeres Vasco, 1998).

A sexualidade é uma viagem à descoberta do mundo das nossas próprias características, permitindo-nos um desenvolvimento equilibrado como seres humanos portadores de uma identidade fundada e construída com base no respeito pelo outro, e pelo seu direito à diferença.

Só dá valor aos outros quem se conhece a si mesmo e aos seus sentimentos, tendo aprendido a descobrir-se, aceitar-se e valorizar-se, Como seres sociais precisamos uns dos outros, implicando tal facto o dever de haver um imenso respeito. Esta será a mensagem que enquanto profissionais de enfermagem nomeadamente dos cuidados de saúde primários, precisamos passar aos jovens.

“Ela (a educação) é o fio de prumo de uma vida equilibrada onde a sexualidade tem um lugar essencial. E referimo-nos à sexualidade com a naturalidade de quem fala de afectividade, de quem fala de uma forma inteligente de sentir, de quem fala de partilha, de emoção, de prazer, mas também, e em simultâneo, de responsabilidade e respeito” (Carvalho Teresa, 1999:5).

No que respeita à sexualidade, aos abusos sexuais, a salvaguarda dos direitos de cidadania das crianças e dos adolescentes implica, da parte dos profissionais e serviços de saúde, a prestação de cuidados de qualidade, em estreita colaboração com outros sectores (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

O carácter individual e personalizado da sexualidade permite explicar a diversidade de formas de vivê-la e senti-la, a sua flexibilidade, o facto de que os caminhos de cada um não estão predestinados. As temáticas relacionadas com a educação da sexualidade devem emergir de forma natural, com uma linguagem simples, sem que nos sintamos sobrecarregados ou tensos, procurando não forçar ou afectar o relacionamento. Integrar esta vertente da educação no conteúdo do ensino/aprendizagem não significa aplicar um programa pré-estabelecido, mas implica contextualizar e personalizar as actividades de acordo com as necessidades, os interesses e as motivações dos(as) jovens adolescentes. Os especialistas, sendo indispensáveis parceiros no processo, não serão, porventura, os principais. Ao nível da cidadania é importante valorizar a importância do respeito, da comunicação, da cooperação e da tolerância responsável nas relações interpessoais. Reconhecimento da equidade nas questões de sexo baseada no respeito e plena participação na melhoria da qualidade de vida. As políticas ligadas a este grupo etário ganham destaque nas políticas globais dos Estados. Na esfera da saúde, os

programas e os projectos em saúde dos adolescentes têm merecido um ênfase ainda maior.

“A partir de meados da década de 1960, a Organização Mundial de Saúde começou a encarar este grupo etário de uma forma mais atenta. Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes, começaram a ser abordadas no final dos anos de 1970. em meados da década de 1980, iniciaram-se múltiplas experiências, e, formação, em planeamento e organização de cuidados destinados a este grupo etário. Em 1984 e em 1985, criou-se enquadramento legal para estas experiências através da publicação da Lei 3/84 sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar e da Portaria 52/85 que a regulamentava”.

“A Lei de Bases da Saúde, em Agosto de 1990. veio dar relevo aos adolescentes, no âmbito da política de saúde, ao considerá-los como um dos grupos sujeitos a maiores riscos para os quais são tomadas medidas especiais” (alínea a do n.º 1 da Base II).

“Em 1997, o documento sobre Saúde em Portugal – Uma Estratégia para o Virar do Século, do Ministério da Saúde, indica explicitamente o grupo dos adolescentes como um dos merecedores de actuação prioritária no campo da protecção e da promoção da saúde.

Finalmente, em 1998 o documento Saúde em Portugal – Uma Estratégia para o Virar do Século 1998-2002, vem apontar metas e objectivos específicos sobre ganhos em saúde no que se refere a este grupo etário, nomeadamente, como metas para 2002 (o número de nascimentos de mães com idade inferior a 17 anos deverá ser, pelo menos, inferior ao valor tendencial esperado para esse ano) e o nível de saúde dos adolescentes, medido através de indicadores específicos, deverá ter registado melhorias relativamente ao verificado em 1997” (Prazeres Vasco, 1998:12 e 13).

Desta forma, novos desafios se colocam aos profissionais de enfermagem, tendo em vista a concretização plena do potencial biológico e psicossocial dos indivíduos nesta faixa etária. Nesta perspectiva há a considerar a importância crescente dos problemas de saúde ligados aos estilos de vida.

21 – ENCRUZILHADAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Oscar Wilde, citado por Moore Thomas (1999:232), disse, que “*o melhor modo de tornar as crianças boas é torná-las felizes*”. Frequentemente, a moralidade parece uma corrente que nos separa do prazer sexual. Neste meio extremamente impiedoso, não é fácil sentirmo-nos moralmente à vontade com o sexo. As nossas vidas sexuais seriam melhores se nos conseguíssemos ajustar com a culpa duradoura, e celebrar um estilo de vida ético que pudesse admitir e dar início a um processo contínuo de aprofundamento decente (Moore Thomas, 1999; Marques António, 2000).

Torna-se imperativo clarificar o conceito de educação sexual, no sentido da sua melhor compreensão. Antes de tudo há a considerar que possuímos um corpo sexuado, especialmente apto para responder a estímulos de ordem sexual, procurando o prazer, a satisfação e obviamente o bem estar.

A sexualidade, como grandeza humana eminentemente relacional e íntima, tem uma vertente emocional que é um elemento capital na formação da identidade global, do auto-conceito, da auto-estima e do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. A sexualidade faz parte integrante do relacionamento com os outros, especialmente no domínio afectivo e amoroso. Contudo, a sexualidade pode também estar relacionada com episódios negativos, problemas de ordem emocional, ocorrência de gravidezes não desejadas, recurso ao aborto, contágio de doenças de transmissão sexual, violência e abuso.

É uma dimensão da identidade e do relacionamento humano, que se vai transformando no contexto do nosso desenvolvimento integral, tendo uma expressão singular nas diferentes etapas do ciclo de vida, atravessando ciclos de evolução mais lenta e estádios de evolução mais brusca e fogosa, especificadamente durante a adolescência.

A sexualidade é uma das características humanas que o processo de socialização tornou mais *plástica*, podendo considerar-se, que tudo o que somos, pensamos, desejamos, fantasiamos e fazemos no domínio sexual é fruto de um processo contínuo de reflexões, interacções e aprendizagens, que se opera em todos os círculos de vida, nas relações entre pares, contextos sociais e no seio familiar.

Este percurso é contínuo e composto de mensagens incoerentes e, por vezes, até mesmo conflituais. É, contudo, neste emaranhado de múltiplas influências e experiências, que se vai construindo a identidade sexual.

As sociedades procuram, de maneira mais ou menos formal, através dos seus recursos e agentes de socialização, difundir os seus valores capitais e os seus costumes de conduta na esfera da sexualidade.

Os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, têm um papel fundamental a desempenhar neste âmbito (Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Não pode haver o receio, de que ao falar-se de sexualidade aos jovens, estes sejam estimulados para um relacionamento sexual mais precoce. Embora seja verdade que vários estudos têm revelado um significativo aumento do número de jovens sexualmente activos, com maior ênfase nas sociedades ocidentais, facto particularmente relevante nas raparigas, tal não pode ser imputado à educação sexual. Existem estudos que defendem, claramente, que, quanto mais cedo se der informação deste cariz aos jovens mais capacidades eles têm *de per si* se defenderem de abusos, de violências e relações sexuais *prematuros*. Ainda na mesma linha de opinião, os estudos evidenciam que convenientes programas de educação sexual têm, efectivamente, colaborado para diminuir comportamentos de risco e aumentar comportamentos preventivos (Marques António et al., 1999; Ministério da Saúde, 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Um dos argumentos de peso apontado para não aderir à educação sexual consiste em afirmar que é na, e à família que compete a orientação moral e comportamental dos jovens na esfera da sexualidade. No entanto, como já vimos, é impossível compartimentar a influência dos múltiplos agentes de socialização no processo de desenvolvimento moral das crianças e dos jovens. E, por outro lado, não há dados fiáveis e disponíveis que realcem a oposição dos pais à educação sexual por profissionais de saúde avalizados (Marques António 2000; Sampaio Daniel, 2006). Um outro argumento, vulgarmente, utilizado na oposição à educação sexual é o de que a sexualidade não se ensina, vai-se descobrindo naturalmente ao longo da vida, podendo ser mesmo evasiva das fantasias e processos de aprendizagem *naturais*. Do exposto, a socialização sexual está longe de ser um processo natural e espontâneo (Andrade, Isabel, 1996; Rodrigues Custódio; Marques António et al., 1999; Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Por isso, os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários não se podem esquivar à abordagem formal, estruturada, intencional e adequada, de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana, isto não deve ser entendido como uma panaceia que vá só por si afiançar um futuro sem problemas. O esforço dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários deve contribuir para que este caminho de construção com dúvidas, hesitações e tomadas de decisão, feito de experiências e aprendizagens de vida positivas e negativas seja trauteado de forma mais positiva e gratificante.

Enfim, o desenvolvimento de acções de educação sexual junto dos jovens pode conduzir a uma multiplicação de oportunidades para que estes assuntos sejam também abordados no contexto familiar, promovendo e favorecendo a interligação entre os profissionais de saúde e a família.

No caso concreto da educação sexual, é extremamente importante saber determinar, com muito cuidado, o que é que aqui cabe exactamente e, mais ainda do que em qualquer outro argumento, como é que se faz e até mesmo quem é que faz. Procuramos ilustrar estas preocupações com duas citações de André Berge, referidas por Almeida A.M. Vieira (1990:10), *“a personalidade inteira traz a marca do sexo e, assim sendo, educação sexual poderia ser definida pelo seu objectivo último que será a formação de um homem ou de uma mulher, capazes de realizar, o melhor possível, o seu papel de homem ou de mulher no mundo”*.

Depreendemos, pois, que a educação sexual é qualquer coisa de tão profundo, tão vasto e tão importante e da qual depende tanta coisa que o *como* e o *quem* são pontos de importância vital para respondermos a esta preocupação. Ainda no raciocínio de André Berge, citado pela autora supra referida (1990:10), sugere que o *“comportamento das crianças, nesta matéria, é extremamente influenciado pela maneira como os pais e os professores concebem, eles próprios, o valor de cada sexo. As relações dos sexos entre eles e, de um modo geral, a conduta do homem e da mulher na vida”*.

A educação sexual deve elevar o estatuto dos jovens, dando-lhes maior autonomia, independência e responsabilidade, o que significa que, apesar de todas as tradições culturais e religiosas, existe uma lógica ética comum para a educação sexual, independentemente de qualquer cultura. A biologia humana, e as formas em que esta configura a sexualidade humana e a conduta sexual, também oferece uma base supra cultural para a educação sexual (Meredith Philipe, 1990; Grande Nuno, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

É importante precisar que, em todas as culturas, existe uma série de regras para a transmissão da informação e orientações sexuais, quase que se podendo afirmar ser a sexualidade um tema de tanto interesse como a própria religião. Ambas as temáticas abraçam profundas emoções e necessidades humanas, curiosamente cercadas de uma mitologia, semelhante para proporcionar e explicar sistemas de valores (Meredith Philipe, 1990; Macpherson Ann, 2001).

Os psicólogos *vitorianos* afirmaram que a sexualidade era perigosa constituindo mesmo uma ameaça para a estabilidade da sociedade, que ia directamente ao cerne das relações sociais e de propriedade.

Não podemos esquecer que a compreensão e a abordagem da sexualidade de uma sociedade é um reflexo directo do seu sistema cultural, o que possibilita tantas perspectivas do comportamento sexual como sociedades. O grande desafio da educação sexual contemporânea consiste em definir um sistema de valores que combine a tolerância e a diversidade, a igualdade social com compreensão pelas expectativas sociais e a lei (Meredith Philipe, 1990; Grande Nuno, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Considerando limites de idades que variam entre os 11 e os 19 anos para os adolescentes, no nosso estudo, e tendo em conta que o desenvolvimento global dos jovens é caracterizado por mudanças rápidas e em ritmos extremamente distintos de um para outro jovem. A formação em educação sexual deve, ter em conta o facto de abranger populações e respostas muito díspares, em termos de dúvidas, preocupações e estados emocionais.

Do mesmo modo também devem ser tomadas em linha de conta, os contextos de vida, familiares, económicos ou socioculturais, quando se actua neste domínio. Na área individual, na esfera da intimidade, constata-se com frequência o desenvolvimento de sentimentos mais ou menos novos de pudor e vergonha face ao corpo. A actividade masturbatória elege, nestas idades uma prática frequente. No âmbito relacional, os adolescentes organizam-se, em grupos monossexuais, nos quais se verifica um jogo de ambivalência, de excitação e sedução entre rapazes e raparigas, onde as paixões se escondem por detrás de simulado afastamento, e até mesmo indiferença e troça.

Por volta dos treze catorze anos, em que as manifestações pubertárias cursam de forma mais entusiástica e célere, numa parte expressiva dos adolescentes. Os sentimentos tornam-se mais evidentes, à mistura, com as transformações biológicas e emocionais da puberdade, aparece a menarca, e as primeiras ejaculações, o crescimento físico acelera, e o desejo sexual e das sensações eróticas é incomparavelmente mais vincado (Andrade Isabel, 1996; Lamas Dulce et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Os jovens demonstram nesta etapa, imensas dúvidas sobre as reviravoltas que lhe estão a acontecer, acanhamento e intranquilidade, todas estas incertezas podem apresentar a forma de sentimentos de embaraço e preocupação face ao corpo em metamorfose. A relação, assume nesta fase uma alteração com os adultos mais significativos, bem como com outros jovens. A maior capacidade de ajuizar, e um maior desejo de autonomia, conduz frequentemente ao aumento da conflitualidade em redor de questões de disciplina, de liberdade, das férias e, não raras vezes também problemas ligados à escola (Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Há como que uma quebra da monossexualidade preferencial dos grupos de pares; as paixões, anteriormente dissimuladas, começam a ser denunciadas e, algumas a materializarem-se nas primeiras relações amorosas. E é desta forma que muitos dos jovens experimentam os primeiros sucessos ou insucessos e, dificuldades em torno da vida amorosa, podendo mercê da sua experiência, consolidar positiva ou negativamente a auto-estima e a auto-confiança.

Nesta fase o timbre do desejo sexual e das sensações eróticas não têm o mesmo alvo das relações amorosas. Concentra-se essencialmente na exploração do corpo, nas fantasias, na adoração e encanto pelos ídolos e muito menos numa actividade sexual com eventuais companheiros amorosos concretos. Do exposto podemos inferir que, o comportamento sexual predominante é a masturbação e, eventualmente, as carícias mútuas sem penetração. Podendo contudo ocorrer relações sexuais quer no âmbito das relações amorosas, quer em contextos ocasionais. Tudo isto acontece a partir dos catorze/quinze anos. Esta fase, caracteriza-se por um aumento significativo da ocorrência do relacionamento amoroso e sexual. A ambivalência tende a esbater-se, para dar lugar a uma explicação mais definida das suas preferências sexuais, quer em termos da orientação do desejo (hetero, homo ou bissexual), quer mesmo em termos da escolha de parceiros ou parceiras (Frade Alice et al., referenciados por; Ministério da Saúde, 2000; Capellá Alfredo, 2003; Sampaio Daniel, 2006).

À que realçar o facto de aos jovens com orientação homo ou bissexual se depararem maiores dificuldades pessoais e sociais, pois os seus desejos e conduta estão em contrariedade com as *directrizes* sociais dominantes (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006). Independentemente da sua orientação sexual, é normal que os adolescentes sintam dúvidas sobre a *normalidade* dos seus comportamentos e sentimentos. No entanto ao invés das fases anteriores, a grande maioria destas dúvidas já não se expressam sobre a sexualidade na sua generalidade, mas especialmente sobre a sua própria sexualidade (Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Verifica-se, ainda, que muitos jovens têm enraizadas ideias muito rígidas do que deve ser a vida sexual; em termos educativo-formativos, é fundamental afincar a extrema diversidade da sexualidade humana e no seu carácter de processo e projecto individual, que vai sendo construído e vivenciado ao longo da existência (Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

21.1 – Políticas de saúde juvenil

A geração de jovens que está a entrar na idade reprodutiva é a maior de sempre em termos mundiais. Cerca de 20% da população mundial (1.06 biliões de pessoas) tem idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Rapazes e raparigas devem ter acesso à informação e educação sobre sexualidade e os melhores serviços e apoios em matéria de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção, os serviços de saúde devem ser:

- Confidenciais;
- Acessíveis;
- Livres de preconceitos;
- E assegurar um leque diversificado de apoios;
- Devem responder e ter em conta as necessidades físicas e emocionais de rapazes e raparigas de todas as idades e os seus estilos de vida.

Os serviços devem assegurar respostas às necessidades dos diferentes jovens, independentemente do seu estado civil, idade, sexo, escolaridade, crenças e estilos de vida.

21.2 – Programas em saúde dos adolescentes, princípios de acção

Os programas devem promover o desenvolvimento global dos adolescentes, sem se limitarem ao objectivo da prevenção. As condições sócio-culturais dos jovens devem ser tomadas em consideração. Os estilos de vida, são em grande parte, uma construção cultural, há que procurar reaver ou apadrinhar as práticas culturais que agraciem comportamentos impulsionadores de saúde.

O protagonismo do jovem é um factor preponderante nos programas e projectos de saúde, pois constituem um elemento chave na promoção e na difusão de atitudes facilitadoras e favorecedoras da saúde, já que são eles próprios quem melhor conhecem e lidam com o seu grupo etário (Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006).

E porque os jovens evitam frequentar os serviços de saúde, há que desenvolver acções nas escolas, nos locais de trabalho, nos centros de recreio e lazer, nas paróquias e nas autarquias, etc. Quem atende um adolescente (médico de família, enfermeiro de saúde comunitária ou outro profissional de saúde) deve apoiar-se numa *equipa de saberes* e formas de intervenção distintas, que suportem respostas mais convenientes, quando tal for necessário (Prazeres Vasco, 1998; Marques António, 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Os programas em saúde dos adolescentes devem conferir um leque muito variado de assuntos. O crescimento e o desenvolvimento juvenis, os estilos de vida, os comportamentos que envolvem riscos para a saúde, a expressão da sexualidade e a saúde reprodutiva, os modelos organizativos dos serviços a investigação e as competências dos profissionais devem eleger pólos essenciais das acções a desenvolver (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006). Em saúde dos adolescentes, a tarefa principal é a de promover a satisfação das necessidades de saúde mental e física, o crescimento e desenvolvimento harmoniosos, o bem estar afectivo e sexual. A educação sexual ainda está longe de estar generalizada nas escolas e sociedade. Contudo apesar de não existirem estatísticas que o possam confirmar, pensamos que em termos da implementação de programas de educação sexual estamos numa posição um tanto ou nada melhor relativamente há uns anos, porque há mais escolas e mais professores motivados para esta necessidade e existem cada vez mais com projectos nesta área que transitam de ano para ano.

Omitir as questões da educação sexual é hoje cada vez mais difícil, nomeadamente devido às mudanças sociais que têm ocorrido e ao papel dos meios de comunicação social em termos da formação das atitudes e dos comportamentos, que, por vezes, são mais poderosos do que a própria escola e família.

A escola assume um papel fundamental, que nenhum dos outros agentes de socialização consegue cumprir, porque é um espaço onde as abordagens são estruturadas e onde os saberes são avalizados. E, sobretudo, tendo em conta que as opiniões sobre esta matéria naturalmente divergem, é na escola que se pode promover o debate necessário sobre estas temáticas (Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel, 2007).

22 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A SEXUALIDADE

22.1 – Modelos organizativos, padrões de utilização dos serviços

É comum considerar que os adolescentes subutilizam ou utilizam de forma inadequada os recursos de saúde postos à sua disposição. *“Em Portugal como noutros países os adolescentes são o grupo etário que menos utiliza os serviços de saúde em medicina geral e familiar”* (Prazeres Vasco, 1998:37).

O anonimato estará na base da resposta a esta questão bem como experiências pouco gratificantes em contactos anteriores com profissionais de saúde, e dúvidas sobre as atitudes profissionais, face a algumas questões de saúde que possam apresentar.

São também frequentes as referências pelos profissionais sobre as suas insuficientes competências para responder da melhor forma às solicitações dos jovens, à dificuldade de tempo, para prestarem mais e melhores cuidados (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006).

22.2 – Centro de Saúde, cuidados de primeira linha

Nos serviços de cariz local, os Centros de Saúde, representam as instâncias em que podem concretizar-se melhor os princípios da intersectorialidade e da participação dos jovens.

“Os Centros de Saúde correspondem às entidades de menor formalidade, em que a separação entre serviços, utilizadores e as respectivas circunstâncias de vida pode ser menos marcada; tal facto pode favorecer as acções de promoção de saúde e de cuidados antecipatórios” (Prazeres Vasco, 1998:37). Há contudo, outras equipas como as de Saúde Pública, as de Saúde Escolar, as de Educação para a Saúde, as dos Adolescentes, que também desempenham, em muitos locais, papel de relevo nesta matéria.

“A existência de um profissional ou de uma equipa que possa polarizar as motivações, as iniciativas e a informação útil sobre a saúde e a prestação de cuidados aos adolescentes da área constitui um recurss indispensável de cada Centro de Saúde” (Prazeres Vasco, 1998:38).

Um espaço de adolescentes deve ser autónomo em questões como privacidade, confidencialidade, sigilo, convívio e horário, tendo a capacidade de ser acessível e capaz de responder às necessidades dos jovens (Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

22.3 – Características do atendimento ao adolescente

Dinamizar o convívio dos adolescentes com os serviços de saúde e tentar melhorar os cuidados prestados implica salvaguardar diferentes características do atendimento juvenil ligadas a: acessibilidade, o fácil acesso e a disponibilidade de cuidados apropriados são indispensáveis e dependem da concretização de outros atributos como a visibilidade e o reconhecimento, modelos e organização dos cuidados devem ser divulgados, reconhecidos e credibilizados entre os profissionais, e na comunidade a que se destinam (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Em qualidade, devem ser abonados níveis mínimos de cuidados a todos os jovens de uma comunidade e que estes possuam um grau de satisfação elevado. Quanto ao custo, a gratuidade, ou os custos mínimos, no acesso aos cuidados representam um elemento de aproximação essencial dos adolescentes aos serviços de saúde. A dimensão, dos serviços deve assegurar cuidados globais e continuados, deve conceder respostas eficazes a necessidades e problemas de saúde específicos dos adolescentes. A flexibilidade e diversidade, de profissionais e serviços, devem ter em conta a pluralidade cultural, étnica, social e individual dos adolescentes (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno, 1999, Marques António, 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Privacidade, confidencialidade e consentimento informado, o carácter privado das entrevistas constituem elementos fundamentais na aproximação aos cuidados de saúde e uma circunstância imprescindível do bom relacionamento profissional/adolescente. A confidencialidade e o consentimento informado são direitos que assistem aos adolescentes na relação de ajuda. Na participação juvenil devemos adequar os cuidados a um grupo etário, numa fase de socialização intensa, ouvindo-os e ponderando as respectivas opiniões, e envolvendo-os. Aspectos éticos, deontológicos e legais, constituem temas de importância crucial em saúde dos adolescentes. A privacidade e o sigilo na relação com os profissionais e a possibilidade de protagonizarem as decisões tomadas sobre si, no que respeita à saúde, são elementos-chave da ligação dos jovens aos profissionais e aos serviços.

A subvalorização destes aspectos ou a dúvida instalada acerca da sua aplicação constituem, regra geral, factor de afastamento dos adolescentes em relação às instituições de saúde.

Os enfermeiros e os profissionais de saúde em geral podem contribuir para que os jovens assumam, de forma progressiva, responsabilidade sobre as suas condutas pessoais face

à saúde. Para tal, é indispensável que lhes seja permitido discutir, sem constrangimentos, as preocupações, os comportamentos de risco ou os problemas de saúde.

A capacitação profissional nesta área da saúde pode ser incrementada de formas diversas e complementares, pela formação pré-graduada, através do desenvolvimento nos currículos dos temas ligados à sexualidade do adolescente. Pela formação pós-graduada, em que a formação em serviço assume importância particular, nomeadamente, mediante a frequência regular de sessões para apresentação e discussão de casos. Através de reuniões periódicas com o objectivo de melhorar a interacção dos diferentes profissionais de uma instituição e entre os que pertencem às várias instituições que se articulam.

Através da frequência de seminários e Workshops temáticos, que possibilitem e privilegiem a partilha de saberes e o estabelecimento de práticas concertadas entre as diferentes especialidades, sem que tal represente qualquer perda de identidade profissional (Prazeres Vasco, 1998; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Segundo estudos realizados por Navarro Fernanda, (1985), Vasconcelos Pedro, (1999), os adolescentes recorrem preferencialmente ao amigo, como fonte de informação nesta matéria; pais e educadores funcionam pouco como informadores espontâneos ou são pouco solicitados.

Assim a sexualidade parece continuar a ser um *tabu* onde pais, professores e profissionais de saúde, se sentem inseguros para abordar estes assuntos (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Quanto a nós, é para os adolescentes, de capital importância um correcto esclarecimento nesta matéria, até porque segundo Aswall citado por Loureiro Fernanda (1990:18) “(...) *custa menos oferecer aos jovens uma formação adequada em planeamento familiar e em vida sexual, que tentar resolver, como convém, os problemas postos pelo aborto e pelas possibilidades de educação perdidas, ou de combater os outros efeitos secundários indesejáveis da liberdade sexual de hoje*”.

Educação refere-se a uma formação de base, que não é normalmente ensinada em nenhuma disciplina ou ano, pois pressupõe a transmissão de normas, comportamentos, atitudes, valores morais ou religiosos. A informação pressupõe uma transmissão de conhecimentos neutra, não associada a quaisquer valores. Embora prioritariamente assumida pelos pais, pode e deve ser motivo de preocupação por parte dos profissionais de saúde. Assim a repartição da responsabilidade na educação sexual dos jovens adolescentes é indispensável, até porque a maioria dos pais, efeito da sua educação clássica *deficiente*, terão alguma dificuldade em vencer os próprios *tabus* e tomar

consciência da existência dos problemas e da importância primordial da sua cooperação em resolvê-los.

23 – QUADRO ÉTICO DE REFERÊNCIA

Toda a educação tem obrigatoriamente um quadro ético de referência: educar, no seu sentido mais lato, é sempre e de certa forma fazer a educação para os valores sejam estes quais forem e seja qual for o processo de educação utilizado. Considerando a educação sexual como uma parte do processo educativo integral, com implicações na realização particular e no relacionamento interpessoal de cada um, naturalmente não poderá deixar de referir-se também ela a um conjunto de valores, que deve respeitar escrupulosamente a individualidade de cada um e os seus valores pessoais culturais e familiares (Prazeres Vasco, 1998; Grande Nuno 1999; Sampaio Daniel, 2006).

A sexualidade humana, como constatamos não pode ser meramente reduzida aos seus aspectos anatomo-fisiológicos, por se tratar de uma característica e actividade humana extremamente enraizadas em aspectos emocionais, ao nível individual e no plano relacional.

A neutralidade moral não é possível quando se abordam comportamentos humanos, e particularmente no que toca aos comportamentos sexuais. No entanto uma pretensa *informação sexual*, que se reduza às componentes biológicas e preventivas da sexualidade, nem é desejável, nem escapa igualmente a referências éticas e morais (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco; Serrão Daniel & Nunes, 1998; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Assim quando nos referimos às metodologias da educação sexual, uma das questões fundamentais prende-se com a forma como se opera esta educação para os valores ligados à sexualidade. Devendo contribuir para habilitar os jovens a agirem autonomamente, adoptando e interiorizando opções conscientes e responsáveis nos diferentes contextos da vida, manifestando respeito pelos outros que com eles interagem, promovendo um relacionamento positivo e satisfatório com todos.

De acordo com estas considerações, constituem valores fundamentais na educação sexual; o reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte de prazer e comunicação, e uma componente positiva da realização pessoal e das relações interpessoais, o respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual, o promover a igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos, o respeito pelo direito à diferença, o reconhecer a importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade são valores de extrema importância e que é preciso implementar numa sociedade plural (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco 1998; Grande Nuno; Marques António, et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Brotando deste conjunto de valores, poderíamos indicar como grande objectivo da educação sexual o esta concorrer, ainda que parcialmente, para uma vivência mais advertida, mais gratificante, mais independente, logo, mais responsável da sexualidade humana (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco 1998; Marques António et al.,1999; Ministério da saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

23.1 – O enfermeiro e a ética

Os profissionais de enfermagem são constantemente chamados a intervir e a tomar decisões, no sentido da prevenção e promoção da saúde o que incluiu questões relacionadas com a sexualidade do adolescente. A enfermagem, empenhada numa luta emancipadora, ávida por se libertar de conexões ligadas à religião, à moral e à caridade com que vinha cuidando das pessoas em sofrimento, seguiu, por um rumo científico deixando para a arte uma insignificante parte do ser enfermeiro.

Numa menos favorável apreciação global da nobreza da profissão, passou-se a atribuir à ética um estatuto mínimo. Parece-nos pois, que as questões éticas são deficitárias na formação do enfermeiro. Em muitas escolas, elas foram, e são, aparentemente encaradas como menores no processo curricular e entendidas como pouco importantes pelos formandos (Grande Nuno, 1999; Manteigas Adelino, 2000).

Em saúde, não existem decisões sem uma componente ética subjacente (Serrão Daniel & Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999). A enfermagem é uma profissão que concretiza a sua acção nas pessoas. O enfermeiro contribui cada vez mais para a qualidade de vida dos indivíduos, devendo ter presente que cada ser humano tem uma forma particular de manter e consolidar o seu quotidiano, forma que foi desenvolvendo ao longo da vida e pela qual deve ser respeitado seja qual for a condição de saúde que apresente no momento em que precisa de cuidados. Acreditamos que um acto ético é aquele que o enfermeiro desenvolve conscientemente, de forma voluntária no exercício da sua liberdade, sem coacções externas, numa determinada situação (Grande Nuno, 1999; Manteigas Adelino; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Ao compreender a saúde e a sexualidade como uma forma de vida e, de estar na vida, ao centrar a sua actividade nas necessidades da pessoa, ao reconhecer e defender a consciência moral de cada ser humano, o enfermeiro converte toda a sua actividade num acto único de assinalável importância, *o acto de cuidar* (Basto Marta Lima, 1999).

O cuidar provém do enfermeiro, como pessoa e profissional, e é dirigido ao jovem que é portador de alguma ansiedade; cuidar é, pois, uma relação entre pessoas. Regra geral, temos tendência para levantar os problemas éticos exclusivamente nas situações

polémicas e complexas que surgem com o início ou com o final da vida humana. Sendo os enfermeiros profissionais que ajudam outros indivíduos a encontrar a melhor forma de viver; isto é algo que requer não só conhecimentos e experiências mas também (e sobretudo), a convicção profunda de que as possibilidades oferecidas a cada pessoa devem ser mantidas em todas as circunstâncias (Grande Nuno; Basto Marta Lima, 1999; Manteigas Adelino, 2000; Macpherson Annn, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Um dos aspectos a ter em consideração, conjuntamente com as teorias e os valores, com os princípios éticos e os modelos de tomada de decisões e que ajuda a analisar as respostas profissionais numa perspectiva ética, são os direitos da pessoa humana.

Estamo-nos a referir à Declaração Universal dos Direitos do Homem, à Constituição da República Portuguesa, à Declaração dos Direitos da Criança e aos Direitos do Doente. Os profissionais de enfermagem têm obrigação de procurar os mecanismos que possam ajudar a resolver as situações anómalas que surgem na profissão. Assim, neste contexto, passamos a citar o Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, Artigo 8.º ponto 1, Capítulo IV do REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), *“no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”*. O respeito por estes valores não poderá negar a autonomia da enfermagem. Os enfermeiros têm formas específicas para proteger a autonomia dos assistidos, conservando os limites da segurança e tendo em conta os padrões de cuidados no âmbito do seu trabalho.

II PARTE – OPÇÕES METODOLÓGICAS

1 – ABORDAGEM DO PROBLEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A sexualidade tem conquistado cada vez mais a atenção das pessoas, visto ser um *problema* que atinge grandes proporções e que afecta o jovem, o grupo a família e em ultima análise a comunidade: pais, professores, profissionais de saúde e a sociedade em geral.

A adolescência, que literalmente significa “*amadurecer para ser adulto*”, geralmente é considerada como um processo psicológico, social e de maturação que se inicia com as mudanças da puberdade. É um período da vida que apresenta problemas específicos de harmonia. Activada pelas mudanças internas e pelas pressões sociais, o jovem deve evoluir no caminho da independência.

A actividade sexual dos adolescentes é uma outra realidade que pais e educadores devem ter em apreço e levar especialmente em consideração (Navarro, 1985; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Damas Manuel; Vaz. J. Machado, 2007).

O grupo de amigos consolida-se e há uma procura nas relações afectivas. A rivalidade grupal desaparece e, daqui por diante, a afectividade heterossexual é o ponto dinamizador da sexualidade dos adolescentes. No grupo de jovens adolescentes, a educação sexual deve estar orientada para a maturação psicosssexual, afectos, contracepção e planeamento familiar.

Os profissionais de saúde devem proporcionar um clima que favoreça o diálogo. Não deve ser tanto a sua opinião que conta, mas mais o papel que desempenham, que permite dinamizar e estabilizar as diferentes opiniões. A sexualidade de cada um não é boa nem má e muito menos deverá ser avaliada em termos dos padrões dominantes da moral (Rodrigues J., 1989; Serrão Daniel & Nunes, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

O realce da educação sexual deve ser colocado na igualdade dos papéis sexuais, na tolerância face ao pluralismo de orientações e condutas sexuais. É nesta atmosfera de igualdade que os sentimentos de responsabilidade e autonomia se devem fortalecer (Serrão Daniel e Nunes, 1998; Grande Nuno; Marques António et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006).

A harmonia dos sentidos confunde-se com a apreensão da natureza e do universo. É ponto assente que a presença do calor ou do frio confunde as atitudes. Assim, o sol anima os sentidos, agudiza a boa disposição, fazendo *sonhar* (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Diamond Jared, 2001; Sampaio Daniel, 2006). A *alma*, com todas estas sensações agitadas pela luminosidade escaldante, deixa-se conquistar pela

universalidade sensorial. Na mente, activam-se olhares, odores, cores, sabores e a necessidade imperiosa da experimentação tocando, como que a mão fosse um prolongamento da visão e, tudo é vivido com tal intensidade, como que de uma grande festa se tratasse. Sentir, tocar, provar é impraticável sem a proximidade corporal. O corpo é convidado pelas percepções dos órgãos dos sentidos. A vista, o tacto, o odor, o gosto e o ouvido são agentes sublimes da vida sensorial que provocam sensações peculiares, vividas em função das circunstâncias, com prazer ou desagrado (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

A sexualidade, o acto sexual deve proporcionar a ambos os parceiros, uma cooperação e entrega harmoniosa, que permita através das mãos e de todas as outras partes do corpo a alegria de dar e receber prazer.

Isto é extraordinariamente importante no âmbito da sexualidade. Freud, esse *profeta* da sexualidade, demonstrou como o comportamento sexual entranhava as suas raízes na infância ao apresentar o condicionamento da criança dentro do tacto e da voz materna (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000).

A sensualidade é indício de anseio, de bem-estar e fascinação. Globalmente, a sensualidade está impregnada de e em todos os sentidos. Um olhar que *acaricia*, uma mão que levemente toca, um cheiro que fugazmente *agita*, o sabor de uma pele *maliciosa*, uma voz que *embala*, eis os ingredientes e detalhes indispensáveis que podem despoletar em cada um indescritíveis filões de prazer. A sensualidade, pode dizer-se, humaniza a sexualidade, sublimando o seu carácter meramente biológico, realçando as emoções femininas e masculinas que possibilitam a tranquilidade e o equilíbrio da relação sexual (Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

O mapa encantador de um corpo, contém importantes zonas erógenas a transbordar de emoções e cores que é importante conhecer. Acariciar uma zona erógena pode ser o equivalente a despoletar um *fogo de artifício*. A boca os seios e os órgãos genitais são zonas altamente erógenas e *potencialmente inflamáveis*. Fazer amor é muito mais que um trabalho técnico. É brincar, dar e receber, comunicar, tanto física como emocionalmente. Como para tudo, o prazer sexual requer uma aprendizagem (Andrade Isabel, 1996; Chambon Philippe, 1998; Moore Thomas, 1999; Lamas Dulce et al., 2000; Rosa João, 2001; Vaz J. Machado et al., 2007).

Como afirmam o psicanalista Jacques André, “o salto da puberdade é o que no ser humano evoca mais fortemente a sexualidade instintual”, e o sexólogo Gérard Zwang acrescenta: “tudo se passa como se a natureza só tivesse providenciado à espécie

humana uma única época de cio autêntico, na altura da chegada à maturidade genital” citados por (Poly Marie e Pagès Jean, 1999:124).

Entre a euforia e a desilusão, a alegria e o desvanecimento, a primeira relação sexual de um jovem casal é efectivamente uma aventura muito especial, na qual se emaranham sensações e se compartilham emoções. A percepção psicológica da primeira experiência sexual pode influenciar na posterior sexualidade do adulto. Ainda, neste contexto, para a esmagadora maioria dos(as) adolescentes, o chamado *primeiro amor sério* é na opinião de inúmeros estudiosos desta faixa etária, seguramente inesquecível.

A adolescência é sobretudo uma fase da vida de construção das bases da personalidade humana. Construção desse *eu* único que é cada um de nós. Os problemas que lhe podem estar ligados são próprios das contradições e tactear de caminhos num momento de opções, em que tão intensamente a vida é vivida (Cruz Gabriela, 1991; Vaz J. Machado et al., 2007).

A declaração da sexualidade nas crianças e nos jovens é algo que não deve ser reprimido. Sendo que a sexualidade é privada, dá prazer, gera filhos e pode transmitir doenças. Deve por tudo isto ser *ensinada* e exercida com alguns pré-requisitos; responsabilidade, respeito, amor e alegria. Sem estes condimentos torna-se um acto grosseiro, frio, cruel, arriscado e irresponsável. A vivência de uma sexualidade feliz e saudável não é crime nem é pecado, não deve ser uma vergonha, nem deve acarretar doença ou perigo. A vivência da sexualidade deve-nos tornar felizes, deve conter afectos e amor, devendo ser extremamente prazerosa (Gouveia A. Carla, 2000; Vaz J. Machado et al., 2007).

Do exposto podemos dizer que para que, os enfermeiros dos cuidados de saúde primários possam ajustar a sua ajuda às reais necessidades dos jovens nesta faixa etária é indispensável que efectuem estudos de campo. Nessa sequência propusemos fazer um estudo de cariz misto (quantitativo com um cunho qualitativo), transversal que tem por objectivos:

1. Identificar *conhecimentos, atitudes e opiniões* dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários das diferentes, então Sub-regiões de Saúde de Portugal Continental e das duas Secretarias Regionais de saúde das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira face à sexualidade dos adolescentes;
2. Comparar o nível de opiniões, conhecimentos e atitudes dos inquiridos; tendo em atenção variáveis como: sexo, idade, local de residência, tipo de escola frequentada, habilitações académico-profissionais, existência de filhos adolescentes, ter o hábito de lidar com adolescentes, ter formação específica para

lidar com adolescentes e ter formação específica sobre sexualidade, realização sexual dos inquiridos etc.

Finalidades:

- Elaborar um documento que possa ser útil a enfermeiros e outros profissionais de saúde que, directa ou indirectamente, se encontrem envolvidos na promoção da saúde sexual e na prestação de cuidados a adolescentes;
- Contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a saúde dos adolescentes;
- Contribuir para uma melhor prática dos cuidados de enfermagem.

2 – VARIÁVEIS

Um estudo científico, independentemente do seu tipo, contém obviamente variáveis que deverão estar contextualizadas nos objectivos e/ou nas hipóteses.

Na perspectiva de Lakatos (1995:61 e 62), *“variável é qualquer coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias. Uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia: um conceito operacional, que contém valores, aspecto, propriedade ou factos, discernível em um objecto de estudo possível de mensuração”*. Ainda na opinião do mesmo autor (1996:27 e 28), variável é *“uma quantidade susceptível de tomar certo número de valores (matemática), um fenómeno que muda de grandeza consoante os casos individuais (social)”*.

Segundo Lakatos (1995:27), *“variável dependente consiste naqueles valores (fenómenos, factores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente; é o factor que aparece, desaparece, ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente; a propriedade ou factor que é feito, resultado, consequência ou resposta a algo que foi manipulado”*.

Assim no nosso estudo definiu-se como variável dependente: *As opiniões, atitudes e conhecimentos dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários face à sexualidade dos adolescentes*. Para Polit e Hungler (1991), variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar e prever. Esta variável é consequência de uma pluralidade de muitas outras variáveis independentes.

Variável independente, segundo Gil (1995:61), *“é aquela que faz parte do fenómeno que não se pode modificar”*.

Para este estudo seleccionamos as seguintes variáveis:

Variáveis atributo

Idade (1)

Anos na profissão (2)

Ano terminus do curso (3)

Sexo (4)

Estado civil/situação conjugal (5)

Local de residência (6)

Habilitações (7)

Escola superior de enfermagem frequentada (8)

Local de trabalho (9)

Variáveis que configuram a comunicação/relação com os adolescentes

Tem filhos adolescentes (10)

Lidar habitualmente com adolescentes (11)

Grupos etários de adolescentes que mais procuram os serviços de saúde (12)

Sexo (feminino ou masculino) dos adolescentes que mais frequentemente recorrem ao Centro de Saúde (13)

Quais as questões que os adolescentes abordam mais frequentemente (15)

Variáveis que remetem para a formação/informação/conhecimentos sobre adolescência e sexualidade

Possuir formação específica para lidar com adolescentes (14)

Ter obtido informação relevante para lidar com adolescentes (16)

Possuir formação específica sobre sexualidade (17)

Aquando do início da actividade sexual dos inquiridos, estes possuíam conhecimentos sobre sexualidade (22)

Preparação para falar com os jovens sobre qualquer tema na esfera da sexualidade (45)

Como considera a informação que possui sobre sexualidade (50)

A puberdade é sobretudo (...) (55)

Perguntas que contêm as variáveis que configuram a “perspectiva”, opiniões e atitudes “valores” sobre a sexualidade

Palavra ou frase que define a sexualidade do adolescente (17)

As crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a liberdade sexual dos adolescentes (18)

Qual é na sua opinião o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais dos jovens adolescentes (19)

Acha que os adolescentes falam mais facilmente de sexualidade com (20)

Iniciou a sua actividade sexual (21)

Considera-se uma pessoa realizada sexualmente (23)

Considera a sua orientação sexual como (24)

Considera que numa relação homossexual pode ser uma relação amorosa como qualquer outra (24.1)

Considera a masturbação como (35)

Considera a promoção da saúde sexual na adolescência feita por profissionais avalizados (37)

Considera que falar de sexualidade aos adolescentes é incentivá-los a experimentar mais cedo (38)

Quais pensa serem os grandes problemas dos adolescentes da sua região, na área da sexualidade (30)

Quais pensa serem na esfera da sexualidade os grandes problemas na comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem (39)

Como é que pensa que habitualmente os adolescentes lidam com os seus problemas de índole sexual (41)

Quando os adolescentes pensam na sexualidade é (42)

Como é que acha que os adolescentes veem hoje a sexualidade (43)

Pensa que o adolescente se preocupa com a sua saúde (44)

Pensa que o adolescente se preocupa com a doença (45)

Acha que o adolescente se preocupa com a sua imagem corporal (46)

Como aconselharia um (a) jovem de 15 anos que lhe pedisse ajuda porque estava para iniciar a sua actividade sexual (47)

Que significa para si (rapaz ou rapariga) serem virgens aos 20 anos (48)

Socialmente pensa que a virgindade na rapariga ou no rapaz tem a mesma conotação (49)

O que pensa ser a essência do relacionamento de jovens entre os 16-19 anos com o sexo oposto (50)

Considera os adolescentes na área da sexualidade (51)

Na sua opinião como pensa que vivenciam os adolescentes a sua expressão sexual (52)

Na sua opinião a sexualidade é para o adolescente (53)

A seu ver os adolescentes estão receptivos á ajuda que os profissionais de enfermagem lhes podem oferecer para ultrapassar/resolver alguns dos problemas que os preocupam (60)

Indique o aspecto que na sua opinião deve sobretudo caracterizar o atendimento dos jovens adolescentes, pelos profissionais de enfermagem (59)

Em sua opinião com que idade se deve começar a namorar (70)

Na sua opinião há uma idade para iniciar a actividade sexual (71)

Em sua opinião para o adolescente são sobretudo *armas sensuais/sexuais* aspectos como (72)

Perguntas que contêm as variáveis que traduzem a existência de projectos e consultas na área da adolescência e sexualidade

No seu Centro de Saúde existe consulta específica para adolescentes (65)

O Centro de Saúde a que pertence tem algum projecto na área da adolescência (66)

Operacionalização de algumas variáveis

O *comportamento* sexual dos enfermeiros foi avaliado retrospectivamente através de um conjunto de variáveis relacionadas com as actividades praticadas, pelos inquiridos.

Para a ocorrência da situação da primeira relação sexual, foram consideradas cinco possibilidades de respostas: *flirt*, fase do namoro, depois de viver maritalmente, depois do casamento, ainda não iniciou.

Avaliação dos conhecimentos

Os *conhecimentos* dos enfermeiros foram avaliados através de questões relacionadas com a sexualidade e adolescência, considerando correctas as respostas mais abrangentes e completas das alternativas apresentadas pelas perguntas relativamente a cada item.

As respostas dos profissionais de enfermagem face às fontes de aquisição de conhecimentos sobre as temáticas em apreço foram agrupadas, em assuntos correlacionados.

Avaliação das atitudes

As *atitudes* foram avaliadas tendo por base a definição das mesmas, como opiniões e sentimentos que sustentam uma disposição para o profissional se comportar de uma determinada forma.

3 – HIPÓTESES

As hipóteses constituem um elemento muito importante no conhecimento científico, tornando-se, assim, imperativo a sua formulação. Sendo que neste tipo de estudo há um sem fim de condições, factores potencialmente condicionantes, tivemos obviamente necessidade de formular várias hipóteses, que nos permitiram comprovar ou não, as relações existentes entre as diferentes variáveis.

Na opinião de Richardson et al., (1989), na determinação dos fenómenos sociais intervêm múltiplos factores, frequentemente interdependentes, o que nos leva a estudar as relações de dependência apenas em termos limitados. Supõe-se que as variáveis escolhidas neste estudo são as mais importantes para explicar o fenómeno em apreço.

Assim no nosso estudo formulamos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos é influenciada pela idade, sexo e tipo de escola frequentada.

Hipótese 2: O hábito dos inquiridos em lidar com adolescentes é influenciado pela idade, sexo, habilitações e categoria profissional.

Hipótese 3: A formação específica dos enfermeiros inquiridos para lidar com adolescentes é influenciada pela idade, sexo, habilitações, categoria profissional, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e obter informação para lidar com adolescentes.

Hipótese 4: As questões mais frequentemente colocadas pelos adolescentes aos enfermeiros inquiridos são influenciadas pela idade, sexo e local de residência.

Hipótese 5: A obtenção de informação relevante por parte do enfermeiro para lidar com adolescentes é influenciada pela idade, habilitações, local de residência, ter filhos adolescentes e lidar habitualmente com adolescentes.

Hipótese 6: O possuir formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos é influenciado pela idade, local de residência, habilitações, ter formação de base sobre sexualidade, ter filhos adolescentes, lidar habitualmente com adolescentes e ter formação específica para lidar com adolescentes.

Hipótese 7: A palavra que para os inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região é influenciada pela idade, estado civil, local de residência, tipo de escola frequentada e ter filhos adolescentes.

Hipótese 8: O agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente é na opinião dos inquiridos influenciado pela idade, estado civil, local de

residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 9: A existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual dos inquiridos é influenciada pela idade, local de residência, ter formação de base sobre sexualidade e o contexto da iniciação sexual.

Hipótese 10: A opinião dos inquiridos sobre a normalidade de uma relação homossexual é influenciada pela sua realização e orientação sexuais.

Hipótese 11: A opinião que os enfermeiros inquiridos têm sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade é influenciada pelo local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade, existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual.

Hipótese 12: A opinião que os enfermeiros têm sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos é influenciada pela idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade.

Hipótese 13: A opinião que os enfermeiros têm sobre a idade relativa com quem os adolescentes (rapazes e raparigas) se iniciam sexualmente é influenciada pela idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto da sua iniciação sexual.

Hipótese 14: A opinião dos enfermeiros sobre se a sexualidade também se aprende é influenciada pelo estado civil, habilitações e posse de formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 15: A opinião dos enfermeiros sobre o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, tipo de escola frequentada e ter filhos adolescentes.

Hipótese 16: A opinião dos enfermeiros sobre o significado que os adolescentes atribuem à primeira relação sexual é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, tipo de escola frequentada e ter filhos adolescentes.

Hipótese 17: A opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência é influenciada pela idade, sexo, estado civil, ter filhos adolescentes, tipo de escola frequentada, ter formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 18: A opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos recorre com mais frequência à masturbação é influenciada pela idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 19: A opinião dos enfermeiros acerca de falar sobre sexualidade aos jovens adolescentes é influenciada pela idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 20: A opinião dos enfermeiros sobre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 e 15- 19 anos na esfera da sexualidade é influenciada pelo local de residência, ter filhos adolescentes, ter o hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 21: A opinião dos enfermeiros sobre os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem é influenciada pela idade, sexo, estado civil, habilitações, ter filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes.

Hipótese 22: A opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes lidam com os seus problemas de índole sexual é influenciada pela idade, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, hábito de lidar e ter formação específica para lidar com adolescentes e ter formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 23: A opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade é influenciada pelo local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 24: A opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes veem a sua sexualidade é influenciada pela idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter o hábito de lidar com adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Hipótese 25: A opinião dos inquiridos sobre a forma de aconselhar um jovem de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual é influenciada pela idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.

Hipótese 26: A opinião dos inquiridos sobre o significado da virgindade aos 20 anos no rapaz e na rapariga é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes, ter formação específica sobre sexualidade e contexto da sua iniciação sexual.

Hipótese 27: A opinião dos inquiridos sobre o significado da igualdade da conotação da virgindade na rapariga e no rapaz é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes.

Hipótese 28: A opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

4 – MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 – Tipo de estudo

A metodologia deve ser escolhida mercê dos objectivos do estudo, dos resultados esperados e do tipo de análise que se deseja efectivar (Albarelo, Luc et al., 1997).

Trata-se de um estudo de cariz misto (quantitativo com um cunho qualitativo), exploratório, descritivo, analítico e transversal. Este tipo de estudo pretende obter informação acerca do estado actual dos fenómenos, tentando precisar a natureza de uma situação tal como ela existe no momento do estudo. Para Polit e Hungler (1991:198); *“os estudos de corte transversal consistem na colheita de dados num período de tempo ou momento particular”*.

Pesquisas desta natureza têm por objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1995). Neste estudo pretendeu-se, conhecer algumas das características dos profissionais de enfermagem inquiridos, as suas opiniões e atitudes, comportamentos e conhecimentos face à sexualidade do adolescente, bem como procurar identificar o que e, quem contribui para essas atitudes e conhecimentos.

Face aos objectivos e à natureza da problemática em estudo optou-se pela combinação de dados quantitativos e qualitativos. Polit e Hungler (1991:287) sustentam que a combinação criteriosa destes dois métodos de pesquisa *“é capaz de levar mais valias importantes à natureza multidimensional da realidade que, de outra forma, poderia ser intangível”* além de oferecer a possibilidade de suprimento das carências de um tipo ou de outro de dados.

4.2 – População

Qualquer estudo necessita de um determinado universo ou população de elementos onde o investigador irá procurar testar as suas questões de investigação, confirmando ou não a relação que estabelece entre as variáveis.

Fortin (1999:202), define população como *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*.

Para Lakatos (1996:37), uma amostra *“é uma porção ou parcela, convenientemente seleccionada do universo (população), é subconjunto do universo”*.

Em conformidade com os objectivos do nosso estudo, a população alvo é a correspondente a profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, de todas à época, Sub-regiões de Saúde de Portugal Continental e Secretarias Regionais de

Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, que exercem actividade profissional no nosso caso concreto em 226 Centros de Saúde, num total de 1735 profissionais.

A opção por esta população, resulta da nossa *interessante* experiência neste tipo de cuidados e simultaneamente da ambição em poder talvez fazer extrapolações para a população dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários em geral.

Embora convictos da imensa tarefa que iríamos ter de enfrentar, sem qualquer tipo de facilidades.

4.3 – Instrumento de recolha de dados

Para a realização da colheita de dados optamos pela utilização dum instrumento sob a forma de questionário de auto preenchimento, voluntário e anónimo (em Anexo). Instrumento de recolha de dados muito utilizado em ciências sociais e humanas, que torna possível a compreensão de opiniões, atitudes e conhecimentos. Na opinião de Fortin (1999:248) “... *um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos*”. Segundo Lakatos (1996:88), o questionário “*é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador*”.

Para a elaboração do questionário que constitui o instrumento de notação deste estudo, foram consultados alguns trabalhos realizados em *paralelo* com o nosso estudo e com metodologia aproximada, nomeadamente Fernanda Navarro (1985), Loureiro (1990), Moradela (1992), Grelo Sousa (2001), Brás Manuel (2002) e ainda o Centro de investigação Científica em Saúde Comunitária (1998).

A versão final do instrumento é composta por questões fechadas e abertas, como nos recomendam entre outros, Fortin (1999); estas estão directamente relacionadas com o problema em estudo e provêm da operacionalização das variáveis, contribuindo assim para a concretização dos objectivos em estudo.

O questionário é constituído por duas partes distintas.

A primeira parte destina-se a obter dados pessoais, sociais sobre os profissionais de enfermagem e questões que permitam conhecer a relação/comunicação dos profissionais com os adolescentes.

A segunda parte do questionário é constituída por questões que vão permitir a operacionalização das variáveis dependentes e também, independentes, permitindo identificar as opiniões, atitudes e conhecimentos, dos profissionais de enfermagem face à sexualidade dos adolescentes.

Para identificar as atitudes e, tendo em consideração a ideia veiculada por Selltitz et al., (1987), de que uma média de respostas em relação a um determinado número de itens é a melhor amostra das verdadeiras atitudes do informante do que a resposta a uma única questão, optámos pela utilização de várias respostas para avaliar as atitudes dos profissionais de enfermagem face à sexualidade. Tendo em conta a fundamentação teórica, foram criados 12 itens em escala de Likert, como aconselha Mucchielli Roger (1975), pois é um procedimento ou técnica que procura medir a *intensidade* das opiniões ou as reacções de um indivíduo com referência a um objecto de opinião.

Trata-se de uma escala ordinal com cinco possibilidades de resposta, em que optámos pela posição central ou neutral pois considera-se que desta forma é permitido aos inquiridos o seu posicionamento em relação a todas as situações apresentadas.

4.3.1 – Pré – teste

O instrumento utilizado para recolha de dados foi previamente submetido a aplicação com o objectivo de avaliar o seu grau de explicitação e compreensão das questões em causa, como recomendam (Quivy & Campenhout, 1992).

O questionário foi aplicado a 30 profissionais de enfermagem das então, Sub-regiões de Saúde de Vila Real (C.S. Boticas), Porto (C.S. Barão do Corvo), Alentejo (C.S. Alandroal) e Lisboa (C.S. Ajuda) com características semelhantes às da população em estudo. A sua aplicação fez-nos constatar a necessidade de reformular duas questões. O tempo médio de preenchimento de cada questionário, foi de (55 minutos) cinquenta e cinco minutos.

4.4 – Procedimentos gerais para a colheita de informação

As instituições foram contactadas através dos Coordenadores das dezoito (18) então, Sub-regiões de Saúde do Continente e as duas (2) Secretarias Regionais de Saúde da Madeira e Açores, de forma a obter o apoio e autorizações necessárias para a realização do estudo. O pedido era acompanhado do instrumento de colheita de dados, metodologia de investigação e dos objectivos do estudo. Pedidos estes que foram acolhidos com interesse e espírito de colaboração, o que agradecemos.

Para cada Centro de Saúde foram enviados em envelopes (após a devida autorização e contacto) os questionários em média correspondentes ao número de profissionais por cada unidade de saúde (10 enfermeiros), num total de 293 Centros de Saúde isto é 2930 questionários; responderam respectivamente 226 o que equivale a (77,13%) dos Centros de Saúde e, 1848 dos enfermeiros o que percentualmente são (63,07%), destes foram

validados 1735 ou seja (59,21%) dos questionários por se encontrarem totalmente preenchidos, tendo sido rejeitados 113 questionários por deficiente preenchimento.

Sendo que houve 67 Centros de Saúde que não colaboraram, e ainda alguns Centros de Saúde que não devolveram a totalidade dos instrumentos por situações diversas: umas não tinham enfermeiros nesta quantidade, outros ainda porque nem todos aderiram, mas houve contudo vários Centros de Saúde que nos devolveram em número superior ao enviado, após minha autorização uma vez que tinham mais de dez enfermeiros; para o efeito fizeram cópia, e preencheram-nos; assim se justifica haver Centros de Saúde com números superiores à média enviada.

As respostas obtidas reportam-se exclusivamente às *opiniões* dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários inquiridos, no período de 25 de Março de 2004 a 25 de Julho de 2005.

4.5 – Critérios de análise das variáveis e das hipóteses formuladas

Todas as variáveis em estudo foram analisadas individualmente. As informações recolhidas para a amostra da população foram inicialmente analisadas com a metodologia estatística descritiva usual, após a sua informatização recorrendo-se aos programas SPSS (*Statistical Psychologic and Society Science*) versão 14,0.

Os resultados foram, por vezes descritos em percentagens.

As proporções foram comparadas recorrendo ao teste do Qui-Quadrado, com simulação Monte Carlo, quando o valor esperado em alguma das células era inferior a vinte.

A magnitude das associações foi medida através do cálculo de Odds Ratios e respectivos intervalos de confiança a 95% e ajustados por regressão logística não condicional. As variáveis quantitativas foram comparadas pela prova de Kruskal-Wallis.

As variáveis nominais são apresentadas em valores absolutos e percentagens.

Para as variáveis numéricas utilizar-se-ão as medidas possíveis de aplicação: medidas de tendência central e medidas de dispersão.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado por via informática, utilizando para o efeito o programa SPSS (*Statistical Psychologic and Society Science*) na versão 14,0.

Pretendemos testar as hipóteses formuladas e avaliar os resultados ao nível de significância de 0,05.

METODOLOGIA ESTATÍSTICA:

A organização, apresentação e análise dos dados foram realizados com base no programa SPSS 14,0 *for Windows* e no InfoStat 2,0. A apresentação dos resultados parte de uma análise univariada, estudo de uma só variável, amplifica-se com uma análise bivariada e termina com uma análise multivariada, estudo de três ou mais variáveis simultaneamente.

Em relação à análise univariada, apresentamos as estatísticas descritivas, nomeadamente as frequências absolutas e relativas, o mínimo e máximo, a moda, a mediana, a média, desvio padrão e gráficos. Em relação aos gráficos, quando as variáveis eram do tipo quantitativo, recorremos ao histograma com curva normal; quando a variável era nominal, ao gráfico circular e quando a variável era ordinal ao gráfico de barras.

No que diz respeito à análise bivariada, cruzamos nomeadamente as variáveis em estudo pelas Sub-regiões de Saúde e pelas Regiões de Saúde ou com as variáveis independentes enunciadas nas hipóteses, aplicamos vários testes paramétricos e não paramétricos.

O teste de Kruskal-Wallis é considerado como uma alternativa não-paramétrica à ANOVA a um factor, sendo aplicado para comparar uma variável quantitativa ou uma variável ordinal em dois ou mais grupos.

O teste de Qui-Quadrado, serve para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é testa se existe independência entre uma variável relativamente a outra variável. O teste de Qui-Quadrado só pode ser aplicado quando o $N > 20$, quando todos os valores esperados são superiores a 1 e quando pelos menos 80% dos valores esperados são superiores ou iguais a 5. Desta forma, quando não se verificavam estes pressupostos, recorremos à simulação pelo método Monte Carlo sugerida por Maroco, (2007) e que não é mais do que uma aplicação do teste de Qui-Quadrado para uma amostra do tamanho de 10000 de forma a superar as lacunas acima apresentadas.

Na análise bivariada, também recorremos a análise de correspondências simples e a análise biplot. A análise de correspondências simples corresponde na prática a um gráfico de baixa dimensão, geralmente igual a 2, onde se projectam as características das variáveis e onde a proximidade das categorias das duas variáveis em estudo, representam na prática a existência de associação. A análise biplot consiste na projecção de indivíduos, por Sub-regiões ou Regiões de Saúde sobre um espaço formado por um conjunto de variáveis quantitativas.

Por último, no que diz respeito análise multivariada, recorremos a análise factorial, análise de correspondências múltiplas, regressão logística, regressão ordinal e regressão multinomial.

A análise factorial é uma técnica de análise exploratória que tem como objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-correlacionadas de modo a construir novas variáveis denominados factores.

A análise de correspondências múltiplas não é mais que uma extensão da análise de correspondências simples.

A Regressão Logística (RL) é aplicada quando a variável dependente é de tipo dicotómica e as variáveis independentes são de tipo qualitativas e/ou quantitativas e serve para construir um modelo para estudar a probabilidade de ocorrência de uma das duas categorias da variável dependente.

O modelo da regressão logística simples (com uma variável independente) é dado pela expressão abaixo, onde a variável dependente não Y, ou P [Y=1], mas sim o Logit ($\hat{\pi}$).

$$\text{Logit}(\hat{\pi}_j) = \beta_0 + \beta_1 X_j \quad (j = 1, \dots, n)$$

Quando existem mais de uma variável independente X_i ($i=1, \dots, p$), o modelo amplia-se para:

$$\text{Logit}(\hat{\pi}_j) = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \dots + \beta_p X_{pj}$$

Para avaliar a significância dos modelos acima, baseamo-nos no cálculo da estatística G^2 (Agresti, 2002) que compara o modelo nulo com o modelo completo e obtêm-se a partir do *rácio* das verosimilhanças dos dois modelos, é uma medida do incremento da qualidade do modelo nulo (i.e. o modelo r apenas com β_0) por adição da(s) variável(eis) independente(s).

$$G^2 = X_0^2 - X_C^2 = -2LL_0 - (-2LL_C) = -2Ln \left[\frac{L_0}{L_C} \right] \sim \chi^2_{(p)}$$

Assim, quando o teste é significativo ($P < 0,05$), podemos concluir que existe uma relação significativa entre a(s) variável(eis) independente(s) e o resultado da variável dependente. O teste de qualidade de ajustamento de Hosmer-Lemeshow (χ^2_{HL}) é calculado dividindo os indivíduos em dez grupos de dimensão quase homogénea, onde se comparam os valores observados com os valores esperados (calculados com o modelo), tendo o modelo qualidade significativa quando os primeiros são significativamente iguais aos segundos, isto é que o teste é não significativo ($P > 0,05$).

A qualidade do modelo pode ser avaliada pelo coeficiente de determinação, Cox & Snell R Square (R^2_{CS}) e Nagelkerke R Square (R^2_N), que na prática são pseudo R Square

utilizados na regressão linear e correspondem à proporção de variação da variável dependente explicada pelo modelo.

Quando obtemos um modelo de regressão logística significativa, torna-se conveniente interpretar o sentido da variação da variável dependente, originado pela variação na variável independente. A forma mais prática e mais comum de o realizar, é de utilizar o indicador OR – *Odds Ratio* que nos traduz a razão entre a probabilidade do sucesso (π) face à probabilidade do insucesso ($1 - \pi$), i.e. as *chances* de se observar o sucesso ($Y = 1$) relativamente ao insucesso ($Y = 0$).

A qualidade do modelo também pode ser avaliada pelo poder classificativo do modelo. Este valor não é mais que um *rácio* que tem o número de indivíduos bem classificados (com sucesso ou insucesso) sobre o número total de indivíduos. Relembramos que um indivíduo bem classificado é um indivíduo que manteve a categoria inicialmente observada com aplicação do modelo. Se a percentagem de casos classificados correctamente pelo modelo for superior em pelo menos 25% à percentagem de classificação proporcional por acaso, considera-se que o modelo tem boas propriedades classificativas.

Outra forma de medir a qualidade do modelo é a medição do poder discriminativo do modelo que permite discriminar os sujeitos com a característica de interesse vs. sujeitos, sem a característica de interesse é a área sob a curva ROC. A área desta curva varia entre 0 e 1. Se a área for igual 0.5 o modelo não consegue discriminar os sujeitos com vs. sem característica melhor do que a escolha por mero acaso (por exemplo, mandando uma moeda ao ar). Por outro lado quanto mais próximo a área for de 1, maior é a capacidade do modelo para discriminar os indivíduos que apresentam a característica de interesse (sucesso) dos indivíduos que não a apresentam (insucesso).

Hosmer & Lemeshow (2000) apresentam valores indicativos da área ROC que podem ser utilizados para classificar o poder discriminante do modelo de regressão e que, numa regra de aplicação geral, são dados pela seguinte tabela:

Área ROC	Poder discriminante do modelo
0,5	Sem poder discriminativo
]0,5;0,7[	Discriminação fraca
]0,7;0,8[	Discriminação aceitável
]0,8;0,9[	Discriminação boa
$\geq 0,9$	Discriminação excepcional

O modelo de Regressão Logística, onde a variável dependente é nominal dicotómica pode, de forma relativamente simples, ser expandido para o caso em que a variável dependente é nominal policotómica (i.e. apresenta mais de 2 classes mutuamente exclusivas). Em rigor, o modelo de regressão logística não é mais do que um caso

particular da regressão multinomial, em que a variável dependente apresenta apenas duas classes. Porém, em termos de aplicabilidade prática o modelo logístico é mais comum e só por isso, neste estudo, iniciamos a análise de regressão de variáveis dependentes qualitativas pela regressão logística.

Os *rácios das chances* (*Odds ratio*) são calculados para cada uma das k classes relativamente à classe de referência 0. Para a classe c ($c = 1, \dots, k - 1$) variável dependente relativamente à variável independente i ($i = 1, \dots, p$) o *rácio das chances* é:

$$OR(c, 0 | X_i) = \exp(\beta_{ci}) = \frac{P(Y=c | X_i = x_i + 1) / P(Y=0 | X_i = x_i + 1)}{P(Y=c | X_i = x_i) / P(Y=0 | X_i = x_i)}$$

Note-se que na regressão multinomial, o *rácio das chances* é sempre relativo à classe de referência. Se for necessário calcular o *rácio das chances* relativamente a uma outra classe, por exemplo da classe 2 relativamente à classe 1, estas podem obter-se considerando a razão entre as probabilidades de se observarem as duas classes de interesse.

No modelo de regressão ordinal, a estrutura é semelhante à da regressão logística, com excepção na variável dependente que é de carácter ordinal.

A avaliação da qualidade do ajustamento e do modelo é feita de modo equivalente ao descrito anteriormente para a regressão logística. A significância do modelo é avaliada pelo teste do *rácio* de verosimilhanças, ou pelos testes do Qui-quadrado e da Deviance (se estes puderem ser aplicados) enquanto que a significância prática do modelo é avaliado pelos pseudo-R². A avaliação do tipo de modelo (logit ordinal, probit ordinal, modelo de escala, etc.) pode fazer-se de uma forma simples, comparando o -2LL dos dois modelos em causa.

Para aplicar o modelo de regressão logística, é impreterível verificar o pressuposto da homogeneidade dos declives. Se este não se verificar, recomenda-se a aplicação da regressão multinomial.

A interpretação do significado dos coeficientes estimados é feita de forma semelhante aos coeficientes da regressão logística. Um coeficiente positivo traduz o aumento da variável dependente originada pelo aumento de uma unidade na variável independente. Um coeficiente negativo traduz uma diminuição na variável dependente originado pelo aumento de uma unidade na variável independente. Para as variáveis independentes qualitativas, a interpretação é semelhante à utilizada na regressão logística, com os OR.

III PARTE – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A sexualidade humana, é um dos domínios em que, de uma forma muito sublinhada, se encontram entrelaçados aspectos de ordem biológica, psicológica e sociocultural, cuja influência é determinante de atitudes e comportamentos.

No momento em que cada vez mais se manifesta a importância da sexualidade no adolescente e em que esta tomada de consciência põe em causa os valores morais tradicionais, desencadeando reacções de temor em muitos adultos e até profissionais de saúde e muito particularmente nos de enfermagem, parece profícuo reflectir sobre os resultados obtidos.

Tal como Vasconcelos Pedro (1999), pensamos que falar em sexualidade na adolescência, no singular, oculta o logro, típico das caracterizações identitárias generalizantes, que é o de pressupor a homogeneidade das práticas, sentimentos, e pensamentos de uma qualquer categoria populacional. Esta categoria é marcada, de facto, pela diversidade das situações sociais objectivas e subjectivas, que a compõem. Não há uma adolescência mas adolescências constituídas por redes relacionais de diferenças sócio-culturais, que estrutura proximidades e distâncias sociais relativas.

Assim é importante fazer alusão à população em estudo. Esta, composta por 1735 profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários de 226 Centros de Saúde do Continente e Regiões Autónomas da Madeira e Açores, no período de 25 de Março a 25 de Julho de 2005.

Os dados referem-se exclusivamente ao grupo de sujeitos inquiridos, não podendo ser efectuadas extrapolações para a população de enfermeiros em geral uma vez que este estudo se centra numa amostra de profissionais de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, portanto inválida para esse tipo de conclusões.

Contudo estamos *crentes* de poder fazer extrapolação dos resultados para os restantes profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários que exercem actividade nestes e nos restantes Centros de Saúde que não entraram no estudo.

Dado que as variáveis em estudo envolviam dimensões afectivas de opiniões, atitudes e conhecimentos dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários face à sexualidade dos jovens adolescentes, consideramos que o método de recolha de dados mais adequado seria o questionário. As respostas obtidas através do instrumento de recolha de dados, sobre a orientação, a realização e as práticas sexuais devem ser lidas preferencialmente como declarações. Pois embora remetam para orientações, realizações e práticas comportamentais concretas e com elas têm alguma correspondência, devem estas ser

tomadas como respostas tendencialmente adequadas ao que o inquirido espera que seja a resposta profissional, social e *politicamente* mais correctas.

Reportando-nos ao referencial teórico, pensamos que ficou claro, que a convergência de padrões sexuais está longe de ser absoluta, persistindo ainda, crenças tradicionais sobre o comportamento sexual dos rapazes e das raparigas; o primeiro orientado pelos valores da virilidade e da compulsão sexual enquanto que, a sexualidade feminina continua subordinada a uma lógica de preservação. Deste modo, as respostas dos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, do sexo feminino e do sexo masculino, não podem ser desligadas dos estereótipos dominantes sobre o que pensa que deve ser, respectivamente, o comportamento sexual do rapaz e da rapariga.

A sociedade portuguesa parece ser mais culpabilizante e negativa quanto à sexualidade feminina.

A apresentação e análise dos dados é um processo que tem por objectivo resumir as *observações* que foram realizadas para que forneçam respostas às questões da pesquisa, contudo deve proporcionar um significado mais amplo para essas respostas, relacionando-as com outros conhecimentos disponíveis.

Como pretendemos fazer a avaliação de eventuais diferenças entre a opinião de enfermeiros dos dois sexos, a comparação das características observadas nos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, do sexo masculino e feminino, é efectuada com base nos dados relativos aos itens do questionário em função do sexo. Dado que o sexo foi tomado como uma variável independente, isto é, possível de poder influenciar os resultados de algumas outras variáveis. Será obviamente objecto do nosso particular interesse.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

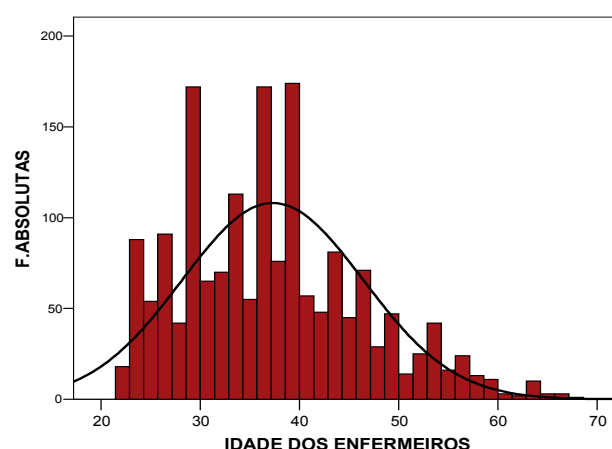
A população em estudo é constituída por 1735 profissionais de enfermagem que exercem actividade em 226 Centros de Saúde nas 18 (então) Sub-regiões de Saúde do Continente e nas 2 Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas da Madeira e Açores.

Assim das respostas obtidas dos 1735 profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários que participaram no nosso estudo (93,3%) dos enfermeiros inquiridos são do sexo feminino, enquanto que (6,7%) são do sexo masculino. A maioria dos inquiridos pertence ao sexo feminino, o que vem de encontro à distribuição por sexo a nível nacional, (dados da Ordem dos Enfermeiros de 2002) e também a nível internacional, isto é, uma profissão exercida maioritariamente por mulheres.

1 – CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DOS INQUIRIDOS

1.1 – IDADE DOS ENFERMEIROS

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade



A idade dos enfermeiros inquiridos varia de um mínimo de 22 anos até um máximo de 68 anos, com uma moda de 39 anos. A distribuição das idades apresenta uma configuração assimétrica positiva, significando que a profissão de enfermagem dos cuidados de saúde primários é relativamente jovem; tendo uma média de idades de 37,3 anos, o que corresponde exactamente aos resultados do estudo de Mestrado realizado pelo autor em (2002) e um desvio padrão de 9,2 anos.

Comparando a média da idade dos enfermeiros inquiridos com a média apresentada pela ordem dos enfermeiros em (2002), (38,7anos) ($t=-6,406$; g.l.=1735; $P < 0,001$), vemos que os valores são significativamente diferentes e inferiores. Pela análise da mediana,

observamos que (50%), dos enfermeiros tem entre 22 e 37 anos e os outros (50%), têm entre 37 e 68 anos de idade.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade dos enfermeiros

Idade dos enfermeiros (Anos)	
Mínimo	Máximo
22	68
Média	Desvio Padrão
37,3	9,2
Moda	Mediana
39	37

Realizando a observação das idades por classes etárias, vemos que (24,3%) dos enfermeiros têm entre (36 e 40 anos). De outra forma, dados apresentados pela ordem dos enfermeiros no ano 2002, davam a classe etária de (31-35 anos) a de maior frequência (para a classe no geral).

Tabela 2 – Tabela de frequências das classes etárias dos enfermeiros

Classes Etárias (Anos)			
Classes Etárias	F. Absolutas	F. Relativas	F. Relativas #
21-25 anos	160	9,2% (-)	9,7%
26-30 anos	305	17,6% (-)	18,4%
31-35 anos	303	17,5% (-)	18,6%
36-40 anos	422	24,3% (+)	14,2%
41-45 anos	231	13,3% (+)	12,0%
46-50 anos	147	8,5% (-)	8,9%
51-55 anos	97	5,6% (-)	8,7%
56-60 anos	48	2,8% (-)	5,7%
61-65 anos	18	1,0% (-)	2,7%
66-70 anos	4	0,2% (-)	1,0%
Total	1735	100,0%	

Fonte: Ordem dos enfermeiros 31/12/2002 (relativamente a todos os enfermeiros).

Pela aplicação de Teste de Aderência do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 202,385$; g.l.=9; $P < 0,001$), podemos concluir que a proporção observada das idades dos enfermeiros inquiridos é significativamente diferente da proporção observada pela ordem dos enfermeiros em 2002. Apesar desta diferença, vemos que a estrutura é a mesma, mas desfasada de mais ou menos 5 anos, o que vem dar representatividade à amostra inquirida.

Pela observação da (tabela 3), vemos que as Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros apresentam uma média de idades mais elevada são: Évora (41,5 anos), Leiria (40,5 anos), Faro (40,1 anos), Viseu (39,0 anos) e Vila Real (38,9 anos).

Ao inverso, os Açores (34,1 anos), Viana de Castelo (34,5 anos), Beja (35,0 anos), Madeira (35,1 anos) e Castelo Branco (35,3 anos) são as Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros apresentam uma média de idades mais baixa.

Observando os resultados da (tabela 4 em anexo), deduzimos que os enfermeiros subordinados à Região de Saúde do Algarve têm maior média de idades (40,1 anos) e os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e Açores têm menor média de idade (35,1 e 34,1 anos, respectivamente).

Recorrendo ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (KW=84,336; g.l.=19; $P < 0,001$) e (KW=37,651; g.l.=6; $P < 0,001$), podemos concluir que existem diferenças significativas na idade dos enfermeiros respectivamente segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde onde exercem actividade profissional.

Tabela 3 – Idade dos enfermeiros (em anos) segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Estatísticas Descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	D. Padrão	M. Ordem
Açores	57	22,0	56,0	34,1	7,7	695,5
Aveiro	99	22,0	63,0	35,7	9,1	773,8
Beja	46	23,0	57,0	35,0	7,2	756,7
Braga	89	22,0	58,0	36,7	9,6	821,4
Bragança	126	22,0	64,0	35,5	10,2	744,0
C. Branco	55	22,0	57,0	35,3	8,5	758,7
Coimbra	63	23,0	60,0	38,3	8,3	938,3
Évora	94	27,0	68,0	41,5	9,8	1072,4
Faro	67	26,0	55,0	40,1	7,6	1054,0
Guarda	75	23,0	65,0	38,4	9,0	936,0
Leiria	115	24,0	67,0	40,5	10,2	1025,6
Lisboa	185	22,0	67,0	37,2	7,9	883,6
Madeira	73	22,0	56,0	35,1	7,0	767,9
Portalegre	82	22,0	56,0	37,2	7,6	891,5
Porto	173	22,0	64,0	35,5	10,0	761,5
Santarém	89	23,0	67,0	37,9	10,8	862,9
Setúbal	84	23,0	64,0	38,5	8,0	956,5
V. Castelo	43	22,0	52,0	34,5	8,4	717,8
V. Real	81	24,0	63,0	38,9	8,9	960,6
Viseu	39	24,0	63,0	39,0	9,1	961,3
Total Geral	1735	22,0	68,0	37,3	9,2	-----

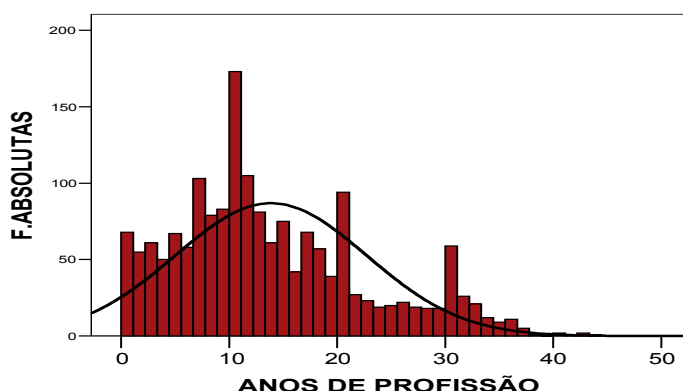
1.2 – ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS INQUIRIDOS

Tabela 4 – Estatísticas descritivas dos anos de profissão dos enfermeiros inquiridos

Anos de profissão dos enfermeiros	
Mínimo	Máximo
1	44
Média	Desvio Padrão
13,9	8,9
Moda	Mediana
12	12

O tempo de exercício profissional dos enfermeiros inquiridos varia de um mínimo de 1 ano até um máximo de 44 anos, sendo o tempo mais frequente de 12 anos. O autor no seu estudo de (2002), chega a números bastante semelhantes, tendo obtido o mínimo de 1 ano e o máximo de 35 anos de actividade profissional. A média de idades (13,9) anos é quase coincidente com a encontrada pelo autor em (2002) à altura era de (13,33 anos). A distribuição das idades apresenta uma configuração assimétrica positiva, significando que há uma parte dos enfermeiros que tem um tempo de exercício profissional inferior à média. Com base na mediana, observamos que (50%), dos enfermeiros tem entre 1 e 12 anos de serviço e os restantes (50%), entre 12 e 44 anos de serviço. Podendo dizer tratar-se de uma população significativamente experiente e simultaneamente jovem.

Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por anos de profissão



Agrupando o tempo de exercício profissional em classes, vemos que (24,3%), dos enfermeiros inquiridos têm entre 6 e 10 anos de profissão, (22,9%) entre 11 e 15 anos, (17,3%) dos enfermeiros têm entre 1 e 5 anos e (15,2%) têm entre 16 e 20 anos, distribuindo-se os restantes entre 21 e 45 anos de forma decrescente (gráfico 3 em anexo). Vemos assim que se trata de uma classe profissional com uma média de idades

relativamente jovem e simultaneamente com alguma experiência profissional, pois a maioria tem 15 ou mais anos de profissão.

Pela observação da (tabela 6 anexo IV), vemos que as Sub-regiões de Saúde que apresentam maior média de anos de serviço dos seus enfermeiros são Évora (17,6 anos), Leiria (17,1 anos), Faro (16,5 anos), Viseu (15,9 anos) e Setúbal (15,5 anos).

Ao inverso, os Açores (11,2 anos), a Madeira (11,6 anos), Bragança (11,8 anos) e Viana do Castelo (11,9 anos) são as Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros apresentam um menor tempo de exercício profissional.

Analisando o tempo de exercício profissional por Regiões de Saúde, é a Região do Algarve aquela que apresenta enfermeiros em média com mais anos de serviço (16,5 anos), pelo contrário são os enfermeiros das Ilhas (Madeira e Açores) que têm a menor média de tempo de exercício profissional (11,6 e 11,2 anos), respectivamente (tabela 5).

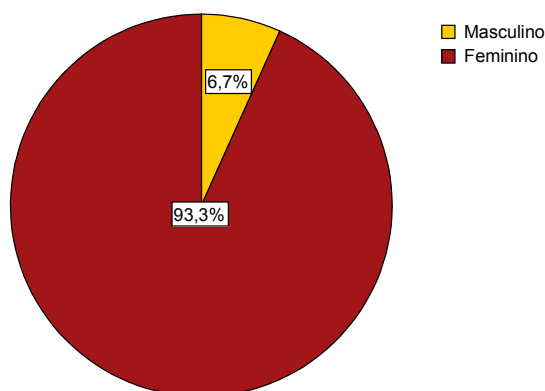
Recorrendo ao teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (KW=41,206; g.l.=6; $P<0,001$) e (KW=85,233; g.l.=19; $P<0,001$), podemos concluir que existem diferenças significativas no tempo de exercício profissional dos enfermeiros inquiridos, respectivamente segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde.

Tabela 5 – Tabela da média dos anos de profissão dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Estatísticas Descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	D. Padrão	M. Ordem
RS Norte	512	1,0	43,0	12,7	9,3	782,2
RS Centro	446	1,0	42,0	14,6	9,2	902,7
RS L.V. Tejo	358	1,0	44,0	14,2	8,4	904,8
RS Alentejo	222	1,0	41,0	15,2	8,7	951,5
RS Algarve	67	3,0	33,0	16,5 (+)	7,9	1046,7
RS Açores	57	1,0	28,0	11,2 (-)	7,4	724,1
RS Madeira	73	1,0	30,0	11,6 (-)	6,5	771,9
Total Geral	1735	1,0	44,0	13,9	8,9	-----

1.3 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O SEXO

Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo o sexo



Como era de esperar a maior parte (93,3%), dos enfermeiros inquiridos são do sexo feminino, (tabela 8 anexo V). O que vem de encontro à distribuição por sexo a nível nacional e internacional, bem como em consonância com as percentagens (87,9%), encontradas pelo autor no seu estudo em 2002, isto é uma profissão exercida maioritariamente por mulheres.

Pela aplicação de Teste de Aderência do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 155,559$; g.l.=1; $P < 0,001$), podemos concluir que a proporção observada do sexo dos enfermeiros inquiridos é significativamente diferente da proporção observada pela ordem dos enfermeiros em 2002 (para a população de enfermeiros em geral), havendo nesta significativamente mais enfermeiros do sexo masculino (18,3% contra 6,7%). Sendo que os inquiridos são os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, seria talvez de esperar que isto viesse a acontecer, pois da nossa experiência sempre exercemos actividade em minoria no que concerne ao sexo, os enfermeiros parecem-nos ser menos aliciados a exercerem profissionalmente neste tipo de Cuidados, que em Cuidados Hospitalares. Parece-nos da nossa própria experiência que os curricula escolares sugerem à partida maior carga horária por estes últimos e, ainda por os cuidados de saúde primários serem pelas suas próprias características menos aliciantes para o sexo masculino, que se revê mais na componente técnica do exercício da profissão.

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo o sexo e as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões De Saúde	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	5	8,8%	52	91,2%	57	100%
Aveiro	3	3,0%	96	97,0%	99	100%
Beja	2	4,3%	44	95,7%	46	100%
Braga	4	4,5%	85	95,5%	89	100%
Bragança	12	9,5%	114	90,5%	126	100%
C. Branco	5	9,1%	50	90,9%	55	100%
Coimbra	5	7,9%	58	92,1%	63	100%
Évora	6	6,4%	88	93,6%	94	100%
Faro	8	11,9%	59	88,1%	67	100%
Guarda	4	5,3%	71	94,7%	75	100%
Leiria	6	5,2%	109	94,8%	115	100%
Lisboa	2	1,1%	183	98,9%	185	100%
Madeira	5	6,8%	68	93,2%	73	100%
Portalegre	8	9,8%	74	90,2%	82	100%
Porto	23	13,3%	150	86,7%	173	100%
Santarém	3	3,4%	86	96,6%	89	100%
Setúbal	6	7,1%	78	92,9%	84	100%
V. Castelo	1	2,3%	42	97,7%	43	100%
V. Real	7	8,6%	74	91,4%	81	100%
Viseu	2	5,1%	37	94,9%	39	100%
Total Geral	117	6,7%	1618	93,3%	1735	100%

Comparando o sexo dos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde, vemos que as Sub-regiões com maior proporção de enfermeiros do sexo masculino são as Sub-regiões de Saúde do Porto (13,3%), de Faro (11,9%), de Portalegre (9,8%), de Bragança (9,5%) e de Castelo Branco (9,1%).

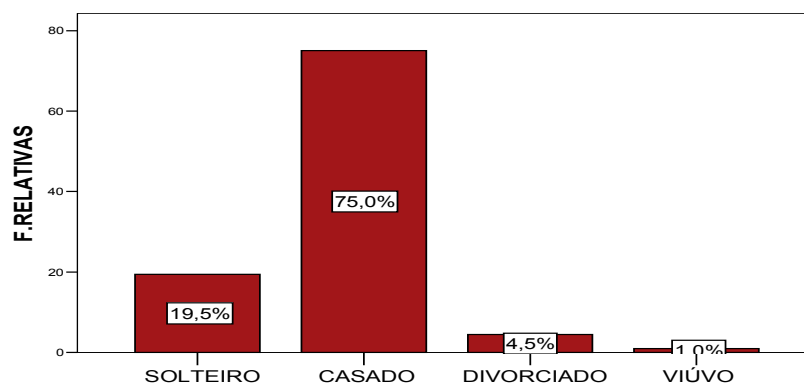
De forma inversa, vemos que Lisboa (98,9%), Viana do Castelo (97,7%), Aveiro (97,0%), Santarém (96,6%) e Beja (95,7%) são as Sub-regiões de Saúde com maior proporção de enfermeiros do sexo feminino.

Comparando o sexo dos enfermeiros tendo em conta a Regiões de Saúde a que pertencem (tabela 10 anexo VI), vemos que as Regiões de Saúde do Algarve e do Norte são as que apresentam maior proporção de enfermeiros do sexo masculino (11,9% e 9,2%, respectivamente) enquanto que a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta maior proporção de enfermeiros do sexo feminino (96,2%).

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=35,428$; g.l.=19; $P=0,013^{**}$) e ($\chi^2=16,749$; g.l.=6; $P=0,011^{**}$) podemos concluir que o sexo dos enfermeiros não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde trabalham.

1.4 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O ESTADO CIVIL

Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil



A maior parte (75%), dos enfermeiros inquiridos estão casados. Percentagem ligeiramente superior à encontrada pelo autor aquando do estudo de Mestrado em (2002) que era à época de (71,8%), havendo no entanto (19,4%), que estão solteiros, o que vem de encontro aos dados do estudo do autor sobre a mesma temática em (2002) com (19,5%) dos inquiridos com a mesma situação civil (tabela 11 anexo VII).

Estudando o estado civil dos inquiridos em cada Sub-região de Saúde, vemos que as Sub-regiões da Madeira (31,5%), Porto (30,6%), Aveiro (22,2%), Beja (23,9%), Braga (24,7%), Castelo Branco (23,6%) e Viana do Castelo (25,6%) têm maior proporção de enfermeiros solteiros que a média nacional (para a população inquirida).

Também vemos que as Sub-regiões de Coimbra (85,7%), Santarém (84,3%), Guarda (81,3%), Vila Real (80,2%), Viseu (79,5%) e Portalegre (79,3%) apresentam maior percentagem de enfermeiros casados.

Notamos que a Sub-região de Setúbal (11,9%), dos Açores (10,5%), Viseu (10,3%), Évora (8,5%) e Leiria (7,8%) apresentam maior prevalência de enfermeiros divorciados e Viana do Castelo (4,7%), Leiria (3,5%), Viseu (2,6%) e Lisboa (2,2%) tem maior taxa de viuvez nos seus enfermeiros (tabela 12 anexo VIII).

Tabela 7 – Tabela de frequências do estado civil dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS Norte	122	23,8%	376	73,4%	10	2,0%	4	0,8%
RS Centro	78	17,5%	340	76,2%	22	4,9%	6	1,3%
RS L.V. Tejo	49	13,7%	285	79,6%	19	5,3%	5	1,4%
RS Alentejo	43	19,4%	163	73,4%	15	6,8%	1	0,5%
RS Algarve	12	17,9%	52	77,6%	3	4,5%	0	0,0%
RS Açores	11	19,3%	40	70,2%	6	10,5%	0	0,0%
RS Madeira	23	31,5%	46	63,0%	3	4,1%	1	1,4%
Total Geral	122	19,5%	1302	75,0%	78	4,5%	17	1,0%

Associando o estado civil dos enfermeiros inquiridos por Regiões de Saúde onde trabalham, vemos que os solteiros, se concentram mais que a média nacional (para a população inquirida), no Norte (23,8%) e na Madeira (31,5%); os casados, em Lisboa e Vale do Tejo (79,6%), no Algarve (77,6%) e no Centro (76,2%); os divorciados, nos Açores (10,5%) e no Alentejo (6,8%); e os viúvos na Madeira e Lisboa e Vale do Tejo (1,4%) (tabela 7). Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=39,178$; g.l.=18; $P < 0,004^{**}$) e ($\chi^2=108,109$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) podemos concluir que o estado civil dos enfermeiros inquiridos, não é significativamente independente respectivamente das Regiões nem das Sub-regiões de Saúde onde trabalham.

1.5 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O LOCAL GEOGRÁFICO DE RESIDÊNCIA

Figura 1 - Distribuição geográfica de residência.

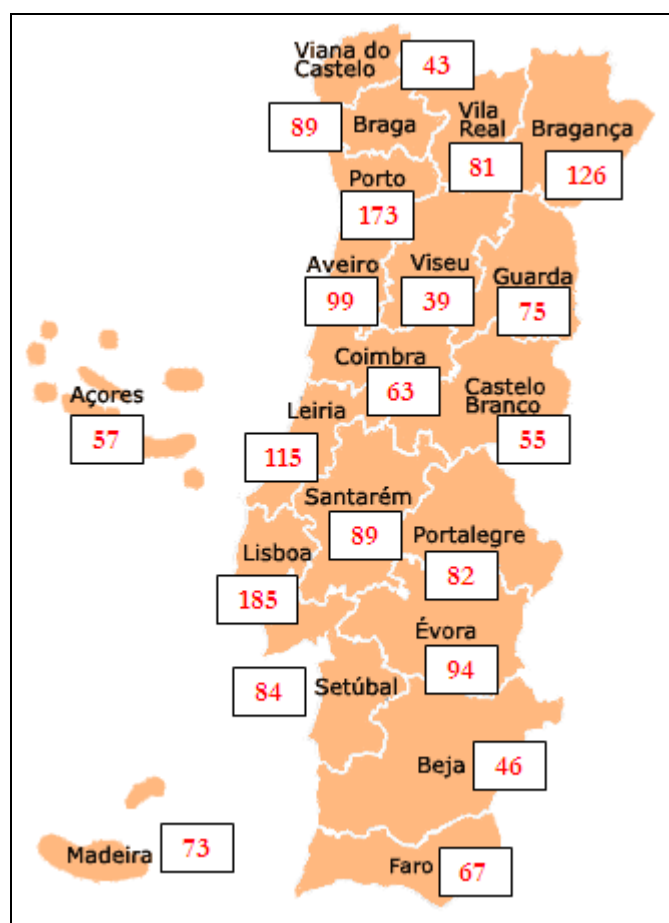


Tabela 8 – Tabela de frequências do local de residência dos enfermeiros inquiridos

Local de residência dos enfermeiros		
Local de residência	F. Absolutas	F. Relativas
Interior	804	46,3%
Litoral	801	46,2%
Madeira	73	4,2%
Açores	57	3,3%
Total	1735	100%
Rural	797	45,9%
Urbano	938	54,1%
Total	1735	100,0%

Constatamos que a maioria (54,1%), dos enfermeiros vivem em meio urbano e (45,9%), vivem em meio rural. Ainda segundo o estudo (46,3%), vivem no interior e (46,2%), residem no litoral, mais ainda (4,2%) vivem na Madeira e (3,3%) residem nos Açores (tabela 8). Dos enfermeiros inquiridos (7,5%), residem nas ilhas e (92,5%), no continente (gráfico 6 anexo IX).

Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência (ruralidade/urbanidade) e as Sub-regiões de Saúde

Sub-regiões de Saúde	Rural		Urbano		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	39	68,4%	18	31,6%	57	100,0%
Aveiro	58	58,6%	41	41,4%	99	100,0%
Beja	28	60,9%	18	39,1%	46	100,0%
Braga	31	34,8%	58	65,2%	89	100,0%
Bragança	74	58,7%	52	41,3%	126	100,0%
C. Branco	33	60,0%	22	40,0%	55	100,0%
Coimbra	30	47,6%	33	52,4%	63	100,0%
Évora	54	57,4%	40	42,6%	94	100,0%
Faro	16	23,9%	51	76,1%	67	100,0%
Guarda	28	37,3%	47	62,7%	75	100,0%
Leiria	56	48,7%	59	51,3%	115	100,0%
Lisboa	59	31,9%	126	68,1%	185	100,0%
Madeira	33	45,2%	40	54,8%	73	100,0%
Portalegre	42	51,2%	40	48,8%	82	100,0%
Porto	60	34,7%	113	65,3%	173	100,0%
Santarém	36	40,4%	53	59,6%	89	100,0%
Setúbal	24	28,6%	60	71,4%	84	100,0%
V. Castelo	26	60,5%	17	39,5%	43	100,0%
V. Real	41	50,6%	40	49,4%	81	100,0%
Viseu	29	74,4%	10	25,6%	39	100,0%
Total Geral	797	45,9%	938	54,1%	1735	100,0%

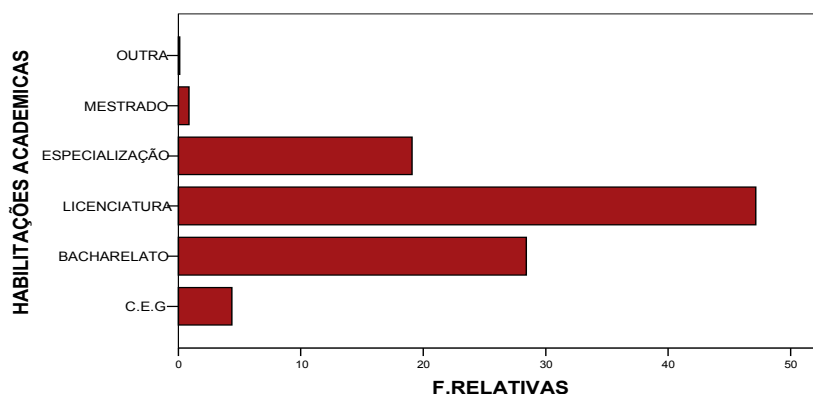
Pelo estudo da associação entre o local de residência e as Sub-regiões de Saúde onde trabalham (tabela 9), vemos que os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Braga, Faro, Guarda, Lisboa, Madeira, Porto, Santarém e Setúbal residem maioritariamente em zonas urbanas; enquanto que os enfermeiros que trabalham nas restantes Sub-regiões de Saúde residem preferencialmente em zonas rurais.

De idêntica forma, vemos que os enfermeiros interligados às Regiões de Saúde do Centro, Alentejo e Açores vivem principalmente em zonas rurais e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Madeira residem preferencialmente em zonas urbanas (tabela 16 anexo X).

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=112,802$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=64,513$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a ruralidade/urbanidade da zona de residência dos inquiridos não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde exercem actividade.

1.6 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS

Gráfico 5 – Diagrama de barras das habilitações académicas e profissionais dos enfermeiros inquiridos



A maior parte (66,2%), dos enfermeiros têm um curso superior, destes (47,1%) possuem licenciatura, e (28,4%) o bacharelato, no estudo realizado pelo autor em (2002) apenas (16,8%), eram licenciados e (65,15%) eram bacharéis, o que em nossa opinião terá que ver com o número de enfermeiros que aquando do estudo de Mestrado ainda não tinha concluído o complemento de formação em enfermagem; (4,4%) possuem o curso de enfermagem geral, números bastante menores que os do estudo do autor em (2002) onde (17,4%) dos inquiridos eram detentores do curso de enfermagem geral, o que pensamos estar associado ao supra referido; (19,1%) têm uma especialização em enfermagem, (0,9%) possuem um mestrado e (0,1%) dizem ter outro tipo de formação (pós graduação / curso de promoção) sem especificar qual.

Comparando as habilitações académicas por Sub-região de Saúde (tabela 18 anexo XI), constatamos que as Sub-regiões de Évora (56,4%), Setúbal (46,4%), Bragança (43,7%), Leiria (42,6%), Lisboa (41,1%) e Beja (37,0%) têm maior percentagem de enfermeiros com o curso de enfermagem geral ou bacharelato.

As Sub-regiões dos Açores (70,2%), Vila Real (64,2%), Aveiro (60,6%), Porto (59,5%), Viseu (59,0%), Portalegre (54,9%) e Santarém (53,9%) têm uma proporção maior de enfermeiros licenciados.

As Sub-regiões da Madeira (31,5%), Braga (29,2%), Castelo Branco (27,3%), Açores (24,6%) e Coimbra (23,8%) têm maior percentagem de enfermeiros com especialização.

Por fim as Sub-regiões de Santarém (3,4%), Coimbra (3,2%), Viseu (2,6%) e Braga (2,2%) apresentam maior taxa de enfermeiros com mestrados e pós graduações.

Comparando as habilitações académicas e profissionais por Regiões de Saúde (tabela 10), onde os enfermeiros exercem actividade vemos que Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve têm maior proporção de enfermeiros com *curso de enfermagem geral* e *bacharelato* que a média nacional (para a população inquirida), as Regiões de Saúde do Norte e Açores, têm maior proporção de enfermeiros *licenciados* que a média nacional, já as Regiões de Saúde do Centro, Açores e Madeira, têm maior proporção de enfermeiros com *especializações* e as Regiões de Saúde do Centro, Madeira, Lisboa e Vale do Tejo têm maior proporção de enfermeiros com *mestrados*.

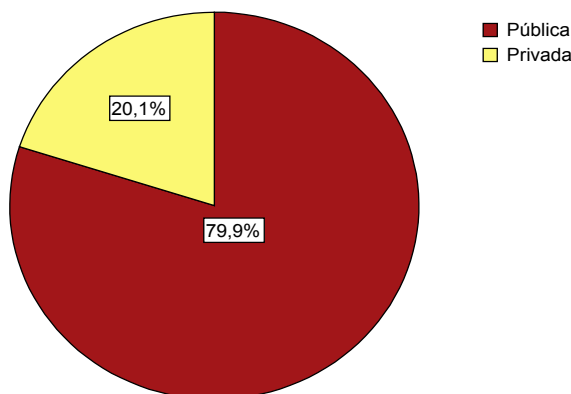
Tabela 10 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo as habilitações académicas e profissionais por Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	CEG+Bach.		Licenciatura		Especialização		Mestrado*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS Norte	152	29,7%	273	53,3%	83	16,2%	4	0,8%
RS Centro	137	30,7%	207	46,4%	95	21,3%	7	1,6%
RS L.V. Tejo	138	38,5%	148	41,3%	67	18,7%	5	1,4%
RS Alentejo	90	40,5%	91	41,0%	41	18,5%	0	0,0%
RS Algarve	32	47,8%	27	40,3%	8	11,9%	0	0,0%
RS Açores	3	5,3%	40	70,2%	14	24,6%	0	0,0%
RS Madeira	17	23,3%	32	43,8%	23	31,5%	1	1,4%
Total Geral	569	32,8%	818	47,1%	331	19,1%	17	1,0%

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=63,266$; g.l.=18; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=176,631$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) podemos concluir que as habilitações académicas e profissionais dos enfermeiros inquiridos não são significativamente independentes respectivamente das Regiões nem das Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

1.7 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO O TIPO DE ENSINO FREQUENTADO

Gráfico 6 – Diagrama circular da distribuição dos inquiridos segundo o tipo de ensino frequentado



A maior parte (79,9%), dos enfermeiros inquiridos, frequentou o ensino público, números próximos dos encontrados pelo autor no seu estudo sobre a mesma problemática em (2002) onde também (71,1%), dos inquiridos referiram ter frequentado o ensino público. O que se entende em nossa opinião ser óbvio pois ainda que nos últimos anos as escolas privadas tenham proliferado, a média de idades não é compatível com este tipo de ensino. Constatamos que o número de enfermeiros oriundos do ensino público aumentou, talvez porque as necessidades de formação e também possibilidades de emprego tenham diminuído, o que retirou alunos ao ensino privado.

Comparando o tipo de ensino frequentado pelos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde (tabela 11), vemos que as Sub-regiões de Saúde da Madeira (58,8%), Porto (46,8%), Bragança (34,1%), Lisboa (29,7%), Vila Real (29,6%) e Braga (21,3%) apresentam uma percentagem superior a média nacional de enfermeiros inquiridos que frequentaram o ensino privado. O que a nosso ver não será indiferente à quantidade de escolas privadas que existem nestas zonas geográficas. Nas restantes Sub-regiões de Saúde os enfermeiros frequentaram preferencialmente o ensino público.

Comparando o tipo de ensino frequentado segundo as Regiões de Saúde (tabela 22 anexo XII), vemos que as Regiões de Saúde da Madeira (64,4%) e Norte (33,0%) apresentam uma percentagem superior a média nacional de enfermeiros que frequentaram o ensino privado, talvez e usando o mesmo tipo de raciocínio, possa ser explicado porque há uma parte significativa da população de enfermeiros que exercem na Madeira terá vindo a escolas privadas do Continente a fazer a sua formação. As

restantes Regiões de Saúde têm preferencialmente enfermeiros formados no ensino público.

Tabela 11 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo o tipo de ensino frequentado e as Sub-regiões de Saúde

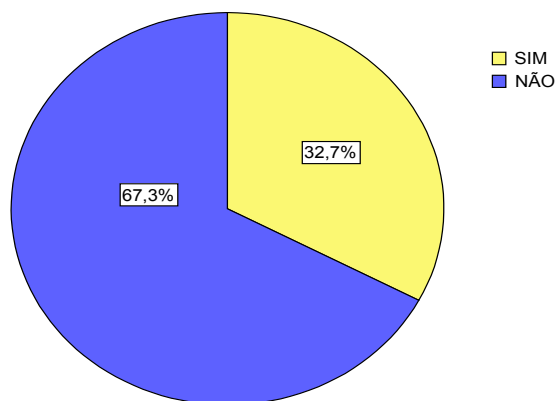
Sub-Regiões de Saúde	Pública		Privada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	50	100,0%	0	0,0%	50	100%
Aveiro	83	83,8%	16	16,2%	99	100%
Beja	45	97,8%	1	2,2%	46	100%
Braga	70	78,7%	19	21,3%	89	100%
Bragança	83	65,9%	43	34,1%	126	100%
C. Branco	49	89,1%	6	10,9%	55	100%
Coimbra	57	90,5%	6	9,5%	63	100%
Évora	89	94,7%	5	5,3%	94	100%
Faro	59	88,1%	8	11,9%	67	100%
Guarda	73	97,3%	2	2,7%	75	100%
Leiria	102	88,7%	13	11,3%	115	100%
Lisboa	130	70,3%	55	29,7%	185	100%
Madeira	33	41,3%	47	58,8%	80	100%
Portalegre	81	98,8%	1	1,2%	82	100%
Porto	92	53,2%	81	46,8%	173	100%
Santarém	84	94,4%	5	5,6%	89	100%
Setúbal	73	86,9%	11	13,1%	84	100%
V. Castelo	41	95,3%	2	4,7%	43	100%
V. Real	57	70,4%	24	29,6%	81	100%
Viseu	36	92,3%	3	7,7%	39	100%
Total Geral	1387	79,9%	348	20,1%	1735	100%

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=306,917$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=226,038$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$) podemos concluir que o tipo de ensino frequentado não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde os enfermeiros exercem actividade.

2 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 – DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS SEGUNDO, SE A ESCOLA FREQUENTADA LHE PROPORCIONOU FORMAÇÃO ADEQUADA SOBRE SEXUALIDADE

Gráfico 7 – Diagrama circular da proporção de inquiridos com consideram que a escola frequentada lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade



Pela observação do (gráfico 7) vemos que a maior parte dos enfermeiros (67,3%), considera que a sua Escola não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade. O que vem de encontro aos dados do estudo realizado pelo autor em (2002), que também sugeriam o mesmo tipo de opinião.

Da nossa experiência enquanto aluno, depois profissional de enfermagem e hoje docente, também somos de opinião, de que talvez a Escola não forneça sobre esta temática as matérias mais adequadas e pertinentes, por forma a se poder ter com os utentes (adolescentes) sobre esta *esfera* uma abordagem cientificamente fundamentada e descomplexada.

Segmentando o estudo da formação sobre sexualidade adquirida pelos enfermeiros inquiridos, por Sub-regiões de Saúde (tabela 12), vemos que as Sub-regiões de Saúde dos Açores (56,1%), Viana de Castelo (48,8%), Porto (41,6%), Madeira (38,4%), Lisboa (35,4%), Guarda (34,7%) e Castelo Branco (32,7%) apresentam uma maior proporção (superior a média nacional para a população inquirida) de enfermeiros que dizem ter recebido formação adequada sobre sexualidade.

A mesma análise replicada segundo as Regiões de Saúde (tabela 25 anexo XIII), permite ver que os enfermeiros associados à Região de Saúde Norte (36,3%), à Região de Saúde dos Açores (56,1%) e Região de Saúde da Madeira (38,4%) dizem ter recebido uma formação adequada sobre sexualidade; enquanto que os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde são de opinião contrária.

Tabela 12 – Tabela de frequências da proporção de inquiridos que dizem ter recebido formação adequada sobre sexualidade na instituição de ensino que frequentaram segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	32	56,1%	25	43,9%	57	100%
Aveiro	29	29,3%	70	70,7%	99	100%
Beja	5	10,9%	41	89,1%	46	100%
Braga	28	31,5%	61	68,5%	89	100%
Bragança	41	32,5%	85	67,5%	126	100%
C. Branco	18	32,7%	37	67,3%	55	100%
Coimbra	18	28,6%	45	71,4%	63	100%
Évora	27	28,7%	67	71,3%	94	100%
Faro	13	19,4%	54	80,6%	67	100%
Guarda	26	34,7%	49	65,3%	75	100%
Leiria	35	30,4%	80	69,6%	115	100%
Lisboa	66	35,7%	119	64,3%	185	100%
Madeira	28	38,4%	45	61,6%	73	100%
Portalegre	25	30,5%	57	69,5%	82	100%
Porto	72	41,6%	101	58,4%	173	100%
Santarém	23	25,8%	66	74,2%	89	100%
Setúbal	25	29,8%	59	70,2%	84	100%
V. Castelo	21	48,8%	22	51,2%	43	100%
V. Real	24	29,6%	57	70,4%	81	100%
Viseu	12	30,8%	27	69,2%	39	100%
Total Geral	568	32,7%	1167	67,3%	1735	100%

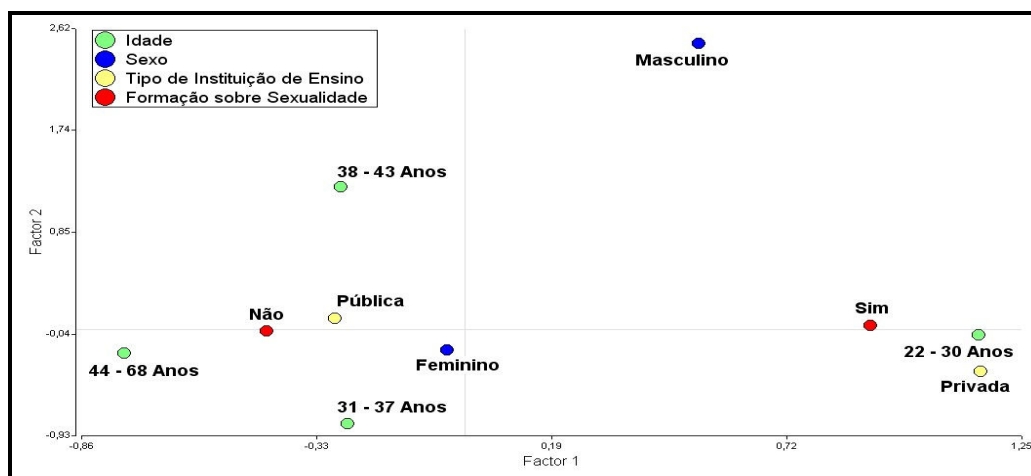
Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=44,668$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=29,442$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a adequação da formação recebida pelos enfermeiros inquiridos sobre sexualidade na formação base não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde trabalham.

Hipótese 1: A formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos é influenciada pela idade, sexo e tipo de escola frequentada.

Pela observação do (gráfico 8), com base no factor 1, podemos visualizar que os enfermeiros que receberam formação sobre sexualidade na sua formação base são principalmente enfermeiros com 22-30 anos e provenientes de escolas privadas.

De forma a validar a análise gráfica supra referida, realizamos análises univariadas e multivariadas, teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=11,964$; g.l.=1; $P < 0,01^{**}$) assim podemos concluir que a formação sobre sexualidade proporcionada aos enfermeiros inquiridos pela escola não é significativamente independente do tipo de escola frequentada durante a sua formação de base. Dos enfermeiros oriundos do ensino privado (40,5%), obtiveram formação sobre sexualidade no seu curso de formação contra (30,8%) do ensino público (tabela 272 anexo XIV).

Gráfico 8 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos segundo a idade, o sexo e tipo de escola frequentada



Para avaliar a significância da idade, sexo e do tipo de instituição (V. Independentes) sobre a probabilidade de o enfermeiro não ter recebido formação sobre sexualidade no seu curso (V. Dependente), recorreu-se à regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio (tabela 273 anexo XV). A regressão logística, pelo método Enter revelou que o Sexo [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,074$; $p=0,785$] não apresenta um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de o enfermeiro não ter recebido formação sobre sexualidade no curso.

Pelo contrário, as variáveis Idade [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=46,181$; $p<0,001$] e Tipo de Escola (1) [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=6,070$; $p=0,014$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de o enfermeiro não ter recebido formação sobre sexualidade no curso de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(5)=59,037$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(5)=2,170$; $p=0,825$; $R^2_{\text{CS}}=0,033$; $R^2_{\text{N}}=0,047$).

Tabela 13 – Regressão logística da formação sobre sexualidade proporcionada aos enfermeiros pela escola frequentada segundo a idade, o sexo e tipo de escola de formação frequentada (Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Formação sobre sexualidade proporcionada pela escola							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	46,369	3	0,000	-----	-----
Idade(1)	1,007	0,154	42,821	1	0,000	2,736	2,024-3,699
Idade(2)	0,415	0,157	6,980	1	0,008	1,514	1,113-2,059
Idade(3)	0,447	0,162	7,597	1	0,006	1,564	1,138-2,149
Tipo de Escola(1)	0,313	0,127	6,081	1	0,014	1,367	1,066-1,753
Intercepção	-1,295	0,123	110,440	1	0,000	0,274	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Escola: Privada)

Assim, recorrendo ao método Forward: LR – Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(4)=58,963$; $p<0,001$; $\chi^2_{HL}(5)=0,701$; $p=0,983$; $R^2_{CS}=0,033$; $R^2_N=0,047$), com apenas as variáveis Idade ($b_{Idade(1)}=1,007$; $\chi^2_{Wald}(1)=42,821$; $p<0,001$; $OR=2,736$) e Tipo de Escola ($b_{Tipo\ de\ Escola(1)}=0,313$; $\chi^2_{Wald}(1)=6,081$; $p=0,014$; $OR=1,367$) (tabela 13).

Desta forma vemos que um enfermeiro com 22-30 anos tem uma probabilidade de 2,736 vezes maior de a sua escola lhe ter proporcionado formação sobre sexualidade que um enfermeiro de outra idade, 31-68 anos. Também vemos que um enfermeiro que provém de uma escola privada tem cerca de 1,367 vezes mais probabilidade de ter obtido na sua escola formação sobre sexualidade que um enfermeiro que se formou numa escola pública.

O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de (67,2%). O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca mas significativa ($ROC\ c = 0,605$; $p<0,001$).

2.2 – CATEGORIA PROFISSIONAL

Tabela 14 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos por categoria profissional

Categoria profissional dos enfermeiros			
Categoria	F. Absolutas	F. Relativas	F. Relativas #
Enfermeiro	300	17,3%	
Enfermeiro Graduado	1089	62,8%	85%
Enfermeiro Especialista	276	15,9%	9%
Enfermeiro Chefe	70	4,0%	5%
Enfermeiro Supervisor	0	0,0%	1%
Total	1735	100%	100%

Fonte: Ordem dos enfermeiros 31/12 /2002 (relativamente a todos os enfermeiros)

Relativamente à categoria profissional dos enfermeiros (tabela 14), vemos que dos 1735 inquiridos, (17,3%) são enfermeiros, (62,8%) enfermeiros graduados, (15,9%) são enfermeiros especialistas e (4%) são enfermeiros chefes.

Pela aplicação de Teste de Aderência do Qui-Quadrado ($\chi^2 = 99,301$; g.l.=2; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a proporção observada da categoria profissional dos inquiridos é significativamente diferente da proporção observada pela ordem dos enfermeiros em 2002 (para a população dos enfermeiros em geral), havendo nesta significativamente, mais enfermeiros e enfermeiros graduados (85%), contra (80,1%) da amostra, chefes e supervisores, enquanto na amostra existem significativamente mais enfermeiros especialistas.

Comparando a categoria profissional segundo as Sub-regiões de Saúde (tabela 27 anexo XVI), vemos que as Sub-regiões do Porto (32,4%), Açores (28,1%), Castelo Branco (25,5%), Madeira (24,7%), Braga (23,6%), Viana do Castelo (23,3%), Bragança (22,2%) e Aveiro (20,2%) têm uma percentagem superior a média nacional de enfermeiros. Por outro lado, as Sub-regiões de Faro (82,1%), Setúbal (77,4%), Viseu (76,9%) e Bragança (73,8%) têm uma maior percentagem de enfermeiros graduados.

As Sub-regiões da Madeira (28,8%), Braga (28,1%), Castelo Branco (23,6%) e Coimbra (22,2%) têm uma maior percentagem de enfermeiros especialistas.

Por fim, Viseu (10,3%), Guarda (8,0%), Santarém (7,9%) e Vila Real (6,2%) têm uma maior percentagem de enfermeiros chefes.

Tabela 15 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros inquiridos por categoria profissional segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Enfermeiro		Graduado		Especialista		Chefe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS Norte	125	24,4%	303	59,2%	71	13,9%	13	2,5%
RS Centro	66	14,8%	276	61,9%	78	17,5%	26	5,8%
RS L.V. Tejo	46	12,8%	244	68,2%	53	14,8%	15	4,2%
RS Alentejo	26	11,7%	153	68,9%	34	15,3%	9	4,1%
RS Algarve	3	4,5%	55	82,1%	8	11,9%	1	1,5%
RS Açores	16	28,1%	27	47,4%	11	19,3%	3	5,3%
RS Madeira	18	24,7%	31	42,5%	21	28,8%	3	4,1%
Total Geral	300	17,3%	1089	62,8%	276	15,9%	70	4,0%

Comparando a categoria profissional dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde (tabela 15), vemos que as Regiões de Saúde dos Açores (28,1%), Madeira (24,7%) e Norte (24,4%) possuem maior percentagem de enfermeiros, as Regiões de Saúde do Algarve (82,1%), Alentejo (68,9%), Lisboa e Vale do Tejo (68,2%) têm maior proporção de enfermeiros graduados. As Regiões de Saúde da Madeira (28,8%), Açores (19,3%) e do Centro (17,5%) têm maior percentagem de enfermeiros especialistas, já as Regiões de Saúde do Centro (5,8%) e Açores (5,3%) têm mais enfermeiros chefes que a média nacional (para a amostra em apreço).

Comparando a categoria profissional dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde. Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=165,576$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=70,960$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$) podemos concluir que a categoria profissional dos enfermeiros inquiridos não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de saúde onde trabalham.

2.3 – O LOCAL DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS INQUIRIDOS

Tabela 16 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos por local de trabalho (Centro de saúde) na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Local de Trabalho – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo			
Local	N (%)	Local	N (%)
Alcácer do sal	7 (2,0%)	Fátima	8 (2,2%)
Alcanena	6 (1,7%)	Ferreira do Zêzere	9 (2,5%)
Alcântara	5 (1,4%)	Golegã	8 (2,2%)
Alcochete	6 (1,7%)	Grândola	8 (2,2%)
Alenquer	7 (2,0%)	Loures	5 (1,4%)
Algueirão / Mem Martins	9 (2,5%)	Lourinhã	8 (2,2%)
Alhandra	8 (2,2%)	Lumiar	10 (2,8%)
Almada	6 (1,7%)	Mafra	12 (3,4%)
Almeirim	6 (1,7%)	Marvila	5 (1,4%)
Alpiarça	6 (1,7%)	Moita	10 (2,8%)
Alvalade	6 (1,7%)	Oeiras	5 (1,4%)
Amadora	6 (1,7%)	Olivais	5 (1,4%)
Amora	6 (1,7%)	Pontinha	6 (1,7%)
Arruda dos Vinhos	8 (2,2%)	Póvoa de santa iria	9 (2,5%)
Azambuja	9 (2,5%)	Reboleira	8 (2,2%)
Barquinha	6 (1,7%)	Rio de mouro	9 (2,5%)
Barreiro	5 (1,4%)	Rio maior	13 (3,6%)
Benfica	7 (2,0%)	Santiago do Cacém	6 (1,7%)
Bonfim	5 (1,4%)	Seixal	6 (1,7%)
Cacém	8 (2,2%)	Sesimbra	7 (2,0%)
Cadaval	7 (2,0%)	Sines	6 (1,7%)
Cartaxo	6 (1,7%)	Sintra	9 (2,5%)
Chamusca	8 (2,2%)	Tomar	8 (2,2%)
Coruche	5 (1,4%)	Vila franca de Xira	6 (1,7%)
Costa da Caparica	6 (1,7%)	-----	-----
Entroncamento	8 (2,2%)	Total	358 (100%)

Dos 1735 enfermeiros inquiridos (512) provêm de 53 Centros de Saúde da Região de Saúde do Norte, (tabela 29 anexo XVII). Dos enfermeiros, (446) são oriundos de 58 Centros de Saúde, da Região de Saúde do Centro (tabela 30 anexo XVIII).

Outra parte significativa (358) enfermeiros, trabalham em 50 Centros de Saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (tabela 16). Há ainda outros (222) enfermeiros que trabalham em 29 Centros de Saúde da Região de Saúde do Alentejo (tabela 32 anexo XX). Na Região de Saúde do Algarve há (67) enfermeiros que exercem actividade em 11 Centros de Saúde (tabela 33 anexo XXI).

Na Região de Saúde dos Açores, exercem actividade profissional (57) enfermeiros em 11 Centros de Saúde (tabela 34 anexo XXII).

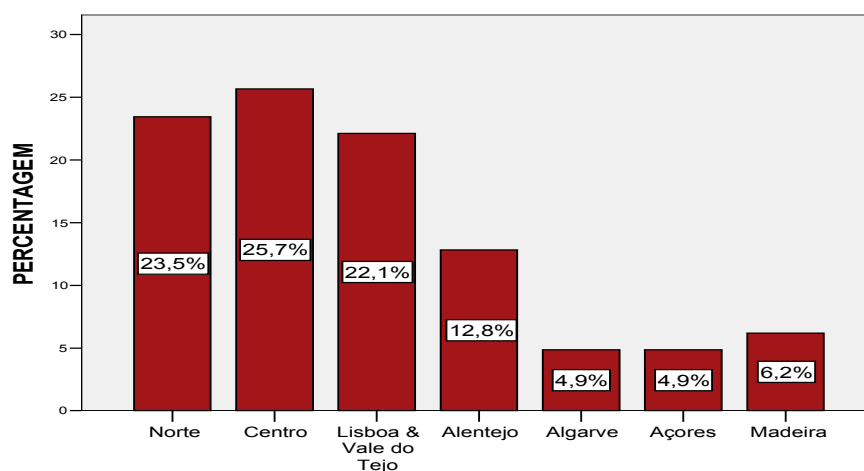
Pela observação da (tabela 17), constatamos que dos (73) enfermeiros que trabalham na zona de influência da Região de Saúde da Madeira, provêm de 14 Centros de Saúde.

Tabela 17 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos por local de trabalho (Centro de Saúde) na Região de Saúde da Madeira

Local de Trabalho – Região de Saúde dos Açores			
Local	N (%)	Local	N (%)
Boaventura	5 (6,8%)	Ribeira da Janela	1 (1,4%)
Camacha	7 (9,6%)	São Roque Faial	6 (8,2%)
Campanário	3 (4,1%)	Santa Cruz	6 (8,2%)
Canico	7 (9,6%)	Santana	5 (6,8%)
Machico	13 (17,8%)	São Jorge	1 (1,4%)
Ponta Delgada	5 (6,8%)	Serra d'Água	2 (2,7%)
Ponta do Sol	7 (9,6%)	-----	-----
Porto Moniz	5 (6,8%)	Total	73 (100%)

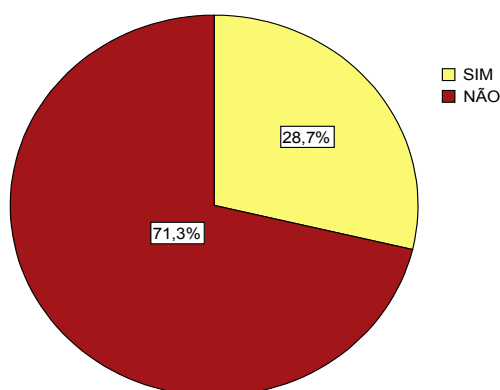
Pela observação do (gráfico 9), observamos que (25,7%), dos Centros de Saúde do estudo são da Região de Saúde do Centro, (23,5%) da Região de Saúde do Norte, (22,1%) da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, (12,8%) da Região de Saúde do Alentejo, (4,9%) da Região de Saúde do Algarve, (4,9%) da Região de Saúde dos Açores e (6,2%) da Região de Saúde da Madeira.

Gráfico 9 – Diagrama de barras da % do número de Centros de Saúde que compõem a nossa amostra segundo as Regiões de Saúde



3 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS INQUIRIDOS SEGUNDO A EXISTÊNCIA DE FILHOS ADOLESCENTES

Gráfico 10 – Diagrama circular da distribuição dos enfermeiros segundo a existência de filhos adolescentes



Pela observação da (gráfico 10) e (tabela 36 anexo XIII), vemos que a maioria dos 1735 enfermeiros inquiridos não tem filhos adolescentes (71,3%), o que vem de encontro aos dados do estudo do autor em (2002) onde também (70,5%) dos inquiridos referiram não ter filhos nesta faixa etária, enquanto que (28,7%) referem o contrário, o que também prova a proximidade de números entre os dois estudos já que à época (29,5%) dos profissionais diziam ter filhos nesta faixa etária.

Cruzando a existência de filhos adolescentes com a Sub-região de Saúde (tabela 37 anexo XXIV), vemos que nas Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco (29,1%), Coimbra (32,7%), Faro (34,3%), Guarda (34,7%), Leiria (30,4%), Madeira (30,1%), Portalegre (51,2%), Porto (30,6%) e Setúbal (41,7%), existe maior proporção de enfermeiros com filhos adolescentes.

Tabela 18 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros segundo a existência de filhos adolescentes por Regiões de Saúde

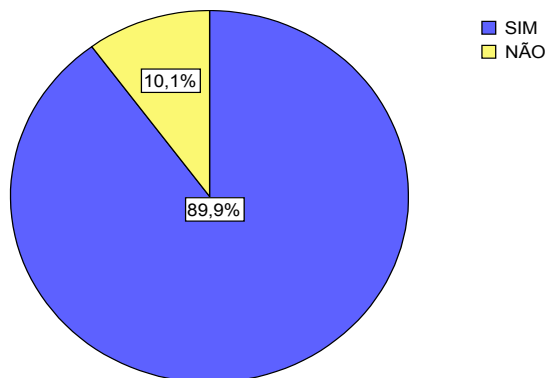
Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	125	24,4%	387	75,6%	512	100%
RS Centro	135	30,3%	311	69,7%	446	100%
RS L.V. Tejo	99	27,7%	259	72,3%	358	100%
RS Alentejo	80	36,0%	142	64,0%	222	100%
RS Algarve	23	34,3%	44	65,7%	67	100%
RS Açores	14	24,6%	43	75,4%	57	100%
RS Madeira	22	30,1%	51	69,9%	73	100%
Total Geral	498	28,7%	1237	71,3%	1735	100%

Cruzando a existência de filhos adolescentes por partes dos enfermeiros inquiridos e as Regiões de Saúde (tabela 18), vemos que na Região de Saúde do Centro (30,3%), na Região de Saúde do Alentejo (36,0%), na Região de Saúde do Algarve (34,3%) e na Região de Saúde da Madeira (30,1%), dos inquiridos referem ter filhos nesta faixa etária (em média percentagens superiores às da amostra).

No entanto, pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=12,750$; g.l.=6; $P=0,051$ ns) e ($\chi^2=48,545$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a existência de filhos adolescentes é significativamente independente das Regiões de Saúde mas não é significativamente independente das Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

4 – HÁBITO DOS INQUIRIDOS EM LIDAR HABITUALMENTE COM ADOLESCENTES

Gráfico 11 – Diagrama circular da distribuição dos inquiridos segundo o hábito de lidar habitualmente com adolescentes



A maior parte dos enfermeiros (89,9%), diz lidar habitualmente com adolescentes (gráfico 11). Sendo que grande parte destes enfermeiros (60,2%) o faz diariamente. Da nossa experiência também consideramos que a grande maioria dos enfermeiros lida frequentemente com jovens nesta faixa etária, pois a este nível de cuidados de saúde, há uma grande panóplia de possibilidades de contacto.

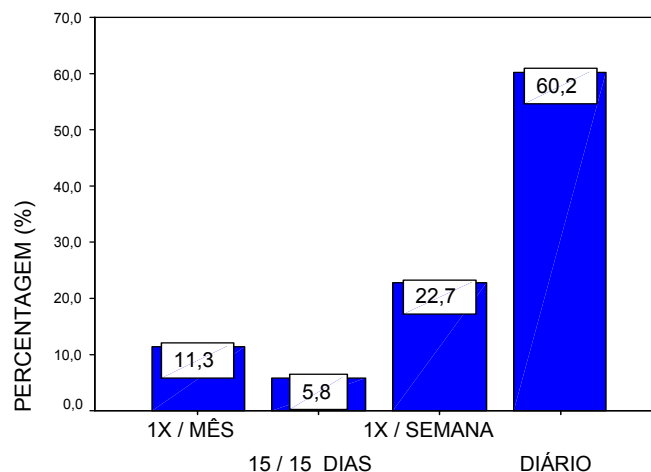
No estudo realizado pelo autor em (2002) também (70,5%), dos inquiridos sugeriam lidar habitualmente com adolescentes. Dos enfermeiros que dizem costumar lidar com adolescentes, (60,2%) tem um contacto diário, números superiores aos encontrados pelo autor no estudo de (2002) onde só (41,6%) referiam lidar diariamente, (22,7%) referem um contacto semanal, (5,8%) sugerem um contacto quinzenal e (11,3%) referem ainda um contacto mensal (gráfico 12).

Estudos efectuados por Castanheira (1987) e Sasseti (1991), sobre as atitudes dos adolescentes em relação às instituições de saúde, revelam que no nosso país os jovens utilizam pouco e mal os serviços de saúde por razões que se relacionam com o desfasamento entre os cuidados que lhe são prestados e ou oferecidos e as suas reais necessidades de saúde.

Seria importante que os serviços de saúde facilitassem aos adolescentes um atendimento personalizado e em absoluto sigilo profissional, com o objectivo de facilitar o reforço das atitudes positivas e de comportamentos sexuais responsáveis, de forma a tomarem as suas próprias decisões, nomeadamente sobre a utilização e escolha de métodos contraceptivos (Parra & Baquero, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Leite (1997), Prazeres Vasco (1998) entendem que nestes serviços de saúde, no âmbito da sexualidade e planeamento familiar deveria haver pessoal especialmente motivado, com disponibilidade e conhecimentos, e um sistema flexível de marcação de consultas, com informação detalhada e diferenciada sobre sexualidade e os diferentes métodos contraceptivos.

Gráfico 12 – Diagrama de barras da frequência dos inquiridos lidarem habitualmente com adolescentes



Discriminando o hábito dos enfermeiros inquiridos em lidar habitualmente com adolescentes por Sub-região de Saúde (tabela 19), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Aveiro (11,1%), Bragança (11,1%), Évora (18,1%), Faro (20,9%), Lisboa (10,3%), Portalegre (17,1%) e Santarém (10,1%) são os que menos lidam habitualmente com adolescentes.

Tabela 19 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo o hábito de lidar habitualmente com adolescentes por Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	54	94,7%	3	5,3%	57	100%
Aveiro	88	88,9%	11	11,1%	99	100%
Beja	44	95,7%	2	4,3%	46	100%
Braga	86	96,6%	3	3,4%	89	100%
Bragança	112	88,9%	14	11,1%	126	100%
C. Branco	51	92,7%	4	7,3%	55	100%
Coimbra	60	95,2%	3	4,8%	63	100%
Évora	77	81,9%	17	18,1%	94	100%
Faro	53	79,1%	14	20,9%	67	100%
Guarda	68	90,7%	7	9,3%	75	100%
Leiria	91	79,1%	24	20,9%	115	100%
Lisboa	166	89,7%	19	10,3%	185	100%
Madeira	67	91,8%	6	8,2%	73	100%
Portalegre	68	82,9%	14	17,1%	82	100%
Porto	166	96,0%	7	4,0%	173	100%
Santarém	80	89,9%	9	10,1%	89	100%
Setúbal	81	96,4%	3	3,6%	84	100%
V. Castelo	39	90,7%	4	9,3%	43	100%
V. Real	73	90,1%	8	9,9%	81	100%
Viseu	36	92,3%	3	7,7%	39	100%
Total Geral	1560	89,9%	175	10,1%	1735	100%

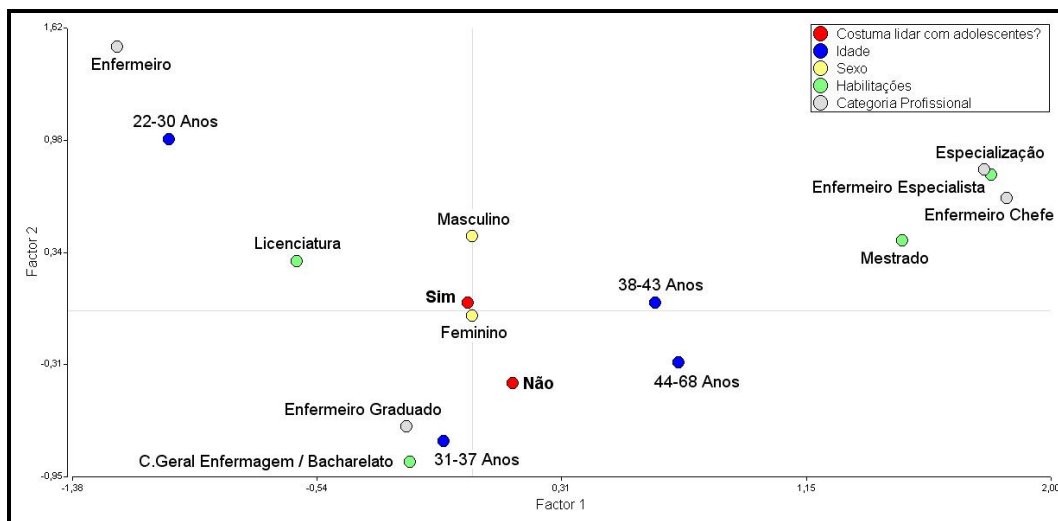
Assim os enfermeiros de Bragança (678,8), Setúbal (706,8), Aveiro (708,6), Lisboa (734,4) e Leiria (736,1) sugerem lidar mais frequentemente com adolescentes; enquanto que os enfermeiros da Madeira (904,9), Santarém (895,2), Beja (871,3), Braga (854,1) e Portalegre (842,5) são os que referem lidar menos frequentemente com este grupo etário (tabela 43 anexo XXVI).

Com base na (tabela 41 anexo XXV), podemos observar que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte (93,0%), Lisboa e Vale do Tejo (91,3%), Açores (94,7%), e Madeira (91,8%) sugerem lidar habitualmente mais com adolescentes; ao inverso, os enfermeiros da Regiões de Saúde do Centro, Alentejo e Algarve são os que lidam menos com adolescentes.

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=56,194$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=23,254$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que o hábito dos enfermeiros lidarem habitualmente com adolescentes não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões, nem das Regiões de Saúde onde trabalham.

Hipótese 2: O hábito dos inquiridos em lidar habitualmente com os adolescentes é influenciado pela idade, sexo, habilitações e categoria profissional.

Gráfico 13 – Análise de Correspondência Múltiplas entre o hábito dos enfermeiros em lidar habitualmente com adolescentes segundo a idade, o sexo, as habilitações e categoria profissional



Pela observação do gráfico 13 e (tabela 275 anexo XXVII) vemos que os enfermeiros com 22-30 anos ou com 31-37 anos de ambos os sexos, enfermeiros especialistas ou licenciados lidam habitualmente mais com adolescentes.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 275 anexo XXVII), como $P < 0,05$, podemos concluir que o hábito de lidar com adolescentes não é significativamente independente da idade ($\chi^2 = 9,350$; g.l.=3; $P < 0,05^*$) e da categoria profissional do enfermeiro ($\chi^2 = 13,493$; g.l.=3; $P < 0,01^{**}$).

Assim os enfermeiros com uma idade entre os 22-30 anos e 31-37 anos (92,9% e 90,7%) respectivamente lidam habitualmente mais com adolescentes que os enfermeiros com 38 ou mais anos (87,6% e 87,8%). Também observamos que os enfermeiros e os enfermeiros especialistas (92,3% e 93,1%) lidam habitualmente mais com adolescentes que os enfermeiros graduados ou chefes (89,1% e 80,0%).

Podemos deduzir que não existem quaisquer diferenças significativas entre o hábito dos enfermeiros em lidar com adolescente segundo o sexo ($\chi^2 = 0,489$; g.l.=1; $P = 0,485$ ns) e as habilitações literárias ($\chi^2 = 6,827$; g.l.=3; $P = 0,082$ ns).

Para avaliar a significância da idade, do sexo, das habilitações literárias e da categoria profissional sobre a probabilidade de o enfermeiro não lidar habitualmente com adolescentes, recorreu-se à regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio (tabela 276 anexo XXVIII).

A regressão logística, pelo método Enter revelou que o sexo [$\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 0,374$; $p = 0,556$] e as habilitações literárias [$\chi^2_{\text{Wald}}(3) = 4,009$; $p = 0,261$] não apresentam um efeito

estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de o enfermeiro não lidar habitualmente com adolescentes.

Pelo contrário, as variáveis Idade [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=8,128$; $p<0,05$] e Categoria Profissional (1) [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=9,058$; $p=0,05$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de o enfermeiro não lidar habitualmente com adolescentes de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(10)=25,381$; $p<0,01$; $\chi^2_{\text{HL}}(5)=1,373$; $p=0,986$; $R^2_{\text{CS}}=0,015$; $R^2_{\text{N}}=0,030$).

Tabela 20 – Regressão logística do hábito de o enfermeiro lidar habitualmente com adolescentes segundo a idade e a categoria profissional
(Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Hábito de lidar habitualmente com adolescentes							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	12,899	3	0,005	-----	-----
Idade(1)	0,731	0,332	4,859	1	0,027	2,077	1,084-3,979
Idade(2)	0,294	0,231	1,623	1	0,203	1,342	0,853-2,111
Idade(3)	-0,111	0,220	0,253	1	0,615	0,895	0,581-1,379
Cat.Prof.	-----	-----	10,578	3	0,014	-----	-----
Cat.Prof.(1)	0,376	0,473	0,632	1	0,427	1,456	0,577-3,677
Cat.Prof.(2)	0,519	0,328	2,506	1	0,113	1,680	0,884-3,194
Cat.Prof.(3)	1,185	0,388	9,311	1	0,002	3,270	1,528-6,998
Intercepção	1,410	0,306	21,204	1	0,000	4,094	-----

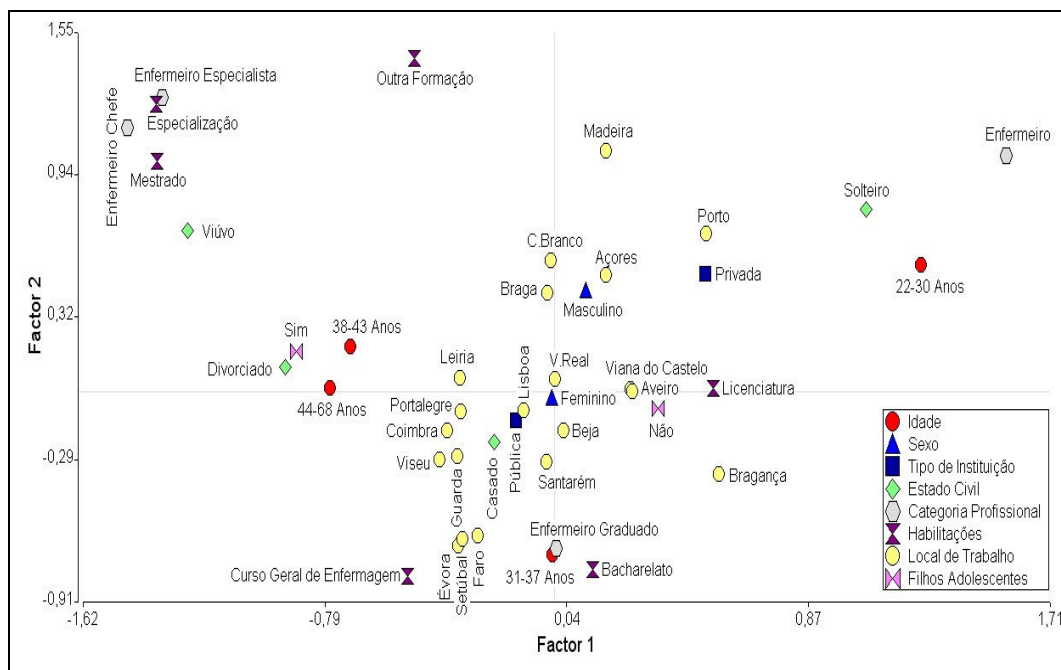
Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Categoria Profissional: Enfermeiro)

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(6)=20,939$; $p<0,01$; $\chi^2_{\text{HL}}(7)=0,1507$; $p=0,982$; $R^2_{\text{CS}}=0,012$; $R^2_{\text{N}}=0,025$), com apenas as variáveis Idade ($b_{\text{Idade}(1)}=0,731$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=4,859$; $p=0,027$; OR=2,077) e Categoria Profissional ($b_{\text{CatProf}(3)}=1,185$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=9,311$; $p=0,002$; OR=3,270) (tabela 20). Desta forma vemos que um enfermeiro com 22-30 anos têm uma probabilidade de 2,077 vezes maior de lidar habitualmente com adolescentes que um enfermeiro de outra idade, 31-68 anos.

Também observamos que um enfermeiro especialista tem cerca de 3,270 vezes maior probabilidade de lidar habitualmente com adolescentes que um enfermeiro de outra categoria profissional. O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de 89,9%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca mas significativa (ROC c = 0,604; $p<0,001$).

5 – ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIAS MÚLTIPLAS DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

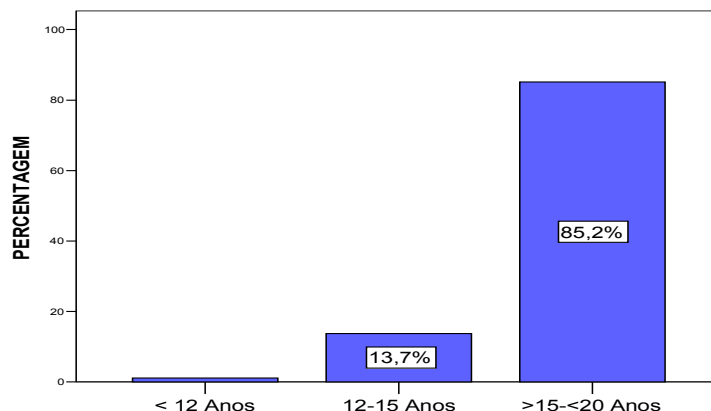
Gráfico 14 – Análise de Correspondências Múltiplas das Variáveis Sócio-demográficas



Pela observação do (gráfico 14), podemos encontrar correspondências esperadas à priori. Assim com base no quadrante inferior direito, vemos que os enfermeiros associados a uma idade de 31-37 anos, são essencialmente enfermeiros graduados, que possuem o Bacharelato e não têm filhos adolescentes. No quadrante superior direito, vemos que os enfermeiros estão associados a uma idade de 22 a 30 anos, são enfermeiros, solteiros do sexo masculino e oriundos de escola privada e possuem licenciatura. No quadrante inferior esquerdo, verificamos que os enfermeiros têm entre 44 a 68 anos, possuem o curso geral de enfermagem, são casados e oriundos da escola pública. Por fim no quadrante superior esquerdo, observamos enfermeiros com idade entre 38 a 43 anos, essencialmente divorciados e viúvos, enfermeiros especialistas, chefes, com mestrado e especialidades e com filhos adolescentes.

6 – GRUPOS ETÁRIOS QUE NA OPINIÃO DOS INQUIRIDOS MAIS PROCURAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Gráfico 15 – Diagrama de barras dos grupos etários que segundo os inquiridos mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual

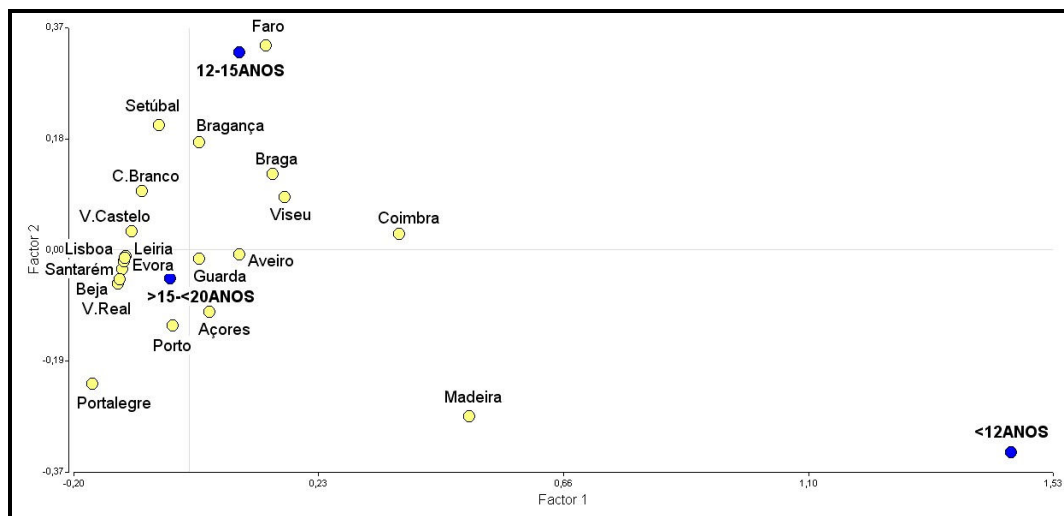


A grande maioria dos enfermeiros inquiridos (85,2%), diz que o grupo etário que mais procura os serviços de saúde por problemas de índole sexual é o grupo entre os 15 e os 20 anos (gráfico 15) e (tabela 47 anexo XXIX). Pela nossa experiência profissional, perfilhamos a opinião dos nossos inquiridos e mais ainda, diríamos que com especial enfoque para o sexo feminino.

Observando a (tabela 48 anexo XXX), constatamos que em todas as Sub-regiões de Saúde o grupo maior de 15 e menor de 20 anos é o que na opinião dos enfermeiros inquiridos mais frequentemente procura os serviços de saúde por problemas de índole sexual. Pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=34,702$; g.l.=19; $P < 0,05^{**}$), podemos concluir que existem diferenças significativas no nível etário dos jovens que procuram os serviços de saúde, sendo os enfermeiros de Faro (755,84), Coimbra (798,55), Braga (80,9,26), Bragança (817,24) e Setúbal (821,66) os que referem a procura mais jovem; e os enfermeiros de Beja (901,90), Porto (904,40) e Portalegre (953,40) quem refere a procura menos jovem.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, a totalidade (100%) da variância (tabela 49 anexo XXXI).

Gráfico 16 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre os grupos etários que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 16) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que trabalham na maioria das Sub-regiões de Saúde ao contacto mais frequente com jovens maiores de 15 a 20 anos e associa os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Coimbra e Madeira a um maior contacto com jovens menores de 12 anos. O **factor 2** relaciona a opinião dos enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Faro, Setúbal, Bragança, Braga a um contacto com jovens com idades compreendidas entre 12 e 15 anos.

Com base na (tabela 50 anexo XXXII) pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis ($\chi^2=15,723$; g.l.=6; $P < 0,05^*$), podemos concluir que existem diferenças significativas na opinião dos enfermeiros no nível etário dos jovens que procuram os serviços de saúde e as Regiões de Saúde, sendo os enfermeiros interligados à Região de Saúde do Algarve (755,84), os que referem a procura mais jovem; e os enfermeiros da Região de Saúde do Alentejo (917,84) os que referem a procura menos jovem.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (100,0%) da variância (tabela 51 anexo XXXIII).

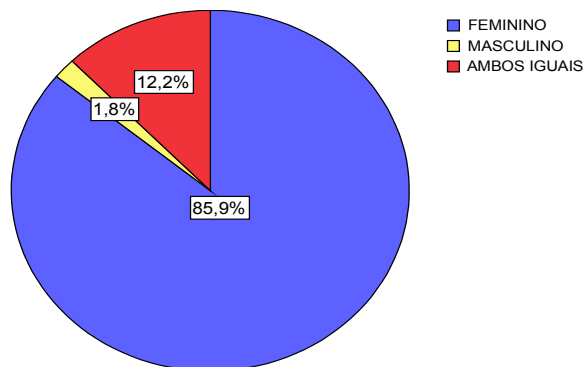
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 17 anexo XXXIV) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa a opinião dos enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Açores e Alentejo a um contacto maior que nas outras Regiões de Saúde com jovens entre os 15 e

os 20 anos, e os enfermeiros que trabalham na Região de Saúde da Madeira com adolescentes menores de 12 anos.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros que trabalham na Região de Saúde do Algarve com um contacto maior com jovens entre os 12 e os 15 anos.

7 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE QUAL O SEXO DOS JOVENS QUE MAIS FREQUENTEMENTE RECORRE AO CENTRO DE SAÚDE

Gráfico 17 – Gráfico circular da opinião dos inquiridos sobre qual dos sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual



Com base na análise da (gráfico 17) e (tabela 52 anexo XXXV), observamos que a maioria dos enfermeiros inquiridos (85,9%), considera que os adolescentes do sexo feminino são os que mais frequentam o Centro de Saúde por problemas de índole sexual, os inquiridos pelo autor no seu estudo em (2002) também sugeriam ser o sexo feminino quem mais procurava o Centro de Saúde por problemas desta índole, com (68,5%) das opiniões. Também a nossa experiência de campo talvez nos possa sugerir exactamente o mesmo.

Tabela 21 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos segundo as razões apresentadas pelos adolescentes para a procura dos serviços de saúde por problemas de índole sexual

Motivos apresentados para a procura dos serviços de saúde		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Contracepção e Planeamento Familiar	1012	58,3%
Medo da Gravidez	43	2,5%
Maior Sentido de Responsabilidade	96	5,5%
Não Respondeu	584	33,7%
Total	1735	100,0%

A razão mais frequentemente apontada pelos enfermeiros para os adolescentes procurarem os serviços de saúde é a contracepção e planeamento familiar com (58,3%), das opiniões (tabela 21). O autor comunga da mesma opinião, daquilo que lhe foi possível perceber ao longo de 12 anos de prática profissional.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, a totalidade (100%) da variância (tabela 55 anexo XXXVI).

Desta forma (tabela 22) e (gráfico 21 anexo XXXVII) vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores (87,7%), Aveiro (87,9%), Beja (95,7%), Castelo Branco (94,5%), Évora (90,4%), Faro (89,6%), Leiria (92,2%), Lisboa (90,8%), Portalegre (89,0%), Porto (87,9%), Setúbal (91,7%), Viseu (89,7%) apresentam maior percentagem de respostas associadas aos adolescentes femininos que a média percentual nacional (para a população inquirida); enquanto que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Bragança (22,2%), Coimbra (17,5%), Santarém (16,9%) e Viana do Castelo (16,3%) tem maior proporção de respostas associadas a ambos os sexos; e Vila Real (6,2%) ao sexo masculino. Braga (4,5%/17,5%), Guarda (8,0%/25,3%) e Madeira (4,1%/16,4%) apresentam maior proporção de enfermeiros que dividem a sua opinião entre, o sexo masculino e ambos os sexos.

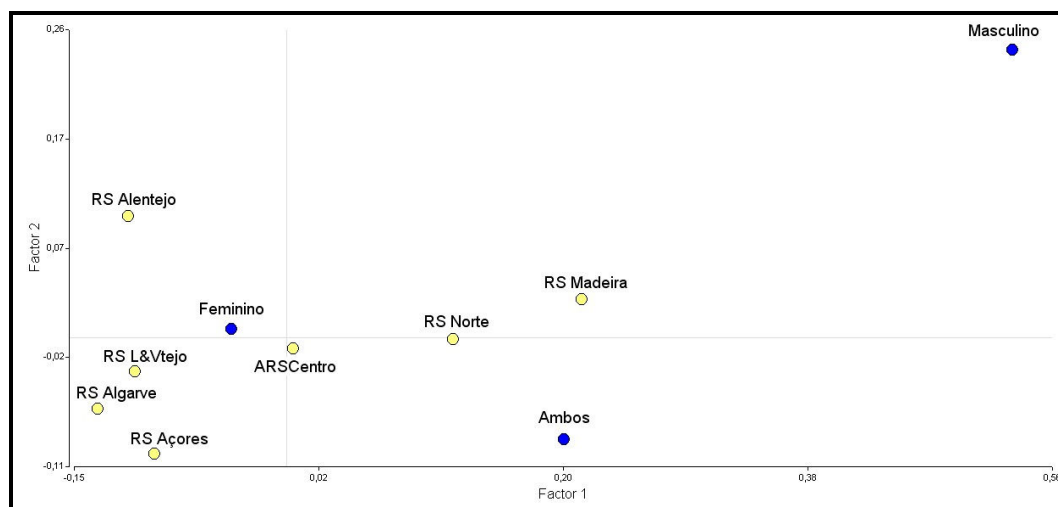
Assim os inquiridos das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (89,1%), Alentejo (91,0%), Algarve (89,6%) e Açores (87,7%) associam mais as suas respostas ao sexo feminino, os enfermeiros da Região de Saúde do Centro (12,6%) a ambos os sexos e as Regiões de Saúde do Norte (2,9%/15,0%) e Madeira (4,1%/16,4%) ao sexo masculino e ambos os sexos respectivamente (tabela 56 anexo XXXVIII).

Tabela 22 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos segundo o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Feminino		Masculino		Ambos		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Açores	50	87,7%	0	0,0%	7	12,3%	57	100,0%
Aveiro	87	87,9%	2	2,0%	10	10,1%	99	100,0%
Beja	44	95,7%	0	0,0%	2	4,3%	46	100,0%
Braga	71	79,8%	4	4,5%	14	15,7%	89	100,0%
Bragança	96	76,2%	2	1,6%	28	22,2%	126	100,0%
C. Branco	52	94,5%	0	0,0%	3	5,5%	55	100,0%
Coimbra	52	82,5%	0	0,0%	11	17,5%	63	100,0%
Évora	85	90,4%	2	2,1%	7	7,4%	94	100,0%
Faro	60	89,6%	0	0,0%	7	10,4%	67	100,0%
Guarda	50	66,7%	6	8,0%	19	25,3%	75	100,0%
Leiria	106	92,2%	0	0,0%	9	7,8%	115	100,0%
Lisboa	168	90,8%	2	1,1%	15	8,1%	185	100,0%
Madeira	58	79,5%	3	4,1%	12	16,4%	73	100,0%
Portalegre	73	89,0%	2	2,4%	7	8,5%	82	100,0%
Porto	152	87,9%	3	1,7%	18	10,4%	173	100,0%
Santarém	74	83,1%	0	0,0%	15	16,9%	89	100,0%
Setúbal	77	91,7%	0	0,0%	7	8,3%	84	100,0%
V. Castelo	35	81,4%	1	2,3%	7	16,3%	43	100,0%
V. Real	66	81,5%	5	6,2%	10	12,3%	81	100,0%
Viseu	35	89,7%	0	0,0%	4	10,3%	39	100,0%
Total Geral	1491	85,9%	32	1,8%	212	12,2%	1735	100,0%

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=90,09$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=23,49$; g.l.=12; $P < 0,05^{***}$) podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde trabalham. Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, a totalidade (100%) da variância (tabela 57 anexo XXXIX).

Gráfico 18 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos e o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 18) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Norte, Centro e Madeira ao maior contacto com adolescentes do sexo masculino e ambos os sexos que os enfermeiros das outras Regiões de Saúde dos Açores, Algarve, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, que apresentam uma maior tendência para um contacto com adolescentes do sexo feminino.

8 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE SE A FREQUÊNCIA DOS MOTIVOS QUE LEVA OS ADOLESCENTES AO C.S SÃO OS MESMOS EM AMBOS OS SEXOS

Tabela 23 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a igualdade dos motivos entre os sexos para procurarem os serviços de saúde por problemas de índole sexual

Os motivos de frequência do C.S. são os mesmos para ambos os sexos?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1090	62,8%
Não	643	37,1%
Não Sabe	2	0,1%
Total	1735	100,0%

Com base na análise da (tabela 23) e (gráfico 23 anexo XL), vemos que a maioria dos enfermeiros inquiridos (62,8%), afirma que os motivos de frequência dos adolescentes ao Centro de Saúde são os mesmos para ambos os sexos, os inquiridos pelo autor em (2002) também sugeriam ainda que com percentagens diferentes ser os mesmos motivos para os dois sexos com (72,5%), da opiniões. Ao inverso, (37,1%) sugerem que os motivos são diferentes para ambos os sexos. Os enfermeiros que consideram que os adolescentes procuram o Centro de Saúde por motivos diferentes, (55,7%) justificam-no pelo facto de as raparigas procurarem sobretudo informação sobre contracepção e doenças ou infecções sexualmente transmissíveis; (18,7%) dizem que os rapazes o fazem principalmente por motivos de saúde e (3,1%) consideram que os rapazes vão pedir preservativos (tabela 59 anexo XLI). A nossa prática profissional permite-nos estar mais de acordo com aqueles que defendem que os motivos são diferentes para ambos os sexos e exactamente pelas mesmas razões.

Tabela 24 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a igualdade dos motivos entre os sexos para procurarem os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	28	49,1%	29	50,9%	57	100,0%
Aveiro	54	54,5%	45	45,5%	99	100,0%
Beja	32	69,6%	14	30,4%	46	100,0%
Braga	60	69,0%	27	31,0%	87	100,0%
Bragança	107	84,9%	19	15,1%	126	100,0%
C. Branco	31	56,4%	24	43,6%	55	100,0%
Coimbra	33	52,4%	30	47,6%	63	100,0%
Évora	57	60,6%	37	39,4%	94	100,0%
Faro	40	59,7%	27	40,3%	67	100,0%
Guarda	61	81,3%	14	18,7%	75	100,0%
Leiria	63	54,8%	52	45,2%	115	100,0%
Lisboa	102	55,1%	83	44,9%	185	100,0%
Madeira	47	64,4%	26	35,6%	73	100,0%
Portalegre	53	64,6%	29	35,4%	82	100,0%
Porto	114	65,9%	59	34,1%	173	100,0%
Santarém	59	66,3%	30	33,7%	89	100,0%
Setúbal	50	59,5%	34	40,5%	84	100,0%
V. Castelo	25	58,1%	18	41,9%	43	100,0%
V. Real	50	61,7%	31	38,3%	81	100,0%
Viseu	24	61,5%	15	38,5%	39	100,0%
Total Geral	1090	62,9%	643	37,1%	1732	100,0%

Assim para os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Beja (69,6%), Braga (69,0%), Bragança (84,9%), Guarda (81,3%), Madeira (64,4%), Portalegre (64,6%), Porto (65,9%) e Santarém (66,3%) os motivos que levam os adolescentes a procurem o Centro de Saúde são iguais para ambos os sexos.

Nas restantes Sub-regiões de Saúde dos Açores, Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu os enfermeiros inquiridos apresentam maior percentagem de opiniões a favor da diferença de motivos que a média a nível nacional (para a população em estudo).

Comparando a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre a igualdade dos motivos que levam os adolescentes a procurarem os serviços de saúde por problemas de índole sexual por Sub-região e Regiões de Saúde, pela aplicação do teste de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=61,652$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=19,960$; g.l.=6; $P < 0,01^{**}$) podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a temática em apreço não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham (tabela 61 anexo XLII).

9 – FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS ENFERMEIROS PARA LIDAR COM ADOLESCENTES

Tabela 25 – Tabela de frequências sobre existência de formação específica por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes

Possui formação específica para lidar com adolescentes?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	380	21,9%
Não	1355	78,1%
Total	1735	100,0%

A maior parte dos enfermeiros (78,1%), não possui qualquer formação específica para lidar com adolescentes (tabela 25), dados bastante próximos dos encontrados pelo autor aquando do estudo em (2002) onde também (83,2%) referiam não possuir. Ao invés (21,9%) referem possuir formação, números ligeiramente superiores aos encontrados pelo autor em (2002) que eram à altura de (16,8%). Em nossa opinião e das várias perspectivas que temos sobre a formação que o curso de licenciatura em enfermagem proporciona sobre esta esfera, para lidar com adolescentes é mínima, o que vem muito provavelmente realçar o pensamento da maioria dos inquiridos. Perante estes dados parece-nos muito significativa a percentagem de profissionais que não possui formação específica para lidar com adolescentes. Ao que não será alheio os conteúdos curriculares do curso de licenciatura em enfermagem e também ao ênfase posto essencialmente na vertente da formação em cuidados essencialmente vocacionados para a prestação de cuidados na área hospitalar.

Os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde dos Açores (22,8%), Castelo Branco (32,7%), Coimbra (38,1%), Faro (31,3%), Leiria (24,3%), Porto (24,9%), Santarém (23,6%), Setúbal (53,6%) e Viana do Castelo (30,2%) referem possuir significativamente mais formação específica para lidar com adolescentes (tabela 63 anexo XLIII).

Discriminando a existência de formação específica por parte dos enfermeiros para lidar com adolescentes tendo em conta as Sub-regiões e Regiões de Saúde e aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=105,245$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=37,526$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$) podemos concluir que aquela não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde o enfermeiro trabalha. Tendo os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro (24,4%), Lisboa e Vale do Tejo (28,8%), Algarve (31,3%) e Açores (22,8%) significativamente mais formação específica sobre sexualidade que os oriundos de outras Regiões de Saúde (tabela 64 anexo XLIV).

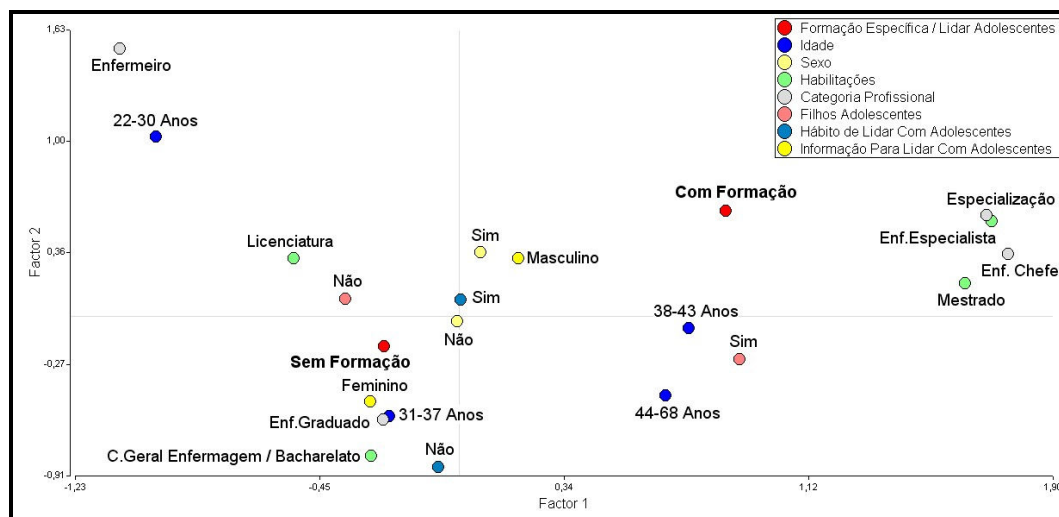
Hipótese 3: A formação específica dos enfermeiros inquiridos para lidar com adolescentes é influenciada pela idade, sexo, habilitações, categoria profissional, ter

filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e obter informação para lidar com adolescentes.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (31,53%) da variância (tabela 279 anexo XLVIII).

Pela observação do (gráfico 19) vemos que os enfermeiros que têm formação específica para lidar com adolescentes são os enfermeiros com 38-68 anos, com especialização e/ou mestrado, com categoria profissional de especialista ou chefe, que têm filhos adolescentes e têm o hábito e obtiveram informação para lidar com adolescentes.

Gráfico 19 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a posse de formação específica para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos segundo a idade, o sexo, as habilitações literárias, a categoria profissional, existência de filhos adolescentes, o hábito e formação para lidar com adolescentes



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 278 anexo XLIX), como $P < 0,05$, podemos concluir que a obtenção de formação específica para lidar com adolescentes não é significativamente independente da idade ($\chi^2 = 32,370$; g.l.=3; $P < 0,001^{***}$), habilitações literárias ($\chi^2 = 155,281$; g.l.=3; $P < 0,001^{***}$), categoria profissional do enfermeiro ($\chi^2 = 143,741$; g.l.=3; $P < 0,001^{***}$), existência de filhos adolescentes ($\chi^2 = 37,823$; g.l.=1; $P < 0,001^{***}$), hábito e obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes ($\chi^2 = 11,157$; g.l.=1; $P < 0,01^{**}$) e ($\chi^2 = 158,241$; g.l.=1; $P < 0,001^{***}$).

Assim os enfermeiros com uma idade entre os 38-43 anos e 44-68 anos (29,9% e 25,7%) possuem significativamente mais formação específica para lidar com adolescentes que os enfermeiros com 37 ou menos anos (15,9% e 17,9%).

Os enfermeiros especialistas (44,9%) e graduados (48,6%) possuem mais formação específica para lidar com adolescentes que os enfermeiros das categorias inferiores (17,7% e 15,5%), repetindo-se a mesma configuração para os enfermeiros com especialidade (46,2%) ou com mestrado (52,9%).

Os enfermeiros que têm o hábito de lidar com adolescentes (23,0%) e/ou que obtêm informação relevante para lidar com estes (32,8%) apresentam maior taxa de formação específica para lidar com adolescentes.

Também podemos deduzir que não existem quaisquer diferenças significativas sobre a obtenção de formação específica para lidar com adolescentes segundo o sexo dos enfermeiros ($\chi^2=1,025$; g.l.=1; $P=0,311$ ns).

Para avaliar a significância da idade, sexo, habilitações literárias, categoria profissional, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e obtenção de informação para lidar com adolescentes (V. Independentes) sobre a probabilidade de o enfermeiro não ter formação específica para lidar com adolescentes (V. Dependente), recorreu-se a regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio.

A regressão logística, pelo método Enter revelou que a idade [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=1,575$; $p=0,665$], o sexo [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,210$; $p=0,647$] e o hábito de lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,490$; $p=0,261$] não apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não ter formação específica para lidar com adolescentes. Pelo contrário, as variáveis Habilitações [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=81,287$; $p<0,001$] e Filhos Adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=4,058$; $p=0,044$] e obtenção de informação para lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=107,632$; $p<0,001$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não ter formação específica para lidar com adolescentes de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(10)=302,570$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(8)=9,777$; $p=0,281$; $R^2_{\text{CS}}=0,160$; $R^2_{\text{N}}=0,246$).

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(5)=300,263$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(6)=1,033$; $p=0,984$; $R^2_{\text{CS}}=0,159$; $R^2_{\text{N}}=0,244$), com apenas as variáveis Habilitações ($b_{\text{Habilitações (1)}}=-1,499$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=7,483$; $p=0,006$; $OR=0,223$), Habilitações ($b_{\text{Habilitações (2)}}=-1,743$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=10,233$; $p=0,001$; $OR=0,175$), Filhos Adolescentes ($b_{\text{FilhosAdol. (1)}}=-0,333$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=5,725$; $p=0,017$; $OR=0,717$) e Obtenção de Informação para Lidar Com Adolescentes ($b_{\text{InfLidAdol. (3)}}=-1,384$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=116,928$; $p<0,001$; $OR=0,160$) (tabela 26).

Tabela 26 – Regressão logística sobre a posse de formação específica para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos segundo a idade, o sexo, as habilitações literárias, a categoria profissional, os filhos adolescentes, o hábitos de lidar com adolescentes e obtenção de informação para lidar com adolescentes
(Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Posse de formação específica para lidar com adolescentes							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Habilitações	-----	-----	92,135	3	0,000	-----	-----
Habilitações(1)	-1,499	0,548	7,483	1	0,006	0,223	0,076-0,654
Habilitações(2)	-1,743	0,545	10,233	1	0,001	0,175	0,060-0,509
Habilitações(3)	-0,289	0,546	0,280	1	0,597	0,749	0,257-2,183
Filhos Adol. (1)	-0,333	0,139	5,725	1	0,017	0,717	0,545-0,942
Inf. Lid. Adol. (1)	-1,834	0,170	116,928	1	0,000	0,160	0,115-0,223
Intercepção	0,747	0,536	1,942	1	0,163	2,110	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Habilitações: CGE & Bacharelato;
Filhos Adolescentes: Não; Informação Relevante para Lidar com Adolescentes: Não)

Desta forma vemos que um enfermeiro com CGE/Bacharelato ou com Licenciatura tem uma probabilidade entre 4,484 (1/0,223) e 5,714 (1/0,175) vezes maior de não ter formação específica para lidar com adolescentes que um enfermeiro com especialidade ou mestrado. Também vemos que um enfermeiro sem filhos adolescentes tem cerca de 1,394 (1/0,717) vezes mais probabilidade de não ter formação específica para lidar com adolescentes que um enfermeiro com filhos adolescentes. Por fim, vemos que um enfermeiro que não obtém informação para lidar com adolescentes tem cerca de 6,060 (1/0,160) vezes mais probabilidade de não ter formação específica para lidar com adolescentes que um enfermeiro que obtém informação para lidar com adolescentes. O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de 80,2%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante aceitável e significativa (ROC c = 0,766; $p < 0,001$).

9.1 – FONTE DA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO SOBRE ADOLESCENTES POR PARTE DOS INQUIRIDOS

Tabela 27 – Tabela de frequências sobre qual a fonte de obtenção da formação específica para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos

Fonte de formação específica para lidar com adolescentes?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Na Formação Inicial / Base	93	24,5%
Formação Pós-básica especializada	96	25,3%
Cursos sobre adolescência >=100 horas	56	14,7%
Cursos sobre adolescência <100 horas	104	27,4%
Curso E. Distância sobre adolescência	7	1,8%
Estágios com adolescentes	4	1,1%
Curso de Sexologia	11	2,9%
Outros	6	1,6%
Não Respondeu	3	0,7%
Total	1735	100,0%

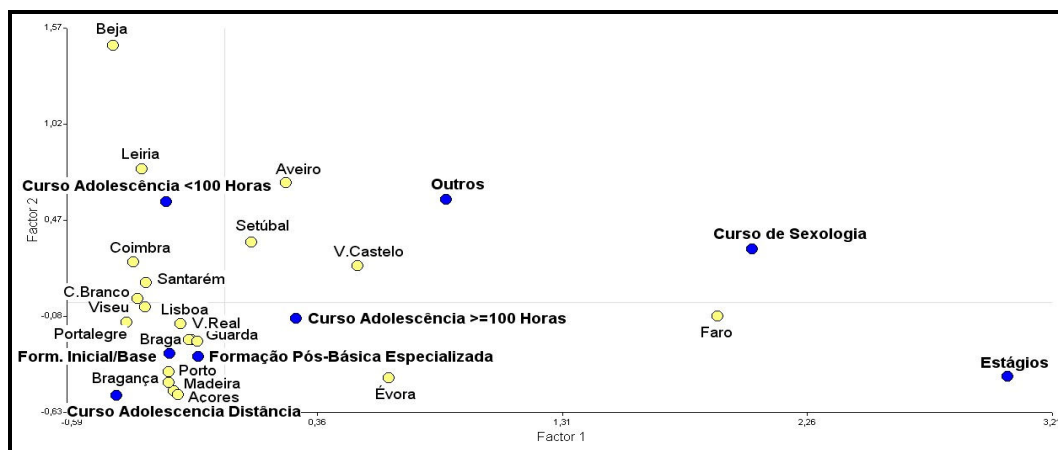
Dos enfermeiros que possuem formação específica para lidar com adolescentes, (24,5%) obtiveram-na no curso de formação inicial ou base, (25,3%) ou na formação pós-básica especializada, números próximos dos encontrados no estudo realizado em (2002) pelo autor (28,0%). Dos inquiridos (42,1%), obtiveram-na em cursos sobre adolescência, (14,7%) em cursos sobre adolescência com duração superior ou igual a 100 horas e (27,4%), em curso sobre adolescência inferior a 100 horas, (1,8%) através de cursos de ensino à distância sobre adolescência (tabela 27).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (62,44%) da variância (tabela 66 anexo XLV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 20) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os estágios, curso de sexologia, o curso de adolescência com duração maior ou igual a 100 horas e outras formações específicas como as formas de obtenção de informação nesta esfera, aos enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Viana do Castelo, Aveiro, Setúbal, Évora e Faro; e a formação inicial de base, a formação pós-básica especializada e o curso sobre adolescência à distância aos enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde.

O **factor 2** permite observar uma maior proporção de enfermeiros que obtiveram a sua informação sobre este tema em com cursos sobre adolescência com duração inferior a 100 horas às Sub-regiões de Saúde de Beja e Leiria.

Gráfico 20 – Análise de Correspondências Simples entre a fonte de formação específica dos inquiridos para lidar com adolescentes e as Sub-regiões de Saúde



Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (86,20%) da variância (tabela 67 anexo XLVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 21 anexo XLVII) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os estágios, curso de sexologia, o curso de adolescência com duração maior ou igual a 100 horas e outras formações específicas, como as formas de obtenção de informação específica sobre sexualidade aos enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Algarve e Alentejo; e a formação inicial de base, a formação pós-básica especializada e o curso sobre adolescência à distância aos enfermeiros das outras Regiões de Saúde.

O **factor 2** permite observar uma maior proporção de enfermeiros que obtiveram informação sobre a temática em apreço, em cursos sobre adolescência realizados à distância nas Regiões de Saúde do Norte, Açores e Madeira.

Comparando as formas de obtenção de informação sobre sexualidade para lidar com adolescentes por parte dos inquiridos segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=258,70$; g.l.=133; $P<0,001^{***}$) e ($\chi^2=141,10$; g.l.=42; $P<0,001^{***}$), podemos concluir que estas não são significativamente independentes respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde, isto é as formas de obter informação sobre sexualidade para lidar com adolescentes estão estritamente relacionadas com as Sub-regiões e Regiões de trabalho dos enfermeiros.

9.2 – ASSUNTOS DAS QUESTÕES MAIS FREQUETEMENTE COLOCADAS PELOS ADOLESCENTES AOS INQUIRIDOS

Tabela 28 – Tabela de frequências da distribuição da opinião dos inquiridos acerca dos assuntos mais frequentemente colocados pelos adolescentes

Sobre que assunto os adolescentes lhe costumam mais frequentemente colocar questões?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Substâncias Aditivas	165	4,8%	9,5%
Sexualidade	673	19,8%	38,9%
Doenças Sexualmente Transmissíveis	738	21,7%	42,6%
Contraceção	1646	48,4%	95,0%
Corporalidade	5	0,1%	0,3%
Outras	0	0,0%	0,0%
Total	3403	100%	-----

A contraceção é para a esmagadora maioria dos enfermeiros (95,0%), o assunto mais frequentemente colocado pelos adolescentes, também no estudo realizado pelo autor em (2002), a contraceção era para a maior parte dos inquiridos, embora com percentagens muito diferentes o assunto mais frequentemente colocado (54,4%). Num segundo plano, aparecem os assuntos sobre doenças sexualmente transmissíveis (42,6%), esta temática surge no estudo de (2002) feito pelo autor como terceira opção com (20,1%) das opiniões dos inquiridos, e os assuntos sobre sexualidade (38,9%), também referidos por (22,9%) dos inquiridos pelo autor em (2002) (tabela 28). Outros estudos com adolescentes e pais constataam que os temas biológicos são os mais frequentemente abordados; entre eles a concepção, gravidez, nascimento e menstruação. O que nos remete para uma abordagem prioritária da contraceção.

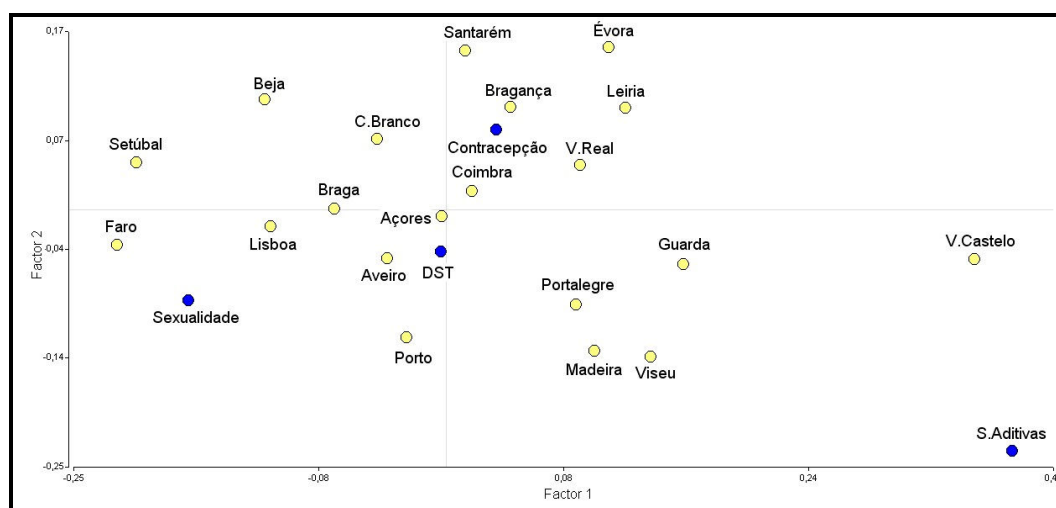
A contraceção na adolescência deve ser encarada frontalmente como uma necessidade premente no sentido da prevenção e num quadro integrante de uma educação para a vida, uma vez que a gravidez na adolescência é tida como um problema relevante na área da saúde pública a nível mundial, europeu e muito particularmente em Portugal, o segundo país da Europa com maior número de mães adolescentes (Santos, Leite et al., 1997; Sampaio Daniel, 2006).

A escolha de Oliveira Silva (1992) apontam claramente para a contraceção oral, como sendo o método mais popular entre as adolescentes que pretendem um método seguro, e um dos factores que contribui para a sua eleição é o facto de não requerer a participação do parceiro e de não estar temporalmente relacionado com o acto sexual, contrariamente ao que sucede com os métodos de barreira. Vilar Duarte (1992); Athea (1994); Prazeres Vasco (1998); Marques António et al., (2000); Macpherson Ann, (2001); Sampaio Daniel (2006); Sá Eduardo, (2007), sustentam que o acesso à contraceção é um direito que os jovens têm, permitindo-lhes viver a sua sexualidade com maior prazer e

segurança, sendo que o preservativo deverá ser para os jovens o método de eleição uma vez que protege simultaneamente contra doenças sexualmente transmissíveis e previne a gravidez. Também da nossa experiência profissional perfilhamos inteiramente a opinião quer dos nossos inquiridos, quer dos autores supra referidos, pois este talvez fosse no âmbito das nossas consultas de enfermagem com adolescentes o assunto mais frequentemente abordado.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (88,79%) da variância (tabela 69 anexo L).

Gráfico 21 – Análise de Correspondências Simples entre os assuntos mais frequentemente colocados pelos adolescentes aos inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 21) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa as substâncias aditivas aos enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Viana do Castelo, Guarda, Viseu, Madeira e Portalegre; as doenças sexualmente transmissíveis aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Açores, Aveiro, Braga e a sexualidade aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Beja, Setúbal e Faro.

O **factor 2** permite observar uma relação entre os assuntos como a contracepção e os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Santarém, Évora, Leiria, Bragança e Coimbra.

Pela observação do (gráfico 27 anexo LI), visualizamos que; o **factor 1** associa as substâncias aditivas aos enfermeiros que trabalham nas Região de Saúde da Madeira, as doenças sexualmente transmissíveis aos enfermeiros da Região de Saúde do Norte e a

sexualidade aos enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo.

Já o **factor 2** permite observar uma relação entre os assuntos sobre contracepção e os enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Centro, Alentejo, Açores e Lisboa e Vale do Tejo.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre os assuntos mais frequentemente abordados pelos adolescentes nas consultas, segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde pela aplicação do teste de independência Qui-Quadrado por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=79,06$; g.l.=57; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=29,34$; g.l.=18; $P < 0,05^*$), podemos concluir que a opinião destes sobre a temática em apreço é significativamente diferente respectivamente de Sub-região para Sub-região e de Região para Região de Saúde onde trabalham.

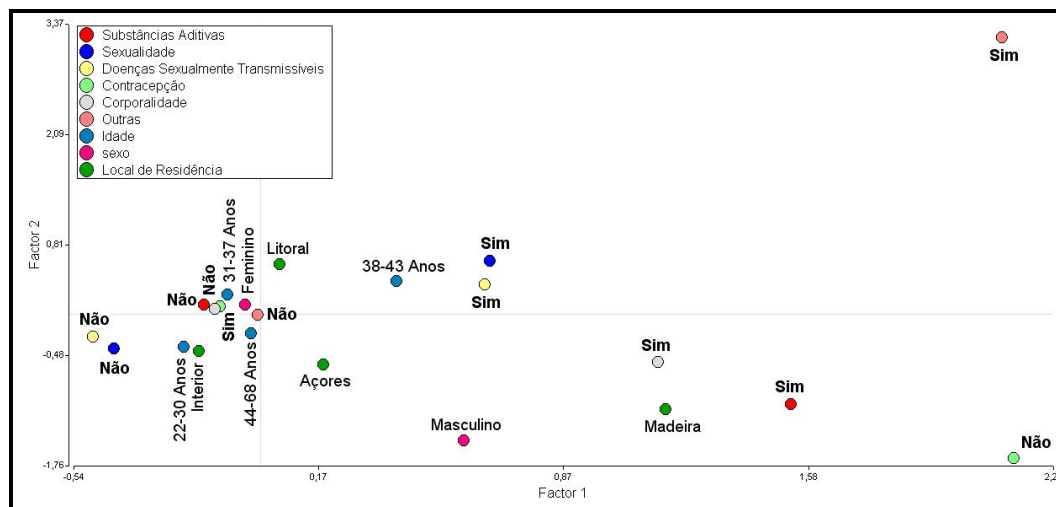
Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado ($\chi^2=37,33$; g.l.=15; $P < 0,01^{**}$) (tabela 284 anexo LIII), como $P < 0,01$, podemos concluir que os assuntos mais frequentemente colocadas pelos adolescentes não são significativamente independentes do local de residência do enfermeiro. Por sua vez, como $P > 0,05$, podemos concluir que os assuntos mais frequentemente colocadas pelos adolescentes são significativamente independentes da idade e do sexo dos enfermeiros.

Desta forma as substâncias aditivas estão mais associadas aos enfermeiros da Madeira (7,6%), Açores (4,9%) e Interior (5,3%); a sexualidade está mais relacionada com os enfermeiros do Litoral (21,5%); as DST aos enfermeiros de todo o Continente (43,6%), a contracepção aos enfermeiros do Interior (50,3%) e a corporalidade aos enfermeiros das Ilhas (11,4% e 11,5%) respectivamente Madeira e Açores.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (20,14%) da variância (tabela 283 anexo LII).

Hipótese 4: As questões mais frequentemente colocadas pelos adolescentes aos enfermeiros inquiridos são influenciadas pela idade, sexo e local de residência.

Gráfico 22 – Análise de Correspondências Múltiplas entre as questões mais frequentemente colocadas pelos adolescentes aos enfermeiros inquiridos e a idade, sexo e local de residência dos enfermeiros



Pela observação do (gráfico 22), vemos que os enfermeiros com 38-43 anos do sexo masculino, que residem na Madeira, Açores e Litoral apontam como questões mais frequentemente apontadas pelos adolescentes, as substâncias aditivas, a sexualidade, as doenças sexualmente transmissíveis, a corporalidade e outros assuntos; enquanto que os enfermeiros do sexo feminino, residentes no interior e com 22-30 e 31-37 anos dizem que os adolescentes os questionam mais frequentemente sobre contraceção (tabela 284 anexo LIII).

9.3 – OBTENÇÃO DE INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA OS INQUIRIDOS DE COMO LIDAR COM ADOLESCENTES

Tabela 29 – Tabela de frequências da obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes

Obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1035	59,7%
Não	700	40,3%
Total	1735	100,0%

A maior parte dos enfermeiros inquiridos (59,7%), diz ter obtido informação relevante para lidar com os adolescentes, números percentualmente muito próximos dos encontrados pelo autor em (2002) com (54,4%) das respostas (tabela 29).

Comparando a obtenção de informação relevante obtida pelos enfermeiros inquiridos para lidar com adolescentes por Sub-regiões e Regiões de Saúde onde exercem actividade, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=105,886$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=31,556$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$)

podemos concluir que aquela não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde, tendo os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores (71,9%), Aveiro (62,6%), Castelo Branco (61,8%), Coimbra (65,1%), Faro (73,1%), Madeira (74,0%), Porto (78,0%), Setúbal (82,1%) e Viseu (71,8%) sugerido terem maior tendência para obter informação relevante para lidar com os jovens adolescentes (tabela 72 anexo LIV).

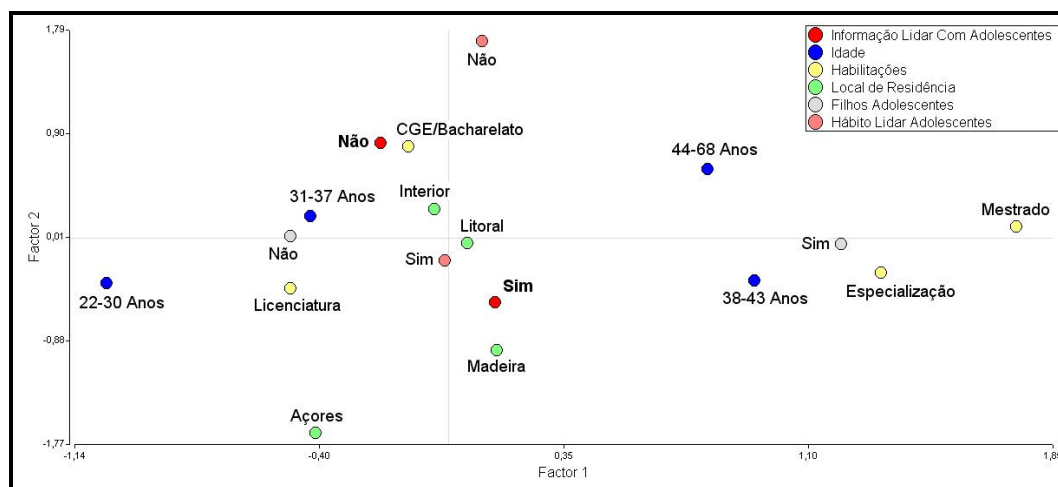
Tabela 30 – Tabela de frequências da obtenção de informação relevante para os enfermeiros inquiridos lidarem com adolescentes por Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	302	59,0%	210	41,0%	512	100,0%
RS Centro	255	57,2%	191	42,8%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	228	63,7%	130	36,3%	358	100,0%
RS Alentejo	106	47,7%	116	52,3%	222	100,0%
RS Algarve	49	73,1%	18	26,9%	67	100,0%
RS Açores	41	71,9%	16	28,1%	57	100,0%
RS Madeira	54	74,0%	19	26,0%	73	100,0%
Total Geral	1035	59,7%	700	40,3%	1735	100,0%

Dos enfermeiros inquiridos, aqueles que por Regiões de Saúde sugerem ter obtido mais informação para lidar com adolescentes são; os das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (63,7%), Algarve (73,1%), Açores (71,9%) e Madeira (74,0%) (relativamente à média de obtenção de informação por parte da população inquirida) (tabela 30). Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (26,55%) da variância (tabela 285 anexo LV).

Hipótese 5: A obtenção de informação relevante por parte dos enfermeiros para lidar com adolescentes é influenciada pela idade, habilitações, local de residência, ter filhos adolescentes e lidar habitualmente com adolescentes.

Gráfico 23 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes e a idade, habilitações literárias, local de residência, existência de filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes



Pela observação do (gráfico 23) vemos que o **factor 1** associa a obtenção de informação para lidar com adolescentes aos enfermeiros com 38-43 ou 44-68 anos e com especialização ou mestrado e com filhos adolescentes. Por outro lado o factor 2 permite relacionar a obtenção de informação para lidar com adolescentes aos enfermeiros dos Açores, Madeira ou Litoral e aos enfermeiros que lidam habitualmente com adolescentes. De forma a validar a análise supra referida, realizamos análises univariadas e multivariadas, teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 286 em anexo LVI), como $P=0,091$, podemos concluir que a obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes é significativamente independente da idade do enfermeiro.

Por sua vez, como $P<0,01$, podemos concluir que a obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes não é significativamente independente das habilitações, do local de residência, da existência de filhos adolescentes e do hábito de lidar com adolescentes.

Desta forma a obtenção de informação para lidar com adolescentes está associada aos enfermeiros com licenciatura (61,0%), com especialidade (71,6%) e com mestrado (70,6%); aos enfermeiros das Regiões da Madeira (74,0%), Açores (71,9%) e Litoral (63,3%); aos enfermeiros com filhos adolescentes (65,1%) e aos enfermeiros que lidam habitualmente com adolescentes (63,8%), (tabela 286 em anexo LVI).

Para avaliar a significância da idade, habilitações literárias, local de residência, ter filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes sobre a probabilidade dos inquiridos não obterem informação relevante para lidar com adolescentes, recorreu-se a regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio.

A regressão logística, pelo método Enter revelou que a idade [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=2,752$; $p=0,432$], a existência de filhos adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=3,429$; $p=0,064$] não apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não obter informação relevante para lidar com adolescentes.

Pelo contrário, as variáveis Residência [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=21,059$; $p<0,001$] e Habilitações [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=29,005$; $p<0,001$] e o Hábito de Lidar Com Adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=86,874$; $p<0,001$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não obter informação relevante para lidar com adolescentes de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(11)=177,312$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(8)=5,927$; $p=0,655$; $R^2_{\text{CS}}=0,097$; $R^2_{\text{N}}=0,131$) (tabela 31).

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(8)=174,560$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(8)=7,482$; $p=0,486$; $R^2_{\text{CS}}=0,096$; $R^2_{\text{N}}=0,129$), com apenas as variáveis Residência ($b_{\text{Residência}(3)} = -0,422$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=15,535$; $p<0,001$; $\text{OR}=0,656$), Filhos Adolescentes ($b_{\text{FilhosAdol.}(1)} = -0,240$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=4,009$; $p=0,045$; $\text{OR}=0,787$) e Hábito de Lidar Com Adolescentes ($b_{\text{HabLidAdol.}(1)} = -1,793$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=87,215$; $p<0,001$; $\text{OR}=0,166$) (tabela 288 anexo LVII).

Desta forma vemos que um enfermeiro que reside no Interior tem uma probabilidade de 1,524 (1/0,656) vezes maior de não obter informação relevante para lidar com adolescentes que um enfermeiro do Litoral, da Madeira ou dos Açores. Também observamos que um enfermeiro sem filhos adolescentes tem cerca de 1,270 (1/0,787) vezes mais probabilidade de não obter informação relevante para lidar com adolescentes que um enfermeiro com filhos adolescentes.

Tabela 31 – Regressão logística da obtenção de informação relevante por parte dos enfermeiros inquiridos para lidar com os adolescentes segundo a idade, as habilitações, o local de residência, existência de filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes

VD – Obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	2,752	3	0,432	-----	-----
Idade(1)	0,187	0,168	1,244	1	0,265	1,205	0,868-1,674
Idade(2)	0,137	0,156	0,771	1	0,380	1,146	0,845-1,555
Idade(3)	0,252	0,158	2,558	1	0,110	1,287	0,945-1,754
Residência	-----	-----	21,059	3	0,000	-----	-----
Residência(1)	0,380	0,287	1,758	1	0,185	1,463	0,834-2,566
Residência(2)	0,187	0,313	0,355	1	0,551	1,205	0,652-2,227
Residência(3)	-0,415	0,107	14,965	1	0,000	0,661	0,535-0,815
Habilitações	-----	-----	29,005	3	0,000	-----	-----
Habilitações(1)	-0,898	0,582	2,382	1	0,123	0,407	0,130-1,274
Habilitações(2)	-0,530	0,582	0,830	1	0,362	0,589	0,188-1,841
Habilitações(3)	-0,064	0,587	0,012	1	0,913	0,938	0,297-2,962
Filhos Adol. (1)	-0,248	0,134	3,429	1	0,064	0,781	0,601-1,015
Hab.Lid.Adol. (1)	-1,796	0,193	86,874	1	0,000	0,166	0,114-0,242
Intercepção	1,343	0,583	5,310	1	0,021	3,830	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira; Habilitações: CGE & Bacharelato; Filhos Adolescentes: Não; Hábito de Lidar com adolescentes: Não;

Por fim, vemos que um enfermeiro que não tem o hábito de lidar com adolescentes tem cerca de 6,024 (1/0,166) vezes mais probabilidade de não ter obtido informação relevante para lidar com adolescentes que um enfermeiro que tem o hábito de lidar com adolescentes.

O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de (65,5%). O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca, mas significativa (ROC c = 0,665; $p < 0,001$).

9.3.1 – FONTE DE OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DOS INQUIRIDOS

Tabela 32 – Tabela de frequências da forma de obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes

Forma de obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Congressos/Seminários/Jornadas	626	27,6%	60,7%
Panfletos desdobráveis	281	12,4%	27,2%
Revistas/Jornais de domínio público	329	14,5%	31,9%
Revistas científicas	541	23,8%	52,4%
Contactos c/ Colegas e Profissionais	435	19,2%	42,2%
Outros	59	2,6%	5,7%
Total	3403	100%	-----

Com base na (tabela 32), vemos que as três fontes de conhecimento mais importantes para a obter informação relevante para lidar com adolescentes são para os inquiridos, os congressos, seminários e jornadas (60,7%), no estudo realizado pelo autor em (2002) os inquiridos tinham sobre esta temática uma opinião um pouco inferior percentualmente (45,59%), as revistas científicas (52,4%), números bastante maiores e, pensamos também mais credíveis uma vez que se trata de revistas de cariz científico, que os encontrados pelo autor no estudo de (2002) sugerido por apenas (2,94%) dos inquiridos referente a revistas de domínio publico, os contactos com outros colegas e outros profissionais sugerido por (42,2%), também percentagem maior que a encontrada pelo autor em (2002) apenas com (20,59%).

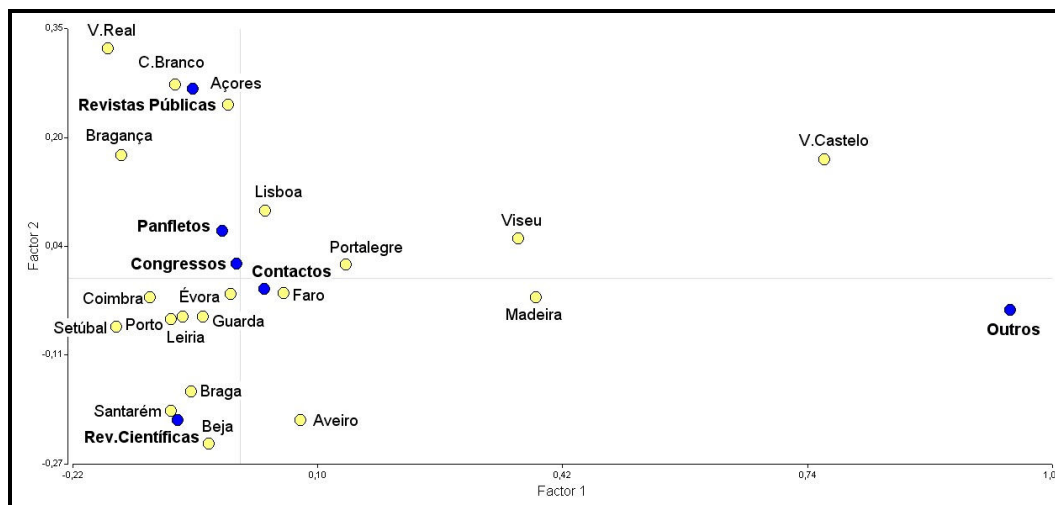
Um estudo realizado por Maia et al., (2001) baseado no conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade, e a opinião de variadíssimos autores, concluem que a leitura e os amigos foram e são as principais fontes de informação sobre a sexualidade. Também no nosso estudo a leitura vem na mesma linha de pensamento para os enfermeiros inquiridos uma vez que (50,7%), perfilham a mesma opinião dos autores supra referidos. *“Quando era mais pequeno os meus pais deram-me um livro de educação sexual, nunca tive ninguém com quem falar das dúvidas que permaneceram. Sempre tive muita necessidade de me masturbar (...). Eu julgo que sou imaturo sexualmente (...). Agora até proibi a minha mãe de entrar no meu quarto, tenho medo que ela descubra”* (Luís, 19 anos, cit. Costa Maria, 1998:98).

Segundo Meneses (1990); Andrade Isabel (1996); Marques António et al., (2000); Nodin Nuno; Macpherson Ann (2001); Sampaio Daniel (2006), a leitura e a televisão constituem importantes meios de informação sobre sexualidade. No entanto esta divulgação não é a maioria das vezes adequada aos adolescentes o que leva a conceitos errados.

“Aprender um comportamento sexual e afectivo responsável é como aprender a ler ou a escrever: é um processo contínuo de descoberta e integração (...) por isso, um filme, um livro, uma notícia na televisão (...), podem suscitar reflexões e conversas, entre pais e filhos, sobre sexualidade e sobre afectividade” (Costa Maria 1998: 59).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (72,25%) da variância (tabela 75 anexo LVIII).

Gráfico 24 – Análise de Correspondências Simples entre as fontes de informação relevantes (para aquisição de conhecimentos) por parte dos inquiridos e as Sub-regiões de Saúde



Com base no (gráfico 24) podemos observar que; o **factor 1** associa as outras fontes de informação aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viana do Castelo, Viseu e Madeira; os congressos, panfletos e contactos com outros colegas aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Faro, Portalegre, Évora, Guarda, Leiria, Porto, Coimbra e Setúbal.

O **factor 2** permite observar uma relação entre as revistas de domínio público e os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Vila Real, Castelo Branco, Açores e Bragança e uma associação entre as revistas científicas e os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Braga, Aveiro, Beja e Santarém.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (77,29%) da variância (tabela 76 anexo LIX).

Com base na observação dos dois factores (gráfico 29 anexo LX) permite-nos constatar que existe uma associação entre as outras fontes de informação e os enfermeiros da Região de Saúde da Madeira; as revistas de domínio público e os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores; os panfletos desdobráveis e os enfermeiros da Região de Saúde do Norte; as revistas científicas e os enfermeiros da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; e os contactos com outros colegas ou profissionais e os congressos, seminários, jornadas e os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde, Algarve, Centro e Alentejo.

Comparando as fontes ou formas de obtenção de informação relevante por parte dos enfermeiros inquiridos para lidar com adolescentes, tendo em conta as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho pela aplicação do teste de independência Qui-Quadrado

por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=156,08$; g.l.=95; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=48,87$; g.l.=30; $P < 0,05^*$), podemos concluir que estas não são significativamente independentes respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde.

10 – FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS INQUIRIDOS SOBRE SEXUALIDADE

Tabela 33 – Tabela de frequências da distribuição dos inquiridos segundo possuem formação específica sobre sexualidade

Possui formação específica sobre sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	199	11,5%
Não	1536	88,5%
Total	1735	100,0%

Uma substancial maioria dos enfermeiros inquiridos (88,5%), considera não possuir formação específica sobre sexualidade, um número muito próximo foi encontrado pelo autor no estudo realizado em (2002) com (85,9%), dos inquiridos que também afirmavam não possuir, já (11,5%) dos inquiridos considera possuir formação específica sobre sexualidade, o que também se aproxima dos (14,1%), dos inquiridos em (2002) pelo autor (tabela 33).

Pela nossa experiência profissional no âmbito dos cuidados de saúde primários e enquanto coordenador concelhio da Saúde Escolar, constatamos inúmeras vezes a indisponibilidade dos colegas para abordar estes temas com jovens da comunidade escolar, o que nos remete talvez para a não formação dos inquiridos sobre esta temática. E também como vimos anteriormente os inquiridos referem não possuir à partida (saída da Escola de formação), conhecimentos suficientes sobre a temática em apreço.

Comparando se os enfermeiros inquiridos possuem formação específica sobre sexualidade por Regiões e Sub-região de Saúde, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=17,054$; g.l.=6; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=54,054$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) podemos concluir que aquela não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde onde o enfermeiro trabalha. Possuindo os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve (19,4%), Açores (15,8%) e Lisboa e Vale do Tejo (14,5%) significativamente mais formação específica sobre sexualidade (tabela 34).

Tendo os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores (15,8%), Braga (12,4%), Castelo Branco (16,4%), Coimbra (20,6%), Faro (19,4%), Lisboa (11,9%), Porto (12,7%), Setúbal (25,0%) e Viana do Castelo (20,9%) referido possuir formação específica sobre sexualidade superior à média nacional (para a população inquirida) (tabela 78 anexo LXI).

Tabela 34 – Tabela de frequências da existência de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos segundo as Regiões de Saúde

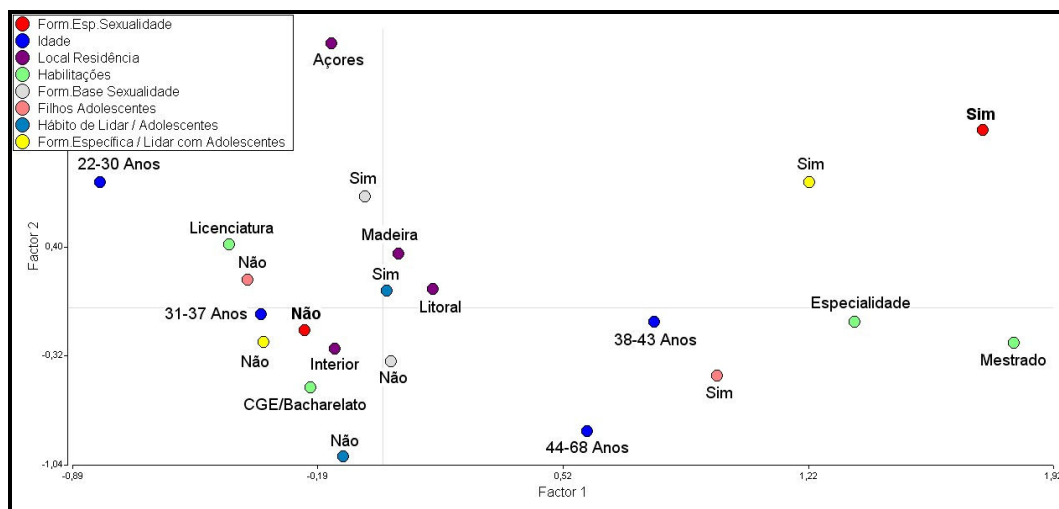
Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	55	10,7%	457	89,3%	512	100,0%
RS Centro	51	11,4%	395	88,6%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	52	14,5%	306	85,5%	358	100,0%
RS Alentejo	12	5,4%	210	94,6%	222	100,0%
RS Algarve	13	19,4%	54	80,6%	67	100,0%
RS Açores	9	15,8%	48	84,2%	57	100,0%
RS Madeira	7	9,6%	66	90,4%	73	100,0%
Total Geral	199	11,5%	1536	88,5%	1735	100,0%

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (25,60%) da variância (tabela 289 anexo LXII).

Hipótese 6: O possuir formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos é influenciado pela idade, local de residência, habilitações, ter formação de base sobre sexualidade, ter filhos adolescentes, lidar habitualmente com adolescentes e ter formação específica para lidar com adolescentes.

Pela observação do (gráfico 25) vemos que o **factor 1** associa a existência de formação específica sobre sexualidade aos enfermeiros inquiridos, com 38-43 ou 44-68 anos, com especialização ou mestrado, com filhos adolescentes, com o hábito de lidar com adolescentes e simultaneamente com formação específica para lidar com adolescentes, residentes no Litoral. Por outro lado o **factor 2** permite relacionar a falta de formação específica sobre sexualidade aos enfermeiros que residem no Interior, com menores habilitações, curso de enfermagem geral, bacharelato e licenciatura, com idades entre os 22 e 37 anos e sem filhos adolescentes.

Gráfico 25 – Análise de Correspondências Múltiplas entre o possuir formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações, formação sobre sexualidade obtida no curso base, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 35), como $P=0,081$, podemos concluir que a existência de formação específica dos inquiridos sobre sexualidade é significativamente independente da existência de formação sobre sexualidade no curso base.

Por sua vez, como $P<0,01$, podemos concluir que a existência de formação específica por parte dos enfermeiros inquiridos sobre sexualidade não é significativamente independente da idade, das habilitações literárias, do local de residência, e da existência de filhos adolescentes, do hábito de lidar com adolescentes e de ter formação específica para lidar com adolescentes.

Desta forma a existência de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos está associada aos enfermeiros com 38-43 anos (16,9%) ou com 44-68 anos (13,5%); aos enfermeiros com especialidade (28,4%) ou com mestrado (35,3%); aos enfermeiros dos Açores (15,8%) e Litoral (14,9%); aos enfermeiros com filhos adolescentes (17,7%), aos enfermeiros que lidam habitualmente com adolescentes (12,2%) e aos enfermeiros com formação específica para lidar com adolescentes (42,6%).

Para avaliar a significância da idade, local de residência, habilitações literárias, ter formação de base sobre sexualidade, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes sobre a probabilidade de não ter formação específica sobre sexualidade, recorreu-se à regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio.

A regressão logística, pelo método Enter revelou que a idade [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=0,499$; $p=0,919$], a existência de formação base sobre sexualidade [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,009$; $p=0,923$], a existência de filhos adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,415$; $p=0,519$], o hábito de lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=2,614$; $p=0,106$] não apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não ter formação específica sobre sexualidade.

Pelo contrário, as variáveis Residência [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=8,750$; $p=0,033$], Habilitações [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=19,856$; $p<0,001$] e a formação específica para lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=211,194$; $p<0,001$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não ter formação específica sobre sexualidade de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(13)=415,359$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(8)=9,758$; $p=0,282$; $R^2_{\text{CS}}=0,213$; $R^2_{\text{N}}=0,418$) (tabela 291 anexo LXIII).

Tabela 35 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o possuir formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes

VD – Possui formação específica sobre sexualidade			
Variáveis Independentes	Sim	Não	Testes
• Idade			
22 – 30 anos	7,1%	92,9%	$\chi^2=23,935$; g.l.=3; P=0,001 ***
31 – 37 anos	9,5%	90,5%	
38 – 43 anos	16,9%	83,1%	
44 – 68 anos	13,5%	86,5%	
Total	11,5%	88,5%	
• Habilitações Literárias			
CGE/Bacharelato	7,2%	92,8%	$\chi^2=128,563$; g.l.=3; P<0,001 ***
Licenciatura	7,1%	92,9%	
Especialização	28,4%	71,6%	
Mestrado	35,3%	64,7%	
Total	11,5%	88,5%	
• Local de Residência			
Madeira	9,6%	90,4%	$\chi^2=20,112$; g.l.=3; P<0,001***
Açores	15,8%	84,2%	
Interior	8,0%	92,0%	
Litoral	14,9%	85,1%	
Total	11,5%	88,5%	
• Filhos Adolescentes			
Sim	17,7%	82,3%	$\chi^2=26,450$; g.l.=1; P<0,001***
Não	9,0%	91,0%	
Total	11,5%	88,5%	
• Hábito de Lidar com Adolescentes			
Sim	12,2%	87,8%	$\chi^2=7,673$; g.l.=1; P<0,01**
Não	5,1%	94,9%	
Total	11,5%	88,5%	
• Formação sobre sexualidade no curso base			
Sim	13,4%	86,6%	$\chi^2=3,036$; g.l.=1; P<0,081 ns
Não	10,5%	89,5%	
Total	11,5%	88,5%	
• Formação Específica para Lidar Com Adolescentes			
Sim	42,6%	57,4%	$\chi^2=465,312$; g.l.=1; P<0,001***
Não	2,7%	97,3%	
Total	11,5%	88,5%	

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(7)=411,659$; $p<0,001$; $\chi^2_{HL}(7)=8,223$; $p=0,313$; $R^2_{CS}=0,211$; $R^2_N=0,415$), com apenas as variáveis Residência ($b_{Residência(3)}=-0,534$; $\chi^2_{Wald}(1)=7,571$; $p=0,006$; OR=0,586), e Formação Específica para Lidar Com Adolescentes ($b_{FormLidAdol.(1)}=-3,012$; $\chi^2_{Wald}(1)=222,412$; $p<0,001$; OR=0,049) (tabela 36).

Tabela 36 – Regressão logística da posse de formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações, formação sobre sexualidade obtida no curso base, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes (Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Possuir formação específica sobre sexualidade							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Residência	-----	-----	9,187	3	0,027	-----	-----
Residência(1)	-0,594	0,483	1,514	1	0,218	0,552	0,214-1,422
Residência(2)	0,222	0,468	0,225	1	0,635	1,249	0,499-3,127
Residência(3)	-0,534	0,194	7,571	1	0,006	0,586	0,401-0,858
Habilitações	-----	-----	25,996	3	0,000	-----	-----
Habilitações(1)	-1,213	0,640	3,586	1	0,058	0,297	0,085-1,043
Habilitações(2)	-1,137	0,633	3,227	1	0,072	0,321	0,093-1,109
Habilitações(3)	-0,225	0,630	0,127	1	0,721	0,799	0,232-2,748
Form.Lid.Adol.(1)	-3,012	0,202	222,412	1	0,000	0,049	0,033-0,073
Intercepção	0,660	0,619	1,135	1	0,287	1,935	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira; Habilitações: CGE & Bacharelato; Formação Base Sobre Sexualidade: Não; Filhos Adolescentes: Não; Hábito de Lidar com adolescentes: Não; Formação Específica para Lidar com Adolescentes: Não)

Por um lado, vemos que um enfermeiro que reside no Interior tem uma probabilidade de 1,706 (1/0,585) vezes maior de não ter formação específica sobre sexualidade que um enfermeiro do Litoral, da Madeira ou dos Açores.

Observamos ainda que um enfermeiro que não tem formação específica para lidar com adolescentes tem 20,408 (1/0,049) vezes mais probabilidades de não ter formação específica sobre sexualidade que um enfermeiro que tem formação específica para lidar com adolescentes.

O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de (89,0%). O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante boa e significativa (ROC c = 0,876; p<0,001).

10.1 – FONTES DE AQUISIÇÃO DA INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE PELOS INQUIRIDOS

Tabela 37 – Tabela de frequências da forma de obtenção da formação específica sobre sexualidade por parte dos inquiridos

Forma de obtenção de formação específica sobre sexualidade		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Curso de formação pós básica especializada	69	34,7%
Curso de pós-graduação (> =100 Horas)	27	13,6%
Curso de pós-graduação (<100 Horas)	37	18,6%
Outros	59	29,6%
Não Responde	7	3,5%
Total	199	100,0%

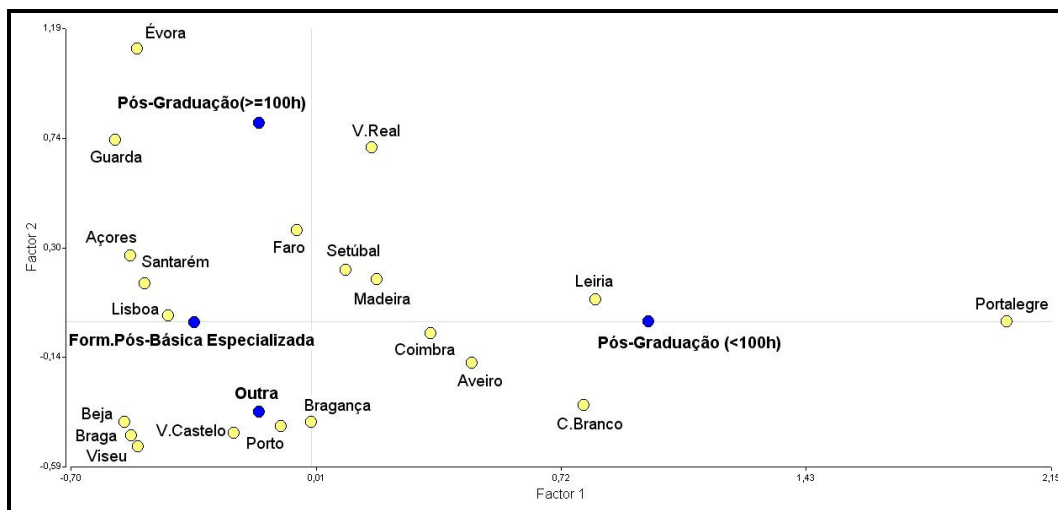
Dos enfermeiros inquiridos que possuem formação específica sobre sexualidade, (34,7%) adquiriram-na em cursos de formação pós-básica especializada, em (2002) em estudo semelhante realizado pelo autor também (28,57%) dos inquiridos sugeriam ter adquirido a formação pelo mesmo método. Dos inquiridos (13,6%) adquiriram formação em cursos de pós-graduação com duração igual ou superior a 100 horas, (18,6%) em cursos de pós-graduação com duração inferior a 100 horas e (29,6%) noutras formas de formação (cursos promovidos pela APF, bibliografia específica sobre a temática “adolescência”, saúde escolar e formação em serviço) (tabela 37).

No nosso caso particular para além da leitura do mais diversificado semblante, particularmente de cariz científico, foi também através de curso de pós graduação onde adquirimos as maiores competências nesta área específica.

Contudo se os cuidados de saúde primários através dos profissionais de enfermagem, quiserem fornecer um alto nível de cuidados de saúde aos adolescentes e muito particularmente na esfera da sexualidade, é indispensável que haja uma ininterrupta instrução e formação sobre sexualidade ética moral e deontológica bem como sobre planeamento familiar, familiarizando mais os enfermeiros com a prestação de cuidados e aconselhamento (Rodrigues, 1989; Tilsley Lorraine, Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (87,99%) da variância (tabela 81 anexo LXIV).

Gráfico 26 – Análise de Correspondências Simples entre as fontes de obtenção de informação específicas sobre sexualidade (por parte dos inquiridos) e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 26) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os cursos de pós-graduação com duração inferior a 100 horas aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Portalegre, Castelo Branco e Leiria; e os cursos de formação pós-básica especializada aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Santarém, Açores. O **factor 2** permite observar uma relação entre os cursos de pós-graduação com duração superior ou igual a 100 horas aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, Vila Real e Évora; e outras formações aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja, Braga, Viseu, Viana do Castelo, Porto e Bragança.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (89,54%) da variância (tabela 82 anexo LXV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 31 em anexo LXVI) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os cursos de pós-graduação com duração inferior a 100 horas aos enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e os cursos de formação pós-básica especializada aos enfermeiros das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e dos Açores.

O **factor 2** permite observar uma relação entre os cursos de pós-graduação com duração superior ou igual a 100 horas aos enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve; e outras formações aos enfermeiros da Região de Saúde do Norte.

Estudando as fontes de formação específica sobre sexualidade enumeradas pelos enfermeiros segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, com base no teste

de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlos ($\chi^2=80,16$; g.l.=57; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=28,09$; g.l.=18; $P=0,055^*$), podemos concluir que as fontes de formação específicas sobre sexualidade referidas pelos mesmos não são significativamente independentes respectivamente das Sub-regiões nem marginalmente das Regiões de Saúde.

10.2 – PALAVRA SEGUNDO OS INQUIRIDOS ASSOCIADA À SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES

Tabela 38 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos relativamente às palavras associadas à sexualidade dos adolescentes

Palavra que para si defina a sexualidade dos adolescentes da sua região?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Atracção física	276	15,9%
Envolvimento sentimental	230	13,3%
Relação sexual	297	17,1%
Descoberta	627	36,1%
Fascínio	20	1,2%
Amor / Paixão	180	10,4%
Prazer	28	1,6%
Desafio	68	3,9%
Outra	9	0,6%
Total	1735	100,0%

Descoberta é na opinião de (36,1%), dos inquiridos a palavra mais frequentemente referida para definir a sexualidade dos adolescentes da sua região, já em (2002) o autor obteve no seu estudo sobre a mesma temática (38,9%), dos inquiridos que consideravam a mesma palavra descoberta, o que vem de encontro à opinião de Levisky (1995), que considera que os impulsos e emoções sexuais, neste período ocorrem principalmente ao nível das fantasias e devaneios. Assim os jogos sexuais, mais frequentes nesta fase estão voltados para a descoberta.

Das restantes palavras escolhidas, (17,1%) dos enfermeiros sugeriram a relação sexual, número aproximado ao obtido pelo estudo do autor em (2002) com uma percentagem de (18,8%). Dos inquiridos (15,9%), apontaram a atracção física, percentagem próxima da obtida pelo autor em (2002) com (12,8%) e ainda (13,3%) optaram pelo envolvimento sentimental, também o autor no estudo de (2002) obteve (19,5%), das respostas sobre esta percepção, que é opinião também partilhada por Miguel Nuno (1994). Dos enfermeiros que participaram no estudo (10,4%), sugerem ser o amor e paixão, percentagem bastante superior à obtida pelo autor em (2002) com (2%) dos inquiridos a definirem a sexualidade como amor e paixão o que também é assumido pela OMS e Miguel Nuno em (1994), Andrade Isabel (1996) que defendem que a sexualidade na adolescência é definida como sendo amor e paixão. Podemos até dizer que um dos objectivos da experiência sexual pode ser, sentir com o parceiro mútua franqueza e

cumplicidade, o agrado de quebrar regras e superar expectativas o que implica sentir-se imbuído dessas sensações divinais que são o amor e a paixão (Moore Thomas, 1999; Carvalho Paula Torres, 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (51,96%) da variância (tabela 84 anexo LXVII).

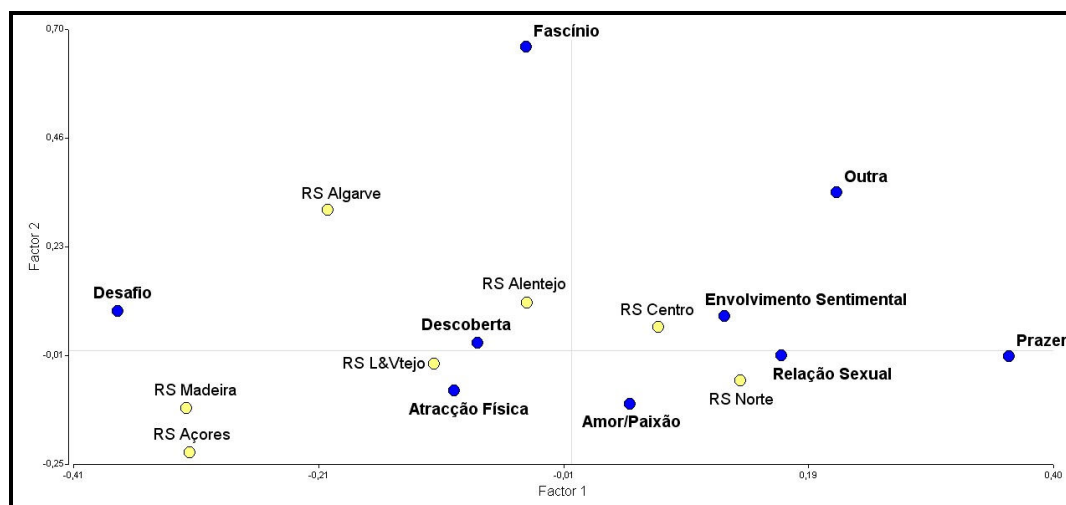
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 32 em anexo) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa a palavra amor e paixão à opinião dos enfermeiros da Sub-região de Saúde de Vila Real, a palavra prazer aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, o envolvimento sentimental aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores, Leiria e Lisboa, a relação sexual aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viana do Castelo e Porto, outras palavras aos enfermeiros das Sub-regiões de Viseu e Castelo Branco e, descoberta aos enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde.

O **factor 2** permite observar uma relação entre as palavras desafio e fascínio e a opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal e Faro.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (62,71%) da variância (tabela 85 anexo LXIX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 27) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa a palavra *desafio* à opinião dos enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e dos Açores, as palavras descoberta e atracção física à opinião dos enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo, Algarve, Lisboa e Vale do Tejo e as palavras amor e paixão, relação sexual, envolvimento sentimental, prazer e outras palavras à opinião dos enfermeiros da Regiões de Saúde do Centro e Norte.

Gráfico 27 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a palavra mais utilizada para definir a sexualidade dos adolescentes e as Regiões de Saúde



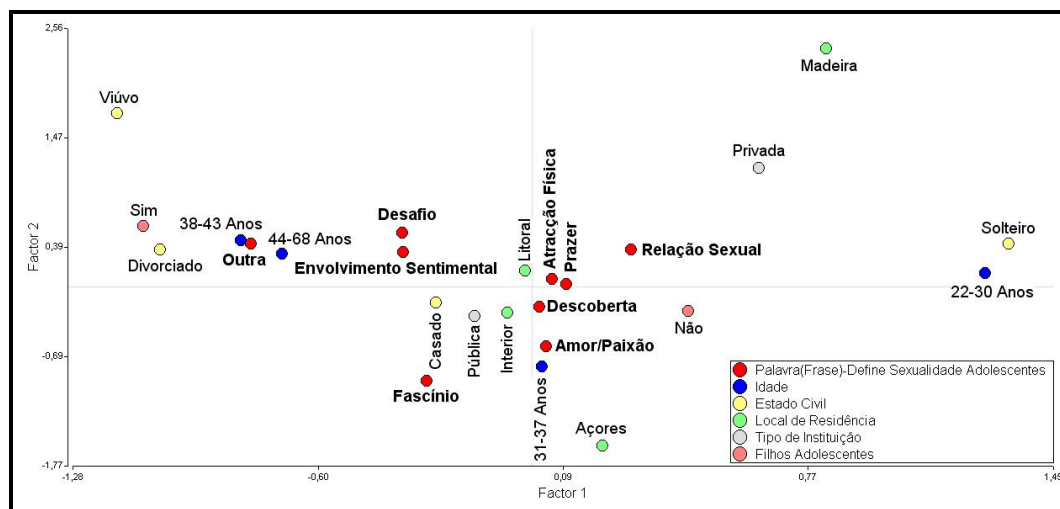
Subdividindo a opinião dos enfermeiros sobre a palavra associada à sexualidade dos adolescentes por Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros e aplicando o teste de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=342,77$; g.l.=152; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=78,36$; g.l.=48; $P < 0,01^{**}$), podemos concluir que a palavra mais frequentemente associada à sexualidade dos adolescentes não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (16,27%) da variância (tabela 293 anexo LXX).

Hipótese 7: A palavra que para os inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região é influenciada pela idade, estado civil, local de residência, tipo de escola frequentada e ter filhos adolescentes.

Pela observação do (gráfico 28) vemos que o **factor 1** associa a palavra relação sexual à opinião dos enfermeiros solteiros, com 22-30 anos, as palavras desafio, envolvimento sentimental e outra à opinião dos enfermeiros divorciados ou viúvos com idade entre 38-43 ou 44-68 anos, com filhos adolescentes. Por outro lado o **factor 2** permite relacionar as palavras amor e paixão e, fascínio à opinião dos enfermeiros casados, com 31-37 anos e residentes no Interior e Açores.

Gráfico 28 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a palavra que para os inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região em função da idade, estado civil, local de residência, tipo de escola frequentada e existência de filhos adolescentes



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 39), como $P > 0,05$, podemos concluir que a palavra que para os enfermeiros melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região é significativamente independente da idade, estado civil, tipo de escola frequentada e a da existência de filhos adolescentes.

Por sua vez, como $P < 0,01$, podemos concluir que a palavra que na opinião dos inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região não é significativamente independente do local de residência dos enfermeiros.

A probabilidade da palavra que define sexualidade dos adolescentes da região dos enfermeiros foi estimada a partir da idade, estado civil, local de residência, tipo de instituição frequentada no curso base e existência de filhos adolescentes.

O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007). A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade da(s) palavra(s) que na opinião dos enfermeiros melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região (1 – Envolvimento Sentimental / Desafio / Outra; 2 – Fascínio / Amor / Paixão / Descoberta ; 3 – Atracção Física / Prazer / Relação Sexual) em função da idade, estado civil (1 – Solteiro; 2 – Casado; 3 – Divorciado, 4 – Viúvo), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), tipo de escola superior frequentada (0 – Privada; 1 – Pública) e existência de filhos adolescentes (0 – Sem Filhos Adolescentes; 1 – Com Filhos Adolescentes).

Tabela 39 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a palavra que para os inquiridos melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região em função da idade, estado civil, local de residência, tipo de escola frequentada e existência de filhos adolescentes

VD – Palavra que define a sexualidade dos adolescentes da sua região										
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Testes
• Idade										
22 – 30 anos	16,1%	11,4%	21,7%	35,3%	0,9%	11,0%	1,3%	2,4%	0,0%	$\chi^2=31,497$; g.l.=24; P=0,132 ns
31 – 37 anos	17,1%	11,8%	15,2%	39,2%	1,7%	9,3%	1,7%	3,8%	0,4%	
38 – 43 anos	13,9%	15,4%	15,2%	36,1%	1,5%	10,0%	2,2%	4,7%	1,0%	
44 – 68 anos	16,3%	15,0%	16,0%	33,6%	0,5%	11,5%	1,3%	5,1%	0,8%	
Total	15,9%	13,3%	17,1%	36,1%	1,2%	10,4%	1,6%	3,9%	0,5%	
• Estado Civil										
Solteiro	15,1%	10,9%	20,7%	37,6%	0,9%	8,6%	2,1%	3,3%	0,9%	$\chi^2=30,232$; g.l.=24; P=0,187 ns
Casado	15,9%	13,7%	16,6%	35,5%	1,2%	11,1%	1,5%	4,2%	0,4%	
Divorciado	19,2%	14,1%	9,0%	42,3%	2,6%	9,0%	2,6%	1,3%	0,0%	
Viúvo	17,6%	17,6%	23,5%	29,4%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%	
Total	15,9%	13,3%	17,1%	36,1%	1,2%	10,4%	1,6%	3,9%	0,5%	
• Local de Residência										
Madeira	27,4%	9,6%	12,3%	35,6%	0,0%	5,5%	1,4%	8,2%	0,0%	$\chi^2=51,816$; g.l.=24; P<0,01 **
Açores	19,3%	5,3%	7,0%	49,1%	0,0%	15,8%	0,0%	3,5%	0,0%	
Interior	16,7%	13,8%	19,2%	31,6%	1,9%	11,2%	1,9%	3,0%	0,9%	
Litoral	13,9%	13,6%	16,2%	39,8%	0,6%	9,6%	1,5%	4,5%	0,2%	
Total	15,9%	13,3%	17,1%	36,1%	1,2%	10,4%	1,6%	3,9%	0,5%	
• Tipo de Escola Frequentada										
Pública	15,8%	13,2%	15,9%	37,1%	1,2%	10,6%	1,6%	4,0%	0,6%	$\chi^2=8,695$; g.l.=8; P=0,370 ns
Privada	16,4%	13,5%	21,8%	32,2%	1,1%	9,5%	1,7%	3,4%	0,3%	
Total	15,9%	13,3%	17,1%	36,1%	1,2%	10,4%	1,6%	3,9%	0,5%	
• Filhos Adolescentes										
Sim	15,5%	16,7%	17,5%	34,7%	1,2%	8,2%	1,2%	4,4%	0,6%	$\chi^2=11,009$; g.l.=8; P=0,203 ns
Não	16,1%	11,9%	17,0%	36,7%	1,1%	11,2%	1,8%	3,7%	0,5%	
Total	15,9%	13,3%	17,1%	36,1%	1,2%	10,4%	1,6%	3,9%	0,5%	

A – Atracção Física; B – Envolvimento sentimental; C – Relação Sexual; D – Descoberta; E – Fascínio; F – Amor/Paixão; G – Prazer; H – Desafio; I – Outra.

O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(18) = 37,987$; $P = 0,004$) para as palavras “Envolvimento Sentimental/Desafio/Outra” e para “Atracção Física/Prazer/Relação Sexual” relativamente à classe das palavras de referência “Fascínio/Amor/Paixão/Descoberta” é apresentado na (tabela 295 anexo LXXI).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “2-Fascínio/Amor/Paixão/Descoberta” para a classe “1-Envolvimento Sentimental/Desafio/Outra” não é afectada significativamente pela idade ($b_{\text{idade}} = 0,012$; $P=0,132$), nem pelo estado civil ($P>0,23$ para todos os estados civis), nem para o local de residência ($P>0,07$ em todos os locais), nem pelo tipo de instituição frequentada no curso base ($b_{\text{Instituição}} = 0,125$; $P=0,484$); mas é afectado significativamente pela inexistência de filhos adolescentes. Relativamente a esta, os enfermeiros sem filhos adolescentes apresentam maior probabilidade de considerarem o “Fascínio/Amor/Paixão e Descoberta” que os enfermeiros com filhos adolescentes ($b_{\text{FilhosAdo}=0} = -0,320$; $OR=0,727$; $P=0,040$). Desta forma, ser enfermeiro sem filhos adolescentes relativamente a ser enfermeiro com

filhos adolescentes, reduz as chances de considerar o “Envolvimento Sentimental/Desafio/Outra” como a palavra que melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região relativamente às palavras “Fascínio/Amor/Paixão/Descoberta” em 27,3%. $(1 - 0,727 = 0,273) * (100 = 27,3)$

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “2- Fascínio/Amor/Paixão/Descoberta” para a classe “3-Atracção Física/Prazer/Relação Sexual” não é afectada significativamente pela idade ($b_{Idade} = -0,006$; $P=0,390$), nem pelo estado civil ($P>0,12$ para todos os estados civis), nem pela inexistência de filhos adolescentes ($b_{FilhosAdo=0} = -0,152$; $P=0,243$); mas é afectado significativamente pelo local de residência e tipo de instituição frequentada no curso base. Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem no interior apresentam maior probabilidade de considerarem o “Atracção Física/Prazer/Relação Sexual” como as palavras que melhor definem a sexualidade dos adolescentes da sua região, relativamente aos residentes no litoral ou nas regiões autónomas ($b_{Residência=3} = 0,315$; $OR=1,371$; $P=0,005$). Desta forma, ser enfermeiro residente no interior relativamente a ser residente no litoral e regiões autónomas, aumenta as chances de considerar o “Atracção Física/Prazer/Relação Sexual” como as palavras que melhor definem a sexualidade dos adolescentes relativamente às palavras “Fascínio/Amor/Paixão/Descoberta” em 37,1%. $(1,371 - 1 = 0,371) * (100 = 37,1)$

Relativamente ao tipo de instituição, os enfermeiros com o curso de base realizado em instituições privadas apresentam menor probabilidade de considerarem a “Atracção Física/Prazer/Relação Sexual” como a palavra que melhor define a sexualidade dos adolescentes da sua região, relativamente aos enfermeiros oriundos das instituições públicas ($b_{Instituição=0} = 0,283$; $OR=1,328$; $P=0,042$). Desta forma, ser enfermeiro oriundo de instituições privadas relativamente a ser enfermeiro oriundo de instituições públicas, diminui as chances de considerar “Atracção Física/Prazer/Relação Sexual” como palavras que melhor definem a sexualidade dos adolescentes relativamente “Fascínio/Amor/Paixão/Descoberta” em 32,8%. $(1,328 - 1 = 0,328) * (100 = 32,8)$

10.3 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS E VALORES DOS PAIS E DA SOCIEDADE NA LIBERDADE SEXUAL DOS ADOLESCENTES

Tabela 40 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade acerca da liberdade sexual dos adolescentes

Influência das crenças e valores dos pais e da sociedade sobre a liberdade sexual dos adolescentes		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim , porque vivemos em função dos valores sociais instituídos	552	31,8%
Sim , especialmente nos pequenos meios	530	30,5%
Não , os adolescentes vivem de acordo com os seus valores	622	35,9%
Não sabe	31	1,8%
Total	1735	100,0%

De uma forma global, a maioria dos enfermeiros (62,3%), consideram que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a liberdade sexual dos adolescentes, também o estudo do autor em (2002) sugeria que (69,1%) eram da mesma opinião, o que vem de encontro à opinião de múltiplos autores estudiosos da temática, Clães Michael (1990); Andrade Isabel, (1996); Espinosa Maria del Carmen; Prazeres Vasco, (1998); Marques António et al., (2000); Sampaio Daniel, (2006) que perfilham a opinião de que a família, pais, mães e o meio têm uma influencia vital na identidade sexual dos seus filhos em papel e género, contudo o processo deve ser facilitado, através do reforço de condutas e atitudes e do desenvolvimento de responsabilidades isentas, o mais possível, de elementos culturais discriminatórios para com um ou outro género. Dos inquiridos (31,8%), fundamentam-se na vivência de acordo com os valores sociais instituídos e (30,5%), sugerem ter especial enfoque nos pequenos meios.

Também perfilhamos a opinião dos inquiridos e dos variadíssimos autores, que nos sugerem que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a liberdade sexual dos adolescentes, pois ao longo da nossa prática profissional fomos constatando a importância da família e da sociedade no condicionalismo sobre a liberdade sexual dos jovens adolescentes. Há contudo (35,9%), dos enfermeiros que manifestam não haver qualquer influência sobre a liberdade sexual dos adolescentes, dizendo que os jovens vivem de acordo com os seus próprios valores (tabela 40).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (83,76%) da variância (tabela 87 anexo LXXII).

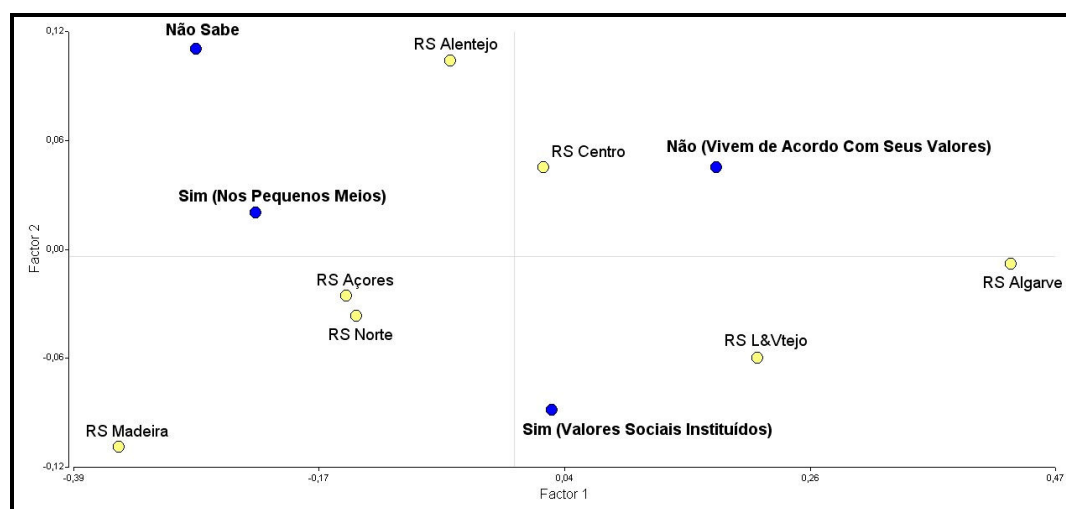
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 34 em anexo LXXIII) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa a opinião da não influência

das crenças e valores dos pais e da sociedade sobre a liberdade sexual dos adolescentes à opinião dos enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Faro, Setúbal, Castelo Branco, Beja, Lisboa e Vale do Tejo e a opinião dos enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde a sentimento contrário.

O **factor 2** permite distinguir o argumento utilizado para explicar a existência da influencia sobre a liberdade sexual do adolescente. Assim a opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Viana do Castelo, Açores e Bragança justifica-se pela influência dos pequenos meios, enquanto que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Leiria, Porto, Portalegre, Braga e Madeira consideraram ser os valores socialmente instituídos.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (95,24%) da variância (tabela 88 anexo LXXIV).

Gráfico 29 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade acerca da liberdade sexual dos adolescentes por Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 29) permite extrair as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores e Norte dizem que a liberdade sexual dos adolescentes é sobretudo influenciada pela vivência em pequenos meios, os enfermeiros da Madeira atribuem a influencia quer à vivência em pequenos meios quer aos valores sociais instituídos.

Os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro consideram que os adolescentes vivem de acordo com os seus próprios valores, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, são de opinião que vivem de acordo com os valores sociais instituídos.

Aplicando o teste de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=130,99$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=58,58$; g.l.=18; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade na liberdade sexual dos adolescentes não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

10.4 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE O AGENTE DE SOCIALIZAÇÃO MAIS IMPORTANTE NOS PAPEIS SEXUAIS DO JOVEM ADOLESCENTE

Tabela 41 – Tabela de frequências da distribuição da opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente

Agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente			
	Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
	A Família	637	37,4%
	Os Pares	583	34,2%
	Os Professores / Educadores	101	5,9%
	Os Modelos Apresentados pelos Média	307	18,0%
	Vedetas de Filmes e Desporto	74	4,3%
	Outros	2	0,1%
	Total	1735	100,0%

O agente de socialização mais importante para o jovem na esfera da sexualidade é na opinião de (37,4%) dos enfermeiros inquiridos a família, o que se aproxima aos resultados obtidos pelo autor em (2002) com (45,6%) de sugestões para este agente e o que vai de encontro à opinião de variadíssimos autores do referencial teórico, pois apesar de todas as contrariedades, a família nuclear predominante, e mais tarde a escola são os principais agentes de socialização e de formação pessoal, especialmente na infância (Almeida Vieira, 1990; Young Ian; López Félix, 1995; Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al.; Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Em segundo lugar, com um peso semelhante, aparece o grupo de pares (34,2%), números algo diferentes dos encontrados pelo autor em (2002) com (23,5%) da opinião dos inquiridos o que corrobora a opinião de estudiosos desta faixa etária e temática, entre os quais destacamos. O aumento da influência do grupo de pares em relação aos familiares é uma realidade. Este facto apesar de necessário e natural, pode constituir um foco gerador de conflitos entre ambas as partes (Frade Alice et al.; Andrade Isabel, 1996; Vasconcelos Pedro; Whaley e Wong, 1999; Marques António et al., 2000; Bastos, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Vaz J. Machado, 2007). O grupo, apesar

dos riscos que pode comportar, tem um papel muito importante *“devido ao carácter acessível, informal e facilitador do alívio de tensões”* (Afonso et al., 2001:199).

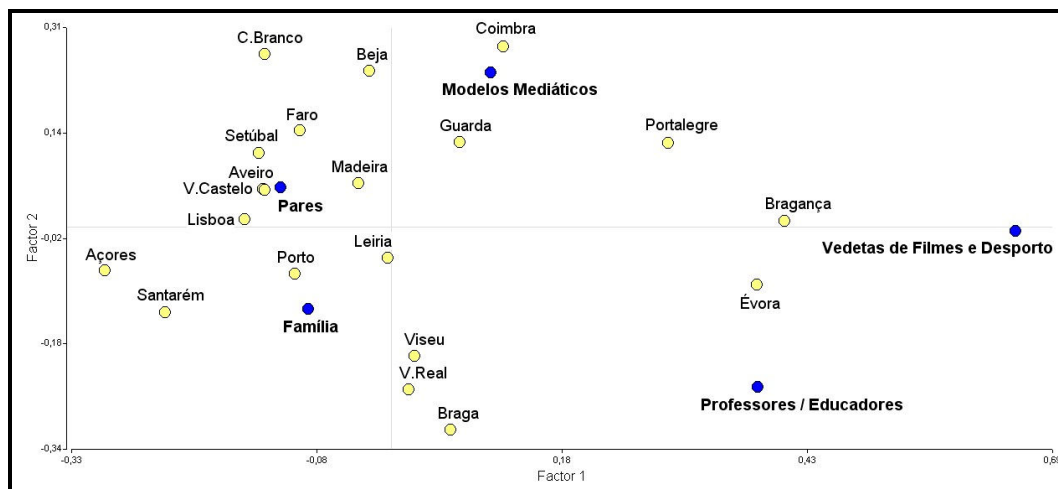
Os modelos apresentados pelos média (18,0%), o que coincide com números do estudo do autor em (2002) em que (18,8%) eram de opinião idêntica e o que se enquadra nos conceitos de (Andrade Isabel, 1996; Whaley e Wong, 1999). Os meios de comunicação (media) são hoje um importante veículo de transmissão de informação para os adolescentes. Os mass media, em especial a televisão, são sem dúvida, agentes fortemente modeladores e incentivadores do comportamento dos adolescentes.

De entre os modelos que possuem um poder relevante, apontamos os adultos que gravitam em torno dos jovens através da educação ou dos tempos livres, e ainda os filmes e as suas vedetas. Continuando nesta linha de identificação com ídolos, temos de referir os professores. Estes, consoante as relações que mantêm com o adolescente, podem ser alvo de oposição, como os pais ou a sociedade adulta, em geral, ou podem ser alvo de identificação. A autoridade moral do professor que assume na plenitude o seu papel de educador e que demonstra um perfil de trabalho e disciplina atrai muitos adolescentes. Esta necessidade do adolescente seleccionar sucessivas identificações é fruto da necessidade que ele tem de descobrir e construir a própria identidade, que brotará de um processo de individualização e diferenciação que levará o adolescente à auto-realização (Fernandes Evaristo, 1990; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

A literatura e os filmes pornográficos continuam a acalentar os papéis tradicionais, onde o homem activo, cativa e inicia a mulher que funciona como catalisadora dos apetites sexuais masculinos (Andrade Isabel, 1996; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (69,36%) da variância (tabela 90 anexo LXXV).

Gráfico 30 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre o agente de socialização mais importantes nos papéis sexuais do jovem e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 30) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa as vedetas de filmes e de desporto e os professores e educadores à escolha dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Bragança, Évora e Portalegre; os pares aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Aveiro, Viana do Castelo, Lisboa e Vale do Tejo, Santarém e Açores.

O **factor 2** permite relacionar a família à opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Vila Real e Braga; os modelos mediáticos aos enfermeiros de Coimbra, Castelo Branco e Beja.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (87,75%) da variância (tabela 91 anexo LXXVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 37 em anexo LXXVII) permite extrair as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores e Lisboa e Vale do Tejo associam a socialização dos jovens e respectivos papéis sexuais à família e pares, os enfermeiros da Região de Saúde Centro, Algarve e Madeira dividem a socialização entre a família, grupo de pares e modelos mediáticos, já os enfermeiros da Região de Saúde do Alentejo associam aos professores e educadores, vedetas de filmes e desporto e os enfermeiros da Região de Saúde do Norte aos professores e educadores e à família.

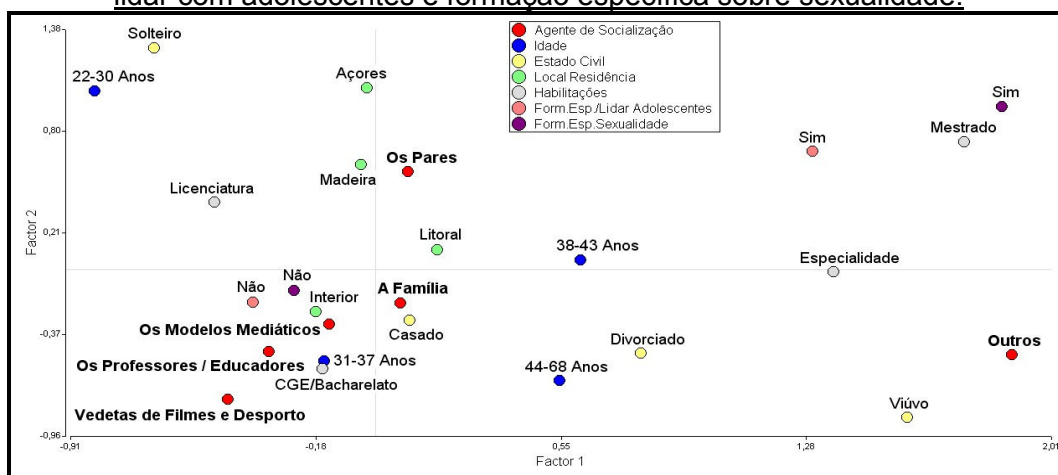
Segmentando a opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente por Região e Sub-região de Saúde, pela aplicação do teste de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=58,38$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=145,80$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que os enfermeiros

respectivamente de cada Região e Sub-região de Saúde apresentam escolhas significativamente diferentes.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (18,54%) da variância (tabela 296 anexo LXXVIII).

Hipótese 8: O agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente é na opinião dos inquiridos influenciado pela idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 31 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papeis sexuais do jovem adolescente em função da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.



Pela observação do (gráfico 31) vemos que o **factor 1** associa a família e os pares aos enfermeiros com mais de 38 anos, aos enfermeiros com especialidade ou mestrado, residentes no Litoral, casados, divorciados e viúvos, com formação específica sobre adolescentes e sobre sexualidade.

Por outro lado o **factor 2** permite associar os professores e educadores, os modelos apresentados pelos médias e as vedetas aos enfermeiros solteiros, com 20-37 anos o curso geral de enfermagem, bacharelato e licenciatura, residentes no Interior, Madeira e Açores.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 42), como $P < 0,01$, podemos concluir que para os enfermeiros, o agente de socialização mais importante nos papeis sexuais do jovem adolescente não é significativamente independente da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

No que diz respeito à idade, vemos que os enfermeiros com 22-30 anos estão mais associados aos pares (41,7%); os enfermeiros com 31-37 anos associam mais a sua opinião aos pares (32,6%), aos professores/educadores (7,2%) e aos modelos apresentados pelos médias (19,8%); os enfermeiros com 38-43 e anos consideram ser preferencialmente a família (40,5%) e os enfermeiros com 44-68 anos, também a família (39,7%), os modelos apresentados pelos médias (19,6%), as vedetas de filmes e desporto (6,9%) e outros agentes (0,8%).

No que diz respeito ao estado civil, vemos que os enfermeiros solteiros estão mais associados aos pares (43,2%); os enfermeiros casados estão sobretudo associados à família (39,4%), os enfermeiros divorciados estão mais associados às vedetas de filmes e de desporto (7,7%) e os enfermeiros viúvos estão mais associados aos professores/educadores (11,8%) e aos modelos apresentados pelos médias (29,4%). No que diz respeito ao local de residência, vemos que os enfermeiros residentes na Madeira estão mais associados aos *pares* (41,7%); os enfermeiros residentes nos Açores estão associados aos pares (42,1%) e à família (43,9%), e os enfermeiros residentes no Interior estão sobretudo associados aos professores/educadores (7,1%), aos modelos apresentados pelos médias (18,5%) e às vedetas de filmes e desporto (6,5%). Em relação às habilitações, os enfermeiros com o curso geral enfermagem e bacharelato, estão associados à família (39,2%), aos professores/educadores (7,4%) e aos modelos apresentados pelos médias (19,3%); os enfermeiros com especialização e mestrado estão associados aos pares (41,4%/47,1%), às vedetas de filmes e desporto (5,9%) e a outros agentes (5,9%). Finalmente os enfermeiros com formação específica para lidar com adolescentes estão associados aos pares (42,9%) e os enfermeiros com formação específica sobre sexualidade estão associados à família (42,2%) e aos pares (39,7%).

A probabilidade de cada um dos agentes de socialização mais importantes nos papéis sexuais do jovem adolescente foi estimada a partir da opinião dos inquiridos tendo em conta a idade, o estado civil, o local de residência, as habilitações, a formação específica para lidar com adolescentes e a formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade de cada um dos agentes de socialização mais importantes nos papéis sexuais do jovem adolescentes (1 – Família; 2 – Pares; 3 – Professores/Educadores/Vedetas/Modelos Mediáticos) em função da idade, estado civil (1 – Solteiro; 2 – Casado; 3 – Divorciado, 4 – Viúvo), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), habilitações (1 – CGE/Bacharelato; 2 – Licenciatura; 3 – Especialização, 4 – Mestrado), formação

específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(24) = 98,064$; $P < 0,001$) para os “pares” e para os “professores/educadores/vedetas/modelos mediáticos” relativamente à classe de referência “família” são apresentados na (tabela 298 anexo LXXIX).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “1-Família” para a classe “2-Pares” não é afectada significativamente pelo estado civil ($P(s) > 0,40$), nem pelo local de residência ($P(s) > 0,47$), nem pelas habilitações académicas ($P(s) > 0,23$), e nem pela formação específica sobre sexualidade ($P = 0,062$), mas é afectado significativamente pela idade e pela formação específica para lidar com adolescentes.

Assim a probabilidade de passar da classe de referência “1-Família” para a classe “2-Pares” é afectada significativamente pela idade ($b_{\text{Idade}} = -0,031$; $OR = 0,969$; $P < 0,001$) com um rácio de chances de 0,969, isto é por cada ano de idade as chances dos enfermeiros escolherem os pares diminuem 3,1%. $(1 - 0,969 = 0,031) * (100 = 3,1)$

Tabela 42 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papeis sexuais do jovem adolescente em função da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

/D – Agente de socialização mais importante nos papeis sexuais do jovem adolescente

Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Idade							
22 – 30 anos	32,7%	41,7%	5,6%	15,7%	4,3%	0,0%	$\chi^2=39,741$; g.l.=15; P<0,001 ***
31 – 37 anos	36,6%	32,6%	7,2%	19,8%	3,8%	0,0%	
38 – 43 anos	40,5%	34,1%	5,7%	16,2%	3,5%	0,0%	
44 – 68 anos	39,7%	27,0%	6,1%	19,6%	6,9%	0,8%	
Total	37,2%	34,1%	6,2%	17,8%	4,6%	0,2%	
• Estado Civil							
Solteiro	28,7%	43,2%	5,9%	18,9%	3,0%	0,3%	$\chi^2=28,519$; g.l.=15; P<0,05 *
Casado	39,4%	31,8%	6,4%	17,4%	4,8%	0,2%	
Divorciado	37,2%	35,9%	2,6%	16,7%	7,7%	0,0%	
Viúvo	35,3%	23,5%	11,8%	29,4%	0,0%	0,0%	
Total	37,2%	34,1%	6,2%	17,8%	4,6%	0,2%	
• Local de Residência							
Madeira	34,2%	41,1%	2,7%	15,1%	6,8%	0,0%	$\chi^2=30,873$; g.l.=15; P<0,05 *
Açores	43,9%	42,1%	1,8%	10,5%	1,8%	0,0%	
Interior	36,3%	31,2%	7,1%	18,5%	6,5%	0,4%	
Litoral	37,8%	35,8%	5,9%	17,9%	2,6%	0,0%	
Total	37,2%	34,1%	6,2%	17,8%	4,6%	0,2%	
• Habilitações Literárias							
CGE/Bacharelato	39,2%	29,2%	7,4%	19,3%	4,7%	0,2%	$\chi^2=55,397$; g.l.=15; P<0,01 **
Licenciatura	37,2%	34,4%	6,2%	17,1%	5,1%	0,0%	
Especialização	33,8%	41,4%	4,2%	17,5%	2,7%	0,3%	
Mestrado	35,3%	47,1%	0,0%	5,9%	5,9%	5,9%	
Total	37,2%	34,1%	6,2%	17,8%	4,6%	0,2%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes							
Sim	35,3%	42,9%	4,7%	14,5%	2,4%	0,3%	$\chi^2=21,441$; g.l.=5; P<0,01 **
Não	37,7%	31,7%	6,6%	18,7%	5,2%	0,1%	
Total	37,2%	34,1%	6,2%	17,8%	4,6%	0,2%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade							
Sim	42,2%	39,7%	3,5%	12,6%	1,5%	0,5%	$\chi^2=15,608$; g.l.=5; P<0,05 *
Não	36,5%	33,4%	6,5%	18,5%	4,9%	0,1%	
Total	37,2%	34,1%	6,2%	17,8%	4,6%	0,2%	

A – A Família; B – Os Pares; C – Os Professores/Educadores; D – Os Modelos Apresentados Pelos MédiaE – Vedetas de Filmes e Desporto; F - Outros

Relativamente à formação específica para lidar com adolescentes, os enfermeiros sem formação específica para lidar com adolescentes apresentam menor probabilidade de escolherem a família como agente de socialização nos papeis sexuais dos adolescentes do que os enfermeiros com formação específica para lidar com adolescentes ($b_{\text{FormLidAdo}} = -0,431$; OR=0,650; P=0,009). Desta forma, ser enfermeiro sem formação específica para lidar com adolescentes relativamente a ter formação específica para lidar com adolescentes, reduz as chances de considerar de escolher o “família” como agente de socialização mais importante nos papeis sexuais dos destes relativamente aos “pares”

em 35,0%. De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “1-Família” para a classe “3-Professores/Educadores/Vedetas/Modelos” não é afectada significativamente pela idade ($b_{\text{idade}} = 0,007$; $P=0,322$), nem pelo estado civil ($P(s)>0,47$), nem pelo local de residência ($P(s)>0,07$), nem pelas habilitações académicas ($P(s)>0,62$) e nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,849$); mas é afectado significativamente pela formação específica sobre sexualidade. Assim os enfermeiros sem formação específica sobre sexualidade apresentam maior probabilidade de escolherem a família como agente de socialização nos papéis sexuais dos adolescentes do que os enfermeiros com formação específica sobre sexualidade ($b_{\text{FormSex}=0} = 0,609$; $OR=1,838$; $P=0,013$). Desta forma, ser enfermeiro sem formação específica sobre sexualidade relativamente a ter formação específica sobre sexualidade, aumenta as chances de considerar os “Professores/Educadores/Vedetas/Modelos” como agente de socialização mais importante nos papéis sexuais dos adolescentes relativamente à família em 83,8%.

10.5 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE A PESSOA COM QUEM O ADOLESCENTE FALA MAIS FACILMENTE DE SEXUALIDADE

Tabela 43 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre qual a pessoa com quem o adolescente fala mais facilmente sobre sexualidade

Acha que o adolescente fala mais facilmente de sexualidade com?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	
Enfermeiro	161	9,3%	
Médico	25	1,4%	
Pais	6	0,3%	
Amigos	1500	86,5%	
Irmãos	39	2,2%	
Outros	3	0,2%	
Não Sabe	1	0,1%	
Total	1735	100,0%	

A maior parte dos enfermeiros (86,5%), é de opinião que os amigos são as pessoas com quem os adolescentes falam mais facilmente sobre sexualidade, também o estudo de (2002) realizado pelo autor apontava (89,3%) da opinião dos investigados. Os grupos de amigos consolidam-se e há uma procura nas relações afectivas. A rivalidade grupal desaparece e, daqui por diante, a afectividade heterossexual é o pólo dinamizador da sexualidade dos adolescentes. A actividade sexual dos adolescentes é uma realidade que os pais e educadores devem ter em apreço (Navarro, 1985; referido por Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007). *“Diminuindo a dependência afectiva face aos pais, característica do período infantil, o adolescente vai alterar também a relação com os*

companheiros e o grupo vai revestir-se de grande importância no seu desenvolvimento emotivo” (Afonso et al., 2001:65).

O grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes constituindo-se como a principal fonte de informação para os jovens. Esta relação com o grupo de pares, vai permitir ao adolescente trocar impressões, expondo os seus problemas e dúvidas no âmbito da sexualidade.

O grupo é habitualmente formado por adolescentes da mesma idade ou de idades aproximadas, estabelecendo-se entre os seus elementos uma contínua comparação. Em cada grupo, os adolescentes tornam-se *“monotonamente iguais”*. Fazer parte de um grupo cujos elementos se assemelham na maneira de vestir, comportar e agir, dá estabilidade e um sentimento de pertença a algo, o que é importante durante estes anos de transição (Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007). Quando as crianças, e jovens adolescentes não satisfazem as suas dúvidas e curiosidades no seio da família, partem à procura dessa satisfação. *“Os adolescentes vão procurar ajuda para as suas dúvidas, questões e angústias onde podem. Tradicionalmente e em muitos países, os amigos são a primeira ajuda. É com eles que se aprende os papéis sexuais e o que se espera deles. Aprende-se com a experiência dos outros e adquire-se consciência da sua identidade”* (Alves, M. J. 1999:5).

Os jovens identificam-se no entanto, com pessoas a quem admiram e a escolha recai normalmente, e para começar sobre um amigo. Os adolescentes julgam descobrir num amigo aqueles valores que mais admiram e que gostariam de possuir, escolhendo o amigo para projecção do seu *“eu”* perfeito. Descobrem alguém com quem é possível trocar ideias, pensamentos, desejos, emoções, dúvidas. Emitam-lhes hábitos e até tiques, perspectivas e sonhos. Acontece um pouco o mesmo, mas numa perspectiva mais distante, com os ídolos que o adolescente elege, vedetas de cinema, músicos, desportistas famosos e heróis de grandes romances. O grupo de pares é percepcionado como local de troca de experiências e conhecimentos, espaço de segurança ajudando-o também na procura da identidade. A influência dos colegas sobre o desenvolvimento sexual pode mesmo superar a influência dos pais, sendo a influência dos pais menor com o decorrer dos anos, culminando com a independência em relação a estes. Esta independência é paralelamente acompanhada do estreitamento de laços com os companheiros, muito particularmente o/a namorado/a (Myers, 1999; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

É no grupo que o adolescente procura novas fontes de afecto, novos modelos, novas formas de identificação. É também o grupo que lhe permite a partilha de segredos e de

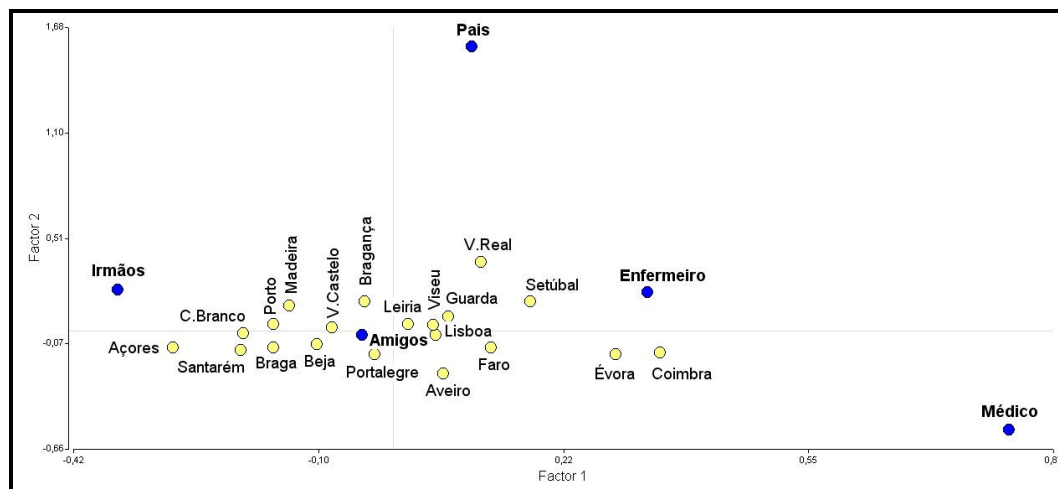
experiências e que lhe dá por algum tempo, a identidade social de que carece. A adesão a um grupo representa também para o adolescente maior proximidade à sociedade adulta pois esta é toda ela feita de grupos; a turma da escola, a classe social, o grupo desportivo, o clube, o partido político, etc.

Dos enfermeiros inquiridos (9,3%) consideram-se ser os confidentes predilectos dos adolescentes, o estudo do autor em (2002), também sugere números coincidentes (9,4%). Contudo um estudo realizado por Maia et al., (2001) sugere que enfermeiro é a última pessoa a quem os adolescentes recorrem para discutir os problemas relacionados com a sexualidade, ao que talvez não seja alheia esta pequena percentagem de inquiridos que também se consideram no âmbito dos desabafos dos jovens adolescentes. No entanto como nos sugere Tilsley Lorraine (1998) os enfermeiros são também na opinião da grande maioria dos jovens adolescentes os profissionais de saúde muito mais abordáveis e sensíveis.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (69,72%) da variância (tabela 93 anexo LXXX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 32) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os amigos à opinião dos enfermeiros de todas as Sub-regiões de Saúde, o enfermeiro e médico à opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Coimbra, Évora, Setúbal e Faro, os irmãos aos enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira, Porto, Braga, Castelo Branco, Santarém e Açores.

Gráfico 32 – Análise de Correspondências Simples da opinião dos inquiridos sobre qual a pessoa com quem o adolescente fala mais facilmente de sexualidade por Sub-regiões de Saúde



O **factor 2** permite associar os pais à opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Vila Real e Bragança.

Com base no teste de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=105,33$; g.l.=76; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=30,83$; g.l.=24; $P=0,16$ ns), podemos concluir que na opinião dos enfermeiros a pessoa com quem o adolescente fala mais facilmente de sexualidade não é significativamente independente das Sub-regiões mas é independente das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros (isto é a pessoa que os enfermeiros sugerem ser a preferida dos adolescentes para falar de assuntos relacionados com a sexualidade é significativamente a mesma em todas as Regiões de Saúde).

11 – CONTEXTO DO INÍCIO DA ACTIVIDADE SEXUAL DO ENFERMEIRO**Tabela 44 – Tabela de frequências do contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos**

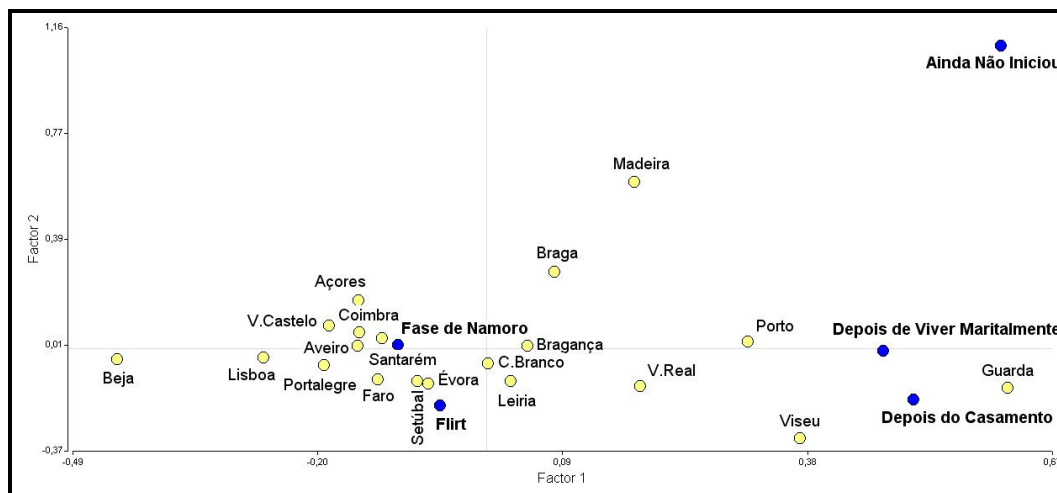
Iniciou a sua actividade sexual?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Num flirt	60	3,5%
Na fase do namoro	1386	79,9%
Depois de viver maritalmente	43	2,5%
Depois do Casamento	213	12,3%
Ainda não iniciou	32	1,8%
Não Respondeu	1	0,1%
Total	1735	100,0%

Uma grande proporção dos enfermeiros inquiridos (79,9%), diz ter-se iniciado sexualmente na fase de namoro, dados muito próximos dos encontrados pelo autor no estudo de (2002) onde (72,5%) responderam ter sido antes da união marital. Também vemos que (12,3%) se iniciaram depois do casamento, quase metade dos dados encontrados pelo autor no estudo de (2002) onde (26,25%) responderam terem iniciado a sua actividade sexual depois da união marital. Dos inquiridos (3,5%), refere ter-se iniciado sexualmente num flirt, (2,5%) refere ter iniciado a sua vida sexual depois de viver maritalmente, enquanto que (1,8%) sugere que ainda não se iniciou sexualmente, números próximos dos encontrados pelo autor no estudo de (2002) onde (1,3%) dos inquiridos também sugeriam ainda não se ter iniciado.

O que enquadra no referencial teórico, diferentes culturas, religiões e mentalidades atribuem à virgindade e à primeira vez um significado profundamente dispar. Em determinadas culturas, as relações sexuais são proibidas antes do casamento, noutras fazer amor antes do casamento não só é permitido como aconselhado, previamente a se assumir um compromisso definitivo. Outras há, em que as relações são muito precoces, porque as raparigas se casam muito cedo e é importante ter filhos precocemente. São estas diferentes formas de pensar que influenciam as emoções, as convicções e em última análise as escolhas de cada um de nós (Andrade Isabel, 1996; Lamas Dulce et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006) (tabela 44).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (79,66%) da variância (tabela 95 anexo LXXXI).

Gráfico 33 – Análise de Correspondências Simples entre o contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 33) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** serve para associar os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Leiria, Bragança, Braga, Madeira, Vila Real, Porto, Viseu e Guarda ao início da actividade sexual depois do casamento ou depois de viver maritalmente e, associar os enfermeiros que trabalham nas restantes Sub-regiões de Saúde ao início da actividade sexual durante a fase de namoro.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira e de Braga a uma maior proporção de indivíduos que ainda não iniciaram a sua actividade sexual.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (88,84%) da variância (tabela 96 anexo LXXXII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 40 em anexo) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** serve para associar os enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Alentejo, Algarve, Lisboa e Vale do Tejo ao início da actividade sexual durante a fase de namoro e os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde ao início da actividade sexual depois do casamento ou depois de viver maritalmente.

O **factor 2** associa os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e dos Açores, a uma maior proporção de indivíduos que ainda não iniciaram a sua actividade sexual; e os enfermeiros da Região de Saúde do Algarve ao início da actividade sexual em flirt.

Diferenciando o contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos para cada uma das Regiões e Sub-regiões de Saúde e aplicando com o teste de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=83,43$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=173,95$;

g.l.=76; $P < 0,001^{***}$), concluímos que o contexto de início da sua actividade sexual não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

11.1 – EXISTÊNCIA DE CONHECIMENTOS SOBRE SEXUALIDADE QUANDO O ENFERMEIRO INQUIRIDO INICIOU A SUA ACTIVIDADE SEXUAL

Tabela 45 – Tabela de frequências da existência de conhecimentos sobre sexualidade quando o enfermeiro inquirido iniciou a sua actividade sexual

Quando iniciou a sua actividade sexual, tinha conhecimentos sobre sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1510	88,7%
Não	192	11,3%
Total	1702	100,0%

A grande maioria dos enfermeiros inquiridos (88,7%) afirma que possuía conhecimentos sobre sexualidade quando iniciou a sua actividade sexual, o que vem de encontro ao estudo efectuado pelo autor em (2002), ainda que com percentagem relativamente menores, mas simultaneamente altas onde (71,8%) dos inquiridos também responderam que possuíam conhecimentos (tabela 45).

Desta forma, os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde dos Açores (94,5%), Aveiro (92,9%), Braga (95,2%), Castelo Branco (96,3%), Coimbra (93,5%), Guarda (94,5%), Leiria (91,3%), Madeira (90,8%), Porto (89,8%), Santarém (93,2%), Vila Real (91,3%) e Viseu (89,7%) apresentam uma percentagem de conhecimentos no início da actividade sexual maior que os enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde (tabela 45).

Pela observação da (tabela 99 anexo LXXXIV), vemos que os enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Centro (93,0%), Açores (94,5%) e Madeira (90,8%) apresentam uma percentagem de conhecimentos no início da actividade sexual maior que os enfermeiros das outras Regiões de Saúde.

Tabela 46 – Tabela de frequências da existência de conhecimentos sobre sexualidade no início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde

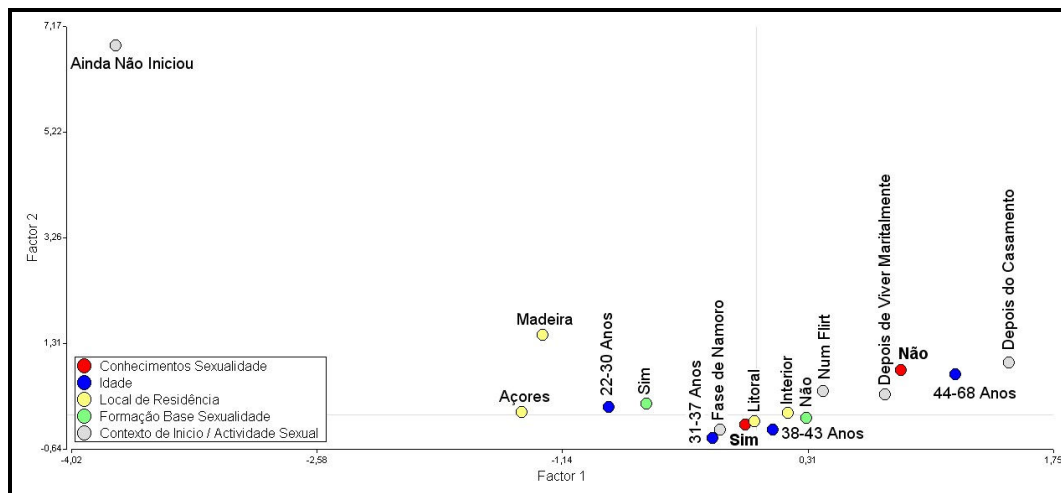
Sub-Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	52	94,5%	3	5,5%	55	100,0%
Aveiro	91	92,9%	7	7,1%	98	100,0%
Beja	37	80,4%	9	19,6%	46	100,0%
Braga	80	95,2%	4	4,8%	84	100,0%
Bragança	101	82,1%	22	17,9%	123	100,0%
C. Branco	52	96,3%	2	3,7%	54	100,0%
Coimbra	58	93,5%	4	6,5%	62	100,0%
Évora	77	81,9%	17	18,1%	94	100,0%
Faro	55	82,1%	12	17,9%	67	100,0%
Guarda	69	94,5%	4	5,5%	73	100,0%
Leiria	105	91,3%	10	8,7%	115	100,0%
Lisboa	161	87,0%	24	13,0%	185	100,0%
Madeira	59	90,8%	6	9,2%	65	100,0%
Portalegre	71	86,6%	11	13,4%	82	100,0%
Porto	149	89,8%	17	10,2%	166	100,0%
Santarém	82	93,2%	6	6,8%	88	100,0%
Setúbal	71	84,5%	13	15,5%	84	100,0%
V. Castelo	32	76,2%	10	23,8%	42	100,0%
V. Real	73	91,3%	7	8,8%	80	100,0%
Viseu	35	89,7%	4	10,3%	39	100,0%
Total Geral	1510	88,7%	192	11,3%	1702	100,0%

Pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=42,405$; g.l.=19; $P < 0,01^{**}$) e ($\chi^2=20,037$; g.l.=6; $P < 0,05^*$) podemos concluir que a existência de conhecimentos sobre sexualidade no início da actividade sexual dos enfermeiros não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde o enfermeiro trabalha.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (22,90%) da variância (tabela 299 anexo LXXXV).

Hipótese 9: A existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual dos inquiridos é influenciada pela idade, local de residência, ter formação de base sobre sexualidade e o contexto da iniciação sexual.

Gráfico 34 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a existência de conhecimentos sobre sexualidade por parte dos inquiridos quando iniciaram a sua actividade sexual, a idade, local de residência, habilitações, formação base sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual



Pela observação do (gráfico 34) vemos que o **factor 1** associa os enfermeiros com conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual aos enfermeiros com 22-37 anos, aos enfermeiros que obtiveram formação sobre sexualidade no curso de base, aos enfermeiros que iniciaram a sua actividade sexual durante a fase de namoro e aos enfermeiros que não residem nos Açores, Madeira, Litoral e Interior.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 47), como $P > 0,05$, podemos concluir que a existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual por parte dos inquiridos, é significativamente independente do local de residência.

Por sua vez, como $P < 0,05$, podemos concluir que a existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual por parte dos inquiridos não é significativamente independente da idade, contexto de iniciação sexual e a existência de formação sobre sexualidade no curso base.

Assim ter conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual dos enfermeiros está significativamente associado aos enfermeiros com 22-37 anos (92,4%/92,5%), aos enfermeiros que se iniciaram sexualmente durante a fase de namoro (90,0%) ou depois de viver maritalmente (90,7%) e aos enfermeiros que tiveram formação sobre sexualidade no curso base (90,8%).

Tabela 47 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual dos inquiridos e a idade, local de residência, habilitações, formação base sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual

VD – Existência de conhecimentos sobre sexualidade na iniciação sexual			
Variáveis Independentes	Sim	Não	Testes
• <i>Idade</i>			
22 – 30 anos	92,4%	7,6%	$\chi^2=36,756$; g.l.=3; P=0,001 ***
31 – 37 anos	92,5%	7,5%	
38 – 43 anos	87,0%	13,0%	
44 – 68 anos	81,0%	19,0%	
<i>Total</i>	88,6%	11,4%	
• <i>Local de Residência</i>			
Madeira	90,9%	9,1%	$\chi^2=2,492$; g.l.=3; P<0,472 ns
Açores	94,5%	5,5%	
Interior	88,4%	11,6%	
Litoral	88,1%	11,9%	
<i>Total</i>	88,6%	11,4%	
• <i>Contexto de Iniciação Sexual</i>			
Num Flirt	68,3%	31,7%	$\chi^2=51,853$; g.l.=4; P<0,001***
Na Fase de Namoro	90,0%	10,0%	
Depois/Viver Maritalmente	90,7%	9,3%	
Depois/Casamento	85,9%	14,1%	
Ainda Não Iniciou	0,0%	100,0%	
<i>Total</i>	88,6%	11,4%	
• <i>Formação sobre sexualidade no curso base</i>			
Sim	90,8%	9,2%	$\chi^2=3,870$; g.l.=1; P<0,05 *
Não	87,5%	12,5%	
<i>Total</i>	88,6%	11,4%	

Para avaliar a significância da idade, local de residência, contexto de iniciação sexual e formação base sobre sexualidade e, a probabilidade de ter conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual dos inquiridos, recorreu-se à regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio.

A regressão logística, pelo método Enter revelou que a residência [$\chi^2_{\text{Wald}} (3)=1,813$; $p=0,612$], a formação base sobre sexualidade [$\chi^2_{\text{Wald}} (1)=-0,266$; $p=0,143$], não apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de ter conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual.

Pelo contrário, as variáveis Idade [$\chi^2_{\text{Wald}} (3)=30,619$; $p<0,001$], Contexto de Iniciação Sexual [$\chi^2_{\text{Wald}} (3)=24,704$; $p<0,001$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de ter conhecimento sobre sexualidade aquando da iniciação sexual de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(10)=60,756$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}} (8)=1,504$; $p=0,993$; $R^2_{\text{CS}}=0,035$; $R^2_{\text{N}}=0,069$) (tabela 301 anexo LXXXVI).

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(6)=56,154$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}} (6)=0,784$; $p=0,993$; $R^2_{\text{CS}}=0,032$; $R^2_{\text{N}}=0,064$), com apenas as variáveis Idade ($b_{\text{Idade}} (1)=1,155$; $\chi^2_{\text{Wald}} (1)=23,824$;

$p < 0,001$; $OR = 3,173$); ($b_{Idade(2)} = 1,091$; $\chi^2_{Wald}(1) = 22,801$; $p < 0,001$; $OR = 2,977$) e ($b_{Idade(3)} = 0,474$; $\chi^2_{Wald}(1) = 5,308$; $p = 0,021$; $OR = 1,607$) e Contexto de Iniciação Sexual ($b_{ContIniSexual(1)} = -1,465$; $\chi^2_{Wald}(1) = 16,850$; $p < 0,001$; $OR = 0,231$) (tabela 48).

Tabela 48 – Regressão logística da existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual dos inquiridos em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base e contexto de iniciação sexual.

(Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Existência de Conhecimentos Sobre Sexualidade Na Iniciação Sexual							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	34,016	3	0,000	-----	-----
Idade(1)	1,155	0,237	23,824	1	0,000	3,173	1,996-5,045
Idade(2)	1,091	0,228	22,801	1	0,000	2,977	1,902-4,658
Idade(3)	0,474	0,206	5,308	1	0,021	1,607	1,073-2,405
Cont.Ini.Sexual	-----	-----	23,926	3	0,000	-----	-----
Cont.Ini.Sexual(1)	-1,465	0,357	16,850	1	0,000	0,231	0,115-0,465
Cont.Ini.Sexual(2)	-0,048	0,231	0,043	1	0,836	0,953	0,606-1,500
Cont.Ini.Sexual(3)	0,347	0,566	0,376	1	0,540	1,415	0,467-4,288
Intercepção	1,544	0,205	56,885	1	0,000	4,683	-----

Categorias de Referência (VD: Sim; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira; Formação base sobre sexualidade: Não; Contexto de iniciação sexual: Flirt)

Por um lado, vemos que um enfermeiro com idade de 22-30 anos tem uma probabilidade de 3,173 vezes maior de ter conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual que um enfermeiro com mais de 30 anos.

Por outro lado, vemos que um enfermeiro que iniciou a sua actividade sexual num flirt tem 4,329 (1/0,225) vezes mais probabilidades de não ter conhecimentos sobre sexualidade quando iniciou a sua actividade sexual que um enfermeiro que a iniciou de uma outra forma.

O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de 88,7%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca mas significativa (ROC c = 0,642; $p < 0,001$).

11.2 – NÍVEL DE REALIZAÇÃO SEXUAL DOS ENFERMEIROS INQUIRIDOS**Tabela 49 – Tabela de frequências da distribuição do nível de realização sexual dos enfermeiros inquiridos**

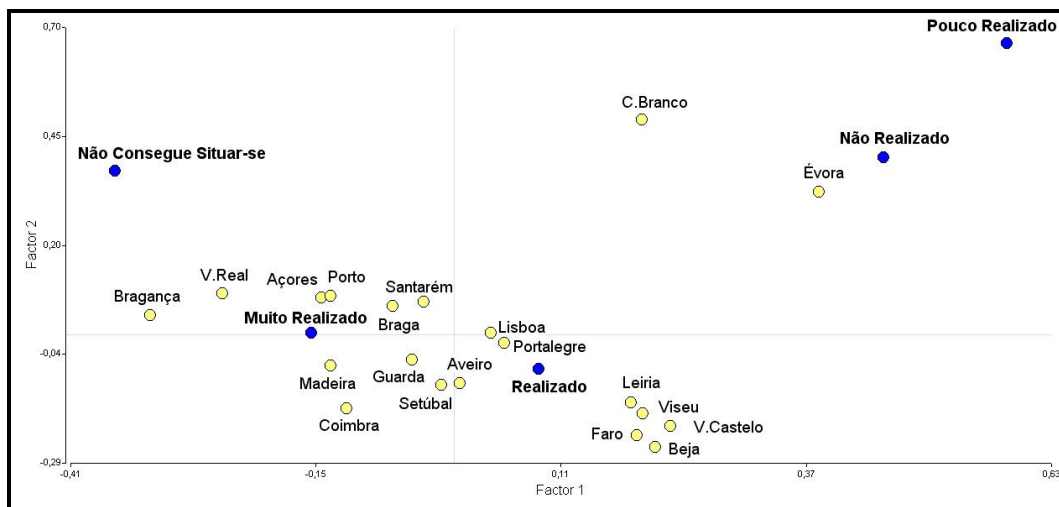
Considera-se uma pessoa sexualmente realizada?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Muito realizado	569	32,8%
Realizado	1001	57,7%
Pouco realizado	49	2,8%
Não realizado	12	0,7%
Não consegue situar-se	104	6,0%
Total	1735	100,0%

A grande maioria dos enfermeiros inquiridos (90,5%), consideram-se realizados (57,7%) e muito realizados sexualmente (32,8%), percentagens quase decalcadas (90,6%) das encontradas pelo autor no estudo de (2002) onde (61,7%) se consideravam sexualmente realizado e (28,9%) se definiam como sexualmente muito realizados.

Há uma franja de (2,8%) que se dizem pouco realizados, (0,7%) consideram-se não realizados e (6,0%) não consegue situar-se quanto à sua realização sexual, o que pode ser ilustrado com a ideia de Lamas Dulce et al., (2000) em que são inúmeras as cenas de sexo que no cinema ou televisão mostram mulheres em êxtase e ofegantes que vão de orgasmo em orgasmo. Contudo é frequente a realidade ser bastante diferente (tabela 49). Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (74,50%) da variância (tabela 104 anexo LXXXVII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 35) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** serve para associar os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Bragança, Vila Real, Açores, Porto, Santarém, Braga, Madeira, Guarda, Coimbra, Setúbal a um nível sexualmente muito realizado; associa os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde a um nível sexualmente realizado e associa os enfermeiros das Sub-região de Saúde de Vila Real a uma maior proporção de enfermeiros que não consegue avaliar ou situar a sua realização sexual.

Gráfico 35 – Análise de Correspondências Simples entre o nível de realização sexual dos enfermeiros inquiridos e as Sub-regiões de Saúde



O **factor 2** associa os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco e Évora a uma maior percentagem de indivíduos pouco ou não realizados.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (83,88%) da variância (tabela 105 anexo LXXXVIII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 44 anexo LXXXIX) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** serve para associar os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e Açores a uma maior proporção de enfermeiros que não conseguem situar a sua realização sexual e os enfermeiros da Região de Saúde do Algarve a um nível sexual pouco ou nada realizado.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte e Lisboa e Vale do Tejo a um nível sexual muito realizado e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e Alentejo a um nível sexual realizado.

Analisando o nível de realização sexual dos enfermeiros inquiridos por Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho de trabalho e aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=130,29$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=55,13$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) concluímos que o nível de realização sexual destes não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde.

11.3 – ORIENTAÇÃO SEXUAL DOS ENFERMEIROS INQUIRIDOS

Tabela 50 – Tabela de frequências da orientação sexual dos enfermeiros inquiridos

Considera a sua orientação sexual?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Heterossexual	1637	94,4%
Bissexual	21	1,2%
Homossexual	2	0,1%
Outra Orientação	65	3,7%
Não Respondeu	10	0,6%
Total	1735	100,0%

A esmagadora maioria dos enfermeiros (94,4%), classifica-se quanto à sua orientação sexual, como *heterossexual*, também em (2002) o autor encontrou números semelhantes no seu estudo (92,6%). No entanto (3,7%) dos inquiridos definem a sua orientação sexual como *normal*, também o estudo levado a cabo pelo autor em (2002) sugere que (2,0%) dos inquiridos se sentiam normais quanto à sua orientação sexual. O que talvez nos permita concluir que não conseguiram dentro das hipóteses possíveis optar por aquela que os levaria ao encontro da orientação sexual da maioria, o que talvez venha vincar a pouca formação sobre sexualidade por eles já anteriormente referida. No que concerne aos comportamentos e orientações sexuais, a heterossexualidade é comumente associada ao padrão de normalidade, o que excluiu à partida, a homossexualidade e a bissexualidade, apesar de já haver indicadores que nos mostram um certo grau de liberdade e tolerância crescente face às situações e vivências sexuais diferentes.

Contudo a grande maioria revela uma orientação sexual em linha com os padrões da normalidade sexual considerada como socialmente aceite, heterossexualidade o que vem de encontro ao referencial teórico (Lamas Dulce et al.; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006) (tabela 50).

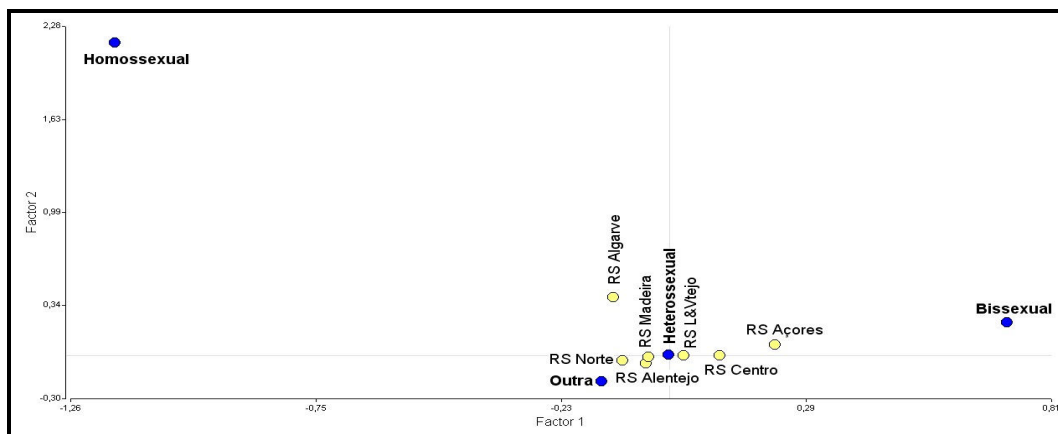
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (76,11%) da variância (tabela 107 anexo XC).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 45 anexo XCI) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** serve para associar os enfermeiros de todas as Sub-regiões de Saúde à heterossexualidade, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Faro, Viana do Castelo e Braga a uma maior proporção de homossexuais, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Aveiro, Beja, Vila Real e Bragança a uma maior percentagem de enfermeiros com orientação sexual “normal”.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Coimbra e Açores a uma maior proporção de enfermeiros com orientação bissexual.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (79,65%) da variância (tabela 108 anexo XCII).

Gráfico 36 – Análise de Correspondências Simples entre a orientação sexual dos enfermeiros e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 36) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** serve para associar os enfermeiros de todas as Regiões de Saúde à heterossexualidade, com a Região Norte a apresentar maior proporção de enfermeiros com orientação sexual normal (outra) e a Região dos Açores com maior proporção de enfermeiros com orientação bissexual.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros da Região de Saúde do Algarve a uma maior percentagem de indivíduos que se classificam com homossexuais.

Cruzando a orientação sexual dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=34,29$; g.l.=18; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=76,38$; g.l.=57; $P < 0,05^*$), concluímos que a orientação sexual dos enfermeiros não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde de trabalho.

12 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE SE UMA RELAÇÃO HOMOSSEXUAL PODE SER UMA RELAÇÃO AMOROSA COMO QUALQUER OUTRA

Tabela 51 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros inquiridos sobre se uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa com qualquer outra

Considera que uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa como qualquer outra?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1179	68,0%
Não	282	16,3%
Não tem opinião	274	15,8%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (68,0%) considera que uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa como qualquer outra, o autor em (2002) encontra números próximos na opinião de (77,2%) dos inquiridos que à data assumem que sim. Dos enfermeiros inquiridos (16,3%), são de opinião contrária, percentagens também relativamente próximas das encontradas pelo autor em (2002) onde (22,8%), e ainda (15,8%) não tem opinião formada ou não ousou responder (tabela 51).

É contudo extremamente importante que enquanto profissionais de saúde tenhamos o discernimento que sendo seres eróticos, significa que desejamos e somos desejados e que existem em cada um de nós impulsos interiores que nos levam a procurar os outros, e estímulos externos porque somos atraídos. O que nos impulsiona para procurar o prazer no contacto de outros corpos, de outras pessoas. O desejo sexual é um impulso bom, ajuda-nos a sair da solidão. Promover a igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos, o respeito pelo direito à diferença, o reconhecer a importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade são valores de extrema importância e que é preciso implementar numa sociedade plural (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco 1998; Grande Nuno; Marques António, et al., 1999; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

É importante que saibamos lidar com o direito à diversidade do desejo, para que cada um viva o desejo de forma diferente, de maneira heterossexual, homossexual, ou ainda de forma bissexual, e especialmente de feição muito particular dentro de cada uma destas orientações (López Félix, 1995; Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Marques António et al., 2000; Diamond Jared; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado, 2007).

Tendo a percepção de que a orientação sexual, não é uma escolha e que a sexualidade tem múltiplas manifestações, torna-se importante que os jovens entendam e aceitem esta variabilidade, contribuindo desta forma para que essa mesma sexualidade possa ser

vivida em plenitude e com satisfação (Andrade Isabel; Frade Alice et al., 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosas João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Os contactos homossexuais entre os adolescentes estão ligados ao carácter aventureiro e curioso do próprio adolescente que pretende descobrir sempre mais e experimentar novas e diferentes situações, sentimentos e sensações (Clães Michael, 1990; Miguel Nuno, 1994; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Os rapazes aceitam melhor as relações homossexuais entre os indivíduos do sexo oposto do que no próprio sexo, enquanto que as raparigas aceitam esta orientação de forma similar em ambos os sexos (López e Fuertes, 1998).

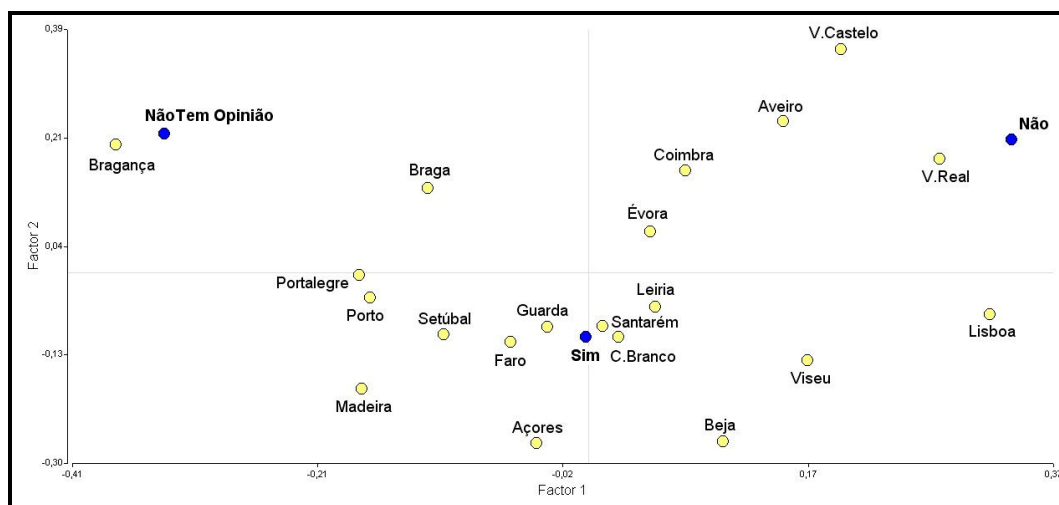
Podemos, contudo, considerar que a normalidade biológica aponta para o complemento anatómico e funcionalidade dos órgãos genitais com a finalidade de conceber, pelo que neste contexto só é possível a relação com o sexo oposto. Vista nesta perspectiva, este tipo de normalidade encaminha-nos para a prática da maioria, enquanto a normalidade moral se apoia num certo ideal de comportamento considerado bom ou mau pelas instituições sociais (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000).

A chamada normalidade psicológica varia mediante as escolas de sexologia, embora os critérios, vulgarmente admitidos, possam resumir-se a esta definição de Gordon, citada por Andrade Isabel (1996:20), que nos diz *“o comportamento sexual normal nos adultos define-se como sendo voluntário, não explorador e consensual. Além de ser agradável e isento de culpabilidade, valoriza e desenvolve a auto-estima”*.

No final da adolescência, estará consolidada a orientação do desejo, existindo uma consciência clara em cada jovem da sua orientação heterossexual, homossexual ou bissexual. *“Seja qual for a orientação sexual, é muito frequente que os adolescentes sintam dúvidas sobre a “normalidade” dos seus comportamentos e sentimentos”* (Marques António et al., 2000:90).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, a totalidade da variância (tabela 110 anexo XCIII).

Gráfico 37 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre se uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa quando comparada com qualquer outra e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 37) permite extrair as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Portalegre, Porto, Madeira, Setúbal, Faro, Guarda, Açores, Santarém, Leiria, Castelo Branco, Beja, Viseu, Lisboa ao facto de concordarem que uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa como qualquer outra, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Bragança e de Braga apresentam maior proporção de enfermeiros sem opinião e os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Évora, Coimbra, Aveiro, Viana do Castelo e Vila Real apresentam tendencialmente uma opinião contrária.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%), a totalidade da variância (tabela 111 anexo XCIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 48 anexo XCV) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que trabalham na Região de Saúde do Norte à inexistência de opinião formada sobre o amor de uma relação homossexual quando comparada com qualquer outra relação.

O **factor 2** relaciona a concordância sobre o facto de uma relação homossexual ser uma relação como outra aos enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde dos Açores, Madeira, Algarve e Alentejo e a discordância sobre o mesmo aos enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Centro e Lisboa e Vale do Tejo.

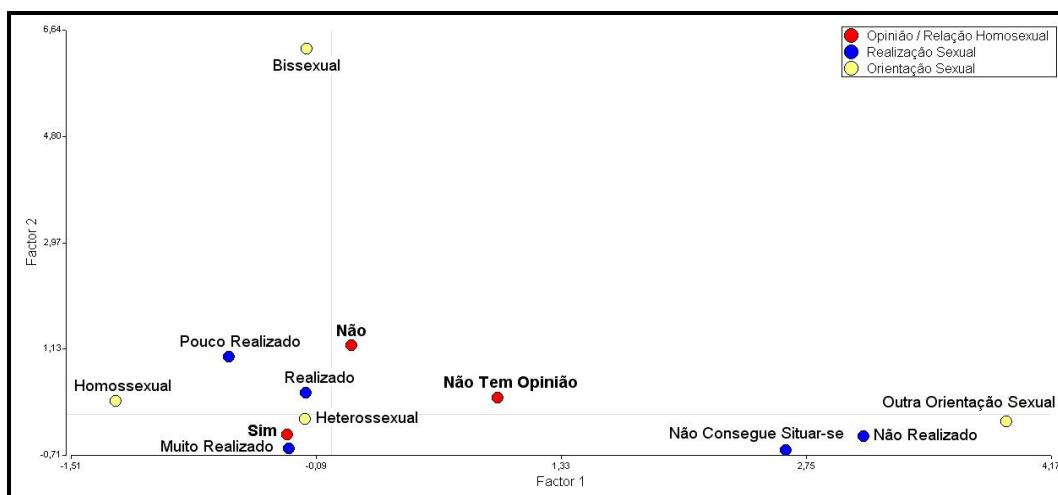
Dividindo a opinião dos inquiridos relativa ao seu posicionamento quanto a uma relação homossexual por Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho e utilizando um teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=100,25$; g.l.=38; P

<0,001***) e ($\chi^2=35,75$; g.l.=12; $P <0,001^{***}$), concluímos que aquela não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto 26,43% da variância (tabela 303 anexo XCVI).

Hipótese 10: A opinião dos inquiridos sobre a normalidade de uma relação homossexual é influenciada pela sua realização e orientação sexuais.

Gráfico 38 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a normalidade de uma relação homossexual, a realização sexual pessoal e a orientação sexual



Pela observação do (gráfico 38) vemos que o **factor 1** permite associar os enfermeiros que não estão realizados sexualmente ou que não conseguem situar a sua realização e os enfermeiros que classificam a sua orientação sexual como diferente da heterossexual, bissexual ou homossexual, aos enfermeiros que não tem opinião formada sobre a normalidade de uma relação homossexual. Também podemos ver que os enfermeiros que se denominam de homossexuais tem maior tendência a classificar uma relação homossexual tão normal como qualquer outra.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 304 anexo XCVII), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião sobre a normalidade de uma relação homossexual é significativamente independente da realização sexual pessoal.

Por sua vez, como $P < 0,05$, podemos concluir que a opinião sobre a normalidade de uma relação homossexual não é significativamente independente da orientação sexual dos

enfermeiros, onde os enfermeiros que se consideram heterossexuais ou homossexuais dizem ser normal uma relação homossexual.

Para avaliar a significância da realização sexual e da orientação sexual sobre a probabilidade de opinar acerca da normalidade de uma relação homossexual, recorreu-se à regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio.

Tabela 52 – Regressão logística da opinião dos inquiridos sobre a normalidade de uma relação homossexual em função da realização sexual pessoal e da orientação sexual

VD – Normalidade de uma relação homossexual							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Realiz. Sexual.	-----	-----	0,654	3	0,884	-----	-----
Realiz. Sexual.(1)	-0,012	0,837	0,000	1	0,989	0,988	0,192-5,096
Realiz. Sexual.(2)	-0,189	0,394	0,230	1	0,631	0,828	0,382-1,793
Realiz. Sexual.(3)	-0,110	0,147	0,554	1	0,457	0,896	0,671-1,196
Orient. Sexual	-----	-----	8,767	3	0,033	-----	-----
Orient. Sexual(1)	1,041	0,439	5,633	1	0,018	2,831	1,199-6,687
Orient. Sexual(2)	0,093	0,675	0,019	1	0,890	1,098	0,292-4,120
Orient. Sexual(3)	20,807	28420,7	0,000	1	0,999	0,000?	0,000-0,000
Intercepção	0,505	0,443	1,300	1	0,254	1,657	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Realização Sexual: Não Realizado; Orientação Sexual: Heterossexual)

A regressão logística, pelo método Enter revelou que a realização sexual pessoal dos inquiridos [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=0,654$; $p=0,884$] não apresenta um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não concordar sobre a normalidade de uma relação homossexual.

Pelo contrário, a variável Orientação Sexual [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=8,767$; $p<0,033$], apresenta um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de concordar sobre a normalidade de uma relação homossexual de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(6)=9,539$; $p=0,145$; $\chi^2_{\text{HL}}(2)=0,112$; $p=0,946$; $R^2_{\text{CS}}=0,007$; $R^2_{\text{N}}=0,011$) (tabela 52).

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(3)=8,882$; $p<0,05$; $\chi^2_{\text{HL}}(0)=0,000$; $p=1,000$; $R^2_{\text{CS}}=0,006$; $R^2_{\text{N}}=0,010$), com apenas a variável Orientação Sexual ($b_{\text{Orient.Sexual}(1)}=1,030$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=5,659$; $p=0,017$; $OR=2,801$) (tabela 306 anexo XCVIII).

Por um lado, vemos que um enfermeiro cuja sua orientação sexual é heterossexual tem uma probabilidade de 2,801 vezes maior de concordar sobre a normalidade de uma relação homossexual que um enfermeiro que não se considera heterossexual.

O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de 80,8%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca e não significativa (ROC c = 0,518; $p=0,338$).

13 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE A INFORMAÇÃO DOS ADOLESCENTES ACERCA DA SEXUALIDADE

Tabela 53 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade

Considera o adolescente especialmente informado sobre sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Muito informado	5	0,3%
Informado	367	21,2%
Pouco Informado	1287	74,2%
Não Informado	76	4,4%
Total	1735	100,0%

A maior parte dos enfermeiros inquiridos (74,2%), considera que o adolescente é pouco informado sobre sexualidade, já no estudo realizado pelo autor em (2002) embora com outro tipo de percentagem, a maioria àquela época (45,6%), também consideravam os jovens pouco informados sobre esta temática (tabela 53).

Estudos efectuados, nomeadamente os de Navarro Fernanda (1985), Gir et al., (1998) consideram-se os adolescentes também pouco informados relativamente à sexualidade. Para muitos adolescentes o sexo é um tabu, quer pela influência familiar, quer pelos educadores, que se sentem pouco à vontade para abordar este tema. *“Embora esta educação deva ser assumida prioritariamente pelos pais, podemos observar que ainda hoje os pais funcionam pouco como informadores espontâneos ou são pouco solicitados nestas questões, apesar dos adolescentes reconhecerem que se sentem mal informados em questões sexuais”* (Maia, et al., 2001:27).

Segundo Cordeiro Mário (1998), a maioria dos adolescentes continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações sexuais e em muitas relações ocasionais, o que vem de certa forma corroborar as ideias supras referidas de que o adolescente está pouco informado no tocante à sexualidade.

Para Pathos (1999:19), *“a grande maioria dos adolescentes só recorrem às consultas de planeamento e ao início da contracepção, depois de terem tido relações sexuais desprotegidas ou mesmo depois de uma interrupção da gravidez”*.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (85,79%) da variância (tabela 113 anexo C).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 49 anexo CII) permite extrair as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde de Viseu, Santarém, Braga, Leiria, Porto, Lisboa, Coimbra, Guarda e Faro ao facto de considerem o adolescente não informado ou pouco

informado sobre sexualidade, já os enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde, consideram os adolescentes informados sobre esta temática.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Leiria e Bragança que classificam os adolescentes de muito informados sobre sexualidade.

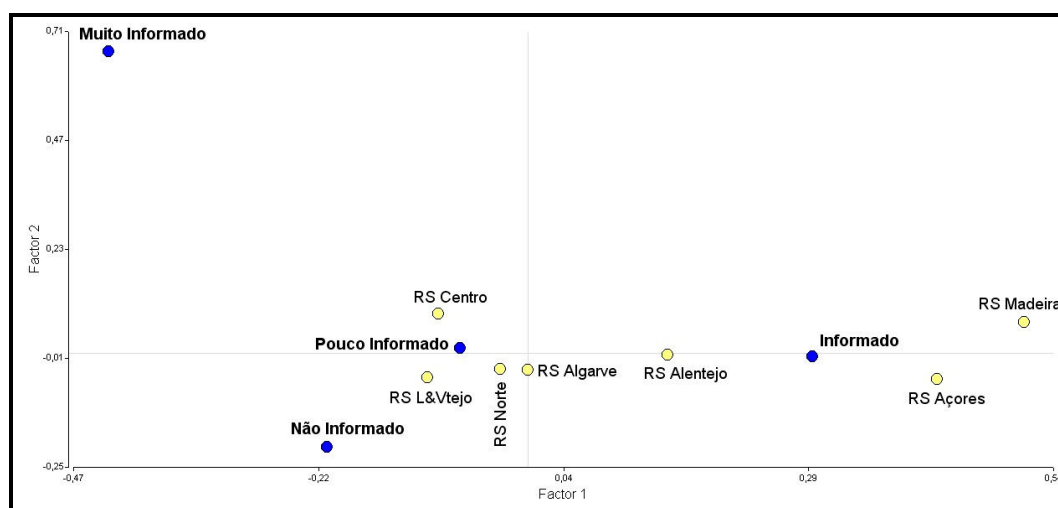
Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (94,69%) da variância (tabela 114 anexo CI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 39) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que trabalham nas Regiões de Saúde do Centro, Norte e Lisboa & Vale do Tejo ao facto de considerem o adolescente não informado ou pouco informado sobre sexualidade, já os enfermeiros das outras Regiões de Saúde, consideram os adolescentes informados sobre sexualidade.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros da Região de Saúde do Centro e Madeira que classificam os adolescentes de muito informados sobre sexualidade.

Quanto à opinião dos inquiridos sobre o nível de informação do adolescente acerca da sexualidade por Sub-região e Região de Saúde, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=106,72$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=50,23$; g.l.=18; $P < 0,001^{***}$), concluímos respectivamente que o nível de informação que o enfermeiro pensa que o adolescente tem sobre sexualidade não é significativamente independente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

Gráfico 39 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o nível de informação dos adolescentes acerca da sexualidade e as Regiões de Saúde



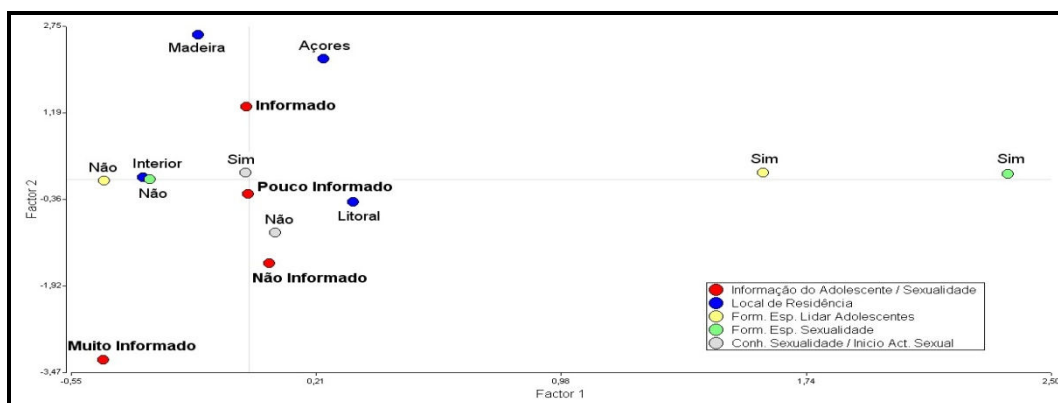
Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto 30,21% da variância (tabela 307 anexo CIII).

Hipótese 11: A opinião que os enfermeiros inquiridos têm sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade é influenciada pelo local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade, existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual.

Pela observação do (gráfico 40) vemos que o **factor 1** associa por um lado os enfermeiros sem formação específica para lidar com adolescentes ou sobre sexualidade ao facto de considerarem os jovens, muito informados sobre sexualidade. Por outro lado o **factor 2**, associa a opinião dos inquiridos, considerando os jovens da Madeira e Açores como informados sobre sexualidade e os jovens do Interior e Litoral como tendo muita informação, ou então pouca ou nenhuma informação sobre sexualidade.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 308 anexo CIV), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade é significativamente independente da formação específica que os enfermeiros possuem sobre sexualidade e da formação específica para lidar com adolescentes.

Gráfico 40 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a informação do adolescente acerca da sexualidade, o local de residência, a formação específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade e a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual



Por sua vez, como $P < 0,01$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade não é significativamente independente do local de residência e da existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da sua iniciação sexual.

A probabilidade da opinião dos inquiridos sobre o nível de informação dos adolescentes acerca da sexualidade foi estimada a partir do local de residência, a formação específica para lidar com adolescentes, de ter formação específica sobre sexualidade e da existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual, usando o modelo de

regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a opinião dos inquiridos sobre a probabilidade de cada nível de informação dos adolescentes acerca da sexualidade (1 – Não Informado; 2 – Pouco Informado; 3 – Informado/Muito Informado) em função do local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), de ter formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e de ter formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e ter conhecimento sobre sexualidade aquando da iniciação sexual (0 – Sem Conhecimento; 1 – Com Conhecimento).

Tabela 54 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade em função do local de residência, da formação específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade e ainda da existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual

VD – Opinião sobre a informação do adolescente sobre sexualidade								
Informação / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Nada Informado (Modelo 1)	Intercepção	-3,020	0,383	62,152	1	0,000	-----	-----
	Residencia=1	-19,891	0,000	???	1	???	0,000	0,000-0,000
	Residencia=2	0,106	0,750	0,020	1	0,888	1,112	0,256-4,835
	Residencia=3	-0,020	0,244	0,007	1	0,934	0,980	0,607-1,581
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,288	0,322	0,799	1	0,371	0,750	0,399-1,410
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,350	0,443	0,625	1	0,429	1,419	0,596-3,379
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	ConhIniSex=0	0,867	0,291	8,881	1	0,003	2,379	1,345-4,206
	ConhIniSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Informado / Muito Informado (Modelo 2)	Intercepção	-1,592	0,199	64,222	1	0,000	-----	-----
	Residencia=1	1,027	0,272	14,259	1	0,000	2,792	1,639-4,575
	Residencia=2	1,122	0,298	14,172	1	0,000	3,070	1,712-5,505
	Residencia=3	0,342	0,129	7,004	1	0,008	1,408	1,093-1,813
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,416	0,163	6,515	1	0,011	0,659	0,479-0,908
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,435	0,227	3,655	1	0,056	1,544	0,989-2,411
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	ConhIniSex=0	0,025	0,194	0,016	1	0,898	1,025	0,701-1,499
	ConhIniSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(12) = 46,630$; $P < 0,001$) para o nível de informação “nada informado” e “informado/muito informado” relativamente à classe de referência “pouco informado” são apresentadas na (tabela 54).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “2- Pouco Informado” para a classe “1-Nada Informado” não é afectada significativamente

pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,371$), nem pela formação específica sobre sexualidade, mas é afectada significativamente pela existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual e pelo local de residência. Relativamente ao conhecimento sobre sexualidade aquando da iniciação sexual, os enfermeiros sem conhecimentos aquando da iniciação sexual apresentam maior probabilidade de considerarem os adolescentes como nada informados sobre sexualidade que os enfermeiros com conhecimentos ($b_{\text{ConhIniSex}=0} = 0,867$; $OR=2,379$; $P=0,003$). Desta forma, os enfermeiros sem conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual relativamente aos enfermeiros com conhecimentos sobre sexualidade na iniciação sexual, aumenta as probabilidades de considerar nada informados os adolescentes sobre a sua sexualidade relativamente a considera-los pouco informados em 137,9%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “2-Pouco Informado” para a classe “3-Informado/Muito Informado” não é afectada significativamente pela existência de conhecimento sobre sexualidade aquando da iniciação sexual ($b_{\text{ConhIniSex}=0} = 0,025$; $P=0,898$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($b_{\text{FormSex}=0} = 0,435$; $P=0,056$); mas é afectado significativamente pelo local de residência e formação específica para lidar com adolescentes.

Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem na Madeira ($b_{\text{Residência}=1} = 1,027$; $OR=2,729$; $P=0,000$), nos Açores ($b_{\text{Residência}=2} = 1,122$; $OR=3,070$; $P<0,001$) e no Interior ($b_{\text{Residência}=3} = 0,342$; $OR=1,408$; $P=0,008$), apresentam maior probabilidade de considerarem os adolescentes de “informados/muito informados” sobre a sua sexualidade, que os enfermeiros que residem no Litoral. Desta forma, ser enfermeiro residente nos Açores, Madeira e Interior relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as chances de considerar os adolescentes “informados/muito informados” relativamente “pouco informados” em 207,0, 172,9 e 40,8%.

Relativamente à formação específica para lidar com adolescentes, os enfermeiros sem formação apresentam maior probabilidade de considerarem os adolescentes de “pouco informados” sobre a sua sexualidade do que os enfermeiros com formação ($b_{\text{FormLidAdo}=0} = -0,436$; $OR=0,659$; $P=0,011$). Desta forma, ser enfermeiro sem formação relativamente ao enfermeiro com formação, reduz as chances de considerar os adolescentes “informados/muito informados” relativamente “pouco informados” em 44,1%.

13.1 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS QUANTO AO NÍVEL DE ESCLARECIMENTO DOS ADOLESCENTES SOBRE O USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Tabela 55 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos quanto ao nível de esclarecimento dos adolescentes sobre o uso de métodos contraceptivos

Em sua opinião os adolescentes estão convenientemente esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Muito esclarecidos	21	1,2%
Esclarecidos	406	23,4%
Pouco esclarecidos	1237	71,3%
Não esclarecidos	71	4,1%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros inquiridos (71,3%), consideram os adolescentes pouco esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos, números ainda que distantes dos encontrados pelo autor em (2002) mas com a mesma tendência já que à época também a maioria (56,4%), consideravam os jovens pouco esclarecidos sobre esta temática, (23,4%) categoriza-os como esclarecidos, números próximos do estudo realizado pelo autor em (2002) onde à data (22,8%), dos inquiridos sugeriam que os adolescentes estavam esclarecidos sobre a problemática em apreço. Fazendo o somatório dos não esclarecidos e dos pouco esclarecidos (75,4%), (tabela 55), verificamos uma percentagem suficientemente grande para considerarmos, tal como Cordeiro Mário (1998), apesar da acção intensa que se tem verificado nestes últimos anos, a nível dos Centros de Saúde e de outros sistemas de acção, da Associação do Planeamento Familiar e outras, continua a constatar-se um uso deficiente dos métodos contraceptivos. Ainda segundo Cordeiro Mário (1998), a maioria dos adolescentes continua a não utilizar métodos contraceptivos nas primeiras relações sexuais e em muitas relações ocasionais. Também para Vilar Duarte (1992), em sintonia com a opinião de Whaley e Wong (1999); Macpherson Ann, (2001) consideram que embora os jovens sejam hoje cada vez mais cedo sexualmente activos, esta decisão na maioria das vezes não é acompanhada de medidas contraceptivas.

Estes dados vem de encontro aos resultados obtidos por Miller (1998) citado por Maia et al., (2001:26), *“onde (80%), dos adolescentes sexualmente activos testemunham um conhecimento inadequado das técnicas contraceptivas e uma ignorância dos riscos da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis”*. Ainda neste estudo de Maia et al., (2001) o início da actividade sexual nos rapazes foi aos 14 anos, sendo a média de 16 anos, enquanto que no sexo feminino o início foi aos 16 anos, sendo a média de 16,6 anos. Dos adolescentes inquiridos, (78%) apresentam fracos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos. Para Pathos (1999:19) *“a grande maioria dos adolescentes só*

recorrem às consultas e ao início da contracepção, depois de terem relações sexuais desprotegidas ou mesmo depois de uma interrupção da gravidez”.

Macpherson Ann (2001:24), citando John Major o ex-primeiro ministro Inglês refere que relativamente à saúde sexual dos adolescentes, *“gostava que ficasse bem claro que penso que os jovens não deveriam ter relações sexuais antes dos 16 anos. Estou convicto desta minha opinião, mas sei também que, por muito que desaprovemos, esta é uma realidade com que nos deparamos. Não devemos condenar as suas opções, mas sim estar prontos a ajudá-los a evitar os riscos que advêm dos seus comportamentos. Na realidade, o sexo desprotegido é perigoso em qualquer idade”.*

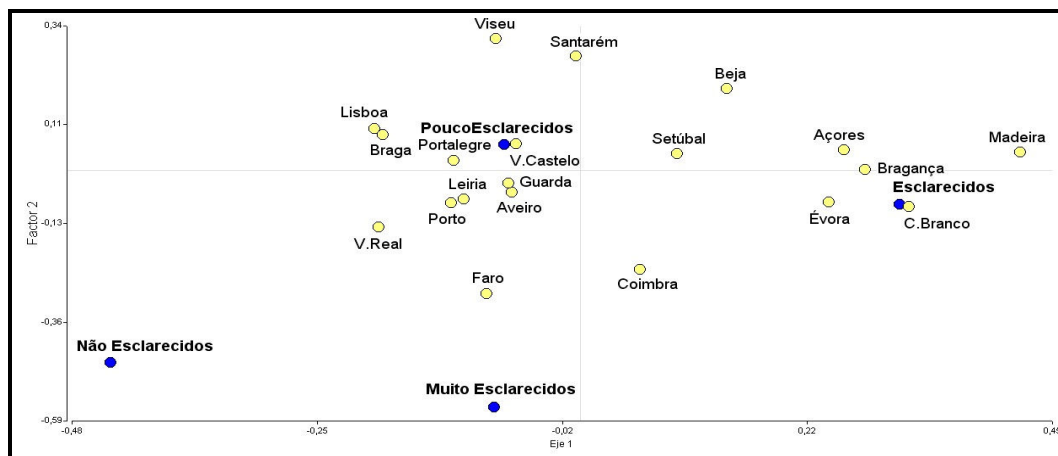
A intensa e crescente acumulação de comportamentos ligados à sexualidade, associada ao aumento da actividade sexual não programada, dificulta a utilização de métodos contraceptivos pela grande parte dos jovens. Isto ocorre porque normalmente nestes casos os envolvimento emocionais são muito intensos e não se verifica um total controlo de determinados desejos de natureza sexual (Alcobia, 2003; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (78,91%) da variância (tabela 116 anexo CV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 41) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que trabalham nas Sub-regiões de Saúde da Madeira, Castelo Branco, Bragança, Açores, Évora, Beja, Setúbal e Coimbra aos enfermeiros que consideram os adolescentes esclarecidos sobre métodos contraceptivos e os enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde à falta de esclarecimento (não esclarecidos) ou (pouco esclarecimento) sobre métodos contraceptivos.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, Aveiro, Leiria, Porto, Vila Real e Faro que consideram os adolescentes como muito esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos.

Gráfico 41 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o nível de esclarecimento dos adolescentes acerca dos métodos contraceptivos e as Sub-regiões de Saúde



Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto, (80,21%) da variância (tabela 117 anexo CVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 50 anexo CVII) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** relaciona as Regiões de Saúde dos Açores, Madeira e Alentejo, à opinião dos enfermeiros que classificam os adolescentes como esclarecidos sobre métodos contraceptivos.

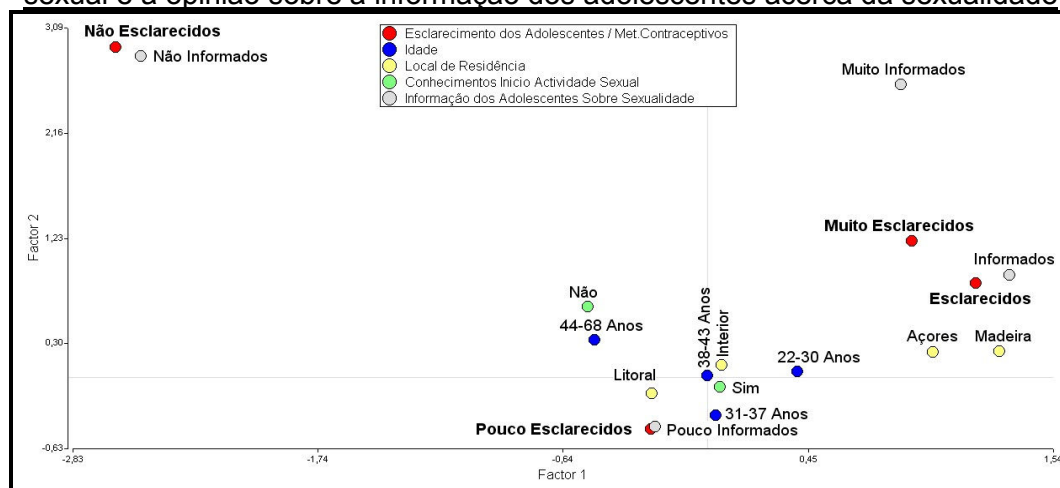
Com o **factor 2** vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Centro e Lisboa & Vale do Tejo classificam tendencialmente os adolescentes como pouco esclarecidos sobre os métodos contraceptivos e os enfermeiros Região de Saúde do Algarve consideram os adolescentes como não esclarecidos.

Segmentando a opinião dos inquiridos sobre o nível de esclarecimento dos jovens adolescentes acerca do uso de métodos contraceptivos por Sub-regiões e Regiões de Saúde, recorrendo ao teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=110,21$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=44,25$; g.l.=18; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes sobre o nível de esclarecimento dos adolescentes acerca de métodos contraceptivos não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde trabalham.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (24,12%) da variância (tabela 310 anexo CVIII).

Hipótese 12: A opinião que os enfermeiros têm sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos é influenciada pela idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade.

Gráfico 42 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos, a idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade quando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade



Pela observação do (gráfico 42) vemos que existe uma associação entre a opinião dos enfermeiros sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade e o esclarecimento dos mesmos sobre métodos contraceptivos. Também visualizamos que os enfermeiros com idades entre os 22-30 anos residentes na Madeira e Açores que tinham conhecimentos sobre sexualidade aquando da sua iniciação sexual, consideram os adolescentes mais esclarecidos sobre métodos contraceptivos que os enfermeiros residentes no Continente.

Pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis (tabela 311 anexo CIX), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre o nível de esclarecimento dos adolescentes acerca dos métodos contraceptivos é significativamente igual em todos os grupos etários. No entanto, os enfermeiros com 22-30 anos (639,26) são os que consideram os adolescentes mais esclarecidos. Também pela mesma via, como $P < 0,001$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o nível de esclarecimento dos jovens acerca dos métodos contraceptivos é significativamente influenciado pelo local de residência, pela sua opinião sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade. Desta forma, os enfermeiros da Madeira e Açores consideram os jovens mais esclarecidos (1016,35 e 967,58) e os do Litoral, menos

esclarecidos (828,32). Também vemos que a opinião dos enfermeiros sobre a informação dos adolescentes acerca da sexualidade é significativamente paralela à opinião dos primeiros sobre o esclarecimento relativamente aos métodos contraceptivos dos segundos. Com a utilização do teste de Mann-Whitney, como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o esclarecimento dos adolescentes acerca dos métodos contraceptivos não é significativamente influenciada pelo conhecimento que possuía aquando da sua iniciação sexual.

Para avaliar se o local de residência, a formação específica para lidar com adolescentes, a formação específica sobre sexualidade e a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual sobre as probabilidades de resposta à variável “esclarecimento do adolescente sobre métodos contraceptivos”, recorreu-se à regressão ordinal com função Link Log-log Negativa. O pressuposto do modelo da homogeneidade de declives foi validado ($\chi^2_{LP}(16) = 24,463$; $P = 0,080$) com base no software SPSS 14.0. Os coeficientes e a significância do modelo ajustado $\ln (P[Y \leq k] / P[Y > k])$ são apresentadas na (tabela 56). O modelo é estatisticamente significativo ($G^2(8) = 570,991$; $P < 0,001$) ainda que a dimensão do efeito seja algo reduzida ($R^2_{MF} = 0,219$; $R^2_N = 0,363$; $R^2_{CS} = 0,284$).

Relativamente à opinião dos enfermeiros sobre a informação que os adolescentes têm sobre métodos contraceptivos, observa-se menor probabilidade das classes mais esclarecidas nos enfermeiros, considerarem que os adolescentes não estão informados sobre métodos contraceptivos, comparativamente com os enfermeiros que consideram que os adolescentes estão muito informados sobre a sua sexualidade ($b_{\text{InfAdolSex}=1} = -9,005$; $P < 0,001$).

Tabela 56 – Regressão ordinal entre a opinião dos inquiridos sobre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos, a idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade quando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes sobre sexualidade

VD – Opinião sobre o esclarecimento dos adolescentes / métodos contraceptivos							
Parâmetros		B	Erro Padrão	χ ² de Wald	g.l.	p	IC 95% (Rácio)
Threshold	[Esclarecimento=1	-8,772	0,977	80,627	1	0,000	]-10,686; -6,857[
	[Esclarecimento=2	-3,291	0,960	11,749	1	0,001	]-5,174; -1,409[
	[Esclarecimento=3	0,543	0,935	0,337	1	0,562	]-1,290; 2,375[
Localização	Idade	0,003	0,007	0,213	1	0,645	]-0,010; 0,016[
	Residência=1	0,300	0,305	0,965	1	0,326	]-0,298; 0,898[
	Residência=2	0,327	0,328	0,996	1	0,318	]-0,315; 0,970[
	Residência=3	0,205	0,125	2,691	1	0,101	]-0,040; 0,451[
	Residência=4	0 ^(a)	----	----	0	----	----
	ConhIniSex=0	-0,012	0,190	0,004	1	0,949	]-0,385; 0,360[
	ConhIniSex=1	0 ^(a)	----	----	0	----	----
	InfAdolSex=1	-9,005	0,965	87,164	1	0,000	]-10,896; -7,115[
	InfAdolSex=2	-5,363	0,923	33,758	1	0,000	]-7,172; -3,554[
	InfAdolSex=3	-2,880	0,921	9,780	1	0,002	]-4,686; -1,075[
InfAdolSex=4	0 ^(a)	----	----	0	----	----	

13.2 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE OS ADOLESCENTES QUE MAIS RECORREM AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Tabela 57 – Tabela de frequências da distribuição da opinião dos inquiridos sobre quais os adolescentes que mais recorrem aos métodos contraceptivos

Em sua opinião, quais são os adolescentes que mais recorrem a métodos contraceptivos?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Rapariga	1360	78,4%
Rapaz	90	5,2%
Ambos os sexos por igual	285	16,4%
Total	1735	100,0%

Uma substancial maioria dos enfermeiros (78,4%), considera que a *rapariga* adolescente é quem mais recorre a métodos contraceptivos (tabela 57). Também em nossa opinião e da nossa experiência profissional podemos talvez afiançar o mesmo que os que consideram ser a *rapariga* quem mais recorre a estes métodos.

Nenhum rapaz frequenta a consulta de planeamento familiar, enquanto que (50%) das adolescentes, que já tiveram relações sexuais, referem frequentar a consulta de planeamento familiar no Centro de Saúde onde estão inscritas (Maia et al., 2001).

Graças à contracepção, a mulher pode finalmente, procurar a satisfação das suas ambições pessoais, profissionais e a libertação da sua sexualidade. No entanto, a liberdade supõe uma responsabilidade que, muitas vezes, é difícil de assumir, sobretudo quando não se está preparado para tal. Pela primeira vez na história da humanidade, as

mulheres podem realmente controlar os nascimentos. Elas têm, face aos homens, um poder de decisão e o domínio da sua própria fecundidade.

“Um filho, se eu quiser e quando eu quiser”, uma das divisas do Movimento Francês para o planeamento familiar. Todavia, continuam a existir e a impor-se, neste domínio, demasiados tabus e ideias preconcebidas. Só uma verdadeira informação e a evolução das mentalidades permitirão às mulheres e aos casais, ter uma vida sexual gratificante.

A defesa da contraceção baseia-se numa premissa básica, permitir uma sexualidade sem receio, pois durante muito tempo, os impulsos sexuais eram controlados com medos. Sendo que somos seres sexuados desde que somos concebidos, os comportamentos sexuais são, antes do mais a expressão de um desejo. A OMS (1980) afirma que *“a saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de formas que sejam positivamente enriquecedoras e elevem a personalidade, a comunicação e o Amor.”*

A contraceção dissociou irremediavelmente a noção de desejo e de prazer sexual da noção de procriação. E toda a Humanidade se consciencializou que fazia Amor para daí tirar prazer e não forçosamente para ter filhos.

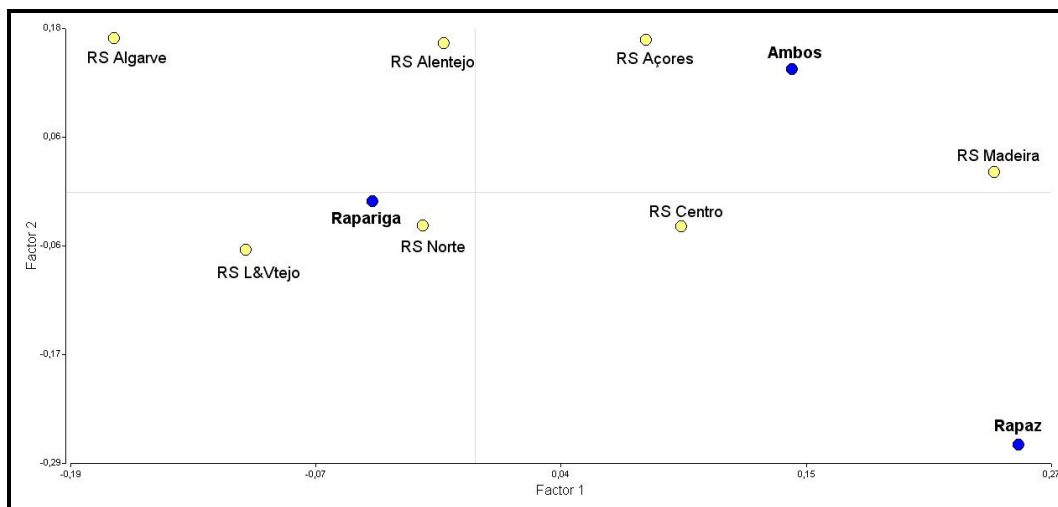
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 119 anexo CX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 51 anexo CXI) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que consideram que as raparigas adolescentes são quem mais recorre a métodos contraceptivos às Sub-regiões de Saúde de Braga, Viana do Castelo, Leiria, Coimbra, Évora, Faro, Lisboa, Setúbal e Porto.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros que consideram que os rapazes adolescentes são os que recorrem mais a métodos contraceptivos às Sub-regiões de Saúde da Guarda, Santarém, Castelo Branco, Vila Real e Aveiro, e, ambos os sexos às Sub-regiões de Saúde de Portalegre, Madeira, Bragança, Viseu e Beja.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 120 anexo CXII).

Gráfico 43 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre quais os adolescentes que mais recorrem aos métodos contraceptivos e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 43) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** associa os enfermeiros que consideram que as raparigas adolescentes são quem mais recorre a métodos contraceptivos às Regiões de Saúde do Norte, Algarve, Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros que consideram que os rapazes adolescentes recorrem mais a métodos contraceptivos à Região de Saúde do Centro e ambos os sexos às Regiões de Saúde da Madeira e Açores.

Relacionando a opinião dos inquiridos sobre qual o adolescente que mais recorre aos métodos contraceptivos por Sub-região e por Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros, através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=113,99$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=26,73$; g.l.=12; $P < 0,01^{**}$), concluímos que a opinião daqueles não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde.

13.3 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE O MÉTODO CONTRACEPTIVO MAIS USADO PELOS JOVENS ADOLESCENTES

Tabela 58 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes

Em sua opinião qual o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Preservativo	429	24,7%
Pílula	614	35,4%
DIU	0	0,0%
Espermicidas	0	0,0%
Preservativo + Pílula	683	39,4%
Injectável	0	0,0%
Outro	9	0,5%
Total	1735	100,0%

O método contraceptivo mais utilizado pelos jovens adolescentes é na opinião de (39,4%) dos enfermeiros o preservativo conjuntamente com a pílula, para (35,4%) a pílula é o método mais utilizado, já (24,7%) consideram ser o preservativo isoladamente (tabela 58).

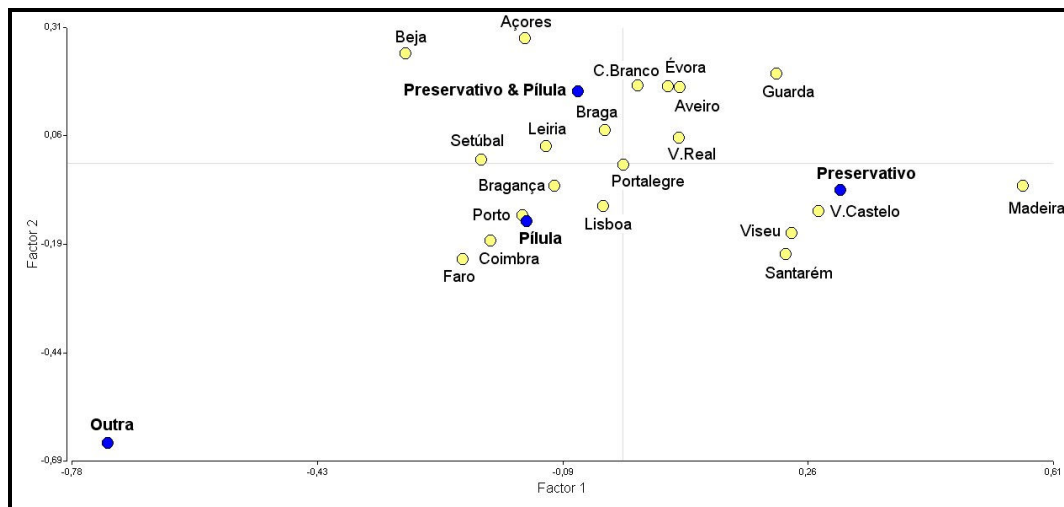
Podemos assim dizer que as preferências na opinião (74,8%), dos enfermeiros recaem na contracepção oral. Perfilhamos a opinião dos colegas que consideram ser a contracepção oral aquela a que os/as jovens adolescentes mais recorrem, talvez por serem essencialmente as raparigas as que mais recorrem ao Centro de Saúde e consequentemente são estes os seus métodos de eleição, por talvez estarem apaixonadas pelos seus parceiros sexuais e neles confiarem quase incondicionalmente.

Os rapazes raramente utilizam algum método contraceptivo e quando o utilizam, o preservativo é o método escolhido. Entre as raparigas que já tiveram relações sexuais, para (87%) o método contraceptivo mais utilizado é a pílula; o uso do preservativo começa a ser encarado mais conscientemente, o que tem consequências positivas na prevenção das DST (Maia et al., 2001).

Athea (1994), considera que o preservativo masculino é um método a defender na adolescência e deve ser associado à contracepção hormonal, pois tem a vantagem sobre todos os outros métodos de protecção em relação às DTS/IST, nomeadamente em relação à SIDA.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (82,11%) da variância (tabela 122 anexo CXIII).

Gráfico 44 – Análise de Correspondências Simples entre as opiniões dos inquiridos sobre o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes por Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 44) permite deduzir as seguintes considerações; o preservativo é o método preferencialmente referido pelos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Viana do Castelo, Viseu, Santarém; a pílula é preferencialmente referida pelos enfermeiros de Lisboa, Bragança, Porto, Coimbra e Faro; o preservativo e a pílula são preferencialmente referidos pelos enfermeiros de Braga, Leiria, Setúbal, Açores e Beja.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (87,10%) da variância (tabela 123 anexo CXIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 52 anexo CXV) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** associa as Regiões de Saúde da Madeira, Centro e Lisboa e Vale do Tejo aos enfermeiros que consideram o preservativo como o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes.

O **factor 2** relaciona as Regiões de Saúde do Algarve e Norte aos enfermeiros que consideram a pílula como método contraceptivo mais usado e, as Regiões de Saúde do Alentejo e Açores aos enfermeiros que dizem ser o preservativo mais a pílula os métodos contraceptivos mais usados pelos adolescentes.

Comparando a opinião dos inquiridos sobre qual o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes por Sub-regiões e Regiões de Saúde, através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=116,20$; g.l.=57; $P < 0,01^{**}$) e ($\chi^2=56,04$; g.l.=18; $P < 0,001^{**}$) vemos que a opinião dos enfermeiros não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

13.4 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE QUAL A IDADE DO PARCEIRO (A) DO ADOLESCENTE PARA SE INICIAR SEXUALMENTE

Tabela 59 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos acerca da idade do parceiro(a) do adolescente para se iniciar sexualmente

Considera que os adolescentes se iniciam sexualmente?		
Rapariga com:	F. Absolutas	F. Relativas
Parceiro mais velho	714	41,2%
Parceiro mais novo	12	0,7%
Parceiro próximo da sua idade	1009	58,2%
Rapaz com:	F. Absolutas	F. Relativas
Parceira mais velha	246	14,2%
Parceira mais nova	354	20,4%
Parceira próxima da sua idade	1135	65,4%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (tabela 59), refere que os adolescentes de ambos os sexos se iniciam sexualmente com parceiros próximos da sua idade (58,2%) para a rapariga e (65,4%) para o rapaz; também em (2002) o autor encontrou no seu estudo opiniões ainda que inferiores semelhantes para ambos os sexos na opinião de (34,9%) dos inquiridos.

No entanto, dos adolescentes, que na opinião dos inquiridos não escolhem parceiros da mesma idade, as raparigas têm tendência para se iniciarem sexualmente com parceiros mais velhos em (41,2%) das opiniões dos inquiridos, o que vem de encontro ao estudo realizado pelo autor (2002) onde também (65,1%), dos inquiridos consideravam que os adolescentes se iniciavam com pessoas ligeiramente mais velhas, opinião perfilhada por vários autores entre eles, Marques António et al.; Lamas Dulce et al., (2000); Sampaio Daniel, (2006), que defendem, quer os rapazes quer as raparigas fazem amor pela primeira vez com uma pessoa que é, em termos estatísticos, um pouco mais velha.

Num estudo efectuado por Evert Ketting, (2000), quando se perguntou aos rapazes entre os 14 e os 18 anos que idade tinham as suas parceiras, aquando da sua iniciação sexual, eles responderam que elas tinham a mesma idade, ou eram dois anos mais novas. Quando colocada a mesma questão às raparigas, a grande maioria respondeu que o seu parceiro era um ou dois anos mais velho. Esta discrepância é incompatível com as respostas dos rapazes que afirmam ter tido relações sexuais mais cedo que as raparigas, as raparigas com quem dizem ter tido relações sexuais não existem. As raparigas tendem a menosprezar um pouco os seus pares do sexo masculino, frequentemente os seus colegas de turma.

“Este padrão pode provir na linha do senso comum; os rapazes procuram parceiras ligeiramente mais novas e o inverso também acontece. Uma das possíveis razões pode residir no facto dos rapazes desejarem uma posição dominante. Sendo ligeiramente mais

velhos têm mais hipóteses de dominar. A somar a este facto, temos que os rapazes atingem a maturidade mais tardiamente que as raparigas, física, emocional e socialmente” (Evert Ketting, 2000:8).

Tendo em conta estudos realizados, pode dizer-se que a sexualidade do adolescente se caracteriza por apresentar um duplo padrão atenuado, pois, há ainda uma vivência diferente da sexualidade feminina e masculina; as mulheres iniciam-se sexualmente mais tarde, com parceiros mais velhos e com os quais têm grande proximidade afectiva, enquanto que os rapazes declaram iniciarem-se sexualmente mais cedo, com parceiras do mesmo grupo etário ou de grupo etário inferior, mantendo uma distancia afectiva (Miguel Nuno, 1997; Vasconcelos Pedro, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (83,45%) da variância (tabela 125 anexo CXVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 53 anexo CXVII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros que consideram que as raparigas se iniciam com parceiros próximos da sua idade também consideram que os rapazes se iniciam com parceiras próximas da sua idade.

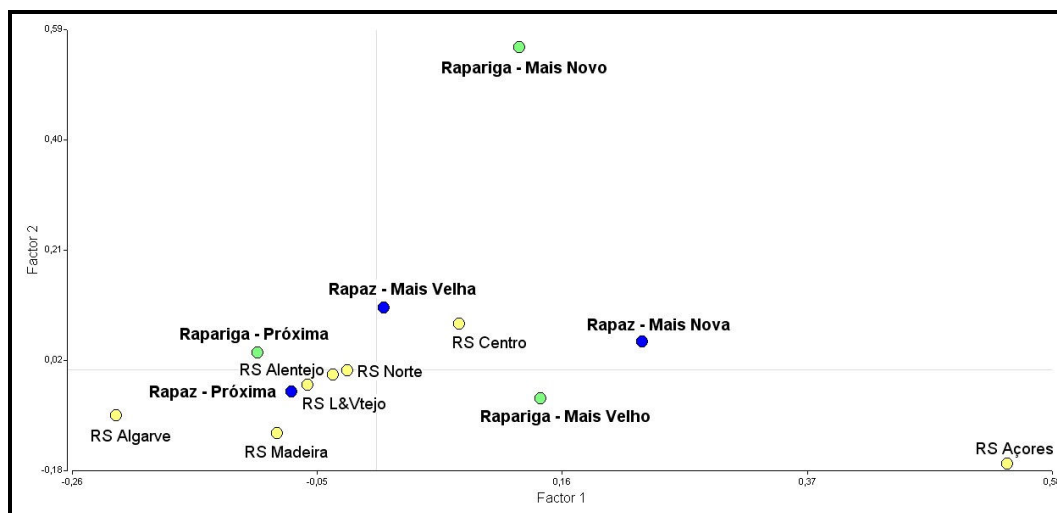
Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Coimbra, Guarda e Açores associam o parceiro de iniciação das raparigas com idade mais velho e os rapazes com parceira mais nova. Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco e Viseu, associam o parceiro de iniciação das raparigas com idade mais novo e os rapazes com parceira também mais nova.

Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Braga, Leiria, Aveiro, Évora, Lisboa, Bragança e Porto associam o parceiro de iniciação de ambos os sexos com parceiros de idade próxima ou com idade mais velha (para alguns rapazes).

Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Faro, Santarém, Vila Real, Madeira, Portalegre, Setúbal, Beja e Viana do Castelo associam o parceiro de iniciação de idade próxima para o rapaz (ambos os sexos com parceiros de idade próxima ou com idade mais velha para algumas raparigas).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (90,72%) da variância (tabela 126 anexo CXVIII).

Gráfico 45 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a idade do parceiro de iniciação sexual e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 45) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** permite observar que os enfermeiros de todas as Regiões de Saúde com excepção das do Centro e Açores, associam o parceiro de iniciação de ambos os sexos com parceiros de idade próxima da sua; e os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores associam o parceiro de iniciação das raparigas a idade mais velha e os rapazes a parceira com idade mais nova.

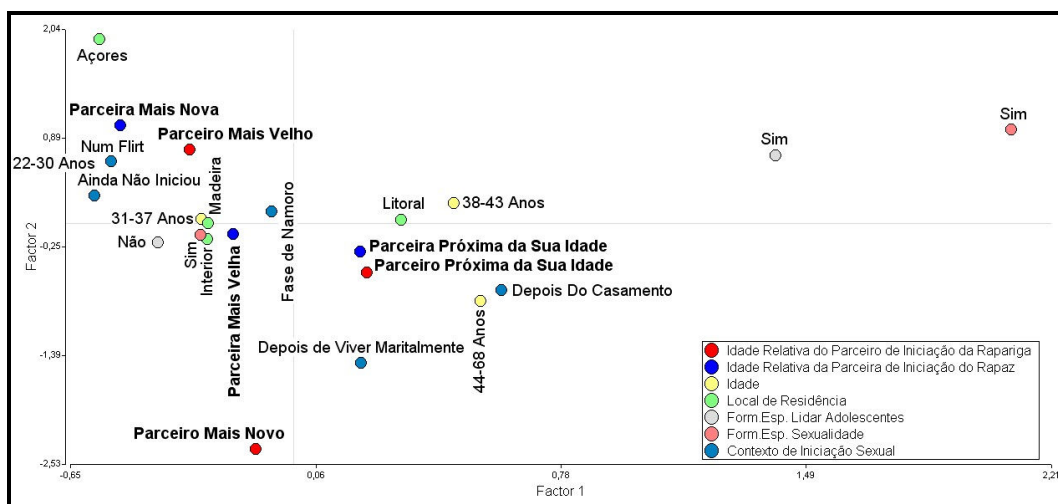
O **factor 2** permite visualizar que os enfermeiros da Região de Saúde do Centro associam o parceiro de iniciação das raparigas a idade mais nova e os rapazes com parceira de idade mais velha.

Pormenorizando o estudo acima tendo em consideração a opinião dos inquiridos por Sub-regiões e Regiões de Saúde, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=170,48$; g.l.=95; $P < 0,001^{**}$) e ($\chi^2=67,59$; g.l.=30; $P < 0,001^{**}$), verificamos que a opinião dos enfermeiros sobre a idade do parceiro de iniciação sexual dos adolescentes, não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (19,58%) da variância (tabela 354 anexo CXIX).

Hipótese 13: A opinião que os enfermeiros têm sobre a idade relativa com quem os adolescentes (rapazes e raparigas) se iniciam sexualmente é influenciada pela idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto da sua iniciação sexual.

Gráfico 46 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a idade relativa do parceiro(a) com quem os adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto da sua iniciação sexual



Pela observação do (gráfico 46), podemos constatar o seguinte: não existe associação entre a idade relativa do parceiro de iniciação sexual da rapariga e a idade relativa de iniciação do rapaz, excepto nos enfermeiros que consideram a idade do parceiro(a) muito próxima. Desta forma os enfermeiros que consideram que o rapaz se inicia sexualmente com uma parceira mais nova, também consideram que as raparigas se iniciam sexualmente com um parceiro mais velho. Por outro lado, os enfermeiros que consideram que o rapaz se inicia sexualmente com uma parceira mais velha, também consideram que as raparigas se iniciam sexualmente com um parceiro mais novo.

Os enfermeiros que residem no litoral, com 38 ou mais anos, com formação específica para lidar com adolescentes e com formação específica sobre sexualidade consideram que a idade do(a) parceiro(a) do rapaz ou rapariga é próxima. Os enfermeiros que não residem no Litoral, concordam mais com o facto da idade do parceiro(a) ser diferente; os residentes no Açores defendem mais a ideia de parceira mais nova / parceiro mais velho e, os residentes na Madeira ou Interior defendem mais a ideia de parceiro mais novo e parceira mais velha.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 355 anexo CXX), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga é significativamente independente da formação específica para lidar com adolescentes e da formação específica sobre sexualidade. Ao inverso como $P < 0,05$, concluímos que a opinião dos inquiridos sobre a idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga não é significativamente independente da idade do enfermeiro, do local de residência e do contexto de iniciação sexual do enfermeiro.

No que diz respeito à idade dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros com 22-37 anos tendem a dizer que a idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga é superior; enquanto que os enfermeiros com 38-68 anos tendem a dizer que a idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga é inferior ou semelhante. Em relação ao local de residência, os enfermeiros que residem nos Açores ou no Interior tendem a dizer que a idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga é superior ou inferior à destas; enquanto que os enfermeiros que residem na Madeira ou no Litoral tendem a dizer que a idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga é próxima da sua.

Quanto ao contexto de iniciação sexual dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros que se iniciaram sexualmente num *flirt* tendem a afirmar que o parceiro de iniciação da rapariga é mais velho que esta; enquanto que os enfermeiros que defendem que a idade do parceiro é inferior iniciaram-se sexualmente depois do casamento ou depois de viver maritalmente; por fim os enfermeiros que defendem que a idade do parceiro é próxima iniciaram-se sexualmente na fase de namoro, depois de viver maritalmente ou ainda não se iniciaram sexualmente.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 356 anexo CXXI), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é significativamente independente da formação específica para lidar com adolescentes e da formação específica sobre sexualidade. Ao inverso como $P < 0,05$, concluímos que a opinião dos inquiridos sobre a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz não é significativamente independente da idade do enfermeiro, do local de residência e do contexto de iniciação sexual do enfermeiro.

No que diz respeito à idade dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros que apoiam a ideia de que a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é superior são tendencialmente enfermeiros com idade entre 22 e 37 anos; que os enfermeiros que apoiam a ideia de que idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é inferior são tendencialmente enfermeiros com 22-30 anos e 38-43 anos; e que os enfermeiros que apoiam a ideia de que a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é próxima são tendencialmente enfermeiros com mais de 31 anos.

Em relação ao local de residência, os enfermeiros que residem no Continente tendem a dizer que a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é superior; enquanto que os enfermeiros que residem nas Ilhas tendem a dizer que a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é inferior à deste; e os enfermeiros que residem no Litoral e Madeira tendem a dizer que a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é próxima da sua.

Quanto ao contexto de iniciação sexual dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros que se iniciaram sexualmente num *flirt* ou depois do casamento tendem a afirmar que a idade

relativa da parceira de iniciação do rapaz é superior ou inferior à deste; enquanto que os enfermeiros que se iniciaram sexualmente na fase de namoro, depois de viver maritalmente ou ainda não se iniciaram tendem a afirmar que a idade relativa da parceira de iniciação do rapaz é próxima.

Para avaliar se a idade dos enfermeiros, o local de residência, a formação específica para lidar com adolescentes, a formação específica sobre sexualidade e o contexto de iniciação sexual sobre as probabilidades de resposta à variável “idade relativa do parceiro de iniciação da rapariga”, recorreu-se a regressão ordinal com função Link Probit. O pressuposto do modelo da homogeneidade de declives foi validado ($\chi^2_{LP}(12) = 20,949$; $P=0,051$) com base no software SPSS 14.0. Os coeficientes e a significância do modelo ajustado $\Phi^{-1}(P[Y \leq k])$ são apresentadas na tabela (60). O modelo é estatisticamente significativo ($G^2(12) = 89,849$; $P < 0,001$) ainda que a dimensão do efeito seja algo reduzida ($R^2_{MF}=0,036$; $R^2_N=0,066$; $R^2_{CS}=0,050$)

Tabela 60 – Regressão ordinal entre a opinião dos inquiridos e idade relativa do parceiro com que as raparigas adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual

VD – Idade relativa do parceiro com que as raparigas se iniciam sexualmente							
Parâmetros		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	IC 95% (Rácio)
Threshold	[Idade / Parceiro de Iniciação=1]	-2,101	0,267	61,759	1	0,000	]-2,625; -1,577[
	[Idade / Parceiro de Iniciação=2]	0,688	0,250	7,558	1	0,006	]0,198; 1,179[
v Localização	Residência=1	0,070	0,155	0,205	1	0,651	]-0,233; 0,373[
	Residência=2	0,900	0,186	23,534	1	0,000	]0,537; 1,264[
	Residência=3	0,122	0,063	3,750	1	0,053	]-0,001; 0,245[
	Residência=4	0 ^(a)	-----	-----	0	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,200	0,086	5,473	1	0,019	]-0,368; -0,033[
	FormLidAdo=1	0 ^(a)	-----	-----	0	-----	-----
	FormSex=0	0,034	0,111	0,096	1	0,757	]-0,183; 0,252[
	FormSex=1	0 ^(a)	-----	-----	0	-----	-----
	ContexIniSex=1	0,365	0,277	1,731	1	0,188	]-0,179; 0,908[
	ContexIniSex=2	0,083	0,226	0,135	1	0,713	]-0,360; 0,527[
	ContexIniSex=3	-0,149	0,298	0,250	1	0,617	]-0,733; 0,435[
	ContexIniSex=4	0,253	0,243	1,084	1	0,298	]-0,223; 0,730[
	ContexIniSex=5	0 ^(a)	-----	-----	0	-----	-----
	Idade=1	0,608	0,093	43,043	1	0,000	]0,427; 0,790[
	Idade=2	0,525	0,091	33,414	1	0,000	]0,347; 0,703[
	Idade=3	0,346	0,092	14,031	1	0,000	]0,165; 0,528[
	Idade=4	0 ^(a)	-----	-----	0	-----	-----

Relativamente ao local de residência, observa-se maior probabilidade de considerarem as classes de maior ordem (parceiro mais velho) nos enfermeiros residentes nos Açores,

comparativamente com os enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=2} = 0,900$; $P < 0,001$). No que diz respeito à formação específica para lidar com adolescentes, observa-se menor probabilidade de considerarem as classes de maior ordem (parceiro mais velho) nos enfermeiros sem formação para lidar com adolescentes, comparativamente aos enfermeiros com formação para lidar com adolescentes ($b_{\text{FormLidAdo}=0} = -0,200$; $P = 0,019^*$). Relativamente à idade dos enfermeiros, observa-se maior probabilidade de considerarem as classes de maior ordem (parceiro mais velho) nos enfermeiros com idades menores de 44 anos (22 – 30 anos, 31 – 37 anos; 38 – 43 anos), comparativamente com os enfermeiros com idade compreendida entre 44 e 68 anos ($b_{\text{Idade}=1} = 0,608$; $P < 0,001$; $b_{\text{Idade}=2} = 0,525$; $P < 0,001$; $b_{\text{Idade}=3} = 0,346$; $P < 0,001$).

A probabilidade da idade relativa da parceira dos rapazes adolescentes para a iniciação sexual foi estimada a partir da idade, local de residência e contexto de iniciação sexual dos enfermeiros usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade da idade relativa da parceira dos rapazes adolescentes para a iniciação sexual (1 – Parceira Mais Nova; 2 – Parceira Próxima; 3 – Parceira Mais Velha) em função da idade (1 – 22-30 anos; 2 – 31-37 anos; 3 – 38-43 anos; 4 – 44-68 anos), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral) e contexto de iniciação sexual do enfermeiro (1 – Num Flirt; 2 – Fase do Namoro; 3 – Depois de Viver Maritalmente; 4 – Depois do Casamento; 5 – Ainda Não Iniciou). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(20) = 67,864$; $P < 0,001$) para a “parceira mais nova” e para “parceira mais velha” relativamente a classe de referência “parceira com idade próxima”(tabela 358).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “parceira próxima” para a classe “parceira mais nova” é afectado significativamente pela idade, local de residência e contexto de iniciação sexual do enfermeiro. Relativamente à idade, os enfermeiros com 22-30 anos apresentam maior probabilidade de considerarem a idade da parceira de iniciação sexual do rapaz mais nova do que os enfermeiros com 44-68 anos ($b_{\text{Idade}=1} = 0,778$; $OR = 2,177$; $P < 0,001$). Desta forma, ser enfermeiro com 22-30 anos relativamente a ser enfermeiro com 44-68 anos, aumenta as chances de considerar mais nova a idade da parceira de iniciação sexual do rapaz relativamente a considera-la de idade próxima em 117,7%. Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem nos Açores apresentam maior probabilidade de considerarem mais nova a idade da parceira de iniciação dos rapazes do que os enfermeiros que residem no Litoral ($b_{\text{Resid}=2} = 0,943$; $OR = 2,568$; $P = 0,002$). Desta forma, ser enfermeiro residente nos Açores relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as probabilidades de

considerar mais nova a idade da parceira de iniciação do rapaz relativamente a considerá-la próxima em 156,8%. Relativamente ao contexto de iniciação sexual do enfermeiro, os enfermeiros com iniciação sexual num flirt ou depois do casamento apresentam maior probabilidade de considerarem mais nova a idade da parceira de iniciação dos rapazes do que os enfermeiros que ainda não se iniciaram sexualmente ($b_{\text{ContextIniSex}=1} = 1,453$; $OR=4,275$; $P=0,012$; $b_{\text{ContextIniSex}=4} = 1,151$; $OR=3,162$; $P=0,032$). Desta forma, ser enfermeiro com iniciação sexual num flirt ou depois do casamento relativamente a ser enfermeiro que ainda não se iniciou sexualmente, aumenta as chances de considerar mais nova a idade da parceira de iniciação do rapaz relativamente a considerá-la próxima em 327,5% ou 216,2%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “parceira próxima” para a classe “parceira mais velha” não é afectado pelo local de residência ($P(s)>0,40$); mas é afectado significativamente pela idade e contexto de iniciação sexual do enfermeiro. Relativamente à idade, os enfermeiros com menos de 38 anos apresentam maior probabilidade de considerarem a idade da parceira de iniciação sexual do rapaz mais velha do que os enfermeiros com 44-68 anos ($b_{\text{Idade}=1} = 0,698$; $OR=2,010$; $P=0,001$; $b_{\text{Idade}=2} = 0,454$; $OR=1,574$; $P=0,034$). Desta forma, ser enfermeiro com 22-30 ou 31-37 anos relativamente a ser enfermeiro com 44-68 anos, aumenta as *chances* de considerar mais velha a idade da parceira de iniciação sexual do rapaz relativamente a considerá-la de idade próxima em 101,0% ou 57,4%.

Relativamente ao contexto de iniciação sexual do enfermeiro, os enfermeiros com iniciação sexual depois do casamento apresentam maior probabilidade de considerarem mais velha a idade da parceira de iniciação dos rapazes do que os enfermeiros que ainda não se iniciaram sexualmente ($b_{\text{ContextIniSex}=4} = 1,650$; $OR=5,208$; $P=0,032$). Desta forma, ser enfermeiro com iniciação sexual depois do casamento relativamente a ser enfermeiro que ainda não se iniciou sexualmente, aumenta as *chances* de considerar mais velha a idade da parceira de iniciação do rapaz relativamente a considerá-la próxima em 420,8% (tabela 358 anexo CXXII).

13.5 – QUAIS SÃO NA OPINIÃO DOS INQUIRIDOS OS ADOLESCENTES MAIS PROMÍSCUOS NA ESFERA DA SEXUALIDADE

Tabela 61 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre quais consideram ser os jovens mais promíscuos no âmbito da sexualidade

Quais considera serem os jovens mais promíscuos no âmbito da sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Rapariga	159	9,2%
Rapaz	495	28,5%
Ambos os sexos por igual	799	46,1%
Nenhum	282	16,3%
Total	1735	100,0%

Quando questionados, sobre qual o sexo dos jovens mais promíscuos no âmbito da sexualidade, a resposta mais frequente dos inquiridos (46,1%) foi considerarem ambos os sexos por igual. Dos enfermeiros que não apoiam a igualdade dos sexos no âmbito da promiscuidade, existe uma tendência para classificar o rapaz como sendo o mais promíscuo em (28,5%) dos casos, já (9,2%) consideram ser a rapariga. Também podemos observar que (16,3%) dos enfermeiros consideram que nenhum dos jovens é promíscuo na esfera da sexualidade (tabela 61). Pela nossa experiência e talvez até conduta adolescente, também consideramos que são os rapazes, os mais promíscuos na esfera do relacionamento sexual.

O comportamento afectivo e sexual do rapaz apresenta muitas vezes uma actividade sexual que é motivada pela procura de segurança e desejo de afirmação, o que o leva a masturbar-se mais frequentemente em momentos de maior ansiedade. Ser impelido para ter relações sexuais o mais cedo possível e o maior número de vezes, com qualquer parceira e em qualquer momento. Pelo que se pode dizer que quase sempre os rapazes querem “*sexo sem amor*” (Miguel Nuno, 1994). “*Podemos assim assumir que o rapaz se torna pouco exigente em relação à qualidade afectiva das suas relações sexuais*” (Miguel Nuno, 1994:28).

É no entanto cada vez menos acentuada a diferença entre rapazes e raparigas no que respeita à sexualidade. As raparigas começam a ter uma atitude mais favorável em relação à sexualidade e os rapazes também dão maior importância à qualidade afectiva das suas relações sexuais (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Segundo Alferes, (1997) citado por Nodin Nuno, (2000:18) “*as raparigas do seu estudo tiveram um único parceiro sexual, já os rapazes tiveram em média 2,2 parceiros durante toda a vida, sendo de 1,3 no último ano. Nos rapazes a presença de relações sexuais*

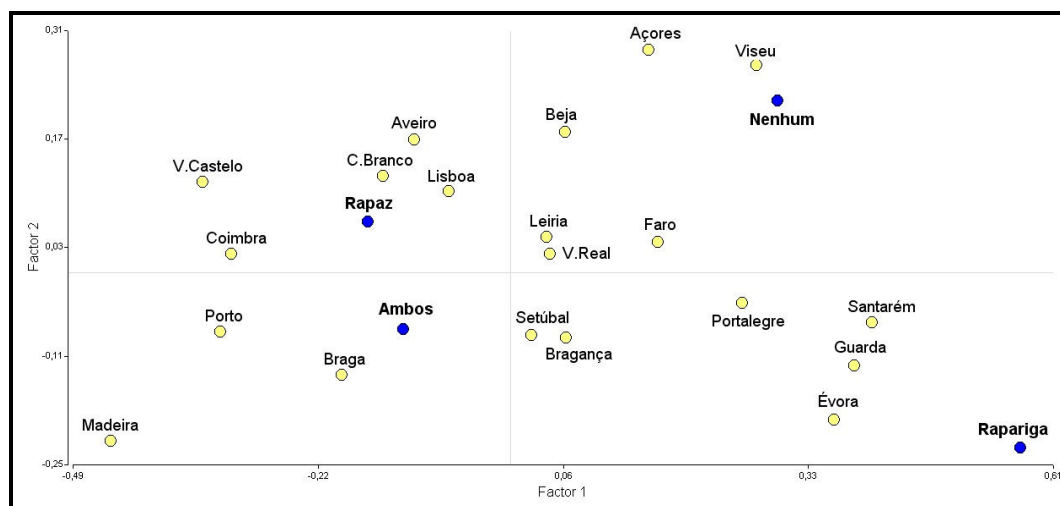
com parceiros concomitantes é 2,4 vezes superior à das raparigas, e por cada contacto sexual ocasional feminino, existem 3,3 masculinos”.

Do exposto, podemos talvez afirmar que para as raparigas a primeira associação é com a reprodução e não com o prazer físico. Assim os rapazes encontram-se mais orientados para o prazer físico, enquanto as raparigas estão mais formatadas para planear o futuro (Evert Ketting, 2000).

Os rapazes tendem a situar a sua primeira experiência sexual numa idade mais precoce do que as raparigas, para dizer que têm mais vezes relações e mais parceiros do que estas (Evert Ketting, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (83,74%) da variância (tabela 128 anexo CXXV).

Gráfico 47 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o sexo dos jovens mais promíscuos na esfera da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 47) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Leiria, Vila Real, Faro, Beja, Açores e Viseu associam-se à convicção de que nenhum dos jovens é promíscuo na esfera da sexualidade; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Bragança, Portalegre, Santarém, Guarda, Évora associam a promiscuidade mais às raparigas, enquanto que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Aveiro, Castelo Branco, Viana do Castelo e Coimbra a atribuem maior promiscuidade sexual aos rapazes; já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Braga e Madeira atribuem igual promiscuidade a ambos, rapazes e raparigas.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (94,99%) da variância (tabela 129 anexo CXXIII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 59 anexo CXXIV) permite deduzir as seguintes considerações:

O **factor 1** permite observar que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte e Madeira associam a promiscuidade mais ao rapaz ou a ambos os sexos.

O **factor 2** permite visualizar que os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores e Centro não associam a promiscuidade a qualquer um dos sexos (nenhum) e os enfermeiros da Região de Saúde do Alentejo, associam a promiscuidade mais às raparigas.

Comparando a opinião dos inquiridos sobre a promiscuidade sexual dos adolescentes por Regiões e Sub-regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros, recorrendo ao teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=63,12$; g.l.=57; $P < 0,001^{**}$) e ($\chi^2=155,99$; g.l.=57; $P < 0,001^{**}$), podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o sexo do jovem mais promíscuo não é significativamente independente respectivamente das Regiões e Sub-regiões de Saúde.

13.6 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE QUAL O STATUS SOCIAL ONDE ACONTECEM MAIS GRAVIDEZES NÃO PLANEADAS NA ADOLESCÊNCIA

Tabela 62 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre qual o *status* social onde ocorrem mais gravidezes não planeadas na adolescência

Considera que as gravidezes não planeadas (na adolescência) ocorrem preferencialmente em?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Classes com <i>status</i> social baixo	632	36,4%
Classes com <i>status</i> social média-baixa	849	48,9%
Classes com <i>status</i> social média-alta	114	6,6%
Classes com <i>status</i> social alto	19	1,1
Todas as classes de igual forma	121	7,0%
Total	1735	100,0%

Quase metade dos enfermeiros (48,9%) é da opinião que as gravidezes não planeadas na adolescência ocorrem preferencialmente nas classes com *status* social médio-baixo e (36,4%) nas classes com baixo *status* social. Desta forma a grande maioria dos enfermeiros (85,3%) associam as gravidezes não planeadas às classes com *status* social baixa ou média-baixa (tabela 62).

No que respeita à possível ocorrência de gravidez, o grupo de maior risco são as adolescentes mais novas, as mais desfavorecidas socialmente, as que iniciam mais

precocemente a sua actividade sexual, as que praticam a actividade sexual esporádica e fora do contexto de uma relação estável (Fernandéz, 1991; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Prazeres Vasco, 2003).

A gravidez indesejada na adolescência tem também como causa a dificuldade no acesso real e gratuito a métodos de contracepção (Leite et al., 1997). Existem três grandes grupos de jovens que se posicionam quanto à sexualidade. Um tradicionalista, (agregando cerca de 20 a 25% da população jovem), constituído pelos jovens menos escolarizados e com baixo *status* social. Um grupo de posições modernistas (congregando cerca de 35 a 40% dos jovens), composto pelos jovens mais escolarizados e de *status* social mais elevado. Finalmente, com posições objectivas e subjectivas, localizadas entre os dois eixos supra referidos os grupos de transição que perfazem 35 a 40% dos jovens (Vasconcelos Pedro, 1999).

Experimentalismo esse claramente mais vincado nos jovens de escolaridade e de *status* social mais elevado, que apresentam globalmente maior número de parceiros sexuais (são, por exemplo, quem mais declara ter tido 3 ou mais parceiros), apesar de terem declarado ser esta população quem mais tarde se inicia sexualmente. Visto serem os que utiliza métodos de contracepção e prevenção, tais como pílula e o preservativo (Vasconcelos Pedro, 1999).

A maioria das adolescentes engravida fora do casamento, as adolescentes que levam a gravidez a termo pertencem, na sua esmagadora maioria, a *status* socio-económicos baixos (Lourenço, Madalena de Carvalho, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

O acesso às consultas de planeamento familiar é muitas vezes difícil para as/os adolescentes, uma vez que o seu respectivo funcionamento não lhes é particularmente acolhedor (lista de espera, técnicos de saúde pouco motivados, privacidade inexistente, medo da quebra de sigilo), a gravidez indesejada na adolescência tem também como causa a dificuldade no acesso real e gratuito a métodos de contracepção (Leite et al., 1997; Prazeres Vasco, 1998 e 2003).

Segundo Corpas António (1998), os factores que mais contribuem para a gravidez das adolescentes são: utilização inadequada dos métodos contraceptivos por falta de informação e de educação sexual, barreiras e dificuldades para aceder a estes métodos e aos centros de planeamento familiar, a violação, factores pessoais e interpessoais, psicológicos e sociológicos, como a pouca satisfação escolar, baixo rendimento, relações familiares difíceis, pressões por parte do companheiro, insegurança, entre outros.

Um estudo do Governo Inglês mostra a associação desta problemática ligada a problemas de índole socio-económicos. O fenómeno acontece em bolsas de pobreza, em

comunidades migrantes ou associadas a outras realidades, como abusos, maus-tratos ou alcoolismo. As implicações psicossociais são graves. A maioria destas adolescentes abandonam a escola, têm empregos precários, são discriminadas, e têm ainda relações afectivas pouco estáveis (Laranjo Tânea cit. Jornal de Notícias, 3 de Dezembro 2001).

Um estudo efectuado por Vasconcelos Pedro (1999:9), sugere “a associação entre a gravidez na adolescência as práticas abortivas e o status social, percentualmente com os seguintes valores; status baixo (19,2%), médio baixo (15,9%), médio alto (5,3%), alto (4,9%)”.

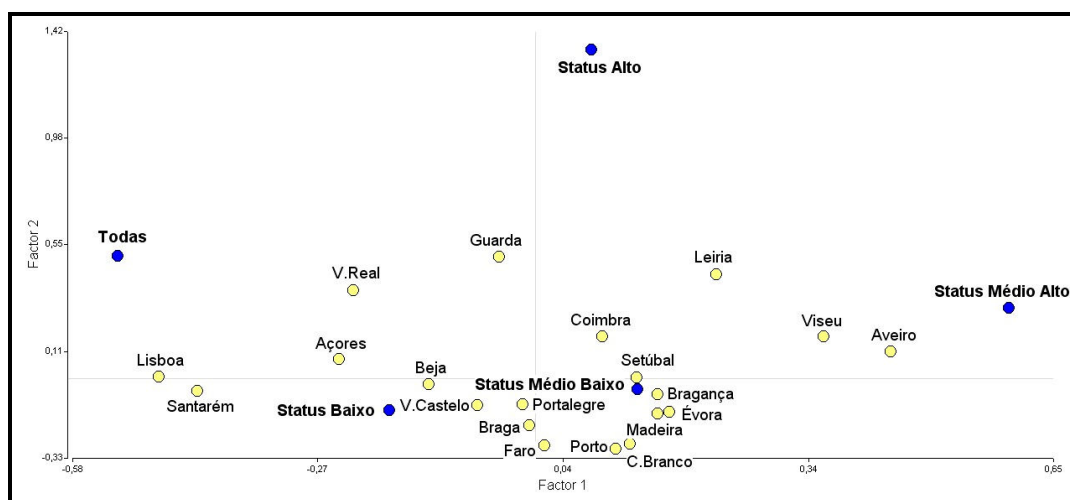
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (80,45%) da variância (tabela 131 anexo CXXVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 48) permite deduzir as seguintes considerações:

O **factor 1** permite observar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu e Aveiro associam as gravidezes não planeadas às classes com *status* social média-alta, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa a todos os *status* sociais de igual forma, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores, Beja, Viana do Castelo, Portalegre e Braga às classes com *status* social baixo e os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde às classes com *status* social média-baixa.

O **factor 2** permite visualizar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Leiria, Guarda e Vila Real, também associam as gravidezes não planeadas às classes com *status* social alto.

Gráfico 48 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre o *status* social onde acontecem mais frequentemente as gravidezes não planeadas na adolescência e as Sub-regiões de Saúde



Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (93,40%) da variância (tabela 132 anexo CXXVII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 54 anexo CXXVIII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros da Região de Saúde do Centro associam as gravidezes não planeadas às classes com *status* alto e média-alta; os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores e Lisboa e Vale do Tejo, associam as gravidezes não planeadas na adolescência a todas as classes e às classes com *status* baixo; e os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde às classes com *status* média-baixa.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre o *status* social em que acontecem com maior frequência as gravidezes não planeadas na adolescência tendo em consideração as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=242,59$; g.l.=76; $P < 0,001^{**}$) e ($\chi^2=107,68$; g.l.=24; $P < 0,001^{**}$) podemos concluir que a opinião destes sobre o *status* social das gravidezes não planeadas não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde onde exercem actividade.

13.7 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE SE A SEXUALIDADE TAMBÉM SE APRENDE

Tabela 63 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a aprendizagem da sexualidade

Em sua opinião a sexualidade também se aprende?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1718	99,0%
Não	15	0,9%
Não tem opinião	2	0,1%
Total	1735	100,0%

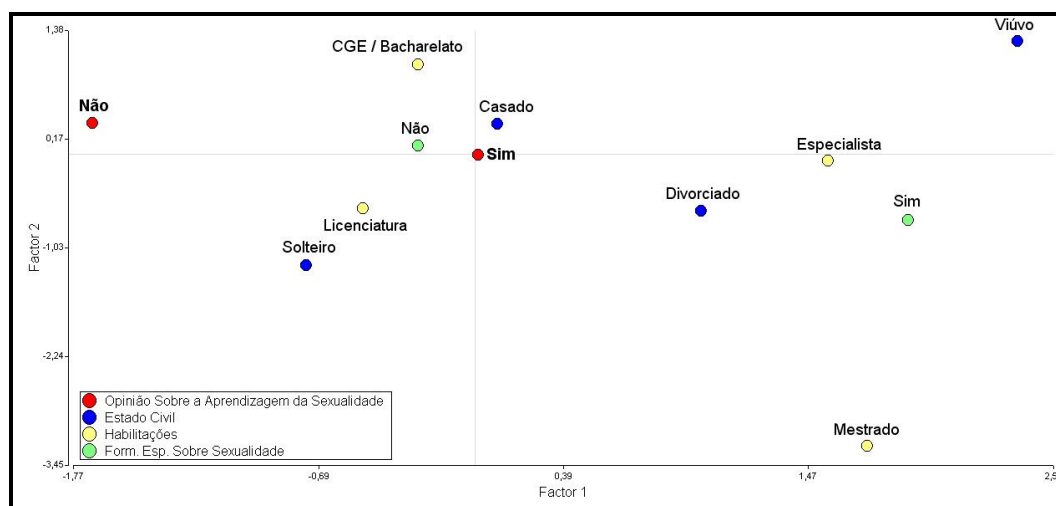
A quase totalidade dos enfermeiros (99,0%) considera que a sexualidade também se aprende, (tabela 63). O autor desta tese num estudo que fez em 2002, encontrou números elevados de profissionais de enfermagem que afirmavam que a sexualidade se aprende, (57,7%) dos inquiridos à época referiram afirmativamente, o que vem de encontro à opinião de vários autores estudiosos da temática (Andrade Isabel, 1996; Ferreira, 1998; Moore Thomas; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., Lamas Dulce et al., 2000; Rosas João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Cruzando aquela informação por Sub-regiões e Regiões de Saúde com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo [$\chi^2=36,13$; g.l.=36; $P=0,442$ ns) Sub-regiões]; [$\chi^2=18,41$; g.l.=12; $P=0,156$ ns) Regiões], concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre a aprendizagem da sexualidade é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham, sendo significativamente igual em todas as Sub-regiões e Regiões de Saúde.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (30,20%) da variância (tabela 313 anexo CXXIX).

Hipótese 14: A opinião dos enfermeiros sobre se a sexualidade também se aprende é influenciada pelo estado civil, habilitações e posse de formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 49 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos enfermeiros sobre se a sexualidade também se aprende em função do estado civil, habilitações e formação específica sobre sexualidade



Pela observação do (gráfico 49) vemos que existe uma tendência para os enfermeiros casados, divorciados ou viúvos, os enfermeiros especialistas ou com mestrado e os enfermeiros que possuem formação específica sobre sexualidade considerarem que a sexualidade também se aprende.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 64), como $P>0,05$, podemos concluir que a opinião sobre a aprendizagem da sexualidade é significativamente independente do estado civil, das habilitações académicas e da formação específica sobre sexualidade.

Tabela 64 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos enfermeiros sobre se a sexualidade também se aprende, o estado civil, as habilitações e a formação específica sobre sexualidade

VD – Aprendizagem da sexualidade			
Variáveis Independentes	Não	Sim	Testes
• <i>Estado Civil</i>			
Solteiro	1,2%	98,8%	$\chi^2=0,864$; g.l.=3; P=0,847 ns
Casado	0,8%	99,2%	
Divorciado	1,3%	98,7%	
Viúvo	0,0%	100,0%	
Total	0,9%	99,1%	
• <i>Habilitações</i>			
CGE&Bacharelato	1,1%	98,9%	$\chi^2=1,739$; g.l.=3; P=0,545 ns
Licenciatura	1,0%	99,0%	
Especialidade	0,3%	99,7%	
Mestrado	0,0%	100,0%	
Total	0,9%	99,1%	
• <i>Formação Específica Sobre Sexualidade</i>			
Sim	0,0%	100,0%	$\chi^2=1,963$; g.l.=1; P=0,161 ns
Não	1,0%	99,0%	
Total	0,9%	99,1%	

13.8 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O VALOR ATRIBUÍDO PELOS ADOLESCENTES À PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

Tabela 65 – Tabela de frequências das opiniões dos enfermeiros sobre o valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual no contexto da vida sexual

Qual é em sua opinião o valor que os adolescentes dão a primeira relação sexual no contexto da sua vida sexual?				
Descrição	Raparigas		Rapazes	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Muito Valor	1097	63,2%	491	28,3%
Algum Valor	389	22,4%	775	44,7%
Pouco Valor	85	4,9%	210	12,1%
Não Valorizam	50	2,9%	128	7,4%
Não Sabe	114	6,6%	131	7,6%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

Observando a (tabela 65), dos enfermeiros inquiridos (63,2%) dizem que as raparigas dão muito valor (moda) à primeira relação sexual, enquanto que somente (28,3%) atribuem o mesmo valor aos rapazes, o que vem de encontro aos valores encontrados pelo autor no estudo de (2002) em que (77,9%), dos inquiridos referiam que rapazes e raparigas atribuíam à primeira relação sexual valores diferentes. Assim o valor mais atribuído aos rapazes (44,7%) é de algum valor. Desta forma e de um modo geral, os enfermeiros dizem que as raparigas atribuem maior valor à primeira relação sexual que os rapazes. A realçar estas opiniões encontramos o estudo de Vasconcelos Pedro (1999), que nos sugere que a grande maioria dos jovens do sexo

masculino se iniciam sexualmente com um amigo. O mesmo não se verifica para as raparigas, uma vez que o mesmo estudo nos indica que a grande maioria destas iniciaram a sua vida sexual com o namorado. Relativamente à perda da virgindade, enquanto que para os rapazes se traduz no reconhecimento da maturidade socio-sexual não estando a maioria afectivamente envolvida com a companheira. Já as raparigas, quando perdem a virgindade, referem estar envolvidas afectivamente pelo companheiro (Meneses, 1990; Miguel Nuno, 1994; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (50,70%) da variância (tabela 135 anexo CXXX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 55 anexo CXXXI) permite deduzir as seguintes considerações; de um modo geral a opinião sobre o valor atribuído pelos enfermeiros à primeira relação sexual das raparigas está associado ao valor atribuído pelos enfermeiros à primeira relação sexual dos rapazes, sobretudo nos enfermeiros que dizem que aqueles não a valorizam ou nos enfermeiros que não sabem se a valorizam.

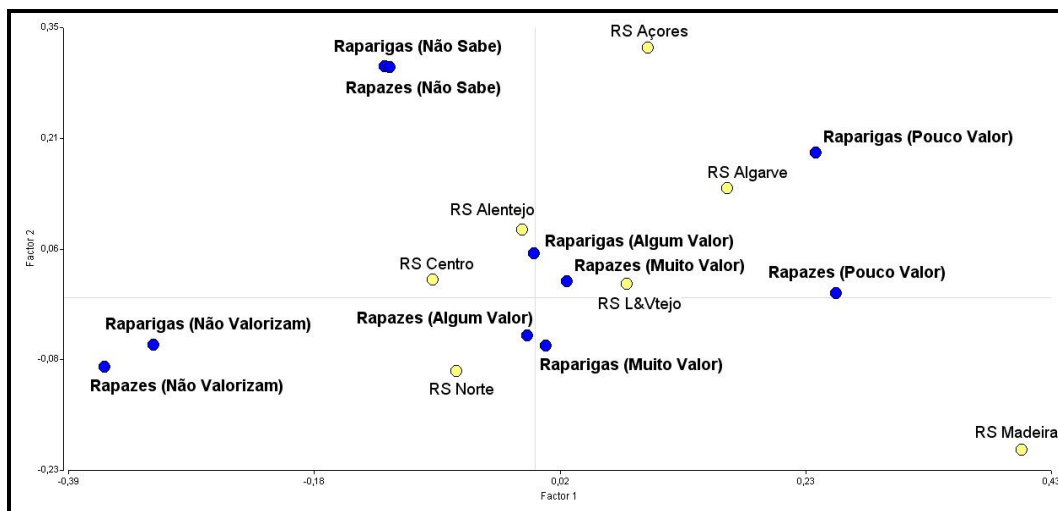
O **factor 2** permite observar que de uma forma geral, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Beja, Vila Real, Braga, Bragança, Guarda, Coimbra, Porto e Viseu consideram que os adolescentes rapazes e raparigas, atribuem muito valor à primeira relação sexual.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (74,20%) da variância (tabela 136 anexo CXXXII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 50) permite deduzir as seguintes considerações; da mesma forma que o referido pelo estudo por Sub-regiões de Saúde, o valor que os enfermeiros consideram que os adolescentes atribuem à primeira relação das raparigas está associado ao valor que consideram que atribuem à primeira relação sexual dos rapazes.

Também os enfermeiros que trabalham na Região de Saúde do Norte consideram que as raparigas atribuem mais valor à primeira relação sexual, enquanto que os enfermeiros da Região de Saúde do Algarve e Açores sugerem que as raparigas atribuem pouca importância à primeira relação sexual.

Gráfico 50 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre o valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual por Regiões de Saúde



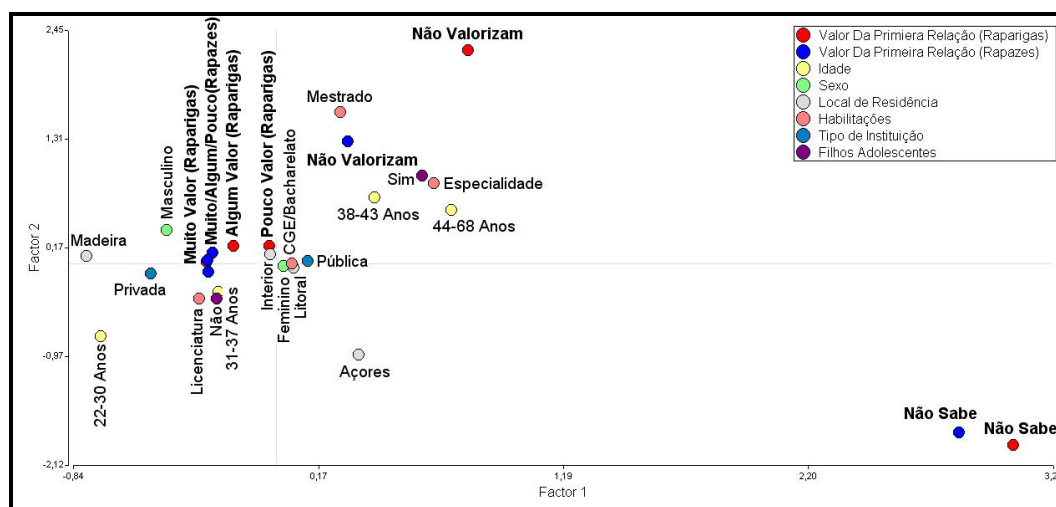
Ordenando a opinião dos enfermeiros sobre a importância atribuída pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual tomando em conta as Sub-regiões e Regiões, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=248,21$; g.l.=171; $P < 0,001^{**}$) e ($\chi^2=104,90$; g.l.=54; $P < 0,001^{**}$) podemos concluir que o valor da importância atribuída pelos enfermeiros à primeira relação sexual de rapazes e raparigas é respectivamente diferente de umas para outras Sub-regiões e Regiões de Saúde.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (18,98%) da variância (tabela 315 anexo CXXXIII).

Hipótese 15: A opinião dos enfermeiros sobre o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, tipo de escola frequentada e existência de filhos adolescentes.

Pela observação do (gráfico 51), vemos os enfermeiros com menor idade (22-30 anos), com menores habilitações (curso geral de enfermagem, bacharelato ou licenciatura), do sexo masculino, com o curso base feito em instituições privadas, estão associados à atribuição de maior valor a primeira relação sexual, quer dos rapazes quer das raparigas. Por outro lado constatamos que os enfermeiros com mestrado ou especialidade, com mais de 38 anos consideram que os adolescentes (rapazes e raparigas) não valorizam a primeira relação sexual.

Gráfico 51 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 316 anexo CXXXIV), como $P > 0,05$, podemos concluir que o valor que os enfermeiros consideram que as raparigas adolescentes atribuem à primeira relação sexual é significativamente independente do local de residência, do tipo de escola frequentada no curso base e da existência de filhos adolescentes.

Ao contrário, como $P < 0,05$ podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o valor que as raparigas adolescentes atribuem à primeira relação sexual não é significativamente independente da idade, do sexo e das habilitações dos enfermeiros. No que diz respeito à idade, vemos que os enfermeiros com idade compreendida entre 22 e 30 anos (871,92) atribuem maior valor à primeira relação sexual das raparigas; enquanto que os enfermeiros com 44-68 anos (732,86) lhes atribuem menor valor. Quanto ao sexo, os enfermeiros do sexo masculino (881,88) atribuem significativamente mais valor à primeira relação sexual das raparigas que os enfermeiros do sexo feminino (805,49). Em relação às habilitações académicas, demonstra-se que os enfermeiros com mestrado (898,18) atribuem maior valor à primeira relação sexual das raparigas, enquanto que os enfermeiros com curso geral de enfermagem ou com bacharelato lhes atribuem menor valor (762,99).

A probabilidade do valor atribuído pelos enfermeiros à primeira relação sexual das raparigas foi estimada a partir da idade, sexo, local de residência, habilitações, tipo de instituição frequentada no curso base e existência de filhos adolescentes. Usando o modelo de regressão multinomial; já que o pressuposto do modelo da homogeneidade de

declives para aplicar a regressão ordinal não foi validado ($\chi^2_{LP}(20) = 44,082$; $P=0,001$). O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade do valor atribuído à primeira relação sexual das raparigas (1 – Não Valorizam/ Pouco Valor; 2 – Algum Valor; 3 – Muito Valor) em função da idade (1 – 22-30 anos; 2 – 31-37 anos; 3 – 38-43 anos; 4 – 44-68 anos), do sexo (0 – Feminino; 1 – Masculino), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral); habilitações académicas (1 – Bacharelato/Licenciatura/CGE; 2 – Especialidade; 3 – Mestrado), tipo de instituição frequentada no curso base (0 – Privada; 1 – Pública) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(22) = 66.310$; $P = 0,000$) para o “não valorizam/pouco valor” e para “algum valor” relativamente à classe de referência “muito valor” (tabela 66). De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “3-muito valor” para a classe “1-pouco valor/ não valorizam” não é afectada significativamente pela sexo ($P=0,157$), nem pelo local de residência ($P>0,31$ em todos os locais de residência), nem pelo tipo de instituição ($P=0,266$), nem pela existência de filhos adolescentes ($P=0,644$); mas é afectado significativamente pela idade e pelas habilitações académicas.

Relativamente à idade, os enfermeiros com idade compreendida entre 22-30 anos apresentam maior probabilidade de atribuírem muito valor à primeira relação das raparigas do que os enfermeiros com 44-68 anos ($b_{Idade=1} = -1,898$; $OR=0,150$; $P<0,001$). Desta forma, ser enfermeiro com 22-30 anos relativamente a ter 44-68 anos, reduz as *chances* de atribuir pouco valor/não valorizar, a atribuir muito valor à primeira relação das raparigas em 85,0%. No que diz respeito aos enfermeiros com 31-37 anos e 38-43 anos, a redução das *chances* é de 55,6% e de 47,8% respectivamente.

Quanto às habilitações académicas, os enfermeiros com licenciatura ou inferior grau têm maior probabilidade de atribuírem pouco valor ou nenhum valor à primeira relação das raparigas do que os enfermeiros com mestrado ($b_{Habagrup=1} = 1,119$; $OR=3,061$; $P<0,001$). Desta forma, ser enfermeiro com licenciatura ou habilitações inferiores relativamente a ser enfermeiro com mestrado, aumenta as possibilidades de atribuir pouco valor ou nenhum valor, a atribuir muito valor à primeira relação das raparigas em 206,1%. Considerando os enfermeiros com especialidade, a percentagem diminui para 116,5%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “3-muito valor” para a classe “2-algum valor” não é afectada significativamente pela sexo ($P=0,110$), nem pelo local de residência ($P>0,35$ em todos os locais de residência), nem

pelo tipo de instituição ($P=0,780$), nem pela existência de filhos adolescentes ($P=0,800$) e nem pela idade ($P=0,051$); mas é afectado significativamente pelas habilitações académicas.

Quanto às habilitações académicas, os enfermeiros com licenciatura ou menor grau têm maior probabilidade de atribuírem algum valor à primeira relação das raparigas do que os enfermeiros com mestrado ($b_{\text{Habagrup}=1} = 0,396$; $OR=1,486$; $P=0,027$). Ser enfermeiro com licenciatura ou inferior grau relativamente a ser enfermeiro com mestrado, aumenta as possibilidades de atribuir algum valor relativamente a atribuir muito valor à primeira relação das raparigas em 48,6%. Considerando os enfermeiros com especialidade, a percentagem diminui para 24,3%. Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 319 anexo CXXXV), como $P>0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o valor que os rapazes adolescentes atribuem à primeira relação sexual é significativamente independente do local de residência, do tipo de instituição frequentada no curso base e da existência de filhos adolescentes. Ao contrário, como $P<0,05$ podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre o valor que os rapazes adolescentes atribuem à primeira relação sexual não é significativamente independente da idade, do sexo e das habilitações académicas dos enfermeiros. No que diz respeito à idade, vemos que os enfermeiros com idade compreendida entre 38 e 43 anos (848,19) atribuem maior valor à primeira relação sexual dos rapazes; enquanto que os enfermeiros com 44-68 anos (734,20) lhes atribuem menor valor.

Tabela 66 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre o valor que as raparigas adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes

VD – Valor que as raparigas adolescentes dão a primeira relação sexual								
	Valor / V. I.	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Não Valorizam/Pouco Valor (Modelo 1)	Intercepção	-2,703	0,520	26,974	1	0,000		
	Sexo=0	0,624	0,441	2,004	1	0,157	1,867	0,787-4,430
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	0,100	0,507	0,039	1	0,843	1,105	0,409-2,987
	Residencia=2	0,522	0,520	1,011	1	0,315	1,686	0,609-4,669
	Residencia=3	-0,037	0,195	0,035	1	0,851	0,964	0,657-1,413
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Instituição=0	-0,293	0,264	1,236	1	0,266	0,746	0,445-1,251
	Instituição=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdo=0	0,102	0,221	0,214	1	0,644	1,108	0,718-1,708
	FilhosAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Idade=1	-1,898	0,336	31,854	1	0,000	0,150	0,078-0,290
	Idade=2	-0,812	0,249	10,666	1	0,001	0,444	0,273-0,723
	Idade=3	-0,650	0,257	6,413	1	0,011	0,522	0,315-0,863
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habagrup=1	1,119	0,289	15,019	1	0,000	3,061	1,738-5,390
	Habagrup=2	0,773	0,295	6,859	1	0,009	2,165	1,215-3,860
	Habagrup=3	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Algum Valor (Modelo 2)	Intercepção	-1,400	0,304	21,199	1	0,000		
	Sexo=0	0,397	0,248	2,556	1	0,110	1,487	0,914-2,418
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	-0,302	0,329	0,843	1	0,359	0,739	0,388-1,409
	Residencia=2	-0,165	0,392	0,177	1	0,674	0,848	0,394-1,827
	Residencia=3	0,074	0,124	0,356	1	0,551	1,077	0,845-1,372
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Instituição=0	-0,043	0,153	0,078	1	0,780	0,958	0,709-1,294
	Instituição=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdo=0	-0,038	0,151	0,064	1	0,800	0,962	0,716-1,294
	FilhosAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Idade=1	-0,384	0,196	3,820	1	0,051	0,681	0,464-1,001
	Idade=2	-0,268	0,181	2,179	1	0,140	0,765	0,536-1,092
	Idade=3	-0,170	0,179	0,898	1	0,343	0,844	0,594-1,199
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habagrup=1	0,396	0,179	4,887	1	0,027	1,486	1,046-2,110
	Habagrup=2	0,217	0,178	1,492	1	0,222	1,243	0,877
	Habagrup=3	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

Quanto ao sexo, os enfermeiros do sexo masculino (919,07) atribuem significativamente mais valor à primeira relação sexual das raparigas que os enfermeiros do sexo feminino (793,33). Em relação às habilitações académicas, demonstra-se que os enfermeiros com mestrado (889,79) atribuem maior valor à primeira relação das raparigas, enquanto que os enfermeiros com curso geral de enfermagem ou com bacharelato lhes atribuem menor valor (766,43).

A probabilidade do valor atribuído pelos enfermeiros à primeira relação sexual dos rapazes foi estimada a partir da idade, sexo, local de residência, habilitações, tipo de instituição frequentada no curso base e existência de filhos adolescentes. Usando o modelo de regressão multinomial; já que o pressuposto do modelo da homogeneidade de

declives para aplicar a regressão ordinal não foi validado ($\chi^2_{LP}(20) = 50,385$; $P < 0,001$). O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade do valor atribuído à primeira relação sexual dos rapazes (1 – Não Valorizam/ Pouco Valor; 2 – Algum Valor; 3 – Muito Valor) em função da idade (1 – 22-30 anos; 2 – 31-37 anos; 3 – 38-43 anos; 4 – 44-68 anos), do sexo (0 – Feminino; 1 – Masculino), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral); habilitações académicas (1 – Bacharelato/Licenciatura/CGE; 2 – Especialidade; 3 – Mestrado), tipo de instituição frequentada no curso base (0 – Privada; 1 – Pública) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(22) = 56,406$; $P < 0,001$) para o “não valorizam/pouco valor” e para “algum valor” relativamente à classe de referência “muito valor” (tabela 67).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “3-muito valor” para a classe “1-pouco valor/ não valorizam” não é afectada significativamente pelo local de residência ($P > 0,10$ em todos os locais de residência), nem pelo tipo de instituição ($P = 0,302$), nem pela existência de filhos adolescentes ($P = 0,871$); mas é afectado significativamente pelo sexo, idade e habilitações académicas. Relativamente ao sexo, os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior probabilidade de não valorizarem ou atribuírem pouco valor à primeira relação sexual dos rapazes do que os enfermeiros do sexo masculino ($b_{Sexo=0} = 1,165$; $OR = 3,207$; $P = 0,001$).

Desta forma, ser enfermeiro do sexo feminino relativamente a ser enfermeiro do sexo masculino, aumenta as possibilidades de atribuir pouco valor ou nenhum valor a atribuir muito valor à primeira relação dos rapazes em 220,7%.

Relativamente à idade, os enfermeiros com idade compreendida entre 22-30 anos apresentam maior probabilidade de atribuírem muito valor à primeira relação dos rapazes do que os enfermeiros com 44-68 anos ($b_{Idade=1} = -0,816$; $OR = 0,442$; $P = 0,001$). Desta forma, ser enfermeiro com 22-30 anos relativamente a ter 44-68 anos, reduz as chances de atribuir pouco valor/não valorizar, a atribuir muito valor à primeira relação dos rapazes em 55,8%. No que diz respeito aos enfermeiros com 31-37 anos e 38-43 anos, a redução das chances é de 49,1% e de 61,4% respectivamente.

Quanto às habilitações académicas, os enfermeiros com licenciatura ou menor habilitação têm maior probabilidade de atribuírem pouco valor ou nenhum valor à primeira relação sexual dos rapazes do que os enfermeiros com mestrado ($b_{Habagrup=1} = 0,882$; $OR = 2,416$; $P < 0,001$). Desta forma, ser enfermeiro com licenciatura ou menor habilitação relativamente a ser enfermeiro com mestrado, aumenta as possibilidades de atribuir

pouco valor ou nenhum valor, a atribuir muito valor à primeira relação sexual dos rapazes em 141,6%. Considerando os enfermeiros com especialidade, a percentagem diminui para 114,2%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “3-muito valor” para a classe “2-algum valor” não é significativamente afectada pelo sexo ($P=0,635$), nem pelo local de residência ($P>0,97$ em todos os locais de residência), nem pelo tipo de instituição ($P=0,751$), nem pela existência de filhos adolescentes ($P=0,683$) e nem pelas habilitações académicas; mas é afectado significativamente pela idade. Relativamente a esta, podemos afirmar que os enfermeiros com idade compreendida entre 38-43 anos apresentam maior probabilidade de atribuírem muito valor à primeira relação dos rapazes do que os enfermeiros com 44-68 anos ($b_{\text{idade}=3} = -0,396$; $OR=0,673$; $P=0,027$). Desta forma, ser enfermeiro com 38-43 anos relativamente a ter 44-68 anos, reduz as possibilidades de atribuir algum valor a atribuir muito valor à primeira relação dos rapazes em 32,7%.

Tabela 67 – Regressão multinomial do valor que os rapazes adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes

VD – Valor que os rapazes adolescentes dão a primeira relação sexual								
	Valor / V. I.	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Não Valorizam/Pouco Valor (Modelo 1)	Intercepção	-1,659	0,425	15,259	1	0,000		
	Sexo=0	1,165	0,362	10,358	1	0,001	3,207	1,577-6,520
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	0,288	0,350	,677	1	0,411	1,333	0,672-2,646
	Residencia=2	0,673	0,414	2,650	1	0,104	1,961	0,872-4,410
	Residencia=3	-0,017	0,151	,012	1	0,911	0,983	0,731-1,323
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Instituição=0	0,188	0,183	1,064	1	0,302	1,207	0,844-1,727
	Instituição=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdo=0	0,030	0,182	,027	1	0,871	1,030	0,721-1,472
	FilhosAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Idade=1	-0,816	0,238	11,731	1	0,001	0,442	0,277-0,705
	Idade=2	-0,676	0,217	9,737	1	0,002	0,509	0,333-0,778
	Idade=3	-0,721	0,217	11,066	1	0,001	0,486	0,318-0,744
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habagrup=1	0,882	0,223	15,658	1	0,000	2,416	1,561-3,740
	Habagrup=2	0,762	0,222	11,765	1	0,001	2,142	1,386-3,311
	Habagrup=3	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Alguns Valor (Modelo 2)	Intercepção	0,462	0,270	2,927	1	0,087		
	Sexo=0	0,099	0,208	0,226	1	0,635	1,104	0,735-1,659
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	-0,009	0,297	0,001	1	0,976	0,991	0,554-1,773
	Residencia=2	-0,003	0,369	0,000	1	0,994	0,997	0,483-2,057
	Residencia=3	-0,006	0,121	0,002	1	0,961	0,994	0,784-1,261
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Instituição=0	-0,048	0,151	0,100	1	0,751	0,953	0,710-1,281
	Instituição=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdo=0	-0,061	0,149	0,167	1	0,683	0,941	0,703-1,259
	FilhosAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Idade=1	-0,066	0,199	0,110	1	0,740	0,936	0,634-1,383
	Idade=2	-0,194	0,183	1,127	1	0,288	0,823	0,575-1,179
	Idade=3	-0,396	0,179	4,896	1	0,027	0,673	0,474-0,956
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habagrup=1	0,153	0,172	0,794	1	0,373	1,165	0,833-1,631
	Habagrup=2	0,175	0,167	1,092	1	0,296	1,191	0,858-1,654
	Habagrup=3	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

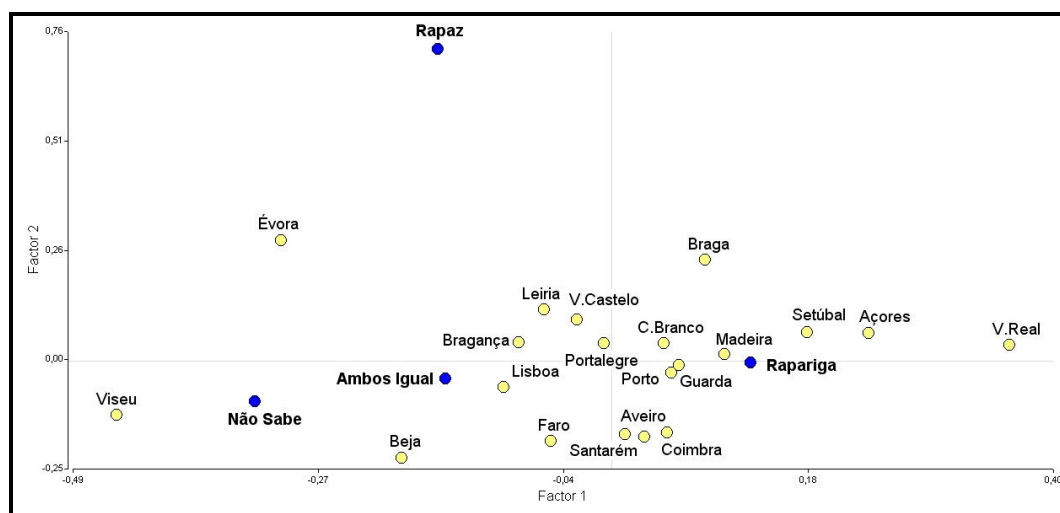
13.9 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SIGNIFICADO ABTRIBUIDO PELO ADOLESCENTE (FEMININO OU MASCULINO) À PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

Tabela 68 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre qual o sexo do jovem adolescente que atribui maior significado à primeira relação sexual

Considera que para o/a jovem adolescente a primeira relação sexual que tem maior significado?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Para o rapaz	52	3,0%
Para a rapariga	1006	58,0%
Ambos os sexos de igual maneira	584	33,7%
Não sabe	93	5,4%
Total	1735	100,0%

Pela observação da (tabela 68), vemos que a maior parte dos enfermeiros (58,0%) considera que a primeira relação sexual tem maior significado para a rapariga, enquanto que somente (3,0%) consideram ter maior significado para o rapaz. No entanto, (33,7%) classificam-na de importante para ambos os sexos de igual maneira. Para a socióloga Castro Mary Garcia et al., (2006), coordenadora da UNESCO, na pesquisa *Juventude juvenludes: que une e os separa*, não é somente a idade da iniciação sexual que surpreende. As raparigas iniciam-se cada vez mais cedo. O que se conserva em todas as faixas etárias, principalmente entre as raparigas, é que elas se entregam principalmente quando há amor (Castro Mary Garcia et al., 2006). Segundo Alferes, (1997) citado por Nodin Nuno (2000:18) descobriu que “a maioria dos jovens declara ter estado apaixonado pelo primeiro parceiro sexual. São contudo as raparigas quem mais declara esta situação (88,5%) à data da primeira relação sexual. Um número consideravelmente inferior de rapazes (62,7%) declara estar apaixonado à data da primeira relação sexual”. Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (73,78%) da variância (tabela 138 anexo CXXXVI).

Gráfico 52 – Análise de Correspondências Simples relativa à opinião dos enfermeiros sobre qual o sexo do jovem adolescente que atribui maior significado à primeira relação sexual por Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 52) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Évora, Bragança, Leiria, Viana do Castelo e Portalegre têm uma maior tendência para dizer que o rapaz atribui maior significado à primeira relação sexual; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja, Lisboa e Faro consideram que os adolescentes atribuem igual

importância à primeira relação sexual; os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Viseu apresentam maiores dúvidas sobre o assunto não sabem e os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde, focalizam maior significado para as raparigas.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (78,52%) da variância (tabela 139 anexo CXXXVII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 55 anexo CXXXVIII) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 1** permite observar que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo, Algarve, Lisboa e Vale do Tejo atribuem o mesmo significado a ambos os sexos de igual forma.

O **factor 2** permite visualizar que os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira, Norte e Açores atribuem maior significado à rapariga e os enfermeiros da Região de Saúde do Centro atribuem maior significado ao rapaz ou não sabem responder.

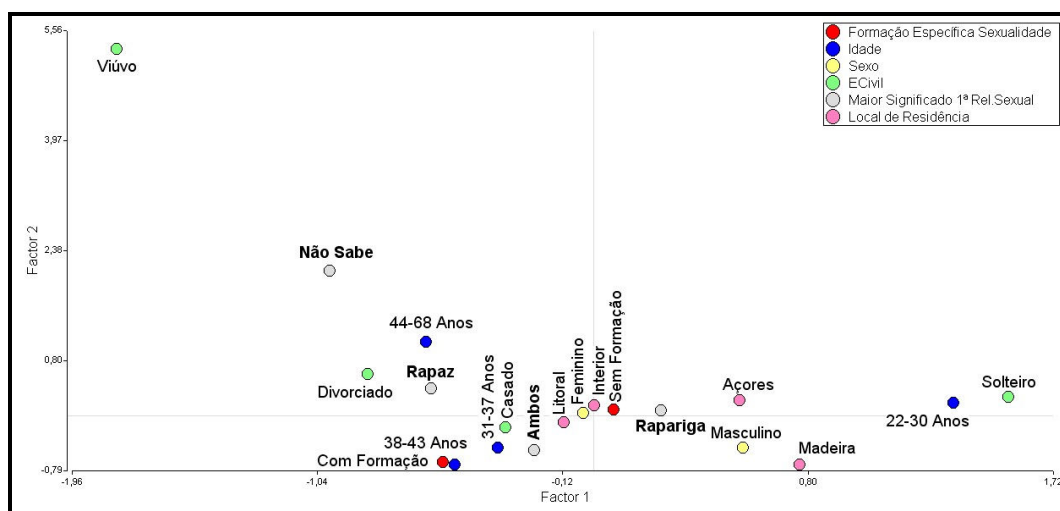
Segmentando o acima referido por Sub-regiões e Regiões de Saúde, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=94,17$; g.l.=57; $P < 0,01^{**}$) e ($\chi^2=33,90$; g.l.=18; $P < 0,05^{*}$), podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre o sexo do jovem que atribui maior significado à primeira relação sexual não é significativamente diferente respectivamente de umas para outras Sub-regiões e Região de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (19,41%) da variância (tabela 321 anexo CXXXIX).

Hipótese 16: A opinião dos enfermeiros sobre o significado que os adolescentes atribuem à primeira relação sexual é influenciada pela idade, sexo, estado civil, local de residência e ter formação específica sobre sexualidade.

Pela observação do (gráfico 53), vemos que os enfermeiros com formação específica sobre sexualidade, são essencialmente o grupo etário com mais de 31 anos, casados e divorciados, a residir no Litoral, do sexo feminino, consideram que são ambos os sexos e os rapazes quem atribui maior significado à primeira relação sexual.

Gráfico 53 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre para qual dos sexos atribuem maior significado à primeira relação sexual em função da idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 322 anexo CXL), como $P > 0,05$, podemos concluir que o sexo ao qual os enfermeiros atribuem maior significado na primeira relação sexual é significativamente independente do local de residência.

Ao contrário, como $P < 0,05$ podemos concluir que o sexo ao qual os enfermeiros atribuem maior significado na primeira relação sexual não é significativamente independente da idade, do sexo estado civil e formação específica sobre sexualidade. No que diz respeito à idade, vemos que os enfermeiros com idade compreendida entre 22 e 30 anos, atribuem maior significado ao rapaz (3,8%); os enfermeiros com idade entre 31-37 anos, às raparigas (67,7%); os enfermeiros com 38-43 anos, a ambos os sexos (40,5%); enquanto que os enfermeiros com idade entre 44 e 68 anos se associam a um maior desconhecimento (9,9%). Em relação ao sexo, os enfermeiros do sexo masculino relacionam um maior significado da primeira relação sexual aos rapazes (6,9%); enquanto que os enfermeiros do sexo feminino apresentam uma maior taxa de não respostas quando comparados com os primeiros (5,7%).

A probabilidade de cada um dos sexos para o qual a primeira relação sexual tem mais significado foi estimada a partir da idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade de cada um dos sexos associados com a maior importância dada à primeira relação sexual (1 – Rapaz; 2 –

Rapariga; 3 – Ambos) em função da idade, sexo (0 – Feminino; 1 – Masculino), estado civil (1 – Solteiro; 2 – Casado; 3 – Divorciado, 4 – Viúvo), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(18) = 39,870$; $P = 0,002$) para o “rapaz” e para “ambos os sexos” relativamente à classe de referência “rapariga” é apresentado na (tabela 69).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “2-rapariga” para a classe “1-rapaz” não é afectada significativamente pela idade ($b_{Idade} = 0,027$; $P=0,100$), nem pelo local de residência ($P>0,74$ em todos os locais de residência), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P>0,44$ em todos os grupos de formação); mas é afectado significativamente pelo sexo e estado civil. Relativamente ao sexo, os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior probabilidade de considerarem a rapariga como o sexo que atribui maior significado à primeira relação sexual do que os enfermeiros do sexo masculino ($b_{Sexo=0} = -1,013$; $OR=0,363$; $P=0,014$).

Tabela 69 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre o sexo para o qual a primeira relação sexual tem maior significado em função da idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade

VD – Sexo para o qual a primeira relação sexual tem mais significado								
Sexo / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Rapaz (Modelo 1)	Intercepção	-2,159	1,346	2,574	1	0,109	-----	-----
	Idade	0,027	0,016	2,709	1	0,100	1,027	0,995-1,061
	Sexo=0	-1,013	0,412	6,061	1	0,014	0,363	0,162-0,813
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	E.Civil=1	-2,000	0,976	4,197	1	0,040	0,135	0,020-0,917
	E.Civil=2	-1,246	0,842	2,193	1	0,139	0,288	0,055-1,497
	E.Civil=3	-1,706	1,088	2,460	1	0,117	0,182	0,022-1,531
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	0,048	0,762	0,004	1	0,950	1,049	0,236-4,671
	Residencia=2	0,146	0,765	0,036	1	0,849	1,157	0,258-5,187
	Residencia=3	0,097	0,302	0,104	1	0,747	1,102	0,609-1,994
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,410	0,538	0,582	1	0,445	1,507	0,526-4,322
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Ambos os sexos (Modelo 2)	Intercepção	-1,526	0,793	3,699	1	0,054	-----	-----
	Idade	0,018	0,006	7,950	1	0,005	1,018	1,005-1,030
	Sexo=0	-0,021	0,209	0,010	1	0,922	0,980	0,651-1,475
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	E.Civil=1	0,741	0,701	1,118	1	0,290	2,098	0,531-8,289
	E.Civil=2	0,732	0,687	1,133	1	0,287	2,079	0,540-7,997
	E.Civil=3	0,632	0,724	0,761	1	0,383	1,881	0,455-7,777
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	0,075	0,258	0,084	1	0,772	1,078	0,650-1,787
	Residencia=2	-0,864	0,364	5,635	1	0,018	0,422	0,207-0,860
	Residencia=3	-0,010	0,110	0,009	1	0,924	0,990	0,798-1,227
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	-0,402	0,159	6,366	1	0,012	0,669	0,490-0,914
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

Desta forma, ser enfermeiro do sexo feminino relativamente a ser enfermeiro do sexo masculino, reduz as chances de considerar o rapaz como o que atribui maior significado à primeira relação sexual relativamente à rapariga em 63,7%. Relativamente ao estado civil, os enfermeiros solteiros apresentam maior probabilidade de considerarem a rapariga como o sexo que atribui maior importância à primeira relação sexual do que os enfermeiros casados, divorciados ou viúvos ($b_{ECivil=1} = -2,000$; $OR=0,135$; $P=0,040$). Desta forma, ser enfermeiro com estado civil solteiro relativamente a ser enfermeiro com outro estado civil, reduz as chances de considerar o rapaz como o que atribui maior importância à primeira relação sexual relativamente à rapariga em 86,5%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “2-rapariga” para a classe “3-ambos” não é afectada significativamente pelo sexo ($b_{Sexo=0} = -0,021$; $P=0,922$), nem pelo estado civil ($P>0,28$ em todos os estados civis), mas é afectado significativamente pela idade, local de residência e formação específica sobre sexualidade. No que diz respeito a idade ($b_{Idade} = 0,018$; $OR=1,018$; $P=0,005$), o rácio das chances de passar da classe de referência “2-rapariga” para a classe “3-ambos” é de 1,018, isto é, por cada ano de idade, as chances de considerar ambos os sexos aumenta 1,8%.

Relativamente à formação específica sobre sexualidade, os enfermeiros sem formação apresentam maior probabilidade de considerarem a rapariga como o sexo que atribui maior significado à primeira relação sexual do que os enfermeiros com formação ($b_{FormSex=0} = -0,402$; $OR=0,669$; $P=0,012$). Desta forma, ser enfermeiro sem formação relativamente ao enfermeiro com formação, reduz as chances de considerar ambos os sexos com maior importância atribuída à primeira relação sexual relativamente à rapariga em 33,1%.

13.10 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A MASTURBAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Tabela 69a – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência

Considera a masturbação na adolescência como:			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Acariciar os órgãos genitais para obter prazer sexual	528	18,5%	30,5%
Uma expressão normal da sexualidade	1117	39,1%	64,5%
Um acto que se deve reprimir na adolescência	10	0,4%	0,6%
Um acto inócuo	52	1,8%	3,0%
Uma forma de aliviar a tensão sexual / stress	113	4,0%	6,5%
Uma forma de descoberta com o próprio corpo	1037	36,3%	59,8%
Total	2857	100%	-----

A maioria dos enfermeiros (64,5%), considera a masturbação na adolescência como uma expressão normal da sexualidade, também a maioria dos inquiridos em (2002) em estudo levado a cabo pelo autor consideravam a masturbação como expressão normal da sexualidade em (50,3%) dos casos. Uma outra franja de inquiridos considera-a como uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo (59,8%) (tabela 69a).

Muito embora Ártemis represente a mais virginal das deusas, não é seguramente assexuada. Ártemis representa um tipo de sexualidade onde impera a individualidade, a integridade e a solidão. O seu espírito está na origem da masturbação e da fantasia erótica privada, dando à sexualidade um colorido solitário (Andrade Isabel, 1996; Thomas Moore, 1999; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Estes aspectos, que fazem parte da masturbação infantil, prolongam-se pela adolescência, não devendo ser considerados anormais. Bem pelo contrário, têm a ver com a tentativa do jovem dominar o prazer da excitação sexual e o ensaio para a resolver. A masturbação é uma fase indispensável para o jovem atingir o completo e normal desenvolvimento. Estudos indicam que a criança ou jovem que não se masturba dá indicações de algo de grave e anormal se estar a passar. Lentamente, o jovem reduzirá essas práticas às estritamente indispensáveis ao seu equilíbrio. Há que considerar que a falta de boas relações afectivas com os pais pode fazer com que a criança ou jovem procure na masturbação uma compensação ao que lhe falta (Alvim Francisco, 1986; Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006).

Wilde (1975:225) sugere que *“a masturbação é uma manifestação normal, um comportamento sexual como qualquer outro, que não acarreta nenhum estrago fisiológico”*. Nos rapazes a masturbação funciona como forma de compensar a ansiedade, a insegurança e a frustração pela confirmação da sua virilidade e potência (Miguel Nuno, 1998).

“É imperativo vincar claramente que a masturbação não causa nem física nem psicologicamente qualquer molha no organismo. Não provoca qualquer tipo de alterações, não vicia, não afecta os futuros filhos, não contribui para a delinquência, independentemente da frequência ou idade dos jovens intervenientes” (Miguel Nuno, 1994:23).

Importa assegurar aos adolescentes a normalidade e inocuidade da masturbação, não sendo pois justificável a proibição pelo poder parental, tradição religiosa ou social. O desenvolvimento, a força e constância das pulsões sexuais estão relacionados com factores de ordem biológica, social e cultural.

Factores hormonais, culturais e sociais (revistas, televisão, publicidade, moda, meio familiar etc.), regulam e sensibilizam o organismo para diversos estímulos potencialmente eróticos. Estas pulsões sexuais concorrem para o aperfeiçoamento do imaginário erótico sob a forma de fantasias e sonhos, acordados ou nocturnos.

Para Levisky (1995) a masturbação é um fenómeno psicofisiológico que acompanha o indivíduo durante o seu desenvolvimento. Na adolescência a masturbação tem uma função maturativa e de desenvolvimento das zonas exógenas encaminhando os jovens para o prazer genital.

Pensamos que enquanto profissionais de saúde devemos observar que a masturbação é uma fase indispensável para o jovem atingir o completo e normal desenvolvimento.

Alguns comportamentos podem até não estar de acordo com o nosso sistema de valores. Porém, a masturbação, os contactos bissexuais ou homossexuais com ou sem união genital e outros comportamentos sexuais são nesta etapa do ciclo vital relativamente frequentes (Kinsey et al., 1970 e 1972; Navarro, 1985; Cruz Ana, 1987; referidos por Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996, Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (68,82%) da variância (tabela 141 anexo CXLI).

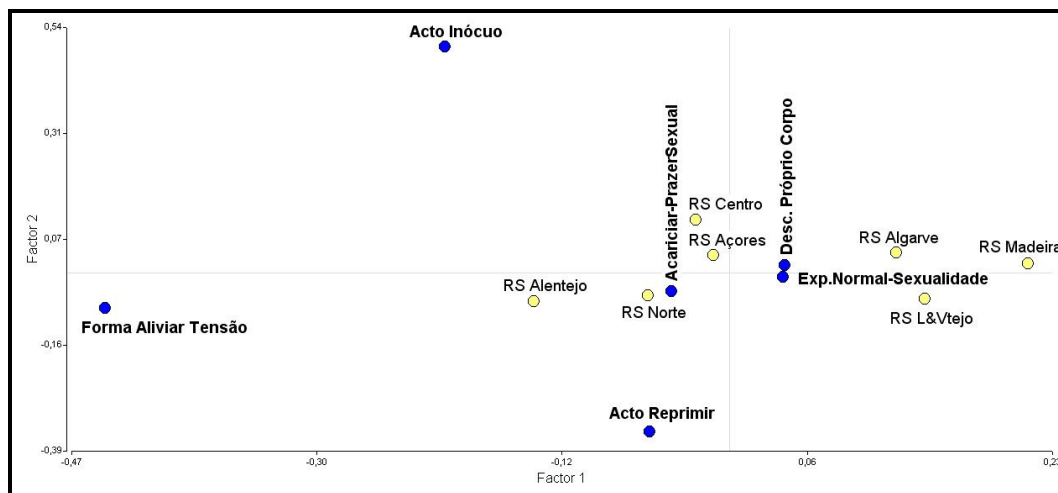
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 66 anexoCXLII) permite deduzir as seguintes considerações:

O **factor 1** permite observar os enfermeiros que classificam a masturbação na adolescência como uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo, também tem tendência para a classificar como uma expressão norma da sexualidade e/ou uma forma de acariciar dos órgãos genitais com o fim de obter prazer sexual, relacionando-se com a grande maioria das Sub-regiões de Saúde. Também permite visualizar que os enfermeiros de Leiria e Guarda associam preferencialmente a masturbação a um acto inócuo.

O **factor 2** permite visualizar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Braga, Portalegre e Beja consideram a masturbação, mais frequentemente como uma forma de aliviar a tensão sexual e o stress ou um acto que se deve reprimir na adolescência.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (80,42%) da variância (tabela 142 anexo CXLIII).

Gráfico 54 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência e as Regiões de Saúde



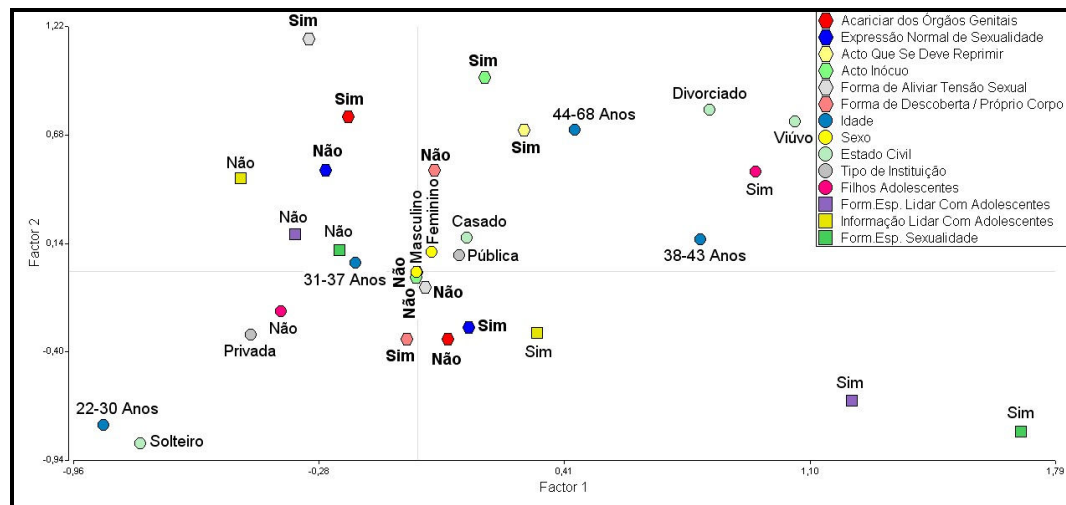
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 54) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve, Madeira e Lisboa e Vale do Tejo consideram a masturbação sobretudo uma expressão normal da sexualidade e uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo, enquanto os enfermeiros das outras Regiões de Saúde relacionam-se mais com as restantes respostas, acariciar dos órgãos genitais com o fim de obter prazer sexual, um acto inócuo, um acto a reprimir e ainda uma forma de aliviar a tensão sexual e o stress.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=170,15$; g.l.=95; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=56,36$; g.l.=30; $P < 0,01^{**}$), podemos concluir que aquela não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (20,31%) da variância (tabela 324 anexo CXLIV).

Hipótese 17: A opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência é influenciada pela idade, sexo, estado civil, existência de filhos adolescentes, tipo de escola frequentada, ter formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 55 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a masturbação na adolescência e a idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade



Pela observação do (gráfico 55), vemos que os enfermeiros que consideram que a masturbação é uma expressão normal da sexualidade também consideram ser uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo. Por outro lado vemos que existe uma associação entre o acariciar dos órgãos genitais com o fim de obter prazer sexual e um acto que se deve reprimir na adolescência, um acto inócuo e uma forma de aliviar a tensão sexual e o stress. Também podemos observar que os enfermeiros com formação específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade consideram tendencialmente que a masturbação na adolescência é uma expressão normal da sexualidade e uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 325 anexo CXLV), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência é significativamente independente do estado civil, tipo de instituição escolar de formação no curso base, existência de filhos adolescentes, obtenção de informação para lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade.

Ao contrário, como $P < 0,05$ podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência não é significativamente independente da idade e do sexo dos enfermeiros, estando associado aos enfermeiros com menos de 44 anos a expressão normal da sexualidade e uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo; e aos enfermeiros com 44-68 anos o facto de considerarem a masturbação na adolescência, um acariciar dos órgãos genitais, um acto inócuo e uma forma de aliviar a

tensão sexual. Podemos associar aos enfermeiros do sexo feminino, as respostas “acto inócuo” e “uma forma de descoberta e familiarização com o próprio corpo”.

Para avaliar a significância da idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, existência de filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade; sobre a probabilidade dos enfermeiros considerarem que a masturbação na adolescência é uma expressão normal da sexualidade recorreu-se a regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio. A regressão logística, pelo método Enter revelou que o sexo [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,685$; $p=0,408$], o estado civil [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=0,931$; $p=0,818$], o tipo de instituição frequentada na formação de base [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,012$; $p=0,913$], a existência de filhos adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,265$; $p=0,607$], a formação para lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=2,407$; $p=0,121$], a obtenção de informação para lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=2,902$; $p=0,088$] e a formação sobre sexualidade [$\chi^2_{\text{Wald}}(1)=0,101$; $p=0,751$] não apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não considerar a masturbação na adolescência uma expressão normal da sexualidade (tabela 71).

Pelo contrário, as variáveis Idade [$\chi^2_{\text{Wald}}(3)=15,028$; $p<0,01$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não considerar a masturbação na adolescência uma expressão normal da sexualidade de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(12)=26,369$; $p<0,05$; $\chi^2_{\text{HL}}(8)=9,947$; $p=0,269$; $R^2_{\text{CS}}=0,015$; $R^2_{\text{N}}=0,021$). A (tabela 70) apresenta resumidamente os coeficientes de regressão logística e sua significância no modelo.

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(4)=21,428$; $p<0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(6)=0,997$; $p=0,997$; $R^2_{\text{CS}}=0,012$; $R^2_{\text{N}}=0,017$), com apenas as variáveis Idade ($b_{\text{Idade}(2)}=0,324$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=5,265$; $p=0,022$; $\text{OR}=1,382$) e ($b_{\text{Idade}(3)}=0,551$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1)=13,389$; $p<0,001$; $\text{OR}=1,735$) (tabela 70).

Tabela 71 – Regressão logística da opinião dos inquiridos sobre a normalidade da masturbação dos adolescentes enquanto expressão da sua sexualidade em função da idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, existência de filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Expressão Normal da Sexualidade							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	15,028	3	0,002	-----	-----
Idade(1)	0,200	0,162	1,519	1	0,218	1,221	0,889-1,677
Idade(2)	0,381	0,149	6,515	1	0,011	1,464	1,092-1,961
Idade(3)	0,556	0,152	13,355	1	0,000	1,744	1,294-2,350
Sexo(1)	-0,172	0,208	0,685	1	0,408	0,842	0,561-1,265
E.Civil	-----	-----	0,931	3	0,818	-----	-----
E.Civil(1)	-0,382	0,558	0,469	1	0,493	0,682	0,228-2,038
E.Civil(2)	-0,452	0,544	0,688	1	0,407	0,637	0,219-1,850
E.Civil(3)	-0,394	0,590	0,446	1	0,504	0,674	0,212-2,143
InstFormBase(1)	-0,014	0,128	0,012	1	0,913	0,986	0,768-1,267
FilhosAdol(1)	-0,067	0,130	0,265	1	0,607	0,935	0,725-1,207
FormLidAdol(1)	-0,235	0,152	2,407	1	0,121	0,790	0,587-1,064
InfLidAdol(1)	0,184	0,108	2,902	1	0,088	1,202	0,973-1,485
FormEspSex(1)	0,061	0,192	0,101	1	0,751	1,063	0,730-1,548
Intercepção	0,977	0,603	2,629	1	0,105	2,657	

Desta forma vemos (tabela 70) que um enfermeiro com 38-43 anos tem uma probabilidade de 1,735 vezes maior de considerar a masturbação na adolescência como uma expressão normal da sexualidade que um enfermeiro de outra idade, 44-68 anos. O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de 64,4%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca mas significativa (ROC c = 0,564; $p < 0,001$).

Tabela 71 – Regressão logística da opinião dos inquiridos sobre a normalidade da masturbação dos adolescentes enquanto expressão da sua sexualidade em função da idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade. (Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Formação sobre sexualidade proporcionada pela escola							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	14,905	3	0,002	-----	-----
Idade(1)	0,157	0,140	1,261	1	0,262	1,171	0,889-1,541
Idade(2)	0,324	0,141	5,265	1	0,022	1,382	1,048-1,822
Idade(3)	0,551	0,151	13,389	1	0,000	1,735	1,292-2,332
InfRelLidAdol(1)	0,238	0,102	5,418	1	0,020	1,269	1,038-1,551
Intercepção	0,199	0,117	2,878	1	0,090	1,220	-----

13.11 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE EM QUAL DOS SEXOS É MAIS FREQUENTE A MASTURBAÇÃO

Tabela 72 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre em qual dos sexos é mais frequente a masturbação

A masturbação enquanto expressão normal da sexualidade é mais frequente?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Na rapariga	11	0,6%
No rapaz	1087	62,7%
Ambos os sexos	636	36,7%
Não sabe	1	0,1%
Total	1735	100,0%

Raros (0,6%), são os enfermeiros que apontam a rapariga como o sexo que mais recorre à masturbação (tabela 72).

A maioria dos enfermeiros (62,7%) não tem dúvidas em afirmar que a masturbação enquanto expressão normal da sexualidade é mais frequente nos rapazes, também em (2002) o autor encontra números semelhantes no estudo realizado onde (68,5%) dos inquiridos responderam ser no rapaz.

Sendo que a masturbação é um comportamento sexual frequente, neste período é mais frequente no rapaz que na rapariga (Ajuriguerra, 1977; Clães M., 1990; Moradela, 1992; Andrade Isabel, 1996; López e Fuertes, 1998; Marques António et al., 2000; Rosa João; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Tal como o referencial teórico sugere, a sua frequência é variável de pessoa para pessoa, havendo até indivíduos que a não praticam. É contudo menos frequente nas raparigas que nos rapazes, o que poderá estar relacionado com a diferença do desenvolvimento psicosexual nos dois sexos (Aberastury et al. 1990; Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António, 2000; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

“Mercê do tipo de educação o comportamento afectivo e sexual da rapariga pode apresentar; uma actividade sexual, masturbação e relações sexuais menos frequente que nos rapazes, exactamente pela maior culpabilidade em relação a este tipo de actividade. E não raras vezes relações sexuais só para fazer a vontade ao namorado, logo com alguma inibição e até desprovidas de prazer” (Miguel Nuno, 1994:26).

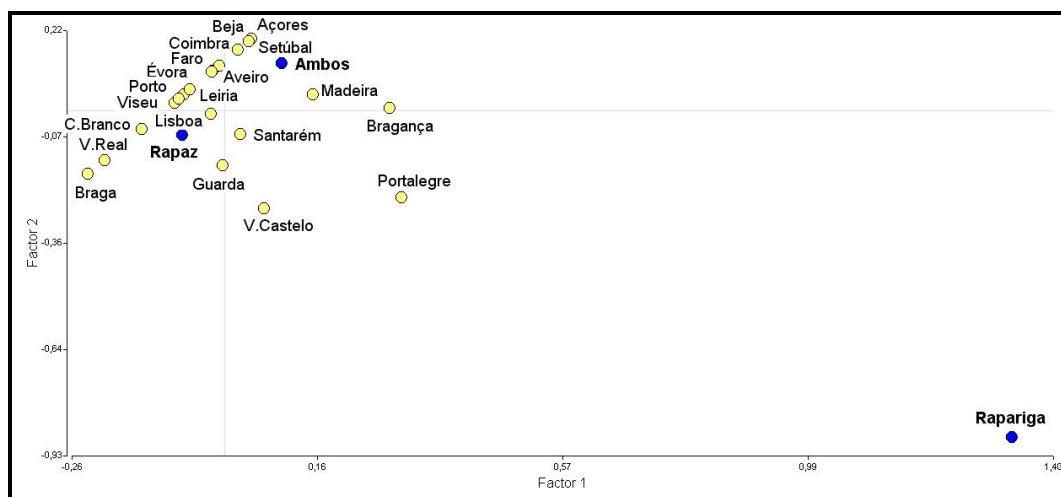
A masturbação, segundo alguns especialistas é uma marca de crescimento do adolescente. É uma forma possível de satisfação do desejo sexual, pelo prazer da excitação e do orgasmo. Desenvolve-se sobre o próprio corpo, é uma forma de auto-erotismo e de auto-presenteamento. Esta actividade mantém-se ao longo da vida,

embora possa diminuir a sua frequência. Segundo a opinião de variadíssimos sexologistas, uma actividade mais frequente nos rapazes, que nas raparigas.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 144 anexo CXLVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 56) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Braga, Vila Real, Castelo Branco, Guarda, Porto, Viseu, Évora, Faro e Leiria são de opinião que o rapaz recorre mais à masturbação, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores, Beja, Setúbal, Bragança, Coimbra, Madeira associam-na a frequência da masturbação a ambos os sexos, já os enfermeiros de Portalegre, Santarém e Viana do Castelo têm maior tendência a considerar serem as raparigas.

Gráfico 56 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre o sexo que mais frequentemente recorre à masturbação e as Sub-regiões de Saúde



Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (80,42%) da variância (tabela 142 anexo CXLVII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 67 anexo CXLVIII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve, Madeira e Lisboa e Vale do Tejo consideram a masturbação sobretudo uma expressão normal da sexualidade e uma forma de descoberta e familiarização do próprio corpo, enquanto os enfermeiros das outras Regiões de Saúde relacionam-se mais com as restantes respostas; “acariciar dos órgãos genitais com o fim de obter prazer sexual”, um “acto inócuo”, um “acto a reprimir” e uma “forma de aliviar a tensão sexual e o stress”.

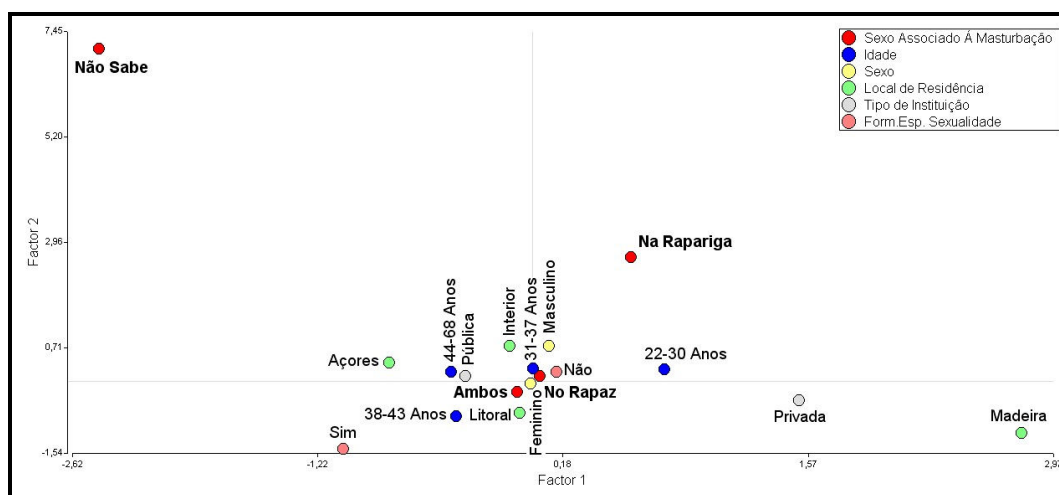
Aprofundando a opinião dos inquiridos sobre qual o sexo que mais frequentemente recorre à masturbação segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=54,54$; g.l.=38; $P<0,05^*$) e ($\chi^2=10,05$; g.l.=12; $P=0,61$ ns) podemos concluir que aquela não é significativamente independente das Sub-regiões mas é significativamente independente das Regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto 20,89% da variância (tabela 328 anexo CXLIX).

Hipótese 18: A opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos recorre com mais frequência à masturbação é influenciada pela idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada e formação específica sobre sexualidade.

Pela observação da ACM (gráfico 57), vemos que os enfermeiros que consideram que a masturbação está associada a ambos os sexos e ao rapaz, são preponderantemente enfermeiros do sexo feminino, com mais de 31 anos, que residem nos Açores, Litoral e Interior que possuem formação específica sobre sexualidade e são oriundos da escola publica.

Gráfico 57 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a associação da masturbação a um género e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e formação específica sobre sexualidade



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 329 anexo CL), como $P>0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre a associação da masturbação a um género sexual é significativamente independente da idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e formação específica sobre sexualidade.

A probabilidade do sexo associado à masturbação foi estimada a partir da idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e formação específica sobre

sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade do sexo mais frequentemente associado à masturbação (1 – Rapariga; 2 – Rapaz; 3 – Ambos) em função da idade (1 – 22-30 anos; 2 – 31-37 anos; 3 – 38-43 anos; 4 – 44-68 anos), sexo (0 – Feminino; 1 – Masculino), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), tipo de instituição na formação de base (0 – Privada; 1 – Pública) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado não é estatisticamente significativo ($G^2(18) = 13,272$; $P = 0,775$) para a “rapariga” e para “ambos os sexos” relativamente à classe de referência “rapaz”.

13.12 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Tabela 73 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre a promoção da saúde sexual na adolescência

Considera a promoção da saúde sexual na adolescência (feita por profissionais avalizados) como um acto?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Imprescindível	660	38,0%
Necessária	470	27,1%
Desaconselhada	0	0,0%
Que fomenta o apetite sexual	6	0,3%
Contribui para o equilíbrio afectivo sexual	581	33,5%
Responsável pelas gravidezes indesejadas	18	1,0%
Outra	0	0,0%
Total	1735	100,0%

Embora em pequena percentagem, (1,0%) dos enfermeiros ainda considera que a promoção da saúde sexual, pode ser responsável por gravidezes indesejadas (tabela 73). Os enfermeiros consideram a promoção da saúde sexual na adolescência, realizada por profissionais avalizados, um acto imprescindível em (38,0%), dos casos, percentagem menor que a encontrada pelo autor no estudo realizado em (2002) em que (45,0%), dos inquiridos eram de opinião idêntica. Que contribui para o equilíbrio afectivo e sexual do jovem em (33,5%) dos casos, como necessária na opinião de (27,1%) dos inquiridos, aqui a percentagem é muito menor que a encontrada pelo autor em (2002), visto que à época eram desta opinião (55,0%) dos inquiridos.

Por sua vez, raros são os enfermeiros (0,3%), que consideram que a promoção da saúde sexual fomenta o apetite sexual. A promoção da saúde sexual feita por profissionais avalizados deve operar-se desde logo numa fase em que ainda nada se encontra verdadeiramente estruturado, a começar pela identidade sexual e os valores morais,

incluindo desde cedo a ideia do outro (Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Allen Gomes, 2007).

A falta de informação sobre sexualidade ou, como refere Vilar Duarte (2000), a dificuldade em descodificar essa mesma informação, também é uma das causas apontadas para o grande número de grávidas adolescentes que existem no nosso país. Uma realidade que leva Portugal a ser o segundo país da União Europeia com a mais elevada taxa de gravidezes na adolescência logo a seguir à Inglaterra.

O que vem de encontro ao defendido no referencial teórico, quando já os estudos de Kinsey et al., (1948) e (1953) nos sugerem a educação sexual como um meio de prevenir problemas de relacionamento e de insatisfação causados pela ignorância de factos simples do nosso corpo e da nossa sexualidade. A sexualidade adquiriu um valor próprio. E são hoje instâncias internacionais tão importantes como a UNESCO, a UNICEF e a OMS a reconhecerem a necessidade e a importância da educação sexual. Como nos refere Langfet e Porter (1986) Citados por Loureiro Fernanda (1990:23) *“os jovens precisam de mais e melhor informação e educação sexual, não para obter um modelo de comportamento definido por sexologistas profissionais, mas para poderem fazer as suas próprias escolhas e viver a sua própria vida da sua própria maneira”*.

Fazer educação sexual, é estimular um novo masculino e um novo feminino, dar aos adolescentes de ambos os sexos a possibilidade de assumirem a sua própria marcha e, através do reforço da auto-estima, da assertividade e da resiliência, poderem manusear os riscos do seu percurso com danos mínimos para a saúde (Prazeres Vasco, 1995 e 2003).

André Berge, aludido por Almeida A.M. Vieira (1990:10) sugere que *“a personalidade inteira traz a marca do sexo e, assim sendo, educação sexual poderia ser definida pelo seu objectivo último que será a formação de um homem ou de uma mulher, capazes de realizar, o melhor possível, o seu papel de homem ou de mulher na vida”*.

Para André Berge, citado pelo autor supra referido (1990) o comportamento das crianças e adolescentes nesta temática, é extremamente influenciado pela maneira como pais, professores e outros educadores concebem eles próprios, o valor de cada sexo e as relações entre ambos.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (82,59%) da variância (tabela 146 anexo CLI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 69 anexo CLII) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1**, observamos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Portalegre, Guarda, Viseu, Aveiro, Santarém e

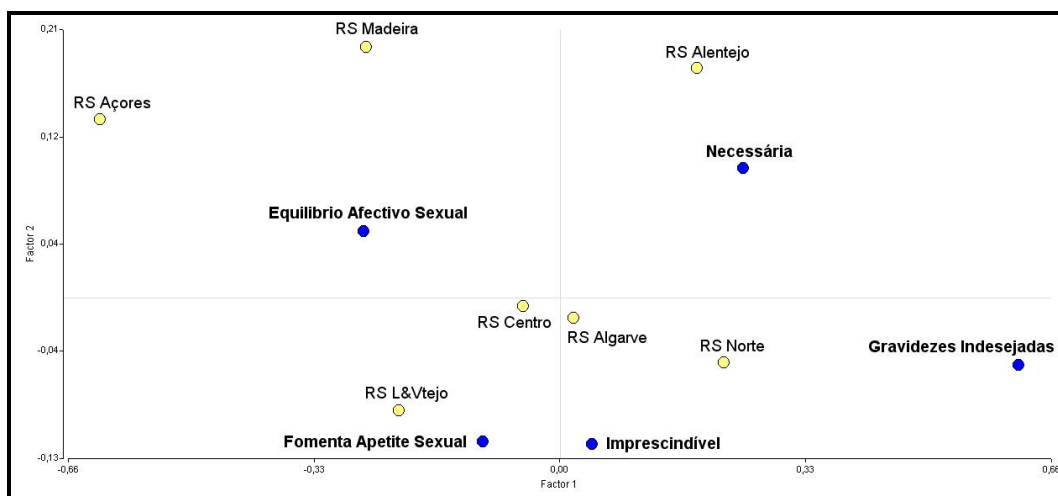
Madeira consideram que a promoção da saúde sexual na adolescência contribui para o equilíbrio afectivo sexual do jovem, já os enfermeiros da Sub-região de Saúde dos Açores consideram que esta fomenta o apetite sexual.

O **factor 2** relaciona os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Castelo Branco, Porto e Braga à imprescindibilidade da promoção da saúde sexual e a opinião dos enfermeiros de Beja, Bragança, Évora e Viana do Castelo como necessária.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (96,46%) da variância (tabela 147 anexo CLIII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 58) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros da Região de Saúde do Alentejo consideram a promoção da saúde sexual como necessária, os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Madeira, Centro e Lisboa e Vale do Tejo dizem que contribui para o equilíbrio afectivo sexual e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve e Norte consideram-na como imprescindível.

Gráfico 58 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a promoção da saúde sexual na adolescência por Regiões de Saúde



Sub-regionalizando e Regionalizando a opinião dos enfermeiros sobre a promoção da saúde sexual, utilizando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=177,49$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=95,05$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a opinião destes sobre a promoção da saúde sexual na adolescência, não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde o enfermeiro trabalha.

13.13 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DE FALAR AOS JOVENS ACERCA DA SEXUALIDADE

Tabela 74 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre as consequências em falar aos jovens sobre sexualidade

Considera que falar de sexualidade aos jovens adolescentes é incentivá-los a:		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Experimentar mais cedo	25	1,4%
Adiar para mais tarde a sua primeira experiência	856	49,3%
Não tem qualquer tipo de influência	783	45,1%
Outra	71	4,1%
Total	1735	100,0%

Dos inquiridos (1,4%) são de opinião que falar de sexualidade aos jovens, os incentiva a experimentar mais cedo (tabela 74).

Falar sobre sexualidade aos jovens adolescentes incentiva-os segundo (49,3%) dos enfermeiros a adiar para mais tarde a sua primeira experiência sexual, também o autor em (2002) encontra números ainda mais expressivos relativamente a este item (94,0%). O que nos remete para o referencial teórico que nos sugere não poder haver receio, de que ao falando-se de sexualidade aos jovens estes sejam estimulados para um relacionamento sexual mais precoce. Existindo estudos que defendem, claramente, que, quanto mais cedo se der informação deste cariz aos jovens, mais capacidades eles têm de *per si* se defenderem de abusos, de violências e relações sexuais prematuras. Alguns dos receios ou dúvidas que, por vezes, os pais e encarregados de educação exprimem quando se suscitam conversas ou debates sobre este tema è que, *“a aquisição de conhecimentos sobre a sexualidade possa aumentar as suas tentativas de experimentação de comportamentos sexuais; que nas acções de educação sexual se inclua o ensino de práticas sexuais, que o mais importante em educação sexual, deve ser a prevenção das infecções de transmissão sexual e da gravidez não planeada, sobretudo em adolescentes”* (Lopes et al., citado por Marques António et al., 2000:51).

Contudo nesta linha de pensamento os estudos evidenciam que convenientes programas de educação sexual têm, efectivamente, colaborado para diminuir comportamentos de risco e aumentar comportamentos preventivos (Fernanda Loureiro, 1990; Cordeiro, 1998; Marques António et al.,; Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006). Pois está provado que *“gostar de si e do seu corpo leva o adolescente a tomar mais cuidado com o que eventualmente possa vir a acontecer”* (Cordeiro Mário, 1998:83).

A educação sexual deve ser assumida, nas suas várias vertentes, como um dos pólos de cidadania, enquadrada no conjunto das relações pessoais e interpessoais, no respeito por si próprio e pelos outros, e de uma vivência satisfatória e gratificante do corpo e do espírito, mas também como aquisição de informação e de conhecimentos mais

adequados, no sentido de menores riscos e de uma vivência mais responsável, segura e gratificante da sexualidade (Cordeiro Mário, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

Para Andrade Isabel (1996); Mathre (1999); Marques António et al., (2000); Sá Eduardo (2007), os pais que exigem grande maturidade dos filhos e dão carinho e compreensão, têm maior probabilidade destes filhos terem um comportamento social adequado e que adiem as experiências sexuais e por consequência a gravidez. Por outro lado pais excessivamente controladores, ou negligentes são os que apresentam filhos com maior probabilidade de experiência sexual e de gravidez. Assim uma boa educação familiar pode conduzir a uma adolescência saudável, com diminuição dos riscos para os adolescentes. Do que ressalta que, quanto menos informação as pessoas têm, mais vulneráveis estão em relação a questões de saúde sexual e reprodutiva, como a gravidez não desejada, uso de métodos contraceptivos e contaminação pelo vírus HIV/SIDA. Falar de educação sexual *“é falar de educação global, contínua, constante ao longo de toda a vida”* (Santos A. et al., 2001:11). Pois *“o grande objectivo da educação sexual é contribuir, ainda que parcialmente, para uma vivência mais informada, mais autónoma e, logo, mais responsável da sexualidade”* (Orientações Técnicas sobre Educação Sexual em Meio Escolar – Contributos das equipas de Projecto APF; PES; DGS, 1999:15). Existem várias definições de educação sexual, mas optou-se por apresentar aqui uma definição que parece traduzir uma opinião consensual de vários autores, *“a educação sexual, é, não descurando a componente informativa, fundamentalmente, uma educação para a afectividade, para o respeito pela dignidade do outro, para um assumir de responsabilidades perante nós próprios e os que nos rodeiam, numa atitude permanente de apreciação positiva”* (Aroso Albino, 2001:7).

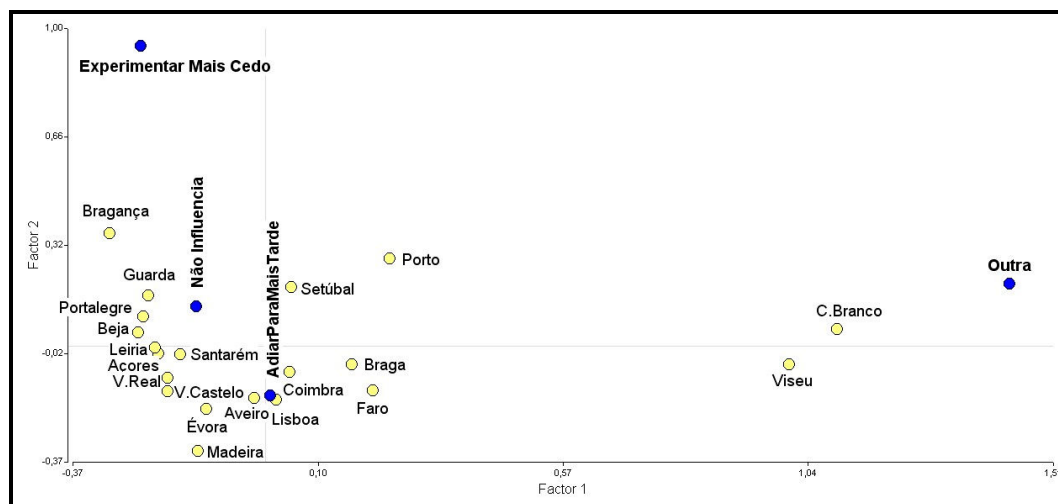
Assim, a OMS cit. por Cortesão Irene, (1989:16) define a informação sexual como a *“integração dos aspectos sociais, normativos, afectivos e intelectuais de sexualidade humana, para enriquecer positivamente e melhorar a personalidade, a intercomunicação e afectividade, ampliando-a como conceito de autonomia e solidariedade do prazer”*.

“Fazer educação sexual, é estimular um novo masculino e um novo feminino, dar aos jovens de ambos os sexos a possibilidade de assumirem os seus próprios passos e, através do reforço da auto-estima, da assertividade e da resiliência, poderem manusear os riscos do seu percurso com prejuízo mínimo para a saúde” (Prazeres Vasco, 1995:18). Castro Mary Garcia et al., (2006) explicam que, quanto menos informação as pessoas têm, mais vulneráveis estão em relação a questões de saúde sexual e reprodutiva. O melhor caminho, atestam estes estudiosos, não é tentar retardar a iniciação sexual dos

jovens à força e a todo o custo, mas fazê-los exercer a sexualidade com responsabilidade.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (93,90%) da variância (tabela 149 anexo CLVI).

Gráfico 59 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia da informação acerca da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 59) permite deduzir as seguintes considerações; o **factor 2** relaciona os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores, Aveiro, Braga, Coimbra, Évora, Lisboa, Madeira, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu ao facto destes considerarem a informação sobre sexualidade uma forma de os jovens adiarem para mais tarde a sua primeira experiência sexual; enquanto que os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde consideram que não **há influência**, contudo os enfermeiros de Bragança, Guarda e Porto também consideram que leva certos jovens a experimentar mais cedo.

O **factor 1** permite relacionar a opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu e Castelo Branco que sugerem, que o facto de falar sobre sexualidade aumenta a possibilidade de melhorar a informação de modo a promover a decisão com maior conhecimento e responsabilidade.

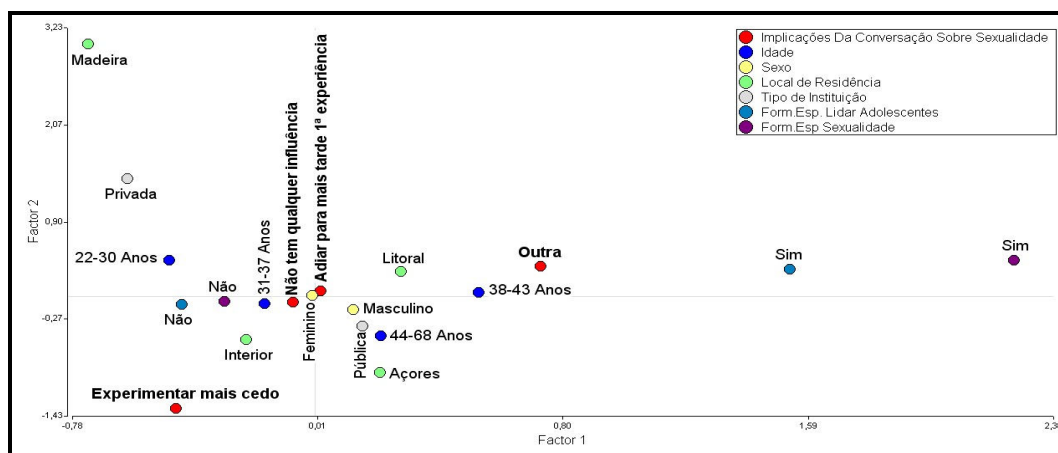
Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (94,23%) da variância (tabela 150 anexo CLVII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 72 anexo CLVIII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Açores e Alentejo consideram preponderantemente que falar de sexualidade aos jovens adolescentes não tem qualquer tipo de influência nas suas decisões de cariz sexual, apesar dos enfermeiros da Região de Saúde do Norte também considerarem que pode levar os jovens a experimentar mais cedo. Os enfermeiros da Região de Saúde do Centro, Algarve, Madeira e Lisboa e Vale do Tejo sustentam que falar sobre sexualidade aos jovens os leva a adiar para mais tarde a sua primeira experiência sexual.

Seccionando a opinião dos enfermeiros sobre as consequências de falar aos jovens acerca da sexualidade por Sub-regiões e Regiões de Saúde, através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=231,97$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=46,24$; g.l.=18; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a opinião destes relativamente às consequências da influência da informação sobre sexualidade nos adolescentes não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros. Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (22,56%) da variância (tabela 330 anexo CLIV).

Hipótese 19: A opinião dos enfermeiros acerca de falar sobre sexualidade aos jovens adolescentes é influenciada pela idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 60 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos enfermeiros inquiridos sobre as consequências em falar aos jovens sobre sexualidade, a idade, o sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade



Pela observação do (gráfico 60), vemos que os enfermeiros que consideram que falar aos jovens sobre sexualidade, os leva a experimentar mais cedo, ou não tem qualquer influência sobre as suas decisões nesta esfera são sobretudo enfermeiros com 31-37 anos, que não tem formação específica para lidar com adolescentes e/ou formação específica sobre sexualidade, e/ou residem no interior e/ou nos Açores. Os enfermeiros com 22-30 anos residentes na Madeira e Litoral são de opinião que leva os jovens a adiar para mais tarde a sua experiência sexual.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado $\chi^2=14,136$; g.l.=3; $P<0,01$ ** (tabela 331 em anexo CLX), como $P>0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre as consequências em falar aos jovens acerca da sexualidade é significativamente independente da formação específica sobre sexualidade. Ao inverso vemos que a variável dependente não é significativamente independente da idade, sexo, local de residência e formação específica para lidar com adolescentes. No que diz respeito à idade, vemos que os enfermeiros com 44-68 anos consideram que falar de sexualidade, leva os jovens a experimentar mais cedo ou adiar a experiência; enquanto que os enfermeiros com 22-30 anos são da opinião que não tem qualquer influência. Em relação ao sexo masculino, estes tendencialmente consideram que leva os jovens a experimentar mais cedo. Quanto à zona de residência, os enfermeiros que residem nos Açores ou Interior defendem a teoria de que induz o jovem a experimentar mais cedo ou da não influência, enquanto que os enfermeiros que residem no Litoral ou na Madeira apoiam a teoria de adiar a experiência para mais tarde.

A probabilidade da influência de que falar com jovens sobre sexualidade foi inicialmente estimada com base na regressão ordinal, no entanto o modelo encontrado não teve aplicação já que o pressuposto do modelo da homogeneidade de declives não foi validado ($\chi^2_{LP}(8) = 33,086$; $P=0,000$). Desta forma, vamos aplicar um modelo de regressão multinomial alternativo ao primeiro.

A probabilidade da influência da conversação com jovens sobre sexualidade foi estimada a partir da idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade da influência da conversação com jovens sobre sexualidade (1 – Experimentar mais cedo; 2 – Sem influência; 3 – Adiar para mais tarde) em função da idade (1 – 22-30 anos; 2 – 31-37 anos; 3 – 38-43 anos; 4 – 44-68 anos), sexo (0 – Feminino; 1 – Masculino), estado civil (1 – Solteiro; 2 – Casado; 3 – Divorciado, 4 – Viúvo), local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), tipo de instituição na formação base (0 – Privada; 1 – Pública), formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação).

O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(20) = 67,203$; $P<0,001$) para o “experimentar mais cedo” e para “sem influência” relativamente à classe de referência “adiar para mais tarde” são apresentada na (tabela 75).

Relativamente à idade, os enfermeiros com 31-37 anos apresentam maior probabilidade de considerarem que conversar com adolescentes sobre sexualidade os leva a adiar para mais tarde a decisão do que os enfermeiros com 44-68 anos ($b_{Idade=2} = -2,591$; $OR=0,075$; $P=0,014$). Desta forma, ser enfermeiro com 31-37 anos relativamente a ser enfermeiro com 44-68 anos, reduz as chances de considerar que conversar com jovens sobre sexualidade os leva a experimentar mais cedo relativamente a adiar para mais tarde em 92,5%. Relativamente ao sexo, os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior probabilidade de considerarem que conversar com adolescentes sobre sexualidade os leva a adiar para mais tarde a decisão do que os enfermeiros do sexo masculino ($b_{Sexo=0} = -1,439$; $OR=0,237$; $P=0,005$). Desta forma, ser enfermeiro do sexo feminino relativamente a ser enfermeiro do sexo masculino, reduz as hipóteses de considerar que conversar com os jovens sobre sexualidade os leva a experimentar mais cedo relativamente a adiar para mais tarde em 76,3%. Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem no interior apresentam maior probabilidade de considerarem

que conversar com os jovens sobre sexualidade os leva a experimentar mais cedo do que os enfermeiros que residem no litoral ($b_{\text{Residência}=3} = 1,702$; $OR=5,483$; $P=0,002$).

Desta forma, ser enfermeiro residente no interior relativamente a ser enfermeiro residente no litoral, aumenta as hipóteses de considerar que falar sobre sexualidade aos jovens os leva a experimentar mais cedo em contrapartida a adiar para mais tarde em 448,3%.

Tabela 75 – Regressão multinomial da opinião dos enfermeiros sobre as consequências em falar aos jovens acerca da sexualidade e a idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Considera que falar de sexualidade aos jovens é incentivá-los a:								
	Sexo / V. I.	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Experimentar mais cedo (Modelo 1)	Intercepção	-19,728	0,800	608,651	1	0,000	----	----
	Idade=1	-0,352	0,500	0,495	1	0,482	0,703	0,264-1,874
	Idade=2	-2,591	1,054	6,039	1	0,014	0,075	0,009-0,592
	Idade=3	-0,590	0,559	1,114	1	0,291	0,554	0,185-1,658
	Idade=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Sexo=0	-1,439	0,514	7,846	1	0,005	0,237	0,087-0,649
	Sexo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Residencia=1	-16,585	4967,0	0,000	1	0,997	0,000???	0,000-???
	Residencia=2	1,491	1,170	1,624	1	0,202	4,440	0,449-43,952
	Residencia=3	1,702	0,562	9,176	1	0,002	5,483	1,823-16,488
	Residencia=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Instituição=0	0,694	0,487	2,035	1	0,154	2,002	0,771-5,197
	Instituição=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	-1,081	0,477	5,131	1	0,024	0,339	0,133-0,864
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	17,764	0,000	???	1	???	5,18(10) ⁷	5,18(10) ⁷ -5,18(10) ⁷
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
Sem influência (Modelo 2)	Intercepção	-0,366	0,266	1,883	1	0,170		
	Idade=1	0,371	0,144	6,631	1	0,010	1,449	1,093-1,922
	Idade=2	-0,032	0,142	0,050	1	0,823	0,969	0,734-1,279
	Idade=3	0,149	0,147	1,037	1	0,309	1,161	0,871-1,548
	Idade=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Sexo=0	0,062	0,210	0,088	1	0,766	1,064	0,705-1,606
	Sexo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Residencia=1	-0,580	0,265	4,786	1	0,029	0,560	0,333-0,941
	Residencia=2	0,096	0,281	0,117	1	0,732	1,101	0,635-1,909
	Residencia=3	0,227	0,105	4,678	1	0,031	1,255	1,022-1,543
	Residencia=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Instituição=0	0,175	0,132	1,756	1	0,185	1,191	0,920-1,543
	Instituição=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	-0,108	0,145	0,550	1	0,458	0,898	0,676-1,193
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	0,069	0,187	0,135	1	0,713	1,071	0,743-1,544
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----

Relativamente à formação específica para lidar com adolescentes, os enfermeiros sem formação apresentam maior probabilidade de considerarem que conversar com adolescentes sobre sexualidade os leva a adiar para mais tarde a decisão do que os enfermeiros com formação ($b_{\text{FormLidAdol}=0} = -1,081$; $OR=0,339$; $P=0,024$). Desta forma, ser enfermeiro sem formação específica para lidar com adolescentes relativamente a ser

enfermeiro com formação, aumenta as chances de considerar que conversar com jovens sobre sexualidade os leva a adiar para mais tarde relativamente a experimentar mais cedo em 66,1%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “3 – Adiar para mais tarde” para a classe “2 – Sem Influência” não é afectada significativamente pelo sexo ($P=0,766$), nem pelo tipo de instituição ($P=0,185$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,458$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,713$); mas é afectado significativamente pela idade e pelo local de residência. Relativamente à idade, os enfermeiros com 22-30 anos apresentam maior probabilidade de considerarem que conversar com adolescentes sobre sexualidade não os influencia a tomar uma decisão comparativamente aos enfermeiros com 44-68 anos ($b_{\text{Idade}=1} = 0,371$; $OR=1,449$; $P=0,010$). Desta forma, ser enfermeiro com 22-30 anos relativamente a ser enfermeiro com 44-68 anos, aumenta as possibilidades de considerar que conversar com jovens sobre sexualidade não influencia a sua decisão relativamente a adiar para mais tarde em 44,9%.

Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem no interior apresentam maior probabilidade que os enfermeiros que residem no litoral de considerarem que conversar com jovens sobre sexualidade não os influencia comparativamente a adiar para mais a sua primeira relação sexual ($b_{\text{Residência}=3} = 0,227$; $OR=1,255$; $P=0,031$). Desta forma, ser enfermeiro residente no interior relativamente a ser enfermeiro residente no litoral, aumenta as possibilidades de considerar que falar sobre sexualidade aos jovens não os influencia sobre a prática da primeira relação sexual relativamente a adiar para mais tarde em 25,5%.

13.14 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE OS PROBLEMAS DOS ADOLESCENTES DA SUA REGIÃO NA ESFERA DA SEXUALIDADE

Tabela 76 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade

Quais pensa serem os grandes problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade?				
Descrição	Faixa Etária: 10-14 anos		Faixa Etária: 15-19 anos	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Corpo	918	52,9%	135	7,8%
Rel. Sexo Oposto	224	12,9%	840	48,4%
Identidade sexual	174	10,0%	193	11,1%
Orientação sexual	140	8,1%	165	9,5%
Afirmação social	273	15,7%	396	22,8%
Outros	6	0,3%	6	0,3%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

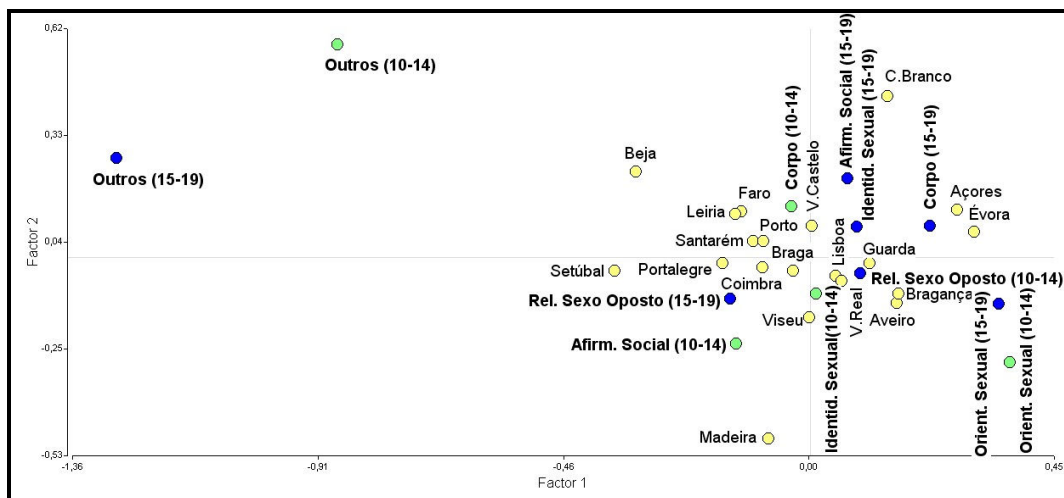
A maior parte dos enfermeiros (tabela 76) considera que os problemas mais importantes dos jovens na faixa etária dos 10-14 anos são os problemas relacionados com o corpo (52,9%), números significativamente menores foram encontrados pelo autor no estudo de (2002) apenas com (9,4%) de opiniões. Esta fase, da adolescência envolve um ritmo de mudanças corporais visíveis e especialmente aceleradas. O crescimento muito rápido, descoordenado e sem aviso (braços e pernas desproporcionadas comparativamente ao tronco, são exemplos) numa altura em que para o jovem a aparência é extremamente importante e, fruto de preocupações exageradas (com o peso, e outras medidas) ou, em situações que se podem extremar, ainda obsessões limitadoras do quotidiano, podem levar o adolescente a diminuir ou evitar os contactos sociais, e por em risco a sua própria saúde (Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Vaz J. Machado et al., 2007).

Já na faixa etária dos 15-19 anos os principais problemas têm origem nas relações com o sexo oposto na opinião de (48,4%) dos inquiridos.

O segundo problema na opinião dos enfermeiros é comum às duas faixas etárias, os problemas de afirmação social, no entanto mais vinculados para os jovens com 15-19 anos na opinião de (22,8%) dos inquiridos, percentagem menor que a encontrada pelo autor em (2002) com (40,3%) das opiniões.

O que está de acordo com a opinião de múltiplos autores, quando nos sugerem que por esta altura, a grande preocupação do jovem é o seu corpo, interesse justificado não só pelas alterações provocadas pelo crescimento hormonal, mas também pela necessidade de se identificar e experimentar social e sexualmente (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (44,79%) da variância (tabela 152 em anexo).

Gráfico 61 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 61) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, Lisboa, Bragança, Aveiro e Vila Real associam preferencialmente os jovens dos 10-14 anos aos problemas de identidade e orientação sexual e às relações com o sexo oposto e os jovens dos 15-19 anos aos problemas de orientação sexual, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Portalegre, Coimbra, Braga, Viseu e Madeira associam preferencialmente aos jovens dos 10-14 anos, os problemas de afirmação social e aos jovens com 15-19 anos os problemas com origem nas relações com o sexo oposto.

Com base no **factor 2** vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja, Leiria, Faro, Santarém, Porto, Castelo Branco, Évora e Açores associam preferencialmente aos jovens dos 10-14 anos os problemas interligados ao corpo e aos jovens dos 15-19 anos os problemas de identidade sexual, afirmação social e interligados ao corpo.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (65,34%) da variância (tabela 153 anexo CLX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 74 anexo CLXI) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e Norte associam preferencialmente aos jovens de 10-14 anos os problemas de orientação sexual e interligadas às relações com o sexo oposto e os jovens com 15-19 anos a problemas com o corpo; os enfermeiros de

Pela observação do (gráfico 62), vemos que não existe uma associação entre a opinião dos inquiridos sobre os problemas dos jovens de 10-14 anos e os problemas dos jovens com 15-19 anos. Desta forma vemos que os enfermeiros, com hábitos de lidar com os adolescentes, com formação para lidar com os mesmos e com formação sobre sexualidade associam os problemas relacionados com o corpo aos adolescentes de 10-14 anos e associam os problemas relacionados com a identidade sexual aos adolescentes de 15-19 anos. Ao inverso, os enfermeiros sem formação (para lidar com adolescentes e/ou sexualidade) consideram que os problemas dos adolescentes com 10-14 anos são de orientação sexual e os problemas dos adolescentes com 15-19 anos estão relacionados com o corpo.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 334 anexo CLXIII), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos na esfera da sexualidade são significativamente independentes da existência de filhos adolescentes, do hábito de lidar com adolescentes e da formação específica, quer para lidar com adolescentes, quer sobre sexualidade. Ao inverso vemos que a variável dependente não é significativamente independente do local de residência, considerando os enfermeiros residentes nos Açores e Litoral que o principal problema dos adolescentes com 10-14 anos é o corpo.

Tabela 77 – Regressão multinomial da opinião dos inquiridos sobre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, ter filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos na esfera da sexualidade								
Problemas / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Relações com o sexo oposto (Modelo 1)	Intercepção	-1,949	0,273	50,978	1	0,000	----	----
	Residencia=1	1,292	0,372	12,072	1	0,001	3,641	1,757-7,549
	Residencia=2	0,344	0,395	0,757	1	0,384	1,410	0,650-3,058
	Residencia=3	0,262	0,159	2,720	1	0,099	1,300	0,952-1,774
	Residencia=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhosAdol=0	-0,162	0,165	0,963	1	0,326	0,851	0,616-1,175
	FilhosAdol=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdol=0	0,249	0,229	1,174	1	0,278	1,282	0,818-2,010
	HabLidAdol=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	-0,042	0,210	0,041	1	0,840	0,958	0,635-1,446
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	0,523	0,296	3,116	1	0,078	1,687	0,944-3,014
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
Identidade / Orientação Sexual (Modelo 2)	Intercepção	-1,766	0,243	52,850	1	0,000	----	----
	Residencia=1	1,210	0,345	12,269	1	0,000	3,352	1,704-6,596
	Residencia=2	0,181	0,364	0,247	1	0,619	1,198	0,587-2,446
	Residencia=3	0,296	0,139	4,564	1	0,033	1,345	1,025-1,765
	Residencia=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhosAdol=0	0,019	0,149	0,016	1	0,898	1,019	0,761-1,365
	FilhosAdol=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdol=0	-0,113	0,223	0,257	1	0,612	0,893	0,577-1,382
	HabLidAdol=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	0,226	0,195	1,348	1	0,246	1,254	0,856-1,838
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	0,352	0,262	1,802	1	0,179	1,422	0,851-2,377
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
Afirmação Social/Outros (Modelo 3)	Intercepção	-1,327	0,228	33,747	1	0,000	----	----
	Residencia=1	1,223	0,328	13,906	1	0,000	3,396	1,786-6,456
	Residencia=2	-1,025	0,538	3,624	1	0,057	0,359	0,125-1,031
	Residencia=3	-0,322	0,146	4,892	1	0,027	0,725	0,545-0,964
	Residencia=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhosAdol=0	-0,059	0,154	0,149	1	0,700	0,942	0,697-1,275
	FilhosAdol=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdol=0	-0,248	0,246	1,019	1	0,313	0,780	0,482-1,263
	HabLidAdol=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	0,150	0,198	0,575	1	0,448	1,162	0,789-1,711
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	0,218	0,255	0,728	1	0,394	1,244	0,754-2,052
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----

A probabilidade das opiniões dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes com 10-14 anos foi estimada a partir do local de residência, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade dos problemas dos adolescentes com 10-14 anos (1 – Corpo; 2 – Relações com o sexo oposto; 3 – Identidade/Orientação sexual; 4 – Afirmação social/Outros) em função do local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), existência de filhos adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), hábito de lidar com adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(21) = 58,873$; $P < 0,001$) para as categorias “relações com o sexo oposto”, “identidade/orientação sexual” e “afirmação social/outros” relativamente à classe de referência “corpo” está apresentado na (tabela 77).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “corpo” para a classe “relações com o sexo oposto” não é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes ($P=0,326$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P=0,278$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,840$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,078$); mas é afectado significativamente pelo local de residência. Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem na Madeira apresentam maior probabilidade de considerarem as “relações com o sexo oposto” como os maiores problemas dos adolescentes com 10-14 anos que os enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=1} = 1,292$; $OR=3,641$; $P=0,001$). Desta forma, ser enfermeiro residente na Madeira relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as possibilidades de considerar as relações com o sexo oposto como os problemas dos adolescentes de 10-14 anos relativamente ao corpo em 264,1%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “corpo” para a classe “identidade/orientação sexual” não é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes ($P=0,898$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P=0,612$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,246$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,179$); mas é afectado significativamente pelo local de residência. Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem na Madeira apresentam maior probabilidade de considerarem a “identidade/orientação sexual” como os problemas dos adolescentes com 10-14 anos que os enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=1} = 1,210$; $OR=3,352$; $P < 0,001$). Desta forma, ser enfermeiro residente na Madeira relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as possibilidades de considerar a identidade/orientação sexual como os

problemas dos adolescentes de 10-14 anos relativamente ao corpo em 235,2%. Para os enfermeiros que residem no interior esta percentagem diminui para 34,5%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 3), a passagem da classe de referência “corpo” para a classe “afirmação social/outros” não é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes ($P=0,700$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P=0,313$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,448$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,394$); e é afectado significativamente pelo local de residência. Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem na Madeira apresentam maior probabilidade de considerarem a “afirmação social/outros” como os problemas dos adolescentes com 10-14 anos que os enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=1} = 1,223$; $OR=3,396$; $P < 0,001$). Desta forma, ser enfermeiro residente na Madeira relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as possibilidades de considerar a afirmação social/outros como os problemas dos adolescentes de 10-14 anos relativamente ao corpo em 239,6%. Ao contrário, os enfermeiros que residem no Interior apresentam maior probabilidade de considerarem o “corpo” como os problemas dos adolescentes com 10-14 anos que os enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=3} = -0,322$; $OR=0,725$; $P=0,027$). Desta forma, ser enfermeiro residente no Interior relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, reduz as possibilidades de considerar a afirmação social/outros como os problemas dos adolescentes de 10-14 anos relativamente ao corpo em 27,5%.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 78), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre os grandes problemas dos adolescentes com 15-19 anos é significativamente independente do hábito de lidar com adolescentes e da formação específica, quer para lidar com adolescentes, quer sobre sexualidade. Ao inverso vemos que a variável dependente não é significativamente independente do local de residência e da existência de filhos adolescentes; considerando os enfermeiros com filhos adolescentes que os problemas dos adolescentes com 15-19 anos são as relações com o sexo oposto, a orientação sexual e outros. Em relação ao local de residência, os enfermeiros da Madeira associam as suas respostas ao corpo e às relações com o sexo oposto; os enfermeiros que residem no Interior, à orientação sexual; os enfermeiros do Litoral, à identidade sexual e à afirmação social.

Tabela 78 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre os grandes problemas dos adolescentes com 15-19 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Grande Problemas dos Adolescentes com 15-19 anos na esfera da sexualidade							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Local de Residência							
Madeira	9,6%	69,9%	2,7%	8,2%	9,6%	0,0%	$\chi^2=44,221$; g.l.=15; P<0,01 **
Açores	10,5%	31,6%	15,8%	17,5%	24,6%	0,0%	
Interior	8,7%	48,0%	10,2%	11,6%	21,1%	0,4%	
Litoral	6,5%	48,1%	12,5%	7,0%	25,6%	0,4%	
Total	7,8%	48,4%	11,1%	9,5%	22,8%	0,3%	
• Filhos Adolescentes							
Sim	5,0%	51,4%	10,4%	9,8%	22,5%	0,8%	$\chi^2=12,765$; g.l.=5; P<0,05 *
Não	8,9%	47,2%	11,4%	9,4%	23,0%	0,2%	
Total	7,8%	48,4%	11,1%	9,5%	22,8%	0,3%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes							
Sim	7,4%	48,5%	11,2%	10,0%	22,6%	0,4%	$\chi^2=8,493$; g.l.=5; P=0,128 ns
Não	11,4%	48,0%	10,3%	5,1%	25,1%	0,0%	
Total	7,8%	48,4%	11,1%	9,5%	22,8%	0,3%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes							
Sim	6,8%	49,2%	14,7%	8,4%	20,5%	0,3%	$\chi^2=8,153$; g.l.=5; P=0,148 ns
Não	8,0%	48,2%	10,1%	9,8%	23,5%	0,4%	
Total	7,8%	48,4%	11,1%	9,5%	22,8%	0,3%	
• Formação Específica Para Lidar Sobre Sexualidade							
Sim	6,0%	47,2%	16,6%	9,5%	20,1%	0,5%	$\chi^2=7,862$; g.l.=5; P=0,161 ns
Não	8,0%	48,6%	10,4%	9,5%	23,2%	0,3%	
Total	7,8%	48,4%	11,1%	9,5%	22,8%	0,3%	

A – Corpo; B – Relações com o sexo oposto; C – Identidade sexual;
D – Orientação sexual; E – Afirmação social; F - Outros

A probabilidade da opinião dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes com 15-19 anos foi estimada a partir do local de residência, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial e probabilidade foi utilizada para estimar a opinião dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes com 15-19 anos (tabela 337 em anexo CLXIV) (1 – Corpo; 2 – Relações com o sexo oposto; 3 – Identidade/Orientação sexual; 4 – Afirmação social/Outros) em função do local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), existência de filhos adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), hábito de lidar com adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo

($G^2(21) = 53,514$; $P < 0,001$) para as categorias “corpo”, “identidade/orientação sexual” e “afirmação social/outros” relativamente à classe de referência “relações com o sexo oposto”.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “relações com o sexo oposto” para a classe “corpo” não é afectada significativamente pelo local de residência ($P > 0,06$ para todas as categorias), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P = 0,093$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P = 0,980$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P = 0,813$); mas é afectado significativamente pela existência de filhos adolescentes. Assim, os enfermeiros sem filhos adolescentes apresentam maior probabilidade de considerarem o “corpo” como os grandes problemas dos adolescentes com 15-19 anos comparativamente aos enfermeiros com filhos adolescentes ($b_{\text{FilhosAdol}=0} = 0,653$; $OR = 1,921$; $P = 0,006$). Logo, ser enfermeiro sem filhos adolescentes relativamente a ser enfermeiro com filhos adolescentes, aumenta as possibilidades de considerar o corpo como os problemas dos adolescentes de 15-19 anos relativamente às relações com o sexo oposto em 92,1%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “relações com o sexo oposto” para a classe “identidade/orientação sexual” não é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes ($P = 0,356$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P = 0,228$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P = 0,890$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P = 0,183$); mas é afectado significativamente pelo local de residência. No que diz respeito ao local de residência, os enfermeiros que residem na Madeira apresentam maior probabilidade de considerarem as “relações com o sexo oposto” como os problemas dos adolescentes com 15-19 anos comparativamente aos enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=1} = -0,933$; $OR = 0,394$; $P = 0,018$). Logo, ser enfermeiro residente na Madeira relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, reduz as chances de considerar a “identidade/orientação sexual” como os problemas dos adolescentes de 15-19 anos relativamente às relações com o sexo oposto em 60,6%. Sob outro prisma, vemos que os enfermeiros que residem nos Açores apresentam maior probabilidade de considerarem a “identidade/orientação sexual” como os grandes problemas dos adolescentes com 15-19 anos comparativamente aos enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=2} = 0,943$; $OR = 2,568$; $P = 0,006$). Logo, ser enfermeiro residente nos Açores relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as chances de considerar a “identidade/orientação sexual” como os problemas dos adolescentes de 15-19 anos relativamente às relações com o sexo oposto em 156,8%.

Tomando em consideração o modelo ajustado (Modelo 3), a passagem da classe de referência “relações com o sexo oposto” para a classe “afirmação social/outras” não é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes ($P=0,723$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P=0,664$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,354$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,909$); mas é afectado significativamente pelo local de residência. No que diz respeito ao local de residência, os enfermeiros que residem na Madeira apresentam maior probabilidade de considerarem as “relações com o sexo oposto” como os problemas dos adolescentes com 15-19 anos comparativamente aos enfermeiros residentes no Litoral ($b_{\text{Residência}=1} = -1,379$; $OR=0,252$; $P=0,001$). Logo, ser enfermeiro residente na Madeira relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, reduz as chances de considerar a “afirmação social/outras” como os problemas dos adolescentes de 15-19 anos relativamente às “relações com o sexo oposto” em 74,8%.

13.15 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE OS PROBLEMAS DOS ADOLESCENTES NA COMUNICAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Tabela 79 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre os problemas dos adolescentes na comunicação consigo mesmo

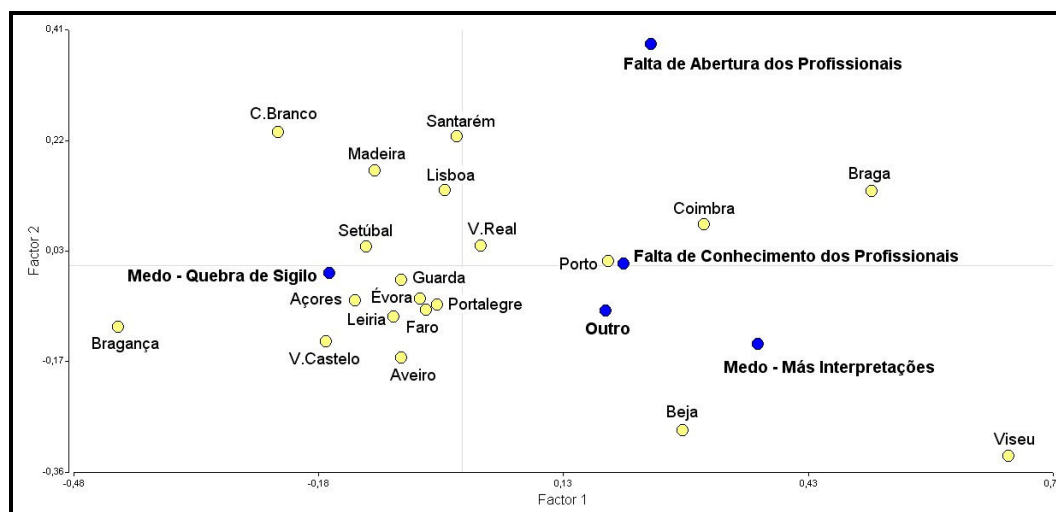
Quais pensa serem na esfera da sexualidade, os grande problemas na comunicação dos adolescentes com os profissionais de enfermagem?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Falta de abertura por parte dos profissionais	157	9,0%
Medo de serem mal interpretados	329	19,0%
Medo da quebra de sigilo	1119	64,5%
Falta de conhecimentos dos profissionais	117	6,7%
Outros	13	0,7%
Total	1735	100,0%

Observando a (tabela 79), vemos que a maior parte dos enfermeiros (64,5%) considera que os problemas dos adolescentes na comunicação com os profissionais de enfermagem são explicados pelo medo da quebra de sigilo, percentagem próxima da encontrada pelo autor no estudo realizado em (2002) onde (59,7%) dos inquiridos sugeriram a mesma resposta. Tal como sugerem Andrade Isabel (1996); Prazeres Vasco (1998 e 2003); Grande Nuno (1999); Marques António et al., (2000); Sampaio Daniel (2006), a descrição a confidencialidade e o sigilo são a porta de entrada no domínio dos sentimentos, para qualquer paciente/utente mas muito particularmente para o jovem adolescente.

É frequente os jovens evitarem a sua equipa de saúde por vergonha e receio da falta de confidencialidade. A confidencialidade é um dos mais importantes factores no processo

da promoção da saúde nesta área, pois é para os jovens motivo de condicionamento para recorrer ou não à consulta, obtendo informação sobre sexualidade e contraceção. É indispensável que todos os profissionais de saúde subscrevam e interiorizem esta forma de promoção, pelo que se torna necessário que o assunto seja lembrado em todas as reuniões. Sendo igualmente importante que adultos e jovens tenham acesso a esta forma de atendimento (Tilsley Lorraine; Serrão Daniel e Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Macpherson Ann, 2001, Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007). Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (76,42%) da variância (tabela 155 anexo CLXV).

Gráfico 63 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os problemas de comunicação dos adolescentes relativamente a eles mesmos segundo as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 63) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Beja, Porto, Coimbra, Braga e Vila Real associam os problemas de comunicação dos adolescentes com os próprios pela falta de abertura, falta de conhecimentos dos profissionais, medo de serem mal interpretados e outras razões, já os enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde são de opinião que o grande problema é o medo da quebra do sigilo.

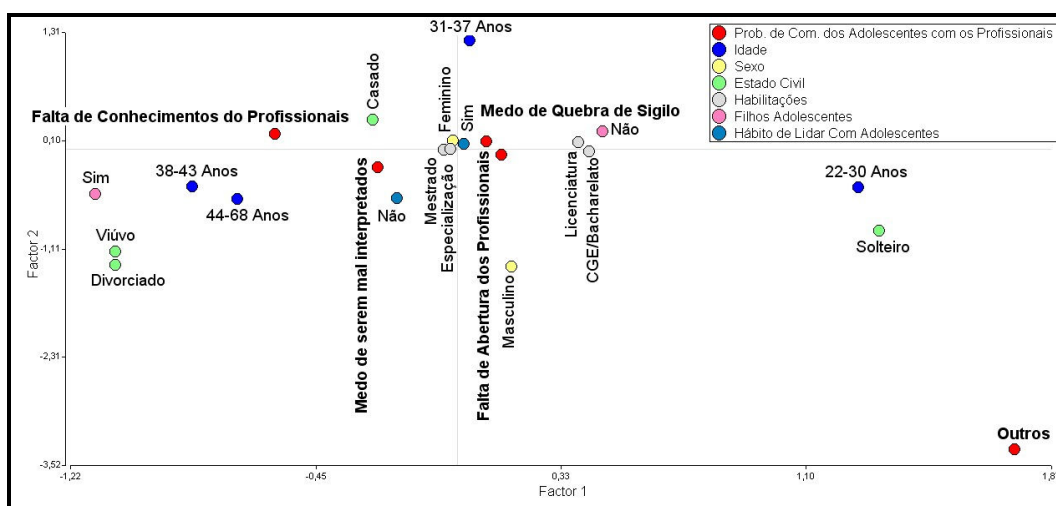
Separando a opinião dos inquiridos sobre quais os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os enfermeiros por Sub-regiões e Regiões de Saúde e aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=155,75$; g.l.=66; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=30,02$; g.l.=24; $P < 0,18$ ns), concluímos que a opinião destes acerca dos problemas não é significativamente independente da Sub-

região mas é significativamente independente da Região de Saúde de trabalho do enfermeiro.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (18,81%) da variância (tabela 338 anexo CLXVI).

Hipótese 21: A opinião dos enfermeiros sobre os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem é influenciada pela idade, sexo, estado civil, habilitações, ter filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes.

Gráfico 64 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre quais os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem segundo a idade, sexo, estado civil, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes



Com referência ao (gráfico 64), podemos observar com base no **factor 1** que os enfermeiros com mais de 38 anos, do sexo feminino, geralmente casados, divorciados ou viúvos, com filhos adolescentes e com mestrado e especialização, consideram preponderantemente que os problemas de comunicação dos adolescentes com os profissionais de enfermagem tem origem na falta de conhecimentos por parte dos profissionais e no medo de serem mal interpretados.

Por outro lado, os enfermeiros mais jovens, nomeadamente com 22-37 anos, geralmente solteiros, com o bacharelato e Licenciatura e com maior hábito de lidar com adolescentes, são da opinião que os problemas de comunicação dos jovens com os enfermeiros, fundamentam-se no medo da quebra do sigilo profissional e/ou na falta de abertura dos profissionais de enfermagem.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-Quadrado (tabela 339 anexo CLXVII), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre os problemas de

comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem é significativamente independente do estado civil e do hábito de lidar com adolescentes; enquanto que não é significativamente independente ($P < 0,05$) da idade, do sexo, das habilitações e da existência de filhos adolescentes.

A probabilidade dos problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais foi estimada a partir da idade, sexo, estado civil, habilitações, existência de filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade da opinião dos inquiridos sobre quais os problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem (– Falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo/Outros; 2 – Medo de serem mal interpretados; 3 – Falta de conhecimentos por parte dos profissionais para poderem falar livremente do assunto) em função da idade (1 – 22-30 anos; 2 – 31-37 anos; 3 – 38-43 anos; 4 – 44-68 anos), sexo (0 – Feminino; 1 – Masculino), estado civil (1 – Solteiro; 2 – Casado; 3 – Divorciado, 4 – Viúvo), habilitações literárias (1 – Bacharelato/CGE, 2 – Licenciatura, 3 – Especialidade; 4 – Mestrado), existência de filhos adolescentes (0-Não, 1-Sim), hábito de lidar com adolescentes (0-Não, 1-Sim). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(24) = 57,921$; $P < 0,001$) para o “medo de serem mal interpretados” e para “falta de conhecimentos por parte dos profissionais para poderem falar livremente do assunto” relativamente à classe de referência “falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo/Outros” (tabela 80).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo/Outros” para a classe “medo de serem mal interpretados” não é afectada significativamente pela idade ($P > 0,22$ para todas as categorias), nem pelo sexo ($P = 0,307$), nem pelo estado civil ($P > 0,26$ em todas as categorias), nem pelas habilitações ($P > 0,77$ em todas as categorias), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P = 0,691$); mas é afectado significativamente pela existência de filhos adolescentes. Assim, os enfermeiros sem filhos adolescentes apresentam maior probabilidade de considerarem a “falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo” como os problemas de comunicação dos adolescentes que os enfermeiros com filhos adolescentes ($b_{\text{FilhosAdol}=0} = -0,425$; $OR = 0,654$; $P = 0,006$). Logo, ser enfermeiro sem filhos adolescentes relativamente a ser enfermeiro com filhos adolescentes, reduz as chances de considerar o “medo de serem mal

interpretados” como os problemas de comunicação, relativamente à falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo em 34,6%.

Tabela 80 – Regressão multinomial relativa à opinião dos inquiridos sobre os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem em função da idade, sexo, estado civil, habilitações, existência de filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes

VD – Quais são os na opinião dos inquiridos os grande problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem								
Sexo / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Medo de serem mal interpretados (Modelo 1)	Intercepção	-1,566	1,038	2,277	1	0,131	-----	-----
	Idade=1	-0,263	0,216	1,482	1	0,223	0,769	0,503-1,174
	Idade=2	0,079	0,184	0,183	1	0,669	1,082	0,755-1,551
	Idade=3	-0,222	0,184	1,458	1	0,227	0,801	0,558-1,149
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Sexo=0	-0,246	0,241	1,042	1	0,307	0,782	0,488-1,254
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	E.Civil=1	0,880	0,782	1,266	1	0,260	2,410	0,521
	E.Civil=2	0,701	0,767	0,835	1	0,361	2,015	0,449
	E.Civil=3	0,893	0,808	1,220	1	0,269	2,442	0,501
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habilitações=1	0,019	0,668	0,001	1	0,977	1,019	0,275
	Habilitações=2	0,096	0,667	0,021	1	0,886	1,101	0,298
	Habilitações=3	0,196	0,670	0,085	1	0,770	1,216	0,327
	Habilitações=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhoAdo=0	-0,425	0,154	7,574	1	0,006	0,654	0,483
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdo=0	-0,083	0,210	0,158	1	0,691	0,920	0,610
	HabLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Falta de conhecimentos dos profissionais (Modelo 2)	Intercepção	-1,082	1,287	0,707	1	0,400	-----	-----
	Idade=1	-0,554	0,387	2,048	1	0,152	0,575	0,269-1,227
	Idade=2	0,298	0,294	1,029	1	0,310	1,348	0,757-2,399
	Idade=3	0,298	0,278	1,149	1	0,284	1,348	0,781-2,325
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Sexo=0	-0,807	0,317	6,476	1	0,011	0,446	0,240-0,831
	Sexo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	E.Civil=1	0,169	1,097	0,024	1	0,878	1,184	0,138-10,164
	E.Civil=2	0,415	1,056	0,154	1	0,694	1,515	0,191-12,004
	E.Civil=3	0,551	1,122	0,241	1	0,623	1,736	0,192-15,664
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habilitações=1	-1,658	0,703	5,557	1	0,018	0,190	0,048-0,756
	Habilitações=2	-1,007	0,686	2,155	1	0,142	0,365	0,095-1,401
	Habilitações=3	-0,527	0,683	0,595	1	0,440	0,590	0,155-2,252
	Habilitações=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhoAdo=0	0,067	0,237	0,079	1	0,778	1,069	0,671-1,703
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdo=0	-0,205	0,349	0,347	1	0,556	0,814	0,411-1,613
	HabLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo/Outros” para a classe “falta de conhecimentos dos profissionais” não é afectada significativamente pela idade ($P > 0,15$ para todas as categorias), nem pelo estado civil ($P > 0,62$ em todas as categorias), nem pela existência de filhos adolescentes ($P = 0,778$); nem pelo hábito de

lidar com adolescentes ($P=556$); mas é afectado significativamente pelo sexo e pelas habilitações literárias. Assim, os enfermeiros do sexo feminino apresentam maior probabilidade de considerarem a “falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo” como os problemas de comunicação dos adolescentes que os enfermeiros do sexo masculino ($b_{\text{Sexo}=0} = -0,807$; $OR=0,446$; $P=0,011$). Logo, ser enfermeiro do sexo feminino relativamente a ser enfermeiro do sexo masculino, reduz as possibilidades de considerar a “falta de conhecimentos dos profissionais” como os problemas de comunicação dos adolescentes relativamente à falta de abertura por parte dos profissionais de enfermagem/Medo de quebra de sigilo em 55,4%. No que diz respeito às habilitações, os enfermeiros com o bacharelato / CGE apresentam maior probabilidade de considerarem a “falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo” como os problemas de comunicação dos adolescentes que os enfermeiros com mestrado ($b_{\text{Habilitações}=0} = -1,658$; $OR=0,190$; $P=0,018$). Logo, ser enfermeiro com bacharelato / CGE relativamente a ser enfermeiro com mestrado, reduz as chances de considerar a “falta de conhecimentos dos profissionais” como os problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem relativamente à falta de abertura por parte dos profissionais/Medo de quebra de sigilo em 81,0%.

13.16 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS REACÇÕES HABITUAIS DOS ADOLESCENTES FACE AOS SEUS PROBLEMAS DE ÍNDOLE SEXUAL

Tabela 81 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual

Como é que pensa que habitualmente os adolescentes lidam com os seus problemas de índole sexual?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Isolam-se	236	13,6%
Recorrem ao grupo	1340	77,2%
Aconselham-se com técnicos de saúde	88	5,1%
Recorrem aos pais	9	0,5%
Recorrem a irmãos mais velhos	57	3,3%
Outros	5	0,3%
Total	1735	100,0%

Dos enfermeiros inquiridos (13,6%) referem que os adolescentes se isolam quando têm problemas desta índole (tabela 81).

Contudo a maior parte dos enfermeiros (77,2%), considera que os adolescentes recorrem habitualmente ao grupo como estratégia de reacção aos seus problemas de índole sexual, o que vem de encontro ao estudo levado a cabo pelo autor em (2002) em que os

inquiridos eram da mesma opinião em (79,2%) dos casos. Porque somos seres sociais, vinculados a condicionantes da envolvente, sendo que a adolescência é um dos expoentes máximos desta realidade, basta pensar na importância central do grupo de amigos neste estágio (Carvalho Teresa, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007). É na adolescência que se assiste a alterações profundas quanto à importância relativa da família e dos grupos de pertença. O grupo de pares ganha uma importância e influência acrescida face às figuras parentais (Frade Alice et al.; Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Silva e Silva (1997) sustentam que, os objectos do mundo exterior, os pares e os amigos têm um papel importante para reforçar as defesas ou sancionar comportamentos inaceitáveis. O grupo permite um jogo de identificações e partilha de segredos experienciais que são indispensáveis para o desenvolvimento da personalidade. Para a formação da identidade vários factores contribuem. É de realçar o papel da sociedade em que o adolescente está inserido e dentro desta a relação que o adolescente estabelece com o grupo de pares. Paralelamente, começam a surgir novidades ao nível dos grupos. A predominância dos grupos monossexuais, isto é, formados por jovens do mesmo sexo começa a esbater-se com o aparecimento de grupos heterossexuais. Este facto é extremamente importante para o desenvolvimento de determinadas capacidades psicológicas necessárias à intimidade. Para isso, contribuem factores como, o surgir de novos espaços e a possibilidade de convivência entre os dois sexos (Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a (68,02%) da variância (tabela 157 anexo CLXIX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 76 anexo CLXX) permite deduzir as seguintes considerações; através da observação do **factor 1**, vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Viana do Castelo, Évora e Açores referem com maior tendência que os adolescentes se isolam como forma de responder aos problemas de índole sexual; os enfermeiros de Castelo Branco, Faro, Portalegre, Coimbra e Leiria dizem que os adolescentes pedem aconselhamento aos técnicos de saúde ou recorrem aos irmãos mais velhos, já os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde associam a resposta dos adolescentes à recorrência ao grupo.

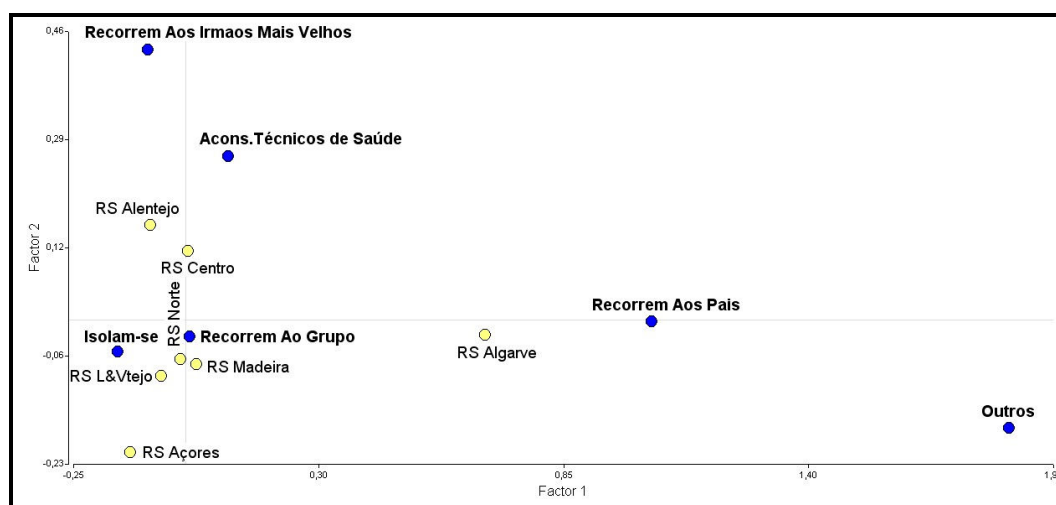
O **factor 2** relaciona a opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Faro ao recurso aos pais ou através de outras fontes de informação.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (83,15%) da variância (tabela 158 anexo CLXVIII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 65) permite deduzir as seguintes associações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve, consideram que os adolescentes recorrem preferencialmente aos pais e a outras fontes de informação, já os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e Alentejo, são de opinião que os adolescentes recorrem mais aos irmãos mais velhos e ao aconselhamento com técnicos de saúde, os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores e Lisboa e Vale do Tejo sugerem que os adolescentes se isolam, já os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde do Norte, Madeira e Lisboa e Vale do Tejo consideram que os adolescentes recorrem mais ao grupo de pares.

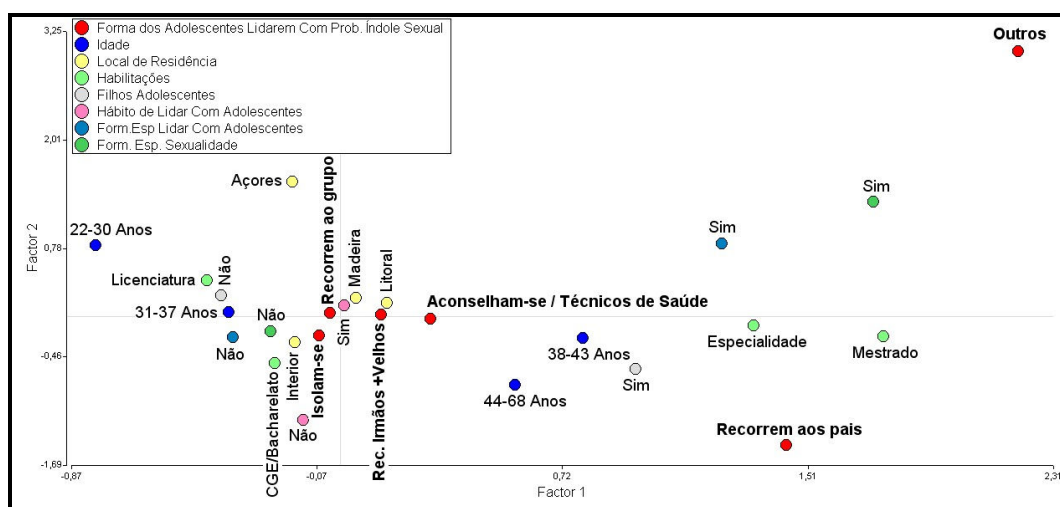
Comparando as opiniões dos enfermeiros sobre as estratégias de reacção dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual por Sub-região e Região de Saúde de trabalho, com recurso ao teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=159,02$; g.l.=95; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=62,59$; g.l.=30; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre as estratégias de reacção dos adolescentes face aos problemas de índole sexual não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde. Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (19,53%) da variância (tabela 341 anexo CLXXI).

Gráfico 65 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde



Hipótese 22: A opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes lidam com os seus problemas de índole sexual é influenciada pela idade, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, hábito de lidar e ter formação específica para lidar com adolescentes e ter formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 66 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes habitualmente lidam com os seus problemas de índole sexual segundo a idade, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, ter o hábito de lidar com adolescentes, possuir formação específica para lidar com adolescentes e possuir formação específica sobre sexualidade



Com referência ao (gráfico 66), podemos observar que os enfermeiros com mais de 38 anos, com filhos adolescentes, com especialidade ou mestrado, com hábito de lidar com adolescentes e com formação específica sobre sexualidade ou para lidar com adolescentes consideram preponderantemente que a forma dos adolescentes habitualmente lidarem com os seus problemas de índole sexual é a recorrência aos pais, aos técnicos de saúde ou aos irmãos mais velhos. Ao inverso, os enfermeiros com menos de 38 anos, com licenciatura ou abaixo da licenciatura, sem formação específica para lidar com adolescentes ou sobre sexualidade têm maior propensão para dizer que os adolescentes se isolam ou recorrem ao grupo.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 342 anexo CLXXII), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a forma dos adolescentes habitualmente lidarem com os seus problemas de índole sexual é significativamente independente do local de residência, das habilitações, da existência de filhos adolescentes e do hábito de lidar com adolescentes. Ao contrário, como $P < 0,05$, concluímos que a forma dos adolescentes habitualmente lidarem com os seus problemas de índole sexual não é significativamente independente da idade, formação específica

para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade. Em relação à idade, os enfermeiros com 22-37 anos de idade consideram sobretudo que os adolescentes recorrem ao grupo, enquanto que os enfermeiros com 38-68 anos afirmam que se isolam ou recorrem a técnicos de saúde, aos pais ou outros. No que diz respeito à formação específica sobre sexualidade, os enfermeiros com formação nesta área consideram que os adolescentes se isolam ou recorrem a técnicos de saúde ou aos irmãos mais velhos, enquanto que os enfermeiros sem formação sobre sexualidade consideram preferencialmente que os adolescentes recorrem ao grupo ou aos pais.

A probabilidade de cada uma das formas dos adolescentes lidarem com os seus problemas de índole sexual foi estimada a partir da idade, local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade de cada uma das formas dos adolescentes lidarem com os seus problemas de índole sexual (1 – Isolam-se; 2 – Recorrem ao grupo; 3 – Recorrem aos técnicos de saúde/pais/outros) em função da idade, local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), habilitações (1 – Bacharelato/CGE; 2 – Licenciatura; 3 – Especialização/Mestrado), existência de filhos adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), hábito de lidar com adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(18) = 31,393$; $P = 0,026^*$) para o “recorrem ao grupo” e para “recorrem aos técnicos de saúde/pais/outros” relativamente à classe de referência “isolam-se” são apresentada na (tabela 82).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “isolam-se” para a classe “recorrem ao grupo” não é afectada significativamente pelo local de residência ($P > 0,31$ em todos os locais de residência), nem pela existência de filhos adolescentes ($b_{\text{FilhoAdo}=0} = -0,132$; $P = 0,435$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($b_{\text{HabLidAdo}=0} = -0,183$; $P = 0,417$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($b_{\text{FormLidAdo}=0} = -0,123$; $P = 0,568$) e nem pela formação específica sobre sexualidade ($b_{\text{FormSex}=0} = +0,371$; $P = 0,160$); mas é afectado significativamente pelo idade e o hábito dos enfermeiros lidarem habitualmente com adolescentes.

Contudo a probabilidade de passar da classe de referência “1-Isolam-se” para a classe “2-Recorrem ao grupo” é afectada significativamente pela idade ($b_{\text{idade}} = -0,026$; $OR = 0,974$; $P = 0,001^{**}$). O rácio de chances de passar da classe “1-Isolam-se” para a

classe “2-Recorrem ao grupo” é de 0,974, isto é por cada ano de idade dos enfermeiros, as chances de considerar que os adolescentes recorrem ao grupo decrescem 2,6%. Relativamente às habilitações, os enfermeiros com licenciatura ou menos apresentam menor probabilidade de considerarem que os adolescentes recorrem ao grupo do que os enfermeiros com especialidade ou mestrado ($b_{\text{HabilitDuo}=0} = -0,465$; $OR=0,628$; $P=0,026^*$). Desta forma, ser enfermeiro com licenciatura, bacharelato ou CGE relativamente a ser enfermeiro com especialidade ou mestrado, reduz as chances de considerar que os adolescentes recorrem ao grupo relativamente ao facto de se isolarem em 37,2%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “isolam-se” para a classe “recorrem aos técnicos de saúde” não é afectada significativamente por nenhuma das variáveis independentes ($P(s)>0,05$).

Tabela 82 – Regressão multinomial sobre a opinião dos inquiridos relativamente à forma dos adolescentes lidarem habitualmente com os seus problemas de índole sexual segundo a idade, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Como é que habitualmente os adolescentes lidam com os seus problemas de índole sexual?								
Forma de Lidar / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Recorrem ao grupo (Modelo 1)	Intercepção	3,075	0,451	46,490	1	0,000		
	Idade	-0,026	0,008	10,361	1	0,001	0,974	0,959-0,990
	Residência=1	-0,346	0,351	0,969	1	0,325	0,708	0,356-1,408
	Residência=2	-0,285	0,382	0,556	1	0,456	0,752	0,355-1,591
	Residência=3	-0,152	0,150	1,025	1	0,311	0,859	0,641-1,153
	Residência=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabilitDuo=1	-0,465	0,209	4,948	1	0,026	0,628	0,417-0,946
	HabilitDuo=2	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhoAdo=0	-0,132	0,169	0,610	1	0,435	0,877	0,630-1,220
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdo=0	-0,183	0,225	0,658	1	0,417	0,833	0,536-1,295
	HabLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,123	0,216	0,326	1	0,568	0,884	0,579-1,349
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Recorrem aos profissionais de Saúde / Pais / Outros (Modelo 2)	FormSex=0	0,371	0,264	1,973	1	0,160	1,450	0,863-2,435
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Intercepção	0,660	0,641	1,062	1	0,303		
	Idade	-0,008	0,012	0,492	1	0,483	0,992	0,969-1,015
	Residência=1	-0,494	0,534	0,855	1	0,355	0,610	0,214-1,738
	Residência=2	-2,050	1,066	3,697	1	0,055	0,129	0,016-1,040
	Residência=3	-0,338	0,215	2,467	1	0,116	0,713	0,468-1,087
	Residência=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabilitDuo=0	-0,276	0,290	0,907	1	0,341	0,759	0,430-1,340
	HabilitDuo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhoAdo=0	-0,295	0,238	1,541	1	0,214	0,744	0,467-1,186
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdo=0	-0,006	0,325	0,000	1	0,986	0,994	0,525-1,882
	HabLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,432	0,294	2,163	1	0,141	0,649	0,365-1,155
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,272	0,364	0,557	1	0,455	1,312	0,643-2,676
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

13.17 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DE COMO OS ADOLESCENTES PENSAM SOBRE A SUA SEXUALIDADE

Tabela 83 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros acerca da forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade

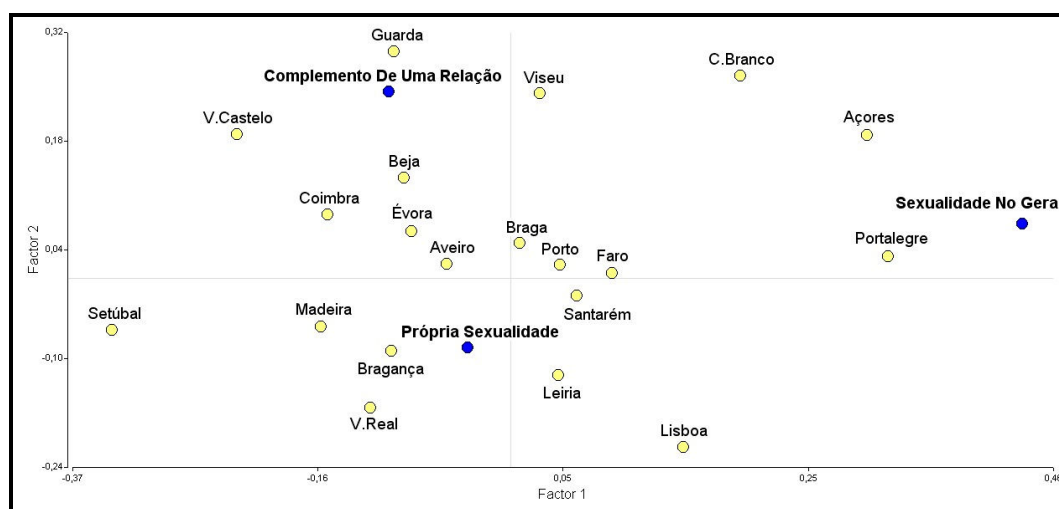
Quando os adolescentes pensam na sexualidade é?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Fundamentalmente a sua própria sexualidade	1165	67,1%
Fundamentalmente a sexualidade no geral	186	10,7%
A sexualidade como complemento de uma relação	380	21,9%
Outras	4	0,2%
Total	1735	100,0%

Dos enfermeiros que participaram no estudo (21,9%) sugerem que os adolescentes pensam a sexualidade como o complemento de uma relação (tabela 83).

Modalmente, (67,1%) dos enfermeiros são de opinião que quando os adolescentes pensam na sexualidade, pensam fundamentalmente na sua própria sexualidade, também (54,4%) dos inquiridos pelo autor em (2002) tinham o mesmo tipo de opinião. Ao contrário das fases anteriores, a grande maioria das dúvidas já não se expressam sobre a sexualidade na sua generalidade, mas especialmente sobre a sua própria sexualidade (Ministério da Saúde, 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 160 anexo CLXXIII).

Gráfico 67 – Análise de Correspondências Simples acerca da opinião dos enfermeiros sobre da forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 67) permite deduzir as seguintes associações; com base no **factor 1** podemos dizer que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Açores e Portalegre consideram predominantemente que os adolescentes pensam fundamentalmente a sexualidade no geral.

Com base no **factor 2** vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Leiria, Vila Real, Bragança, Madeira, Santarém e Setúbal consideram que os jovens pensam fundamentalmente a sua própria sexualidade, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Évora, Coimbra, Beja, Viseu, Viana do Castelo e Guarda, são de opinião que os jovens veem a sexualidade como complemento de uma relação.

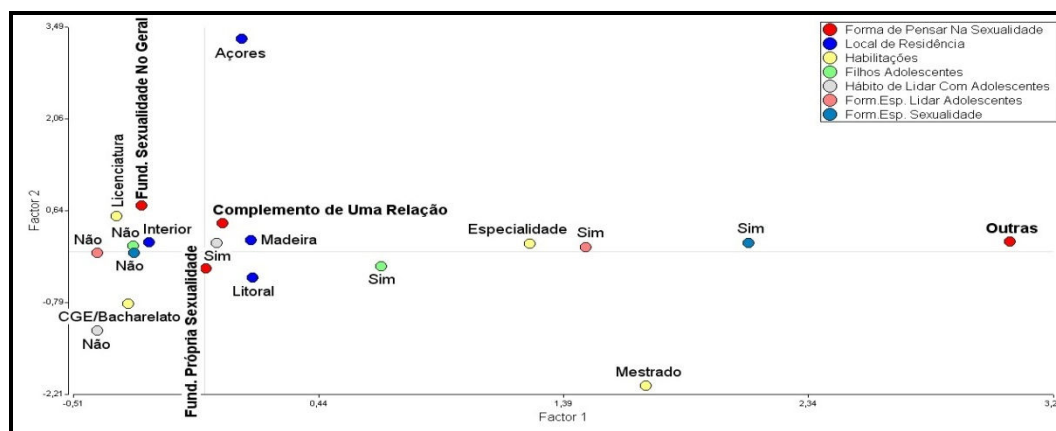
Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 161 anexo CLXXIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 79 anexo CLXXV) permite deduzir as seguintes associações; os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Algarve e Alentejo dizem preferencialmente que os jovens pensam a sexualidade no geral, os enfermeiros da Região de Saúde do Centro sugerem que os jovens pensam a sexualidade como o complemento de uma relação e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Madeira e Lisboa e Vale do Tejo sugerem que os jovens pensam na sua própria sexualidade.

Associando a opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes pensam na sexualidade segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=73,25$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=22,89$; g.l.=12; $P < 0,05^*$), concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes pensam na sexualidade não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde trabalham. Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (23,55%) da variância (tabela 344 anexo CLXXVI).

Hipótese 23: A opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade é influenciada pelo local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 68 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade em função do local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade



Com referência ao (gráfico 68) e com base no **factor 1**, podemos observar que os enfermeiros com especialidade ou mestrado, com filhos adolescentes, com formação específica para lidar com adolescentes e com formação específica sobre sexualidade associam a forma como os adolescentes pensam na sua sexualidade, ao complemento de uma relação ou a sua própria sexualidade ou a outras formas.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 84), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a forma os adolescentes pensam na sua sexualidade é significativamente independente das habilitações, da existência de filhos adolescentes, do hábito de lidar com adolescentes e da formação específica sobre sexualidade. Ao contrário, como $P < 0,05$, concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes pensam a sua sexualidade, não é significativamente independente do local de residência e da formação específica para lidar com adolescentes. Em relação ao local de residência, vemos que os enfermeiros que residem na Madeira e no Litoral consideram sobretudo que os adolescentes pensam na sua própria sexualidade; enquanto que os enfermeiros que residem nos Açores sugerem tendencialmente que os adolescentes pensam a sexualidade no geral e na sexualidade como o complemento de uma relação. Quanto à formação específica para lidar com adolescentes, vemos que os enfermeiros com formação associam mais a sexualidade dos jovens a um complemento de uma relação, enquanto que os enfermeiros sem formação apontam preferencialmente a sexualidade no geral e a sua própria sexualidade. A probabilidade da opinião dos inquiridos sobre a forma dos adolescentes pensarem a sexualidade foi estimada a partir do local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com

adolescentes e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade da opinião dos enfermeiros sobre a forma dos adolescentes pensarem sobre a sexualidade (1 – Fundamentalmente da sua própria sexualidade; 2 – Fundamentalmente a sexualidade geral; 3 – A sexualidade como complemento de uma relação) em função do local de residência (1 – Madeira; 2 – Açores; 3 – Interior, 4 – Litoral), existência de filhos adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), hábito de lidar com adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(20) = 36,316$; $P = 0,014$) para a “sexualidade geral” e para “a sexualidade como complemento de uma relação” relativamente à classe de referência “sua própria sexualidade” é apresentada na (tabela 85).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “1-sua própria sexualidade” para a classe “2-sexualidade no geral” não é afectada significativamente pelas habilitações ($P > 0,58$ em todas as habilitações), nem pela existência de filhos adolescentes ($P = 0,879$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P = 0,525$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P = 0,720$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P = 0,081$); mas é afectada significativamente pelo local de residência.

Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem nos Açores apresentam maior probabilidade de considerarem que os adolescentes veem a sexualidade no geral do que os enfermeiros que residem no Litoral ($b_{\text{Residência}=2} = 1,115$; $OR = 3,051$; $P = 0,002$).

Tabela 84 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes pensam a sexualidade, o local de residência, as habilitações, existência de filhos adolescentes, a formação específica para lidar com adolescentes e a formação específica sobre sexualidade

VD – Quando os adolescentes pensam na sexualidade é?					
Variáveis Independentes	A	B	C	D	Testes
• Local de Residência					
Madeira	72,6%	5,5%	21,9%	0,0%	$\chi^2=19,395$; g.l.=9; P<0,05*
Açores	54,4%	21,1%	24,6%	0,0%	
Interior	64,1%	11,9%	23,9%	0,1%	
Litoral	70,7%	9,2%	19,7%	0,4%	
Total	67,1%	10,7%	21,9%	0,2%	
• Habilitações					
CGE & Bacharelato	66,6%	10,9%	22,5%	0,0%	$\chi^2=9,426$; g.l.=9; P=0,338 ns
Licenciatura	67,2%	10,5%	22,1%	0,1%	
Especialidade	67,7%	11,2%	20,2%	0,9%	
Mestrado	70,6%	5,9%	23,5%	0,0%	
Total	67,1%	10,7%	21,9%	0,2%	
• Filhos Adolescentes					
Sim	69,1%	11,0%	19,3%	0,6%	$\chi^2=6,842$; g.l.=3; P=0,073 ns
Não	66,4%	10,6%	23,0%	0,1%	
Total	67,1%	10,7%	21,9%	0,2%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes					
Sim	66,5%	10,8%	22,4%	0,3%	$\chi^2=3,349$; g.l.=3; P=0,292 ns
Não	72,6%	10,3%	17,1%	0,0%	
Total	67,1%	10,7%	21,9%	0,2%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes					
Sim	65,5%	8,4%	25,3%	0,8%	$\chi^2=11,693$; g.l.=3; P<0,01 **
Não	67,6%	11,4%	21,0%	0,1%	
Total	67,1%	10,7%	21,9%	0,2%	
• Formação Específica sobre Sexualidade					
Sim	66,8%	6,0%	26,6%	0,5%	$\chi^2=7,634$; g.l.=3; P=0,061 ns
Não	67,2%	11,3%	21,3%	0,2%	
Total	67,1%	10,7%	21,9%	0,2%	

A – Fundamentalmente da sua própria sexualidade; B – Fundamentalmente a sexualidade no geral; C – A sexualidade como complemento de uma relação; D – Outras

Desta forma, ser enfermeiro residente nos Açores relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as chances de considerarem que os adolescentes veem a sexualidade no geral relativamente à sua própria sexualidade em 205,1%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “1-sua própria sexualidade” para a classe “3-sexualidade como complemento de uma relação” não é afectada significativamente pelas habilitações (P>0,75 em todos as habilitações), nem pela existência de filhos adolescentes (P=0,101), nem pelo hábito de lidar com adolescentes (P=0,124), nem pela formação específica para lidar com adolescentes (P=0,154), nem pela formação específica sobre sexualidade (P=0,369); mas é afectada significativamente pelo local de residência.

Tabela 85 – Regressão Multinomial da opinião dos enfermeiros inquiridos acerca de como os adolescentes pensam a sexualidade em função do local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e a formação específica sobre sexualidade

VD – Quando os adolescentes pensam na sexualidade é:								
Forma de Pensar / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Sexualidade no geral (Modelo 1)	Intercepção	-3,050	1,080	7,978	1	0,005		
	Residência=1	-0,600	0,535	1,256	1	0,262	0,549	0,192-1,567
	Residência=2	1,115	0,368	9,203	1	0,002	3,051	1,484-6,273
	Residência=3	0,320	0,168	3,641	1	0,056	1,378	0,991-1,914
	Residência=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Habilitações=1	0,481	1,059	0,206	1	0,650	1,617	0,203-12,882
	Habilitações=2	0,358	1,057	0,114	1	0,735	1,430	0,180-11,363
	Habilitações=3	0,576	1,061	0,294	1	0,587	1,779	0,222-14,236
	Habilitações=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhoAdo=0	-0,028	0,181	0,023	1	0,879	0,973	0,683-1,386
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdo=0	-0,170	0,268	0,404	1	0,525	0,844	0,499-1,426
	HabLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	0,085	0,237	0,129	1	0,720	1,089	0,684-1,733
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	0,616	0,353	3,038	1	0,081	1,851	0,926-3,701
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
Sexualidade como complemento de uma relação (Modelo 2)	Intercepção	-1,039	0,595	3,047	1	0,081		
	Residência=1	0,131	0,302	0,187	1	0,665	1,139	0,631-2,058
	Residência=2	0,500	0,338	2,184	1	0,139	1,648	0,850-3,198
	Residência=3	0,337	0,125	7,215	1	0,007	1,400	1,095-1,790
	Residência=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	Habilitações=1	0,024	0,597	0,002	1	0,968	1,024	0,318-3,302
	Habilitações=2	-0,049	0,595	0,007	1	0,935	0,952	0,297-3,059
	Habilitações=3	-0,187	0,599	0,097	1	0,755	0,829	0,256-2,685
	Habilitações=4	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhoAdo=0	0,230	0,140	2,688	1	0,101	1,258	0,956-1,657
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdo=0	-0,330	0,214	2,369	1	0,124	0,719	0,473-1,094
	HabLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	-0,239	0,168	2,030	1	0,154	0,787	0,567-1,094
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	-0,189	0,211	0,806	1	0,369	0,828	0,547-1,251
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----

Relativamente ao local de residência, os enfermeiros que residem no Interior apresentam maior probabilidade de considerarem a sexualidade como complemento de uma relação do que os enfermeiros que residem no Litoral ($b_{\text{Residência}=3} = 0,337$; OR=1,400; P=0,007). Desta forma, ser enfermeiro residente no Interior relativamente a ser enfermeiro residente no Litoral, aumenta as *chances* de considerarem que os adolescentes vêm a sexualidade como complemento de uma relação relativamente à sua própria sexualidade em 140,0%.

13.18 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A FORMA COMO OS ADOLESCENTES VÊM A SUA SEXUALIDADE

Tabela 86 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes vêem a sua sexualidade

Como é que acha que os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Forma de afirmação social	432	24,9%
Símbolo de virilidade	126	7,3%
Sinal de maturação sexual	452	26,1%
Forma de integração no grupo	713	41,1%
Outra	12	0,7%
Total	1735	100,0%

Dos inquiridos que fizeram parte do estudo, 26,1% consideram que os adolescentes veem a sexualidade como um sinal de maturação social, (24,9%) como uma forma de afirmação social; 7,3% como um símbolo de virilidade (tabela 86).

Há contudo (41,1%) dos enfermeiros que são de opinião que os adolescentes vêem hoje a sexualidade como uma forma de integração no grupo; em (2002) o autor encontrou 30,9% dos inquiridos no seu estudo com o mesmo tipo de opinião. O grupo exerce nesta altura do ciclo vital uma força imensa sobre os jovens adolescentes. O aumento da influência do grupo de pares em relação aos familiares é uma realidade. Este facto apesar de necessário e natural, pode constituir um foco gerador de conflitos entre ambas as partes (Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Bastos, 2001; Sampaio Daniel, 2006 Crawford Marta et al., 2007; Vaz J. Machado et al., 2007).

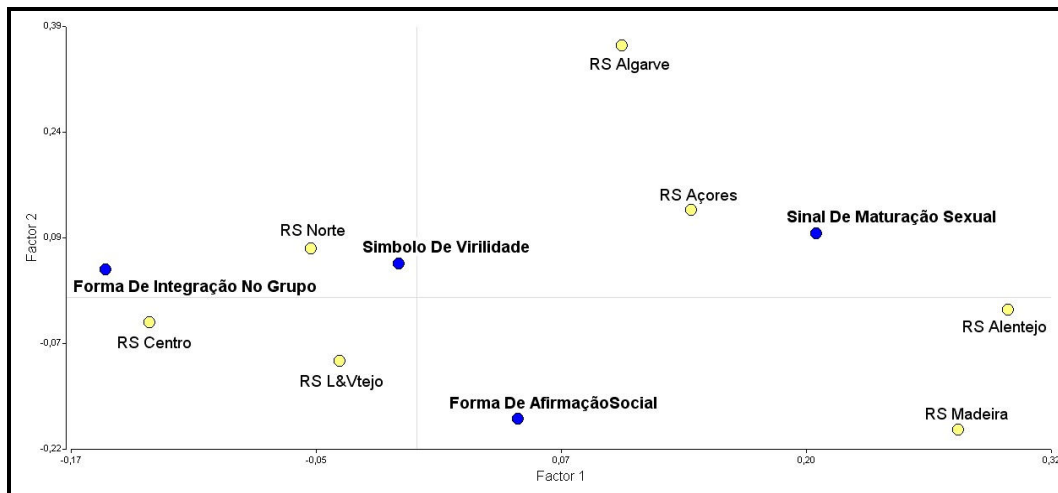
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a (85,05%) da variância (tabela 163 anexo CLXXII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 80 anexo CLXXVIII) permite deduzir as seguintes associações; com base no **factor 1** podemos dizer que os enfermeiros das Sub-regiões de Leiria, Santarém, Bragança, Guarda e Vila Real consideram preferencialmente que os adolescentes vêem a sexualidade como uma forma de integração no grupo, já os enfermeiros de Viana do Castelo, Açores, Viseu, Faro, Évora, Braga e Portalegre associam predominantemente a sua opinião aos adolescentes que vêem a sexualidade sobretudo como um símbolo de virilidade e/ou um sinal de maturação sexual.

Com base no **factor 2** vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Aveiro, Coimbra, Setúbal, Castelo Branco, Beja e Madeira consideram preferencialmente que os adolescentes vêem a sexualidade como uma forma de afirmação social.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a (88,02%) da variância (tabela 164 anexo CLXXXI).

Gráfico 69 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes encaram a sua sexualidade segundo as Regiões de Saúde



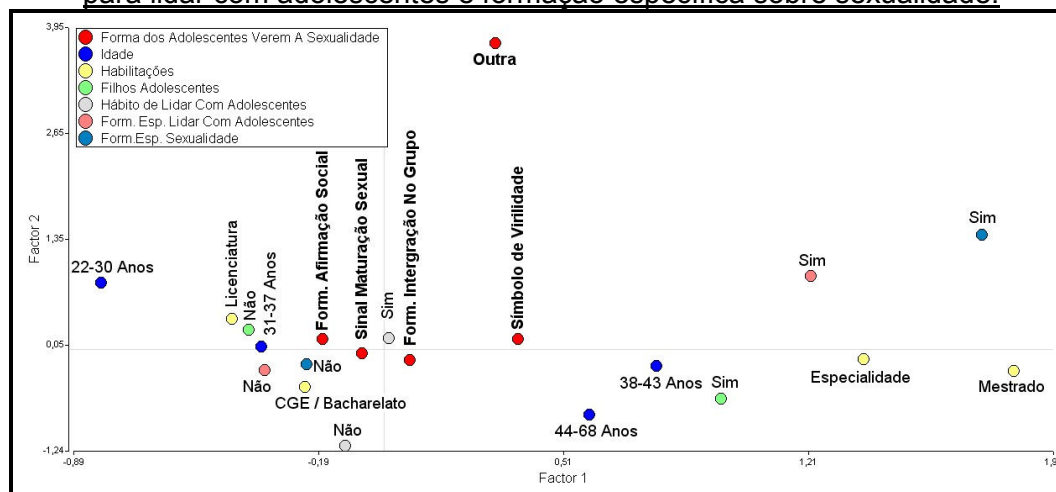
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 69) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo consideram que os adolescentes vêem a sexualidade como forma de integração no grupo e/ou um símbolo de virilidade, os enfermeiros do Algarve e dos Açores, associam sobretudo a um sinal de maturação sexual; e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo e Madeira relacionam com a uma forma de afirmação social.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a forma como consideram que os jovens vêem a sexualidade por Sub-regiões e Regiões de Saúde com base na aplicação o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=136,55$; g.l.=57; $P<0,001^{***}$) e ($\chi^2=63,53$; g.l.=18; $P<0,001^{***}$), concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre esta temática não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (24,82%) da variância (tabela 347 anexo CLXXIX).

Hipótese 24: A opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes vêem a sua sexualidade é influenciada pela idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, ter o hábito de lidar com adolescentes, ter formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Gráfico 70 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes vêem a sua sexualidade em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.



Com base no (gráfico 70), podemos observar que os enfermeiros com 38 ou mais anos, com filhos adolescentes, com especialidade ou mestrado, com formação específica para lidar com adolescentes e com formação específica sobre sexualidade consideram mais preponderantemente que os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade como uma forma de integração no grupo ou como um símbolo de virilidade. Ao inverso, os enfermeiros com menos de 38 anos, sem filhos adolescentes, com licenciatura ou inferior, sem formação específica para lidar com adolescentes e sem formação específica sobre sexualidade consideram preferencialmente que os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade como uma forma de afirmação social ou como um sinal de maturação sexual.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 87), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade é significativamente independente, da existência de filhos adolescentes e do hábito de lidar com adolescentes. Ao contrário, como $P < 0,05$, concluímos que a forma como os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade não é significativamente independente da idade dos enfermeiros, das habilitações académicas, da formação específica para lidar com adolescentes e da formação específica sobre sexualidade. Em relação à idade vemos que os enfermeiros com menos de 38 anos se associam à ideia que os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade como uma forma de afirmação social ou como um sinal de maturação sexual; enquanto que os enfermeiros com mais de 38 anos associam-se à ideia que os adolescentes veem hoje a sua sexualidade como uma forma de integração no grupo ou como um símbolo de virilidade. No que diz respeito às habilitações literárias, vemos que os enfermeiros com licenciatura

ou menos, se associam à ideia de que os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade como uma forma de afirmação social; enquanto que os enfermeiros com especialidade ou mestrado compatibilizam mais a sua resposta a um sinal de maturação sexual, a um símbolo de virilidade ou a uma forma de integração no grupo. Em relação à formação específica sobre sexualidade ou sobre como lidar com adolescentes, os enfermeiros com formação apontam tendencialmente mais um símbolo de virilidade ou uma forma de integração no grupo.

A probabilidade da opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes vêem hoje a sua sexualidade foi estimada a partir da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade da opinião dos inquiridos sobre a forma como os adolescentes veem hoje a sua sexualidade (1 – Forma de afirmação social; 2 – Símbolo de virilidade e maturação sexual; 3 – Forma de integração no grupo) em função da idade, das habilitações (1/2 – Bacharelato/CGE/Licenciatura, 3/4 – Especialidade/Mestrado), da existência de filhos adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), hábito de lidar com adolescentes (0 – Não; 1 – Sim), formação específica para lidar com adolescentes (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação) e formação específica sobre sexualidade (0 – Sem Formação; 1 – Com Formação). O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(12) = 22,210$; $P = 0,035$) para a “forma de afirmação social” e para “um símbolo de virilidade e maturação sexual” relativamente à classe de referência “forma de integração no grupo” é apresentada na (tabela 349 anexo CLXXX).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “3-forma de integração no grupo” para a classe “1-forma de afirmação social” não é afectada significativamente pela idade ($P=0,086$), nem pela existência de filhos adolescentes ($P=0,547$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P=0,689$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,540$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,311$); mas é afectada significativamente pelas habilitações. Relativamente às habilitações, os enfermeiros com licenciatura ou habilitação inferior apresentam maior probabilidade de considerarem que os adolescentes veem a sexualidade como um forma de afirmação social do que os enfermeiros com especialidade ou mestrado ($b_{\text{Habilit}=1/2} = 0,386$; $OR=1,472$; $P=0,031$).

Desta forma, ser enfermeiro com licenciatura ou habilitação inferior relativamente a ser enfermeiro com especialidade ou mestrado, aumenta as possibilidades de considerarem que os adolescentes vêem a sexualidade como uma forma de afirmação social relativamente a forma de integração no grupo em 47,2%.

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “3-forma de integração no grupo” para a classe “2-símbolo de virilidade / sinal de maturação sexual” não é afectada significativamente pelas habilitações ($P=0,860$), nem pelo hábito de lidar com adolescentes ($P=0,626$), nem pela formação específica para lidar com adolescentes ($P=0,245$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,335$); mas é afectada significativamente pela idade e pela existência de filhos adolescentes.

Tabela 87 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos e a forma como os adolescentes veem hoje a sexualidade em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Forma como os adolescentes veem hoje a sexualidade						
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	Testes
• Idade						
22 – 30 anos	27,3%	6,5%	29,0%	35,7%	1,5%	χ²=23,942; g.l.=12; P<0,05 *
31 – 37 anos	26,5%	7,4%	24,4%	41,5%	0,2%	
38 – 43 anos	20,4%	7,2%	27,6%	43,8%	1,0%	
44 – 68 anos	24,7%	8,1%	22,9%	44,3%	0,0%	
Total	24,9%	7,3%	26,1%	41,1%	0,7%	
• Habilitações						
CGE & Bacharelato	26,5%	5,8%	25,8%	40,6%	1,2%	χ²=24,848; g.l.=12; P<0,05 *
Licenciatura	26,2%	6,6%	27,0%	39,7%	0,5%	
Especialidade	19,9%	11,2%	23,3%	45,3%	0,3%	
Mestrado	5,9%	11,8%	41,2%	41,2%	0,0%	
Total	24,9%	7,3%	26,1%	41,1%	0,7%	
• Filhos Adolescentes						
Sim	23,1%	8,2%	28,1%	40,4%	0,2%	χ²=5,485; g.l.=4; P=0,244 ns
Não	25,6%	6,9%	25,2%	41,4%	0,9%	
Total	24,9%	7,3%	26,1%	41,1%	0,7%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes						
Sim	25,1%	7,3%	25,8%	41,0%	0,8%	χ²=2,228; g.l.=4; P=0,702 ns
Não	22,9%	6,9%	28,6%	41,7%	0,0%	
Total	24,9%	7,3%	26,1%	41,1%	0,7%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes						
Sim	23,4%	8,9%	23,2%	42,9%	1,6%	χ²=9,816; g.l.=4; P<0,05 *
Não	25,3%	6,8%	26,9%	40,6%	0,4%	
Total	24,9%	7,3%	26,1%	41,1%	0,7%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade						
Sim	24,1%	9,5%	24,6%	39,2%	2,5%	χ²=12,821; g.l.=4; P=0<0,05 *
Não	25,0%	7,0%	26,2%	41,3%	0,5%	
Total	24,9%	7,3%	26,1%	41,1%	0,7%	

A – Forma de Afirmação Social; B – Símbolo de Virilidade; C – Sinal de Maturação Sexual; D – Forma de Integração No Grupo; E – Outros

Relativamente a idade, podemos dizer que por cada ano de aumento da idade dos enfermeiros diminui a probabilidade de considerar a classe símbolo de virilidade / sinal de maturação sexual em 2% ($b_{idade} = -0,021$; $OR=0,980$; $P=0,003$).

13.19 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA PREOCUPAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A SUA SAÚDE

Tabela 88 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros acerca da preocupação dos jovens com a sua saúde

Pensa que a maior parte dos adolescentes se preocupa com a sua própria saúde?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	672	38,7%
Não	908	52,3%
Não sabe	155	8,9%
Total	1735	100,0%

A maior parte dos enfermeiros (52,3%) sugere que os adolescentes não se preocupam com a sua própria saúde, em (2002) o autor encontra percentagens de opinião muito próximas, (59,7%). Já (38,7%) são de opinião contrária e (8,9%) não tem opinião formada ou não sabe (tabela 88). De acordo com os indicadores tradicionalmente utilizados para monitorizar o estado de saúde, os adolescentes constituem o grupo etário mais saudável. Os adolescentes, na sua globalidade, não são um grupo de risco, pelo menos no sentido que se tem dado a grupo de risco (Prazeres Vasco, 1998; Subtil Carlos, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

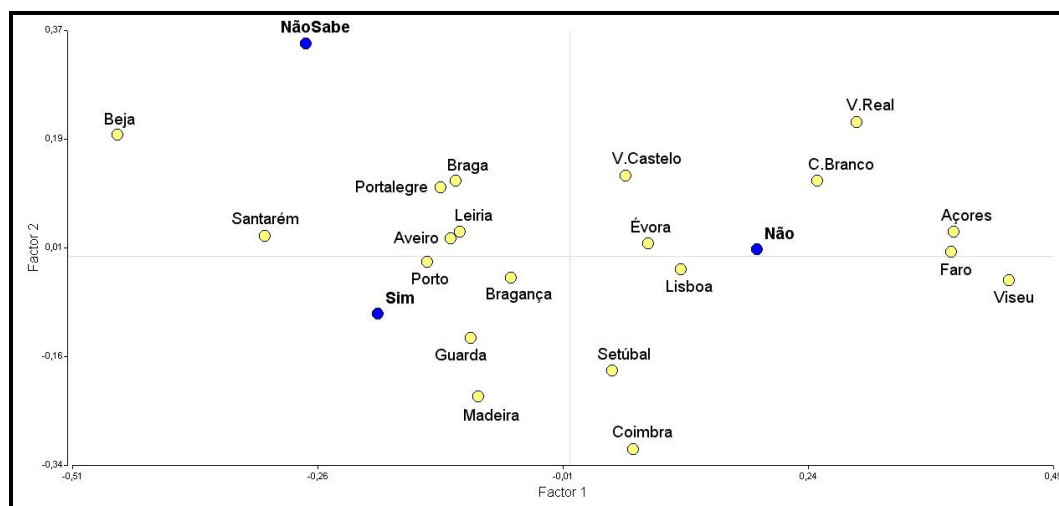
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 166 anexo CLXXXIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 71) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** podemos dizer que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Faro, Açores, Vila Real, Castelo Branco, Viana do Castelo, Évora, Lisboa e Setúbal dizem preferencialmente que os adolescentes não se preocupam com a sua saúde.

Com base no **factor 2** podemos afirmar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Bragança, Guarda e Madeira consideram preferencialmente que os adolescentes se preocupam com a sua própria saúde; e os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Santarém, Portalegre, Braga e Beja não têm opinião formada sobre o assunto.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 167 anexo CLXXXII).

Gráfico 71 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a preocupação dos adolescentes acerca da sua saúde e as Sub-regiões



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 83 anexo CLXXXIII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve e dos Açores dizem que os adolescentes não se preocupam com a sua saúde, os enfermeiros da Região da Madeira afirmam que os adolescentes se preocupam com a sua saúde, os enfermeiros da Região do Alentejo não sabem se os jovens se preocupam com a sua saúde e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo dividem-se equitativamente pelas três opções de resposta acima apresentadas.

Particionando a opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes acerca da sua própria saúde pelas Sub-regiões e Regiões de Saúde e aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=94,51$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=31,46$; g.l.=12; $P < 0,01^{**}$), concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua própria saúde não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

13.20 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SE CONSIDERAM QUE OS ADOLESCENTES SE PREOCUPAM COM A DOENÇA

Tabela 89 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre as razões associadas à preocupação dos adolescentes com a doença

Pensa que a maior parte dos adolescentes se preocupa com a doença?		
Sim	F. Absolutas	F. Relativas
Qualquer pequeno sinal ou sintoma o traz à consulta	147	23,4%
Pois o seu corpo é espelho da perfeição para si	238	38,0%
Porque tem receio de falhar ou não ser aceite	240	38,3%
Outra razão	2	0,3%
Total	627	100%
Não	F. Absolutas	F. Relativas
O jovem pensa que ainda é muito novo para adoecer	1106	99,8%
Outra razão	2	0,2%
Total	1108	100,0%

Dos enfermeiros que consideram que a maior parte dos adolescentes não se preocupa com a doença, a maioria (99,8%) é de opinião que o jovem pensa, ser ainda muito novo para adoecer (tabela 89).

(38,0%) dos enfermeiros pensam que os jovens se preocupam com a doença por o seu corpo representar o espelho da perfeição para ele próprio. Esta opinião é também perfilhada pelos intervenientes num estudo realizado pelo autor em (2002) em que (36,9%) dos inquiridos emitiram a mesma opinião; (38,3%) consideram que os jovens têm receio de falhar ou não ser aceites pelo grupo de pares. Para (63,7%) $(1106 \times 100) / (1735)$ dos enfermeiros inquiridos o jovem não se preocupa com a doença. Os adolescentes, são o grupo etário que se apresenta mais saudável, pois os seus problemas são essencialmente de desenvolvimento, identidade e não de doença (Prazeres Vasco, 1998; Subtil Carlos, 1999; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

13.21 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA PREOCUPAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM A SUA IMAGEM CORPORAL

Tabela 90 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal

Considera o adolescente preocupado com a sua imagem corporal?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim – Preocupação obsessiva com o seu corpo	480	26,5%
Sim – Preocupa-se com a sua aparência futura	46	2,7%
Sim – Preocupa-se constantemente em agradar	801	46,2%
Sim – Devido às críticas dos amigos	380	21,9%
Não – Pois é normalmente uma fase de desleixo	35	2,0%
Não – Porque tem preocupações mais importantes	13	0,7%
Total	1735	100,0%

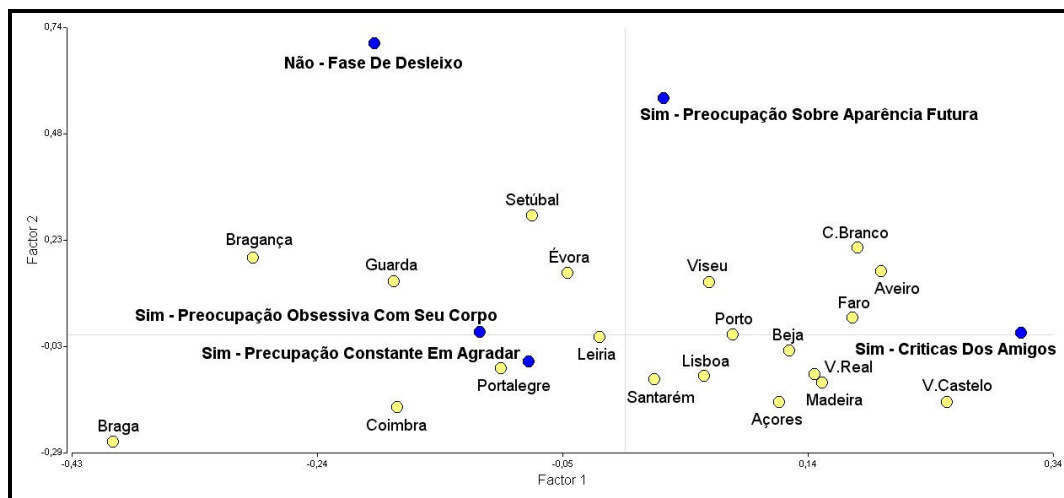
Dos enfermeiros inquiridos (2,7%) afirmam que os adolescentes não se preocupam com a sua imagem corporal (tabela 90).

A esmagadora maioria dos enfermeiros (97,3%) considera que o adolescente se *preocupa com a sua imagem corporal*, destes 46,2% são desta opinião por considerarem que o jovem *procura constantemente agradar*, (26,5%) sugerem que tem uma *preocupação obsessiva com o seu corpo*; 21,9% têm esta opinião porque os jovens *levam em consideração as críticas dos amigos*, números muito próximos dos encontrados pelo autor aquando do estudo realizado em (2002) onde também (98,7%) dos inquiridos sugeriam que o jovem se preocupava com a sua imagem corporal. Também nós perfilhamos a mesma opinião quer pela nossa prática e experiência não só como pais e profissionais mas também enquanto ex-adolescente, pois o jovem preocupa-se com a sua imagem corporal. “*O grau de normalidade de um adolescente pode ser detectado através da sua atitude frente ao corpo*” (Aberastury Arminda et al., 1990:22).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (71,72%) da variância (tabela 170 anexo CLXXXV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 72) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** podemos dizer que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Santarém, Lisboa, Porto, Viseu, Beja, Açores, Madeira, Vila Real, Faro, Castelo Branco, Aveiro e Viana do Castelo justificam a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal, devido às críticas dos amigos e/ou porque se preocupam sobre a aparência futura, já os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde sugerem que os adolescentes têm uma preocupação obsessiva com o seu corpo e se preocupam constantemente em agradar.

Gráfico 72 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal e as Sub-regiões de Saúde



Com base no **factor 2**, vemos que os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Setúbal pensam sobretudo que os jovens não se preocupam com a sua imagem corporal por ser uma fase onde normalmente impera o em desleixo.

Cruzando a opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal por Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros, baseando-nos no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=117,52$; g.l.=76; $P < 0,01^{**}$) e ($\chi^2=18,72$; g.l.=24; $P=0,76$ ns) concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre este tema não é significativamente independente das Sub-regiões, contudo a mesma opinião sugere que a opinião dos enfermeiros é significativamente independente das Regiões de Saúde.

14 – ATITUDES DE ACONSELHAMENTO DOS ENFERMEIROS A JOVEM DE 15 ANOS SOBRE RELAÇÕES SEXUAIS

Tabela 91 – Tabela de frequências da atitude dos enfermeiros perante jovem de 15 anos que pretende iniciar vida sexual

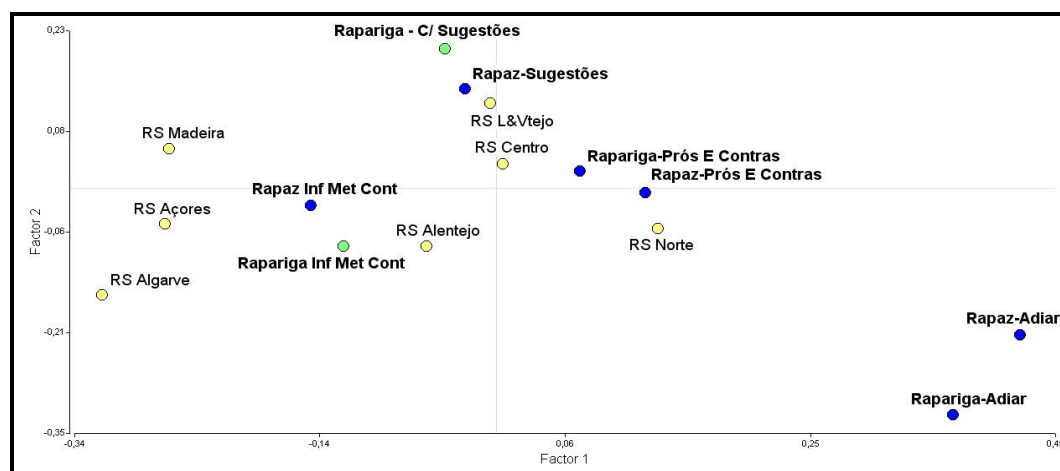
Como aconselharia um jovem de 15 anos que lhe pedisse ajuda porque estava para iniciar a sua actividade sexual?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Aconselhava a adiar	36	2,1%	31	1,8%
Explicar prós e contras	941	54,2%	796	45,9%
Inf. Mét. Contraceptivos	568	32,7%	696	40,1%
Apoiava com sugestões	189	10,9%	211	12,2%
Desviava o assunto	1	0,1%	1	0,1%
Outro	0	0,0%	0	0,0%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros diz que aconselharia um jovem, quer fosse rapaz, quer fosse rapariga e lhe pedisse ajuda para iniciar a sua actividade sexual, explicando-lhe os prós e os contras daquela decisão (tabela 91).

Em segundo lugar, os enfermeiros informariam, quer rapazes, quer raparigas da necessidade de usar métodos contraceptivos em (32,7%) e (40,1%) dos casos respectivamente; estes números são próximos dos encontrados pelo autor num estudo em (2002) para ambos os sexos, neste (33,6%) dos enfermeiros inquiridos teriam o mesmo tipo de comportamento.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (89,67%) da variância (tabela 173 anexo CLXXXVI).

Gráfico 73 – Análise de Correspondência Simples entre a forma dos enfermeiros aconselharem um adolescente de 15 anos que queira iniciar a sua actividade sexual e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 73) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** podemos dizer que os enfermeiros da Região de Saúde do Norte e Centro aconselhariam os jovens (rapazes e raparigas) a adiar para mais tarde a iniciativa ou explicar-lhes-iam os prós e os contra daquela decisão, já os enfermeiros das Regiões de Saúde, Açores, Algarve e Alentejo, informariam rapazes e raparigas da necessidade de usar métodos contraceptivos.

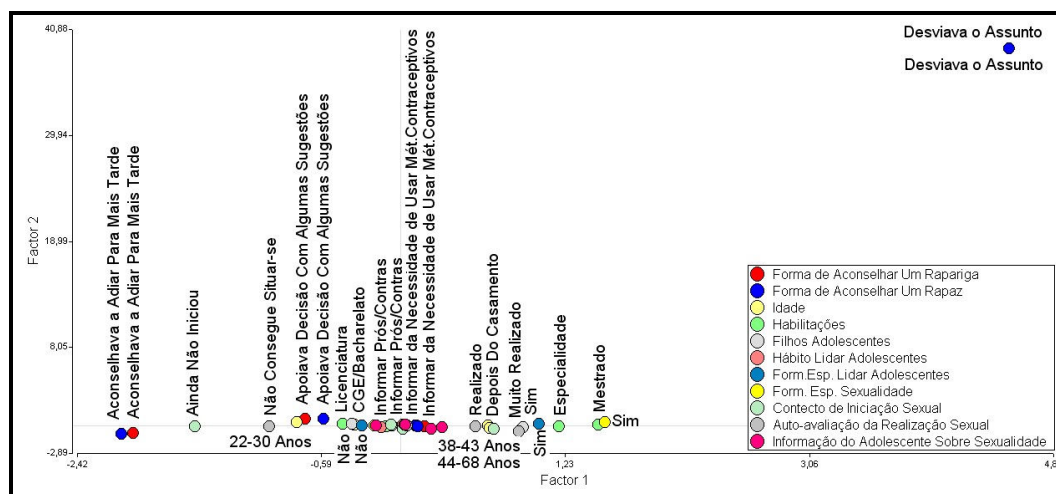
Com base no **factor 2** podemos dizer que os enfermeiros das Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Açores, Madeira e Algarve apoiariam a decisão dos jovens embora com algumas sugestões, nomeadamente a utilização de métodos contraceptivos.

Comparando a forma dos enfermeiros aconselharem o adolescente que queira iniciar a sua actividade sexual segundo a Sub-região e Região de Saúde, pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=200,42$; g.l.=133; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=80,20$; g.l.=42; $P < 0,001^{***}$), concluímos que o aconselhamento dos enfermeiros não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde onde trabalham.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (14,66%) da variância (tabela 350 anexo CLXXXVII).

Hipótese 25: A opinião dos inquiridos sobre a forma de aconselhar um jovem de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual é influenciada pela idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade, contexto de iniciação sexual, auto-avaliação da realização sexual e opinião sobre a informação do adolescente acerca da sexualidade.

Gráfico 74 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a forma de aconselhar um jovem de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade, contexto de iniciação sexual, auto-avaliação da realização sexual e opinião sobre a informação do adolescente acerca da sexualidade.



Com base no (gráfico 74), podemos observar que os enfermeiros com 38 ou mais anos de idade, com filhos adolescentes, que iniciaram a sua actividade sexual depois do casamento apresentam maior tendência para aconselhar um jovem de 15 anos que deseja iniciar a sua actividade sexual com uma informação sobre a necessidade de usar métodos contraceptivos, ou não aconselhar, desviando o assunto; enquanto que os enfermeiros com menos de 38 anos apresentam maior tendência a aconselhar o adiamento para mais tarde ou a apoiar a decisão com algumas sugestões ou a informá-los dos prós e dos contras.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 351 anexo CLXXXVIII), como $P > 0,05$, podemos concluir que a forma dos inquiridos aconselharem uma jovem rapariga de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual é significativamente independente da idade do enfermeiro, das habilitações, do hábito de lidar com adolescentes, da formação específica para lidar com adolescentes, da realização sexual e da opinião sobre a informação do adolescente sobre sexualidade. Ao contrário, como $P < 0,05$, concluímos que a forma dos inquiridos aconselharem uma jovem rapariga de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual não é significativamente independente da existência de filhos adolescentes, da formação específica sobre sexualidade e do contexto da sua iniciação sexual.

Desta forma, quem tem filhos adolescentes e quem tem formação específica sobre sexualidade tem tendência em dizer que aconselharia as jovens de 15 anos, com uma

explicação dos prós e dos contras ou informaria da necessidade de usar métodos contraceptivos.

No que diz respeito ao contexto de iniciação sexual dos enfermeiros, vemos que quem se iniciou sexualmente depois de viver maritalmente, aconselha mais as jovens raparigas a adiar para mais tarde; os enfermeiros que ainda não se iniciaram ou se iniciaram na fase de namoro aconselham as jovens dando particular enfoque aos prós e contras da sua decisão; os enfermeiros que se iniciaram depois do casamento ou num flirt informavam as jovens da necessidade de usar métodos contraceptivos e os enfermeiros que se iniciaram num flirt também apoiariam a decisão com algumas sugestões.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 352 anexo CXC), como $P > 0,05$, podemos concluir que a forma dos inquiridos aconselharem um jovem rapaz de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual é significativamente independente da idade do enfermeiro, das habilitações, do hábito de lidar com adolescentes, da formação específica para lidar com adolescentes, da formação específica sobre sexualidade, do contexto da sua iniciação sexual, da sua realização sexual e da opinião sobre a informação do adolescente acerca da sexualidade.

Ao contrário, como $P < 0,05$, concluímos que a forma dos inquiridos aconselharem um jovem rapaz de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual não é significativamente independente da existência de filhos adolescentes.

Desta forma, quem tem filhos adolescentes tem tendência em dizer que aconselharia os jovens rapazes de 15 anos, explicando os prós e os contras da sua decisão, ou informaria da necessidade de usar métodos contraceptivos.

A probabilidade da forma dos inquiridos aconselharem uma jovem que se quer iniciar sexualmente foi estimada a partir da idade do enfermeiro, das habilitações, da existência de filhos adolescentes, do hábito de lidar com adolescentes, da formação específica para lidar com adolescentes, da formação específica sobre sexualidade, do contexto de iniciação sexual, da realização sexual e da opinião sobre a informação do adolescente acerca da sexualidade, usando o modelo de regressão multinomial. O modelo multinomial foi ajustado com o software SPSS 14.0 como descrito em (Maroco, 2007).

A regressão multinomial foi utilizada para estimar a probabilidade dos inquiridos sobre cada uma das formas de aconselhar uma jovem que se quer iniciar sexualmente (1 – Adiar; 2 – Explicar prós e contras / Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos; 3 – Apoiar com sugestões) em função da existência de filhos adolescentes, do hábito de lidar com adolescentes, da formação específica sobre sexualidade, do contexto da sua iniciação e da realização sexual.

O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(12) = 41,764$; $P = 0,000$) para “Adiar” e para “Apoiar com sugestões” relativamente à classe de referência “Explicar prós e contras / Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos” são apresentada na (tabela 92).

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 1), a passagem da classe de referência “Explicar prós e contras / Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos 2-rapariga” para a classe “Adiar” não é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes ($P=0,679$), nem pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,157$); mas é afectada significativamente pelo contexto de iniciação sexual dos inquiridos. Relativamente ao contexto de iniciação sexual dos enfermeiros, os enfermeiros que se iniciaram sexualmente na fase de namoro ou depois do casamento apresentam menor probabilidade de aconselhar os jovens a adiar a decisão relativamente aos enfermeiros que ainda não se iniciaram ($b_{\text{ContextIniSex}=2} = -1,706$; $OR=0,181$; $P=0,009$; $b_{\text{ContextIniSex}=4} = -1,615$; $OR=0,199$; $P=0,043$). Desta forma, ser enfermeiro com início da actividade sexual na fase de namoro ou depois do casamento relativamente a ser enfermeiro que ainda não se iniciou sexualmente, reduz as *chances* de aconselhar os adolescentes a adiar a decisão para mais tarde relativamente a explicar os prós e contras ou informar da necessidade de usar métodos contraceptivos em 81,8% e 81,1%.

Tabela 92 – Regressão Multinomial da forma como os inquiridos aconselhariam um(a) jovem de 15 anos que quer iniciar a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual

VD – Forma de aconselhar uma jovem de 15 anos para a sua iniciação sexual								
Sexo / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Adiar para mais tarde (Modelo 1)	Intercepção	-3,710	1,202	9,521	1	0,002	----	----
	FilhoAdo=0	0,164	0,396	0,171	1	0,679	1,178	0,542-2,561
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	1,446	1,021	2,005	1	0,157	4,247	0,574-31,440
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	ContextIniSex=1	-1,017	0,947	1,155	1	0,283	0,362	0,057-2,313
	ContextIniSex=2	-1,706	0,648	6,924	1	0,009	0,182	0,051-0,647
	ContextIniSex=3	-0,002	0,812	0,000	1	0,998	0,998	0,203-4,905
	ContextIniSex=4	-1,615	0,800	4,077	1	0,043	0,199	0,042-0,954
	ContextIniSex=5	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
Apoiava com algumas sugestões	Intercepção	-3,528	0,797	19,595	1	0,000	----	----
	FilhoAdo=0	0,624	0,200	9,750	1	0,002	1,865	1,261-2,759
	FilhoAdo=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	0,383	0,293	1,710	1	0,191	1,466	0,826-2,602
	FormSex=1	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----
	ContextIniSex=1	0,974	0,819	1,413	1	0,235	2,648	0,532-13,196
	ContextIniSex=2	0,724	0,739	0,960	1	0,327	2,062	0,485-8,772
	ContextIniSex=3	0,236	0,950	0,062	1	0,804	1,266	0,197-8,150
	ContextIniSex=4	-0,116	0,798	0,021	1	0,885	0,891	0,187-4,252
	ContextIniSex=5	0 ^(b)	----	----	0	----	----	----

De acordo com o modelo ajustado (Modelo 2), a passagem da classe de referência “Explicar prós e contras / Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos 2-rapariga” para a classe “Apoiar com sugestões” não é afectada significativamente pela formação específica sobre sexualidade ($P=0,191$), nem pelo contexto da sua iniciação sexual ($P(s)>0,23$); mas é afectada significativamente pela existência de filhos adolescentes. Relativamente a este item, os enfermeiros sem filhos adolescentes apresentam maior probabilidade de aconselhar os jovens, apoiando a sua decisão mas com algumas sugestões relativamente aos enfermeiros com filhos adolescentes ($b_{\text{FilhoAdo}=0} = 0,624$; $OR=1,865$; $P=0,002$). Desta forma, ser enfermeiro sem filhos adolescentes comparativamente a ser enfermeiro com filhos adolescentes, aumenta as *chances* de aconselhar os adolescentes com apoio e com algumas sugestões relativamente a explicar os prós e contras e informar da necessidade de usar métodos contraceptivos em 86,5%.

15 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SIGNIFICADO DA VIRGINDADE AOS 20 ANOS

Tabela 93 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre o significado da virgindade dos jovens aos 20 anos

Que significa para si (rapaz ou rapariga) ser virgem aos 20 anos?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Pureza	6	0,3%	3	0,2%
Falta de oportunidades	112	6,5%	597	34,4%
Opção de vida	820	47,3%	689	39,7%
Medo de contrair DST	15	0,9%	24	1,4%
Esperar o momento certo	767	44,2%	405	23,3%
Falta de informação	10	0,6%	17	1,0%
Outra	5	0,3%	0	0,0%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

Pela observação da (tabela 93), o principal significado da virgindade aos 20 anos é na opinião dos enfermeiros inquiridos uma opção de vida quer para a rapariga (47,3%), quer para o rapaz (39,7%), o autor em (2002) encontra percentagens bastante próximas para ambos os sexos na opinião de (43,6%) dos inquiridos. Contudo há uma maior tendência para os inquiridos sugerirem que as raparigas esperam mais que os rapazes pelo momento e amor certos em (42,2%) dos casos.

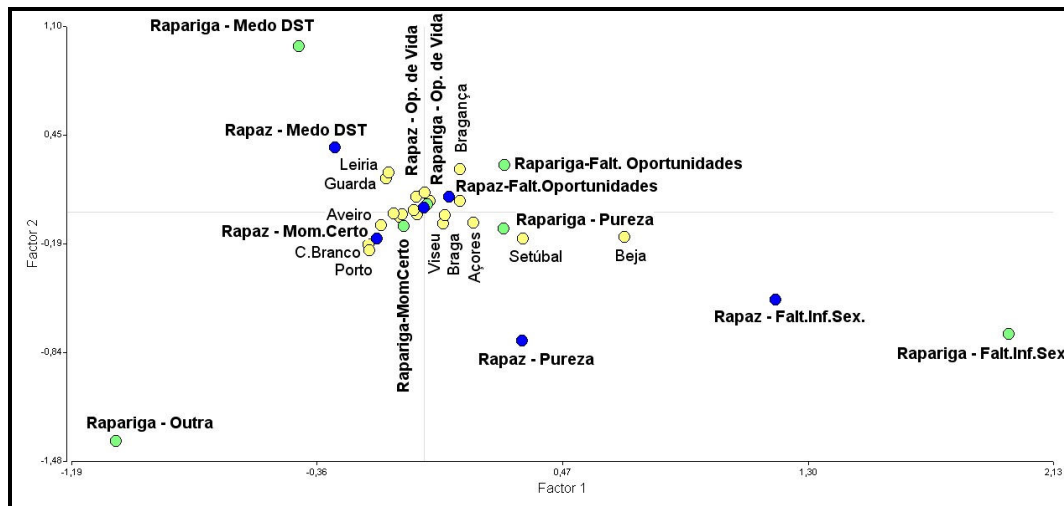
Em relação ao segundo significado, para as raparigas materializa-se pela espera do momento e amor certo em (44,2%) dos casos, o que também vem ao encontro das percentagens encontradas pelo autor em (2002) quando os inquiridos sugerem a mesma opinião embora para ambos os sexos em (39,6%) dos casos, já para os rapazes os inquiridos têm uma opinião bastante diferente e que se traduz pela falta de oportunidades em (34,4%) das opiniões. Da nossa experiência talvez sejamos da mesma opinião que os colegas para os itens mais expressivos.

Num estudo realizado por Nodin Nuno em (2000) a primeira razão apontada pelos jovens que ainda não se iniciaram sexualmente é, em (29,3%) dos casos a de ainda não ter encontrado a pessoa certa; factores maturacionais têm uma influência considerável, na decisão para iniciar a actividade sexual.

O ideal de amor também é sugerido para iniciarem a sua vida sexual, (encontrar a pessoa certa). Cada vez mais as relações afectivas são consideradas como um meio de atingir a felicidade pessoal e a partilha com o parceiro. É possível encontrar também entre os jovens, uma valorização dos aspectos eróticos e hedonistas da sexualidade o que reforça a ideia de uma sexualidade ligada ao prazer.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (52,28%) da variância (tabela 175 anexo CXCI).

Gráfico 75 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre o significado da virgindade dos jovens aos 20 anos por Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 75) permite deduzir as seguintes considerações; o significado da virgindade aos 20 anos apontada pelos enfermeiros para o rapaz está associado ao significado apontado à jovem rapariga. Assim podemos ver que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Braga, Açores, Setúbal e Beja consideram que ser virgem aos 20 anos é sobretudo um sinal de pureza ou falta de informação sobre a sexualidade humana.

Já na opinião dos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Aveiro, Castelo Branco e Porto, a virgindade é nesta idade sobretudo explicada pela espera do momento e amor certos. Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda e Leiria atribuem-lhe como factor preponderante, o medo de contrair doenças sexuais, enquanto que os enfermeiros de Bragança se inclinam mais para a falta de oportunidades.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre o significado da virgindade nos (as) jovens aos 20 anos segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=324,89$; g.l.=228; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=81,11$; g.l.=72; $P < 0,21$ ns), concluímos que aquela opinião é significativamente diferente segundo as Sub-regiões de Saúde, mas não é diferente de Região para Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 360 anexo CCLXVI), como $P > 0,05$, podemos concluir que idade, local de residência, habilitações, existência de filhos adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto da sua iniciação sexual são significativamente independentes do significado atribuído à virgindade de uma rapariga de 20 anos.

Ao inverso como $P < 0,05$, concluímos que o sexo dos enfermeiros não é significativamente independente do significado atribuído à virgindade de uma rapariga de 20 anos. Assim os enfermeiros do sexo feminino, atribuem tendencialmente a virgindade da rapariga aos 20 anos, a factores como a pureza, uma opção de vida ou pelo facto de esperar pelo momento e amor certos. Os enfermeiros do sexo masculino, associam geralmente a virgindade das raparigas aos 20 anos a factores, como a falta de oportunidades, medo de contrair doenças sexuais, falta de informação sobre a sexualidade humana.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 361 anexo CCLXVIII), como $P > 0,05$, podemos concluir que o sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade e o contexto da iniciação sexual são significativamente independentes do significado atribuído pelos enfermeiros à virgindade de um rapaz de 20 anos. Ao inverso como $P < 0,05$, concluímos que a idade, a existência de filhos adolescentes e o contexto de iniciação sexual não é significativamente independente do significado atribuído à virgindade de um rapaz de 20 anos. Assim os enfermeiros com 22-30 associam a virgindade de um rapaz de 20 anos ao facto de não ter tido oportunidades; os enfermeiros de 31-37 anos, consideram ser uma opção de vida ou ao facto de esperarem pelo momento e amor certos; os enfermeiros com 38-43 anos, associam ao facto de esperarem pelo momento e amor certos ou ainda à falta de informação sobre sexualidade humana; já os enfermeiros com 44-68 anos, consideram ser a pureza, opção de vida, medo de contrair doenças sexuais ou ainda a falta de informação sobre a sexualidade humana.

Os enfermeiros com filhos adolescentes, associam geralmente a virgindade no rapaz aos 20 anos com o medo de contrair doenças sexuais, falta de informação sobre a sexualidade humana e também ou ao facto de considerarem a espera pelo momento e amor certos; enquanto que os enfermeiros sem filhos adolescentes associam a sua resposta à falta de oportunidades ou a uma opção de vida. No que diz respeito ao contexto da iniciação sexual dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros que se iniciaram sexualmente na fase de namoro ou ainda não se iniciaram sexualmente associam geralmente a virgindade no rapaz aos 20 anos ao facto deste esperar pelo momento e

amor certos; os enfermeiros que se iniciaram sexualmente depois do casamento ou depois de viver maritalmente defendem mais ser uma opção de vida ou o medo de contrair doenças sexuais e os enfermeiros que se iniciaram num flirt associam-na a um significado de pureza, falta de oportunidades ou falta de informação sobre sexualidade humana.

15.1 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IGUALDADE DA CONOTAÇÃO SOCIAL ACERCA DA VIRGINDADE PARA OS DOIS SEXOS

Tabela 94 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a igualdade da conotação da virgindade para os dois sexos

Socialmente pensa que a virgindade na rapariga e no rapaz tem mesma conotação?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim – Não há diferenças	403	23,2%
Não – É a mesma coisa	1332	76,8%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (76,8%) considera que socialmente a virgindade não tem a mesma conotação para rapazes e raparigas (tabela 94), o que vem de encontro ao estudo levado a cabo pelo autor em (2002) onde (78,5%) dos inquiridos reflectiam a mesma opinião. Ora daquilo que é a nossa experiência pessoal e profissional talvez também possamos colocar-nos em sintonia com a opinião da maioria.

Muitas vezes o comportamento afectivo e sexual dos rapazes apresenta uma actividade que é influenciada pela procura de segurança e desejo de afirmação. Os comportamentos sexuais são também comportamentos sociais porque, quase sempre, implicam outras pessoas. Deste ponto de vista, os comportamentos sexuais acabam por ser regulados, grosso modo, pela família, pela sociedade e pela cultura. Existindo comportamentos considerados mais adequados e bem aceites que outros. Perante o mesmo estímulo cada pessoa vai processar esse facto de forma diferente devido às suas características físicas, aos seus afectos e à maneira de pensar, dando origem naturalmente a comportamentos sexuais distintos (Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Num estudo efectuado por Vaz verificou-se que a motivação para a iniciação sexual era nas raparigas, predominantemente, a afeição pelo parceiro, enquanto que para os rapazes era mais forte o impulso sexual. O primeiro indicio das diferenças de género na sexualidade é o de a percentagem de homens que declaram já ter tido relações sexuais (69%) ser superior à de mulheres que o declararam (52%), o que indicia uma contenção sexual por parte das jovens ou, pelo menos, uma tentativa de apresentar contenção (Vasconcelos Pedro, 1998).

Quer nas relações sexuais propriamente ditas, quer por esta forma de relacionamento sexual mais limitado, iniciam-se em idades muito variadas, umas vezes na adolescência, outras vezes mais tardiamente. Não havendo nenhuma razão para que rapaz ou rapariga adolescente se sinta inferiorizado pelo facto de não se ter iniciado sexualmente. Variadíssimas vezes, isso significa apenas um sinal de que se é mais exigente no que concerne à qualidade afectiva do seu relacionamento sexual (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

O realce da educação sexual deve ser colocado na igualdade dos papéis sexuais, na tolerância face ao pluralismo de orientações e condutas sexuais. É nesta atmosfera de igualdade, que os sentimentos de responsabilidade e autonomia se devem fortalecer (Andrade Isabel, 1996; Serrão Daniel e Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

“No tocante aos rapazes, a educação sexual, na maioria dos casos; promove a capacidade sexual como o valor mais importante do homem. Estimula e promove a ousadia e habilidade do rapaz no âmbito do seu relacionamento com a rapariga. Uma iniciativa de foro mais íntimo como que está apenas reservada ao rapaz, reprovando o mesmo tipo de iniciativa na rapariga” (Miguel Nuno, 1994:27).

Em suma, segundo Miguel Nuno (1994:32) *“quase poderíamos dizer que os rapazes querem sempre sexo sem amor”*. E ao invés *“quase poderíamos dizer que a rapariga quer muitas vezes o amor, se possível sem sexo”* (Miguel Nuno, 1994:26).

Tabela 95 – Tabela de frequências sobre a opinião dos enfermeiros acerca da igualdade da conotação da virgindade para os dois sexos segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	131	25,6%	381	74,4%	512	100%
RS Centro	109	24,4%	337	75,6%	446	100%
RS L.V. Tejo	62	17,3%	296	82,7%	358	100%
RS Alentejo	62	27,9%	160	72,1%	222	100%
RS Algarve	20	29,9%	47	70,1%	67	100%
RS Açores	9	15,8%	48	84,2%	57	100%
RS Madeira	10	13,7%	63	86,3%	73	100%
Total Geral	403	23,2%	1332	76,8%	512	100%

Com base na (tabela 95), vemos que para os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte (25,6%), Centro (24,4%), Alentejo (27,9%) e Algarve (29,9%) a virgindade tem a mesma conotação social para rapazes e raparigas.

Já os enfermeiros da Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (82,7%), Açores (84,2%), Madeira (86,3%), consideram que a virgindade assume para rapazes e raparigas tonalidades diferentes.

Com base na (tabela 177 anexo CXCI), vemos que para os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja (39,1%), Braga (24,7%), Bragança (27,8%), Castelo Branco (25,5%), Évora (31,9%), Faro (29,9%), Guarda (26,7%), Leiria (27,0%), Viana do Castelo (25,6%), Vila Real (28,4%), Viseu (28,2%) a virgindade tem a mesma conotação para rapazes e raparigas.

Já para os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores (84,2%), Aveiro (78,8%), Coimbra (81,05), Lisboa (84,9%), Madeira (86,3%), Portalegre (82,9%), Porto (76,9%), Santarém (82,0%), Setúbal (78,6%), a virgindade não assume a mesma conotação para ambos os sexos.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a igualdade da conotação da virgindade para os dois sexos segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=33,55$; g.l.=19; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=18,86$; g.l.=6; $P < 0,01^{**}$), concluímos que a conotação sobre a virgindade nos dois sexos, não é na opinião dos inquiridos significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (23,40%) da variância (tabela 362 anexo CCLXX).

Hipótese 27: A opinião dos inquiridos sobre o significado da igualdade da conotação da virgindade na rapariga e no rapaz é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes.

Pela observação do (gráfico 77), com base no **factor 2**, podemos observar que os enfermeiros com 31-37 anos e 38-43 anos, que não têm hábito de lidar habitualmente com adolescentes consideram com maior tendência que socialmente a virgindade na rapariga e no rapaz tem a mesma conotação. Também vemos que os enfermeiros residentes nos Açores ou na Madeira consideram que socialmente a virgindade não assume a mesma conotação para a rapariga e para o rapaz.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 363 anexo CCLXXI), como $P < 0,05$, podemos concluir que a opinião sobre a igualdade da conotação da virgindade para ambos os sexos não é significativamente independente da idade e do local de residência dos enfermeiros, defendendo os enfermeiros com 44-68 ou 22 ou 30 anos mais a ideia da igualdade entre os dois sexos, ou os enfermeiros residentes nas regiões autónomas o contrário isto é, a desigualdade da virgindade entre ambos os sexos.

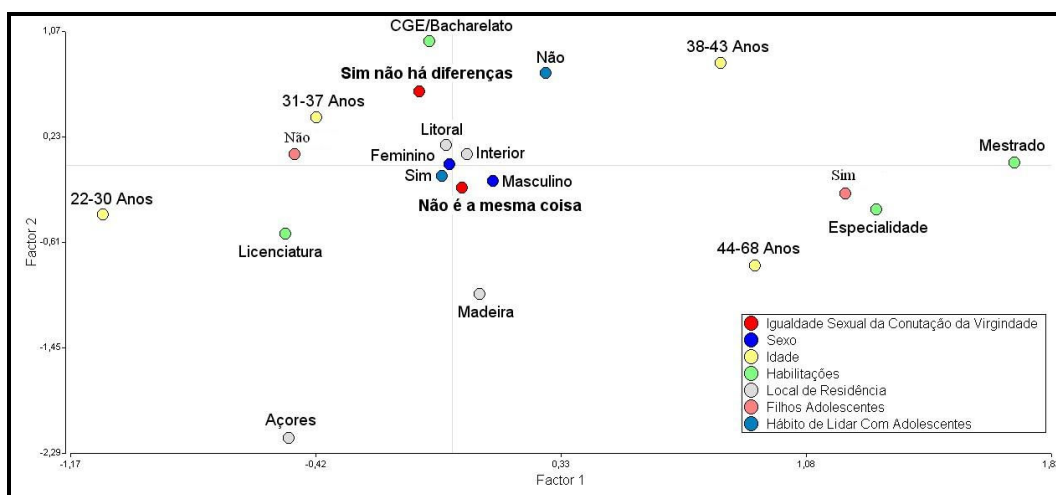
Ao inverso, como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a igualdade da conotação da virgindade para ambos os sexos é significativamente

independente do sexo, das habilitações, da existência de filhos adolescentes e do hábito dos enfermeiros lidarem com adolescentes.

Para avaliar a significância da idade, do sexo, local de residência, das habilitações literárias, da existência de filhos adolescentes e do hábito de lidar com adolescentes sobre a probabilidade de não conotar igualmente a virgindade para ambos os sexos, recorreu-se a regressão logística pelo método Enter e Forward: LR-Likelihood Ratio.

A regressão logística, pelo método Enter revelou que as habilitações ($P(s) > 0,270$), a existência de filhos adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 1,936$; $p = 0,164$], o hábito de lidar com adolescentes [$\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 0,117$; $p = 0,732$] e o sexo [$\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 0,015$; $p = 0,902$] não apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não considerar a mesma conotação social para a virgindade na rapariga e no rapaz.

Gráfico 77 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos enfermeiros sobre a igualdade da conotação da virgindade na rapariga e no rapaz em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, ter filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes



Pelo contrário, as variáveis Idade [$\chi^2_{\text{Wald}} = 10,712$; $p < 0,05$] e local de residência [$\chi^2_{\text{Wald}} = 14,028$; $p < 0,003$] apresentam um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de não considerar a mesma conotação social para a virgindade na rapariga e no rapaz de acordo com o modelo Logit ajustado ($G^2(12) = 31,646$; $p < 0,001$; $\chi^2_{\text{HL}}(8) = 9,206$; $p = 0,325$; $R^2_{\text{CS}} = 0,018$; $R^2_{\text{N}} = 0,027$) (tabela 364 anexo CCLXXII).

Assim, recorrendo ao método Forward: LR - Likelihood Ratio ajustou-se um novo modelo, estatisticamente significativo ($G^2(3) = 9,136$; $p = 0,028$; $\chi^2_{\text{HL}}(7) = 4,304$; $p = 0,744$; $R^2_{\text{CS}} = 0,015$; $R^2_{\text{N}} = 0,022$), com apenas as variáveis Idade [$(b_{\text{Idade}}(2) = -0,321$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 4,138$; $p = 0,042$; $\text{OR} = 0,725$) e [$(b_{\text{Idade}}(3) = -0,496$; $\chi^2_{\text{Wald}}(3) = 8,556$; $p = 0,003$; $\text{OR} = 0,609$) e local de residência ($b_{\text{Residência}}(3) = 0,358$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 9,152$; $p = 0,002$; $\text{OR} = 1,430$) (tabela 365 anexo CCLXXIII). Desta forma vemos que um enfermeiro com 31-37 / 38-43 anos tem uma

probabilidade de 1,38 e 1,64 vezes respectivamente maior de considerar que a virgindade não tem a mesma conotação social na rapariga e no rapaz que um enfermeiro com qualquer outra idade.

Também vemos que um enfermeiro que reside no Interior tem cerca de 1,430 vezes mais probabilidades de não defender a mesma conotação social da virgindade para o rapaz e para a rapariga que um enfermeiro que reside noutro local. O modelo de regressão logística foi usado para classificar os sujeitos amostrados, tendo-se observado uma percentagem de classificação correcta de 76,8%. O modelo ajustado apresenta uma capacidade discriminante fraca mas significativa (ROC c = 0,440; $p < 0,001$).

15.2 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ESSÊNCIA DO RELACIONAMENTO DE JOVENS ENTRE OS 16 E 19 ANOS COM O SEXO OPOSTO

Tabela 96 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16 e os 19 anos com o sexo oposto

O que pensa ser a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
O amor romântico	748	43,1%	165	9,5%
Prazer da companhia outro	815	47,0%	747	43,1%
O sexo	68	3,9%	561	32,3%
A amizade	51	2,9%	40	2,3%
A afirmação social	53	2,9%	221	12,7%
Outra	0	3,1%	1	0,1%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

A principal essência do relacionamento de jovens entre os 16-19 anos com o sexo oposto é na opinião dos inquiridos, a descoberta do prazer da companhia do outro, para ambos os sexos (47,0% e 43,1%) respectivamente para raparigas e rapazes, opiniões próximas das encontradas pelo autor no estudo de (2002) onde (53,1%), dos inquiridos revelaram a mesma opinião para ambos os sexos.

Em relação às outras opiniões os inquiridos consideram existir diferenças entre os sexos, referindo (43,1%) dos enfermeiros o amor romântico para as raparigas, percentagem bastante superior à encontrada pelo autor em (2002) com uma percentagem de (18,1%) para ambos os sexos, já (32,3%) consideram o sexo para os rapazes, ao passo que em (2002) o móbil, sexo era também inferior, na opinião de (14,1%) dos inquiridos tendo em consideração ambos os sexos (tabela 96).

Em nossa apreciação, pela nossa experiência talvez possamos, perfilar a opinião dos colegas inquiridos, pois como nos sugere Young Ian, (1995:111) “A capacidade de

relacionamento é talvez a mais importante qualidade para proporcionar uma vida plena e digna de ser vivida”.

Dos 15 aos 19 anos de idade, as grandes transformações bio-psicológicas, em princípio já estão definidas. Doravante, a sexualidade dos jovens manifesta-se, sobretudo, pela diferenciação dos papéis e pela identificação perfeita da sexualidade. O adolescente procura uma certa autonomia de valores, sentimentos, liberdade, e mesmo contestação, no seio familiar (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006). Os grupos de amigos consolidam-se e há uma procura nas relações afectivas. A rivalidade grupal desaparece e, daqui por diante, a afectividade heterossexual é o pólo dinamizador da sexualidade dos adolescentes. A actividade sexual dos adolescentes é uma realidade que os pais e educadores devem ter em apreço (Navarro, 1985; referido por Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

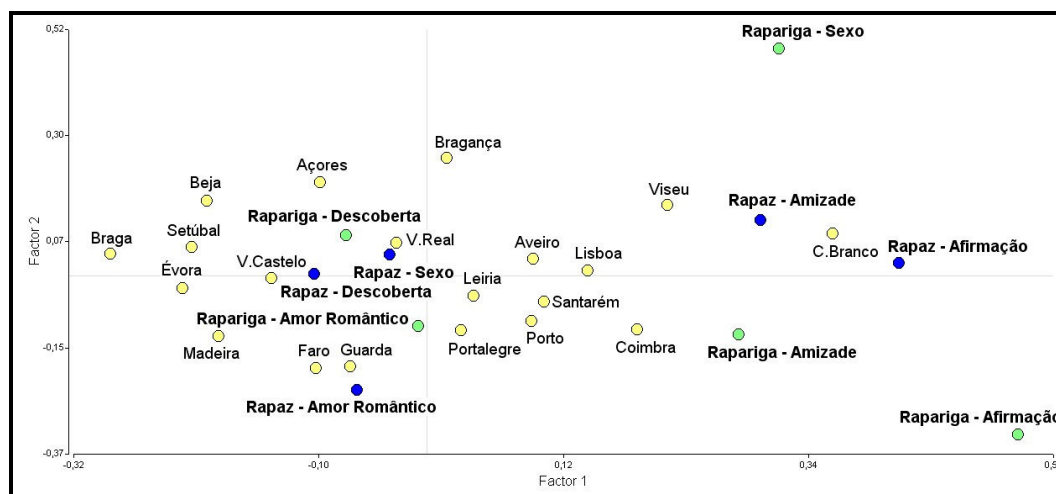
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (55,71%) da variância (tabela 180 anexo CXCIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 78) permite deduzir as seguintes considerações; no que diz respeito aos quadrantes inferiores, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Faro e Guarda, Évora e Viana do Castelo atribuem preferencialmente o amor romântico à essência do relacionamento dos jovens entre 16-19 anos para ambos os sexos com o sexo oposto, enquanto que os enfermeiros de Braga, Setúbal, Beja e Açores, a definem principalmente pela descoberta do prazer da companhia do outro, sendo que Vila Real associam preferencial o rapaz ao sexo.

Em relação aos quadrantes superiores, vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Aveiro, Lisboa, Santarém, Porto, Viseu, Coimbra e Castelo Branco, atribuem a essência do relacionamento, à amizade e afirmação social para o rapaz e a afirmação social. De uma forma geral, também visualizamos que a essência atribuída ao relacionamento das raparigas está relacionada com a essência atribuída aos rapazes, salvo para a categoria sexo.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde em anexo, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (66,87%) da variância (tabela 181 anexo CXCV).

Gráfico 78 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto por Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 89 anexo CXCVI) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira e Algarve associam a essência do relacionamento ao amor romântico, os enfermeiros das Regiões do Norte, Alentejo e Açores, sugerem ser a descoberta do prazer na companhia do outro e as Regiões de Saúde do Centro e Lisboa e Vale do Tejo, associam ao sexo, à amizade e à afirmação social.

Separando a opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto por Sub-regiões e Regiões de Saúde através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=233,18$; g.l.=171; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=77,69$; g.l.=54; $P < 0,05^*$), concluímos que aquela não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

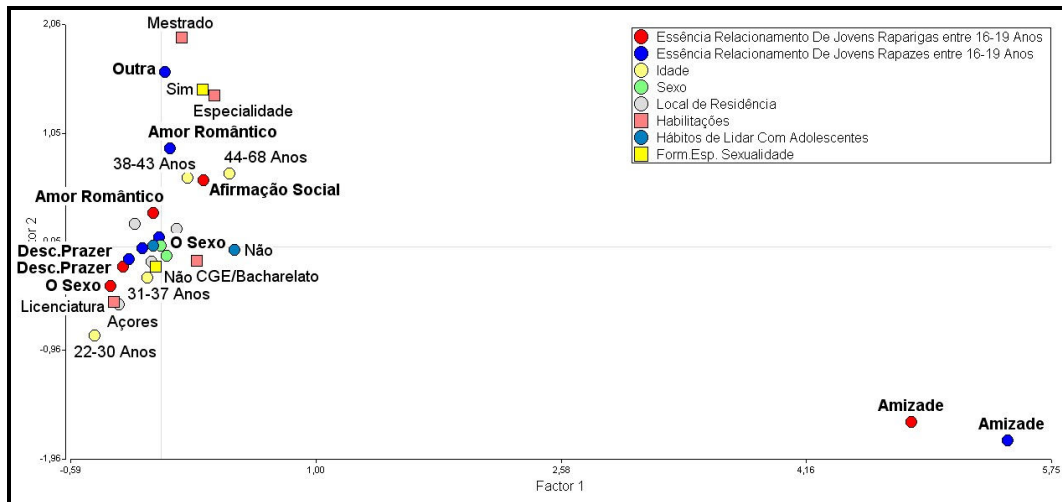
Realizando uma análise factorial de correspondências múltiplas, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (15,38%) da variância (tabela 366 anexo CCLXXIV).

Hipótese 28: A opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto é influenciada pela idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Pela observação do (gráfico 79), com base no factor 2 podemos observar que a opinião dos enfermeiros com especialidade ou mestrado e com formação específica sobre

sexualidade associam a essência do relacionamento dos jovens; rapariga e rapaz ao amor romântico e afirmação social.

Gráfico 79 – Análise de Correspondências Múltiplas entre a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade



Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 97), como $P > 0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento das raparigas de 16-19 anos com o sexo oposto é significativamente independente da idade, sexo, local de residência, habilitações e formação específica sobre sexualidade. Ao inverso, como $P < 0,05$ concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento das raparigas de 16-19 anos com o sexo oposto não é significativamente independente do hábito de lidar com adolescentes. Desta forma, os enfermeiros que lidam habitualmente com adolescentes tendem a dizer que aquela essência consiste na descoberta do prazer da companhia ou o sexo.

Tabela 97 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens raparigas entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Essência do relacionamento de jovens raparigas de 16-19 anos com o sexo oposto						
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	Testes
• Idade						
22 – 30 anos	43,2%	48,4%	4,3%	1,9%	2,2%	$\chi^2=13,302$; g.l.=12; P=0,338 ns
31 – 37 anos	41,3%	48,4%	4,4%	2,7%	3,2%	
38 – 43 anos	44,8%	46,5%	3,5%	3,0%	2,2%	
44 – 68 anos	43,5%	44,0%	3,3%	4,3%	4,8%	
Total	43,1%	47,0%	3,9%	2,9%	3,1%	
• Sexo						
Feminino	40,2%	47,0%	6,8%	3,4%	2,6%	$\chi^2=3,175$; g.l.=4; P= 0,524 ns
Masculino	43,3%	47,0%	3,7%	2,9%	3,1%	
Total	43,1%	47,0%	3,9%	2,9%	3,1%	
• Local de Residência						
Madeira	52,1%	45,2%	0,0%	2,7%	0,0%	$\chi^2=12,964$; g.l.=12; P=0,964 ns
Açores	40,4%	49,1%	7,0%	3,5%	0,0%	
Interior	41,0%	48,5%	4,4%	2,7%	3,4%	
Litoral	44,6%	45,4%	3,6%	3,1%	3,2%	
Total	43,1%	47,0%	3,9%	2,9%	3,1%	
• Hábilitações						
CGE/Bach.	42,0%	46,9%	4,4%	4,2%	2,5%	$\chi^2=10,828$; g.l.=12; P=0,525 ns
Licenciatura	43,5%	47,1%	4,2%	2,2%	3,1%	
Especialidade	43,5%	46,8%	2,7%	2,7%	4,2%	
Mestrado	52,9%	47,1%	0,0%	0,0%	0,0%	
Total	43,1%	47,0%	3,9%	2,9%	3,1%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes						
Sim	43,0%	47,1%	4,3%	2,6%	3,0%	$\chi^2=10,808$; g.l.=4; P<0,05 *
Não	44,0%	46,3%	0,6%	5,7%	3,4%	
Total	43,1%	47,0%	3,9%	2,9%	3,1%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade						
Sim	44,7%	43,2%	4,5%	2,5%	5,0%	$\chi^2=4,016$; g.l.=4; P=0,402 ns
Não	42,9%	47,5%	3,8%	3,0%	2,8%	
Total	43,1%	47,0%	3,9%	2,9%	3,1%	

A – O amor romântico; B – A descoberta do prazer da companhia do outro; C – O sexo; D – A amizade; E – A afirmação social.

Pela aplicação do teste de Independência de Qui-quadrado (tabela 98), como $P>0,05$, podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento dos rapazes de 16-19 anos com o sexo oposto é significativamente independente do sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Tabela 98 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento de jovens rapazes entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

VD – Essência do relacionamento de jovens rapazes de 16-19 anos com o sexo oposto							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Idade							
22 – 30 anos	9,2%	45,6%	31,2%	1,5%	12,5%	0,0%	$\chi^2=34,919$; g.l.=15; P<0,01 **
31 – 37 anos	5,7%	40,2%	36,8%	1,9%	15,2%	0,2%	
38 – 43 anos	10,9%	43,5%	33,6%	3,0%	9,0%	0,0%	
44 – 68 anos	13,0%	43,0%	27,0%	3,1%	14,0%	0,0%	
Total	9,5%	43,1%	32,3%	2,3%	12,7%	0,1%	
• Sexo							
Feminino	5,1%	41,0%	45,3%	2,6%	6,0%	0,0%	$\chi^2=13,778$; g.l.=5; P= 0,074 ns
Masculino	9,8%	43,2%	31,4%	2,3%	13,2%	0,1%	
Total	9,5%	43,1%	32,3%	2,3%	12,7%	0,1%	
• Local de Residência							
Madeira	12,3%	49,3%	28,8%	1,4%	8,2%	0,0%	$\chi^2=12,582$; g.l.=15; P=0,534 ns
Açores	3,5%	47,4%	38,6%	3,5%	7,0%	0,0%	
Interior	9,7%	43,9%	32,5%	2,0%	11,9%	0,0%	
Litoral	9,5%	41,3%	32,1%	2,6%	14,4%	0,1%	
Total	9,5%	43,1%	32,3%	2,3%	12,7%	0,1%	
• Habilitações							
CGE/Bach.	10,2%	38,7%	35,9%	3,2%	12,1%	0,0%	$\chi^2=19,735$; g.l.=15; P=0,138 ns
Licenciatura	8,3%	44,6%	31,9%	2,0%	13,2%	0,0%	
Especialidade	11,2%	46,5%	27,2%	1,8%	13,0%	0,3%	
Mestrado	11,8%	47,1%	35,3%	0,0%	5,9%	0,0%	
Total	9,5%	43,1%	32,3%	2,3%	12,7%	0,1%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes							
Sim	9,5%	42,6%	32,9%	2,1%	12,8%	0,1%	$\chi^2=5,299$; g.l.=5; P=0,345 ns
Não	9,7%	47,4%	26,9%	4,0%	12,0%	0,0%	
Total	9,5%	43,1%	32,3%	2,3%	12,7%	0,1%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade							
Sim	10,1%	40,2%	35,2%	2,0%	12,6%	0,0%	$\chi^2=1,276$; g.l.=5; P=0,905 ns
Não	9,4%	43,4%	32,0%	2,3%	12,8%	0,1%	
Total	9,5%	43,1%	32,3%	2,3%	12,7%	0,1%	

A – O amor romântico; B – A descoberta do prazer da companhia do outro; C – O sexo; D – A amizade; E – A afirmação social.

Ao inverso, como $P<0,05$ podemos concluir que a opinião dos inquiridos sobre a essência do relacionamento dos rapazes de 16-19 anos com o sexo oposto não é significativamente independente da idade dos enfermeiros. Desta forma, os enfermeiros com 22-30 anos associam mais a essência do relacionamento dos rapazes de 16-19 anos com o sexo oposto à descoberta do prazer da companhia do outro, os enfermeiros com 31-37 anos ao sexo, à afirmação social e outros factores; e os enfermeiros com 38 ou mais anos, ao amor romântico, sexo à amizade e à afirmação social.

15.3 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS ADOLESCENTES NA ÁREA DA SEXUALIDADE

Tabela 99 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a classificação dos adolescentes na área da sexualidade

Considera os adolescentes na área da sexualidade?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Esclarecidos	228	13,1%	91	5,2%
Promíscuos	64	3,7%	104	6,0%
Aventureiros	995	57,3%	1026	59,1%
Vaidosos	98	5,6%	90	5,2%
Convencidos	211	12,2%	327	18,8%
Outra	139	8,0%	97	5,6%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

A maior parte dos enfermeiros (tabela 99) classifica os adolescentes na área da sexualidade como aventureiros, quer para as raparigas (57,3%) quer para os rapazes (59,1%), em (2002) o autor encontra percentagens bastante mais elevadas para ambos os sexos, na opinião de (75,8%) dos seus inquiridos.

A opinião dos enfermeiros inquiridos sobre a classificação dos adolescentes no âmbito da sexualidade já discrimina os sexos, uma vez que as raparigas são apelidadas de esclarecidas em (13,1%) e os rapazes como convencidos em (18,8%) dos casos, números relativamente próximos dos encontrados em (2002) pelo autor com (11,4%) de respostas dos inquiridos.

Será no contexto rico mas profundamente instável da vida interior que caracteriza a adolescência, onde frequentemente se misturam a curiosidade, o desejo, as incertezas e inseguranças, a atracção e a vertigem do imediato, que os jovens têm de aprender a conduzir os seus próprios processos evolutivos. Este projecto dinâmico e aventureiro, vivido pelo jovem adolescente será condição indispensável à realização de qualquer projecto de vida (Ferreira M. F. Moreira et al., 2004; Sampaio Daniel, 2006).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (50,91%) da variância (tabela 183 anexo CXCVIII).

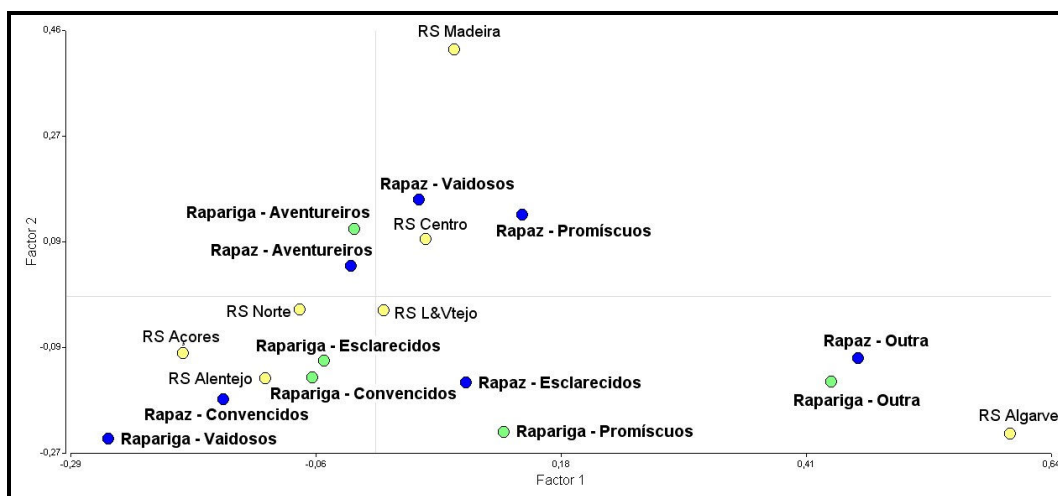
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 90 anexo CXCIX) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Évora, Viana do Castelo, Leiria, Viseu e Faro, classificam o comportamento dos jovens em relação à sexualidade, sobretudo como promíscuos e esclarecidos; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Vila Real, Beja, Açores, Santarém, Castelo Branco, Portalegre e Porto os consideram como convencidos e vaidosos.

Com base no **factor 2**, observamos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Braga, Lisboa, Aveiro e Madeira dizem preferencialmente que os jovens são aventureiros na área da sexualidade.

Também é de notar que a classificação atribuída aos rapazes está associada a classificação atribuída às raparigas.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (65,36%) da variância (tabela 184 anexo CXCVII).

Gráfico 80 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a classificação do comportamento sexual dos adolescentes e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 80) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1** vemos que os enfermeiros da Região de Saúde do Algarve, Lisboa e Vale do Tejo classificam o comportamento dos jovens em relação à sexualidade sobretudo como promíscuo para as raparigas e outros para ambos sexos, e ainda esclarecidos para os rapazes, já os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Açores e Alentejo vêem ambos os jovens como convencidos e, vaidosas e esclarecidas as raparigas. Com base no **factor 2**, observamos que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e Madeira dizem preferencialmente que os jovens de ambos os sexos são aventureiros e que os rapazes são mais vaidosos e promíscuos na área da sexualidade.

Dissecando a opinião dos enfermeiros sobre a classificação dos adolescentes na área da sexualidade por Regiões e Sub-regiões de Saúde através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=182,38$; g.l.=209; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=440,12$; g.l.=209; $P < 0,001^{***}$), concluímos que aquela não é significativamente

independente respectivamente das Regiões nem das Sub-regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

15.4 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A FORMA COMO VIVÊNCIAM OS ADOLESCENTES A SUA EXPRESSÃO SEXUAL

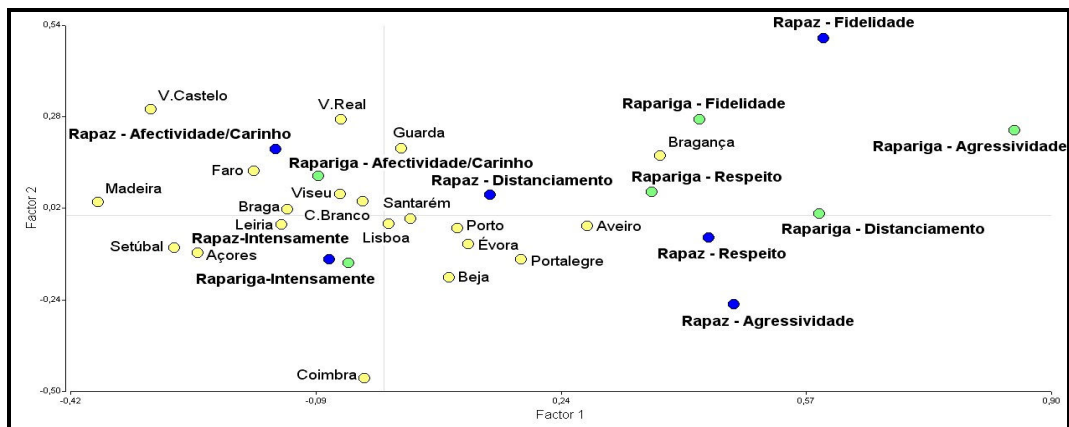
Tabela 100 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes

Na sua opinião, como vivenciam os adolescentes a sua expressão sexual?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Respeito pelo outro	95	5,5%	108	6,2%
Afectividade e carinho	733	42,2%	516	29,7%
Agressividade	13	0,7%	81	4,7%
Distanciamento	49	2,8%	225	13,0%
Intensamente e Paixão	780	45,0%	762	43,0%
Fidelidade	55	3,2%	29	1,7%
Outra	10	0,6%	14	0,8%
Total	1735	100,0%	1735	100,0%

A principal forma de vivência da expressão sexual dos adolescentes referida pelos enfermeiros é para ambos os sexos, uma vivência muito intensa e com paixão (45,0% e 43,0%) respectivamente para raparigas e rapazes, percentagens muito próximas das encontradas pelo autor em (2002) na opinião de (49,0%) dos casos para ambos os sexos (tabela 100).

A actividade sexual dos adolescentes é uma realidade que os pais e educadores devem ter em apreço, pois ela é efectivamente vivida com muita intensidade e apaixonadamente (Navarro, 1985; referido por Rodrigues J., 1989; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., Vaz J. Machado et al., 2007). Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (55,77%) da variância (tabela 186 anexo CC)

Gráfico 81 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 81) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda e Bragança dizem preferencialmente quer as raparigas quer os rapazes vivem a sua expressão sexual com fidelidade e distanciamento, acrescentam contudo que a rapariga a vive também com agressividade e respeito.

Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Évora, Beja, Portalegre, Aveiro Santarém e Lisboa, dizem que os rapazes a vivem com respeito, mas também com agressividade.

Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Leiria, Setúbal, Açores e Coimbra referem que ambos os adolescente a vivem muito intensamente e com paixão, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Faro, Viseu, Castelo Branco, Vila Real e Viana do Castelo associam a vivência da expressão sexual principalmente à afectividade e carinho.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (71,27%) da variância (tabela 187 anexo CCI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 93 anexo CCII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve e Madeira associam a vivência da expressão sexual à afectividade e ao carinho para ambos os sexos, os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores e Lisboa e Vale do Tejo sugerem uma vivência muito intensamente e com paixão para ambos os sexos. Os enfermeiros da Região de Saúde do Norte relacionam a vivência dos rapazes e das raparigas ao respeito e fidelidade, mas também ao distanciamento; enquanto que os

enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e Alentejo associam a vivência dos rapazes ao respeito, agressividade e distanciamento e, as raparigas à agressividade.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a forma dos jovens vivem a sua expressão sexual tendo em conta as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=356,43$; g.l.=209; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=117,13$; g.l.=66; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes não é significativamente independente respectivamente das suas Sub-regiões nem das Regiões de Saúde.

15.5 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O SIGNIFICADO DA SEXUALIDADE PARA O ADOLESCENTE

Tabela 101 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual o significado da sexualidade para o adolescente

Em sua opinião, a sexualidade é para o/a adolescente?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Uma fonte de afecto	238	13,7%
Uma forma de expressão sexual	586	33,8%
Uma fonte de prazer	445	25,6%
Uma forma de comunicação com o outro	210	12,1%
Uma manifestação de amor	249	14,4%
Uma forma de reprodução	3	0,2%
Outra	4	0,2%
Total	1735	100,0%

Quando questionados sobre a opinião que têm da sexualidade dos adolescentes, os enfermeiros evidenciam respostas bastantes heterogéneas, apesar da forma de expressão sexual ser referida por (33,8%) destes, em (2002) a opinião dos inquiridos pelo autor sugere no âmbito de estudo idêntico, para a mesma rubrica apenas (7,4%) das respostas.

Dos restantes, (25,6%) dizem ser uma fonte de prazer, também uma percentagem bastante superior à encontrada em (2002) pelo autor apenas (12,1%), dos inquiridos (14,4%) consideram que os jovens a veem como uma manifestação de amor, aqui sucede o inverso já que o autor em (2002) encontrou (49,7%) de inquiridos com esta tendência de opinião, (13,7%) sugerem uma fonte de afecto e (12,1%) referem-na como uma forma de comunicação com o outro (tabela 101).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (75,91%) da variância (tabela 189 anexo CCIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 94 anexo CCV) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1**, podemos dizer que

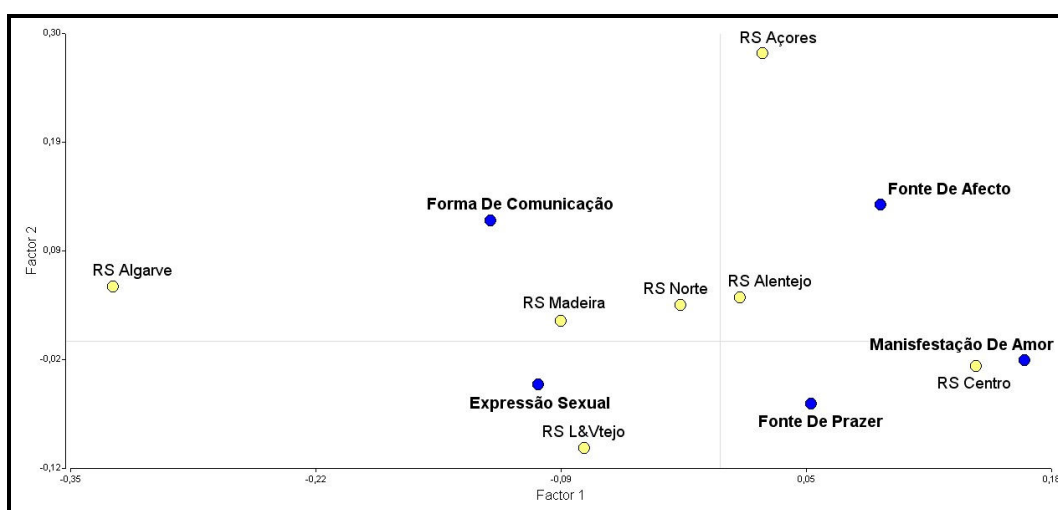
os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Leiria, Guarda, Viana do Castelo, Açores e Vila Real dizem preferencialmente que os adolescentes vêem a sua sexualidade como uma fonte de afecto ou uma manifestação de amor.

Com base no **factor 2**, vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Viseu, Madeira, Beja, Faro e Santarém sugerem preferencialmente que os adolescentes vêem a sua sexualidade como uma forma de expressão sexual ou uma forma de comunicação com o outro; já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Portalegre, Braga, Setúbal, Évora e Aveiro consideram que os adolescentes vêem a sexualidade como uma fonte de prazer.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (76,22%) da variância (tabela 190 anexo CCIII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 82) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo consideram que a sexualidade tem como significado para o adolescente, uma forma de expressão sexual, enquanto que os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira, Norte e Algarve são de opinião que a sexualidade é para o adolescente uma forma de comunicação com o outro. Já os enfermeiros da Região de Saúde do Alentejo e Açores consideram que a sexualidade é sobretudo para o adolescente uma fonte de afecto, os enfermeiros da Região de Saúde do Centro referem que a sexualidade é para os jovens adolescentes uma manifestação de amor e uma fonte de prazer.

Gráfico 82 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre qual o significado da sexualidade para o adolescente por Regiões de Saúde



Comparando a opinião dos enfermeiros sobre qual o significado da sexualidade dos adolescentes segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=36,57$; g.l.=24; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=153,34$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre o significado da sexualidade dos adolescentes não é significativamente independente respectivamente das suas Regiões e Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

15.6 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS ZONAS POTENCIALMENTE ERÓGENAS DOS ADOLESCENTES PARA COM O SEXO OPOSTO

Tabela 102 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre quais são as principais zonas erógenas do adolescente para com o sexo oposto

Em sua opinião, quais pensa serem as principais zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Boca	841	25,7%	513	12,6%
Nádegas	487	14,9%	479	11,7%
Órgãos genitais	1011	30,9%	982	24,0%
Olhos	431	13,2%	196	4,8%
Coxas	240	7,3%	266	6,5%
Cabelos	236	7,2%	328	8,0%
Mamas (Seios)	0	0,0%	1310	32,1%
Outras	30	0,9%	13	0,3%
Total	3276	100,0%	4087	100,0%

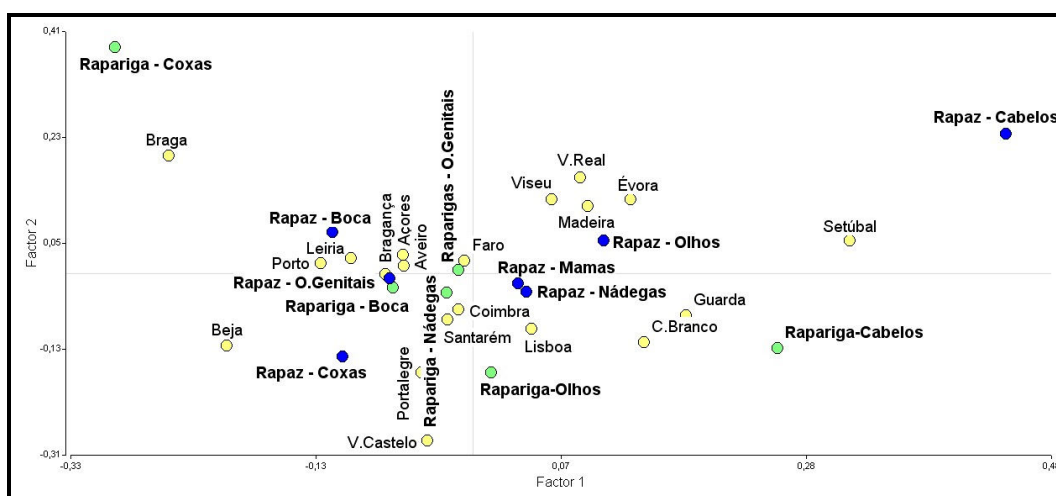
As principais zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto das raparigas são segundo os enfermeiros inquiridos os órgãos genitais (30,9%), percentagens bastante distantes das encontradas pelo autor em (2002) já que à altura (63,8%) dos inquiridos eram da mesma opinião contudo para ambos os sexos, a boca para (25,7%), enquanto que para os rapazes são as mamas (seios) (32,1%) e os órgãos genitais (tabela 102).

Platão destacou a figura mitológica de Eros, o Deus do amor, dos apetites sexuais, do instinto básico da vida e responsável pela atracção entre os corpos. Eros, era a força vital que impulsionava a vida. Dessa referência, surgiram as expressões *zonas erógenas* e *erotismo* (Moore Thomas, 1999). O interesse pelo sexo e pela sexualidade sempre existiu ao longo da história da humanidade. Uma variedade enorme de obras de arte eróticas e sensuais da Antiguidade e mesmo desenhos pré-históricos em cavernas retratam homens e mulheres, enfatizando os órgãos genitais, principalmente o pénis. O pénis era venerado como o símbolo da fertilidade e do poder por inúmeras culturas (Moore Thomas, 1999). Os olhos, as nádegas, as coxas tudo isto pode dar asas à nossa

imaginação erótica, quando recordamos, discutimos um pequeno pormenor da pessoa que amamos ou pela qual nos sentimos fortemente atraídos (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Marques António, et al., 2000; Diamond Jared; Rosa João, 2001). A presença do corpo possibilita inúmeros pensamentos, pois o corpo humano está pleno de significados em todas as suas dimensões. O sexo é tão poderoso e encantador que nos seus detalhes nós o analisamos em centímetros. Os órgãos sexuais excitam pensamentos e sentimentos tão primitivos e elementares que despertam um interesse extremo provocando simultaneamente medidas extremas de controlo. Contudo a nossa curiosidade aumenta quando nos centramos nos órgãos genitais em si mesmos, o pénis e a vagina (Moore Thomas, 1999).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (50,20%) da variância (tabela 192 anexo CCVI).

Gráfico 83 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre quais as principais zonas potencialmente erógenas do adolescente para com o sexo oposto e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 83) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Castelo Branco, Guarda, Setúbal, Évora, Madeira, Vila Real e Viseu consideram que as principais zonas potencialmente erógenas do adolescente para com o sexo oposto são para rapazes e raparigas cabelos e olhos e para rapaz as mamas e nádegas.

Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Braga, Porto, Leiria, Bragança, Açores, Aveiro, Faro, Beja, Portalegre, Viana do Castelo, Santarém e Coimbra, referem que as principais zonas erógenas do sexo oposto são para as raparigas e rapazes; são as coxas, a boca e os órgãos genitais e para as raparigas as nádegas.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (64,62%) da variância (tabela 193 anexo CCVII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 97 anexo CCVIII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Madeira, Centro e Alentejo consideram principalmente como zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto os cabelos, nádegas e olhos para ambos os sexos e, as mamas (seios) para os rapazes. Por outro lado, os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte, Algarve e Açores consideram a boca, coxas e órgãos genitais como zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto quer para o sexo masculino quer para o sexo feminino.

Relacionando a opinião dos enfermeiros sobre quais as principais zonas erógenas do adolescente relativamente ao sexo oposto segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=406,10$; g.l.=228; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=136,56$; g.l.=72; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes sobre a temática não é significativamente independente respectivamente das suas Sub-regiões nem das Regiões de Saúde.

15.7 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE QUAL O ÓRGÃO DOS SENTIDOS MAIS IMPORTANTE PARA O ADOLESCENTE NA ESFERA DA SEXUALIDADE

Tabela 103 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual o órgão dos sentidos mais importante para o adolescente na esfera da sexualidade

Qual é a seu ver durante a adolescência o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade?				
Descrição	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Tacto	840	48,4%	921	53,1%
Olfacto	42	2,4%	26	1,5%
Visão	816	47,0%	772	44,5%
Audição	26	1,5%	3	0,2%
Paladar	11	0,6%	13	0,7%
Total	3276	100,0%	4087	100,0%

Na opinião dos enfermeiros os dois órgãos dos sentidos mais importantes na esfera da sexualidade são o tacto e a visão, quer para os rapazes quer para as raparigas, também a visão e o tacto são na opinião dos inquiridos pelo autor em (2002) os dois órgãos dos sentidos mais importantes na esfera da sexualidade, tendo segundo os enfermeiros, o tacto (53,1%) maior importância para os rapazes e a visão (47,0%) maior importância para as raparigas (tabela 103).

Tocar, significa entre duas pessoas dar e receber, o que desencadeia o contacto e provoca a inevitável ausência de distância. A pele desencadeia o afecto, o carinho, a admiração, o respeito, a sensualidade, o amor e inevitavelmente o prazer. O olfacto é provavelmente depois do tacto o sentido mais importante na arte do amor. Os cheiros particulares da pele, da boca dos cabelos, dos órgãos genitais podem ser extremamente afrodisíacos e excitar vigorosamente aquele ou aquela cujos gostos estejam em conformidade com essa pessoa (Andrade Isabel, 1996; Chambon philipe, 1998, Diamond Jared; Rosa João, 2001). Quando os olhares de um homem e de uma mulher se interpenetram, olhando para o corpo um do outro, seja durante o sexo, em filmes, numa revista ou na privacidade de um devaneio, não é logo claro o que está a acontecer. Para muitos, esse olhar é tão atraente que parece satisfazer uma carência forte e não somente um fantasia passageira, às vezes este olhar pode ser compulsivo. Para outros ainda, pode ser um escândalo. Importa lembrar que muitas vezes escândalo e compulsão vivem intimamente ligados.

O sexo é tão surpreendente e poderoso que o olhar sexual poderá parecer ter algo em comum com o olhar religioso. O olhar sexual não se circunscreve ao acto de ver, procura informações no corpo do outro. Podemos até querer convencer-nos de que analisamos o simples prazer que o corpo nos propicia, ou só estamos interessados numa bonificação física. Contudo, a compulsão torna-se enérgica demais para ser explicada apenas em termos físicos (Moore Thomas, 1999; Rosa João, 2001).

“A vista é o desejo, os olhos são a vontade e o mundo do homem encerra-se no olhar” (Andrade Isabel, 1996:46). Percorrido que foi o universo dos sentidos, funcionando como instrumento e simultaneamente como orquestra na captação da realidade, é fácil compreender a singularidade e a complementaridade de cada um na esfera da sexualidade (Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2006).

É útil que compreendamos que o ser humano é um ser nu, e que a interacção pela pele está intensamente favorecida; podemos por isso sentir facilmente o seu calor, tocando-a (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Moore Thomas, 2000; Rosa João, 2001).

O ser humano, tem os braços e as mãos libertas para acariciar e ser acariciado. O odor é outro dos órgãos dos sentidos extremamente desenvolvido, há hormonas e cheiros sexuais, únicos em cada um de nós. Temos de aprender a desfrutar desse aroma, desse sabor, a educação sexual deve ser norteadada para o prazer sensorial (López S. Félix, 1995; Moore Thomas; Rodrigues Custódio, 1999; Diamond Jared; Rosa João, 2001).

Qualquer toque, qualquer olhar, qualquer odor tem uma interpretação a nível cerebral, que é o principal coordenador sensorial do ser humano onde se processa toda a

informação, direccionando a resposta sexual pela libertação de neurotransmissores, que agem nos diferentes receptores periféricos do corpo.

A análise total e as interpretações destas mensagens de retorno determinam a resposta final aos estímulos. Tanto mais efectiva é a mensagem quanto maior for o número de modalidades sensoriais utilizadas. O acto sexual é basicamente uma actividade sensorial que utiliza os cinco sentidos (Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

Quando falamos dos órgãos dos sentidos lembramos sempre o paladar, o olfacto, a visão, o toque e a audição. O beijo durante o acto sexual mantém o vínculo de excitação e intimidade entre os parceiros como um estímulo contínuo de prazer. O cheiro (olfacto) que tanto atrai, gera sensações agradáveis que aproximam os casais. A visão (o olhar) é um dos órgãos dos sentidos de maior importância no aspecto da atracção sexual, onde os seus pré-requisitos corporais definem o sim ou o não. Os órgãos sexuais não são considerados belos sob o ponto de vista estético, mas tornam-se atraentes e desejáveis na medida em que o sujeito é influenciado pela emoção e pela fantasia. A excitação aumenta com a erecção e a lubrificação do outro. A visão erótica estimula receptores periféricos, aumentando a vascularização dos órgãos genitais. O olhar aceita ou rejeita (Andrade Isabel, 1996; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001).

“O despertar do desejo pressupõe que o indivíduo se abandone à linguagem do corpo, que consinta no paroxismo de uma presença, outra que não a sua, capaz de o projectar nas virtualidades do imaginário e do simbólico. Isto significa que o desejo se desenvolve no mundo dos signos, onde a curva de um seio, a intensidade de um olhar, o murmúrio de uma voz, o tom de uma carícia se fundem na subjectividade de um indivíduo para com o outro e vice-versa” (Andrade Isabel, 1996:9).

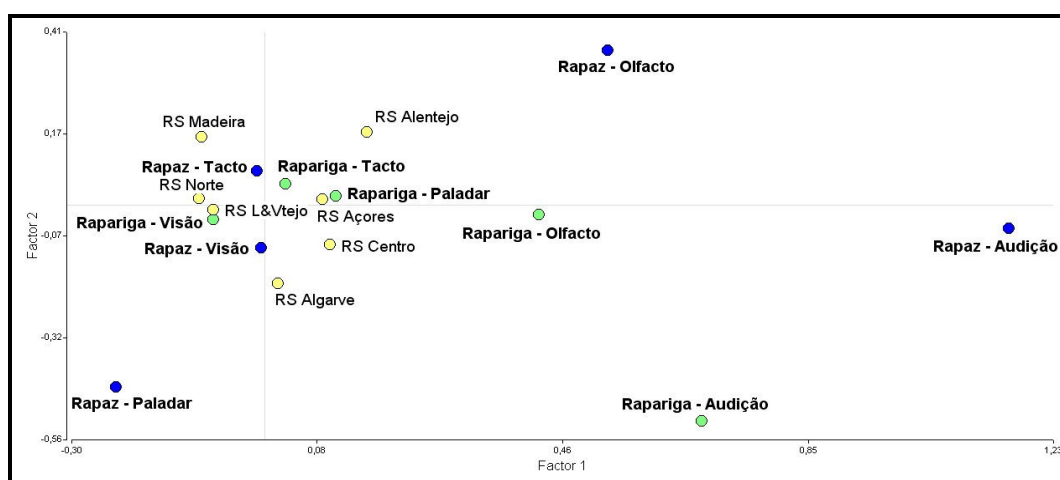
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (60,13%) da variância (tabela 195 anexo CCX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 98 anexo CCXI) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja e Viseu associam o paladar aos rapazes e a visão a ambos os sexos como sendo o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade, os enfermeiros de Aveiro e Castelo Branco consideram ser a audição para a rapariga; enquanto que os de Coimbra, Portalegre e Évora sugerem preponderantemente o olfacto para ambos os sexos e a audição para o rapaz.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (71,19%) da variância (tabela 196 anexo CCIX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 84) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo, Açores, Centro e Algarve associam o olfacto e a audição aos órgãos dos sentidos mais importantes na esfera da sexualidade quer para rapazes quer para raparigas, o tacto e o paladar mais ao sexo feminino, enquanto que os enfermeiros da Madeira, Norte e Lisboa e Vale do Tejo relacionam preferencialmente a visão quer ao rapaz quer à rapariga e o tacto e paladar especialmente ao rapaz.

Gráfico 84 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre qual o órgão dos sentidos dos adolescentes mais importante na esfera da sexualidade e a Região de Saúde



Comparando a opinião dos enfermeiros sobre qual o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade dos adolescentes por Regiões e Sub-regiões de Saúde, através do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=96,20$; g.l.=54; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=318,89$; g.l.=171; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes sobre o órgão dos sentidos mais importante no âmbito da sexualidade não é significativamente independente respectivamente das Regiões nem das Sub-regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

15.8 – PREPARAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA FALAR DE SEXUALIDADE COM OS ADOLESCENTES

Tabela 104 – Tabela de frequências da preparação dos enfermeiros para falar de sexualidade com os jovens adolescentes

Acha-se preparado(a) para falar com os jovens sobre qualquer tema na esfera da sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	645	37,2%
Sim, com algumas dificuldades	940	54,2%
Não me sinto à vontade no tema	150	8,6%
Total	1735	100,0%

Pela observação da (tabela 104) verificamos que grande parte dos enfermeiros (91,4%) se considera preparada para falar com os jovens sobre qualquer tema na esfera da sexualidade, um número próximo do encontrado pelo autor no estudo de (2002) onde (87,2%) eram da mesma opinião, é de notar que dos inquiridos que afirmaram sim (54,2%), destes consideram fazê-lo com algumas dificuldades.

Visualizamos ainda que (8,6%) referem não se sentir à vontade para falar sobre o tema, valor aproximado do encontrado pelo autor em (2002) na opinião de (12,8%) dos inquiridos. O que significa que a sexualidade parece continuar a ser um tabu onde também os profissionais de saúde, se sentem inseguros para abordar estes assuntos (Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006). Da nossa experiência também consideramos que talvez uma parte ainda mais expressiva dos colegas possa abordar o tema mas, com obvias dificuldades. Pelo que quanto a nós, é de capital importância um correcto esclarecimento nesta faixa etária sobre esta matéria pois como nos sugere Aswall citado por Loureiro Fernanda (1990:18) “(...) *custa menos oferecer aos jovens uma formação adequada em planeamento familiar e em vida sexual, que tentar resolver, como convém, os problemas postos pelo aborto e pelas possibilidades de educação perdidas, ou de combater os outros efeitos secundários indesejáveis da liberdade sexual de hoje*”.

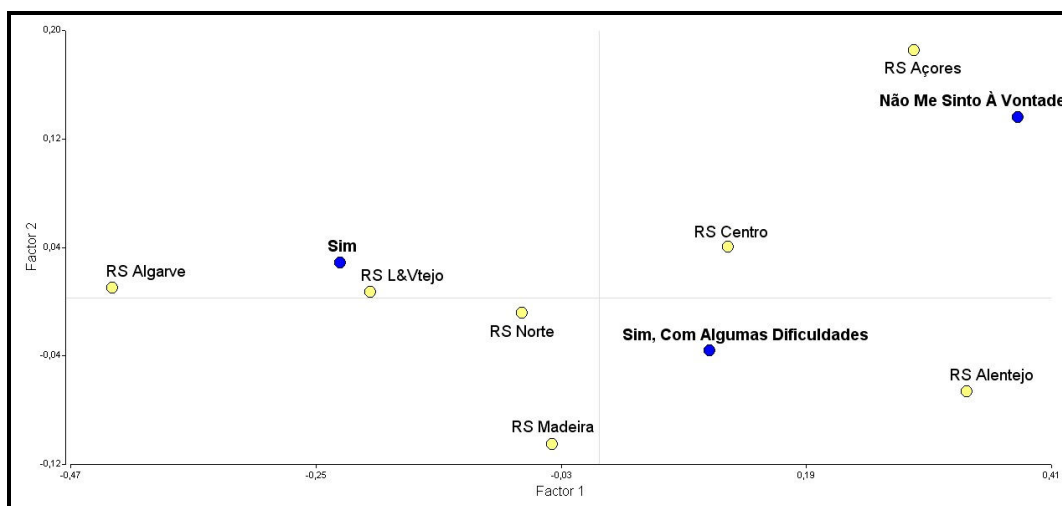
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 198 anexo CCXII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 100 anexo CCXIII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Faro, Porto Lisboa e Bragança consideram-se totalmente preparados para falar com os jovens sobre sexualidade, já os enfermeiros de Castelo Branco, Açores e Évora não se sentem preparados e, os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde, sentem-se preparados mas com algumas dificuldades.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 199 anexo CCXIV).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 85) permite deduzir que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve, Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Madeira, dizem-se preparados para falar sobre qualquer tema na esfera da sexualidade com os adolescentes, os enfermeiros dos Açores e Centro tem maior proporção de profissionais que não se sentem preparados, já os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde, Alentejo e Madeira consideram-se preparados embora com algumas dificuldades.

Gráfico 85 – Análise de Correspondência Simples entre a preparação dos enfermeiros para falar sobre sexualidade aos adolescentes e as Regiões de Saúde



Ordenando a preparação dos enfermeiros para falar sobre qualquer tema na esfera da sexualidade aos jovens adolescentes por Região e Sub-região de Saúde de trabalho, pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=69,65$; g.l.=12; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=135,66$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a preparação destes para falar sobre sexualidade não é significativamente independente respectivamente das Regiões nem das Sub-regiões de Saúde.

15.9 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A INFLUÊNCIA DO AMOR / PAIXÃO NA ACTIVIDADE QUÍMICA CEREAL

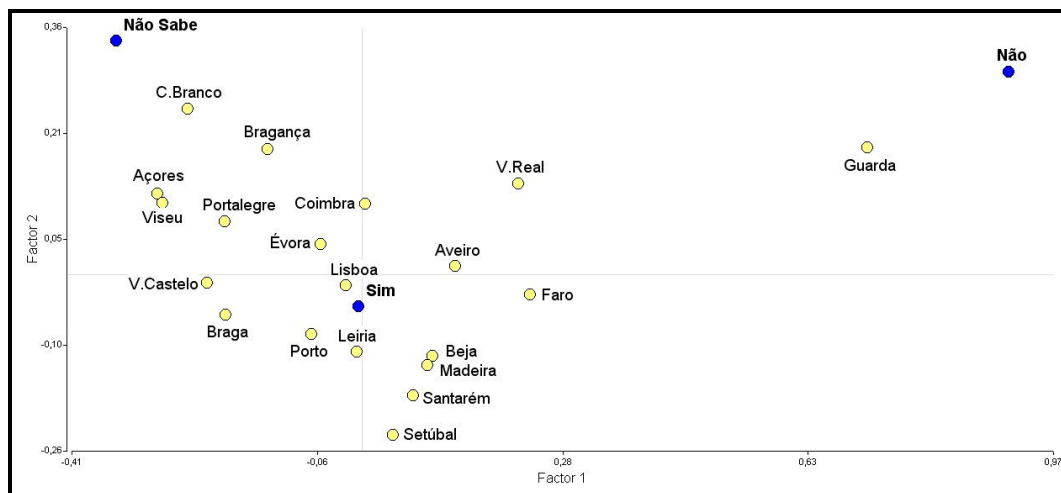
Tabela 105 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a influência do amor / paixão na actividade química cerebral

Considera que o amor / paixão influencia a actividade química cerebral?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1516	87,4%
Não	65	3,7%
Não sabe	154	8,9%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (87,4%) defende a teoria de que o amor e a paixão influenciam a actividade química cerebral, valor significativamente distante do encontrado pelo autor no seu estudo de (2002) onde (73,2%) dos inquiridos foram de opinião idêntica. Dos inquiridos (3,7%) contrapõem essa teoria e (8,9%) não sabe ou não tem opinião formada (tabela 105).

O cérebro tem, através da sua actividade química, um papel fundamental, tanto nos prenúncios físicos como nas emoções ligadas ao amor. Pensa-se que o sistema límbico nomeadamente o hipotálamo está ligado ao controlo das emoções e à capacidade de amar (Chambon Philipe, 1998; Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001). De entre os neurotransmissores é a dopamina a que confere a maior relação com a emoção amorosa. Quando um indivíduo está apaixonado, o nível de dopamina cerebral está muito elevado e quanto mais intensa é a paixão mais elevado será o seu nível. A euforia, a insónia, a perda de apetite, o pensamento obsessivo de quem ama, estão directamente relacionadas com os níveis de dopamina (Rodrigues Custódio, 1999; Rosa João, 2001). Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 201 anexo CCXV).

Gráfico 86 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia do amor / paixão na actividade química cerebral e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 86) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Vila Real, Guarda e Aveiro relacionam-se ao facto de considerar que o amor e a paixão não influenciam a actividade química cerebral, enquanto que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Santarém, Madeira, Beja, Leiria, Porto, Braga, Viana do Castelo e Lisboa defenderam prioritariamente o inverso, isto é o amor e a paixão influenciam a actividade química cerebral. Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Bragança, Açores, Viseu, Portalegre, Coimbra, Évora referem não saber.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Região de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 202 anexo CCXVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 103 anexo CCXVII) permite deduzir as seguintes considerações; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve e Centro defendem a teoria que o amor e a paixão não influenciam a actividade química cerebral; os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Norte defendem o contrário e, os enfermeiros da Região dos Açores não sabem.

Dividindo a opinião dos enfermeiros sobre a influencia do amor e da paixão na actividade química cerebral tendo por ponto de corte as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=98,77$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=25,33$; g.l.=12; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde.

15.10 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS SINTOMAS FÍSICOS E PSÍQUICOS DO AMOR E DA PAIXÃO NA ADOLESCÊNCIA

Tabela 106 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os sintomas físicos e psíquicos do amor e da paixão na adolescência

Enquanto profissional de saúde considera sobretudo sintomas físicos / psíquicos do amor / paixão na adolescência?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Excitação	540	31,1%
Insónias	102	5,9%
Falta de apetite	224	12,9%
Variações do humor	762	43,9%
Todos os anteriores	11	0,6%
Outros	96	5,5%
	1735	100,0%

Uma grande parte dos enfermeiros (43,9%) considera sobretudo as variações de humor como sintomas físicos e psíquicos do amor e paixão na adolescência, valores bastante superiores aos encontrados pelo autor em (2002) na opinião de (22,1%) dos inquiridos, enquanto que (31,1%) dizem ser a excitação, valores relativamente próximos dos encontrados pelo autor no estudo de (2002) em que (24,2%) dos inquiridos partilhavam a mesma opinião, já (12,9%) sugerem a falta de apetite e, ainda (5,9%) consideram ser as insónias (tabela 106). Enquanto profissional de saúde e pela nossa experiência também consideramos que talvez as variações do humor sejam os sintomas que mais frequentemente afectam os jovens adolescentes.

Quando uma pessoa sente uma intensa atracção por outra, pode experimentar numerosos sintomas físicos. Entre eles, os mais comuns são: ansiedade, boca seca, mãos frias, nó no estômago, palpitações, excitação, insónia, falta de apetite, dificuldade de concentração e as inevitáveis variações de humor. A euforia, a insónia, a perda de apetite, o pensamento obsessivo de quem ama. As substâncias químicas solidárias com estas sensações são, essencialmente, a adrenalina, a noradrenalina e a dopamina, produzidas pelas glândulas supra-renais e pelo sistema nervoso, que influenciam algumas partes específicas do corpo. (Rodrigues Custódio, 1999; Marques António, 2000; Rosa João, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (74,73%) da variância (tabela 204 anexo CCXVIII).

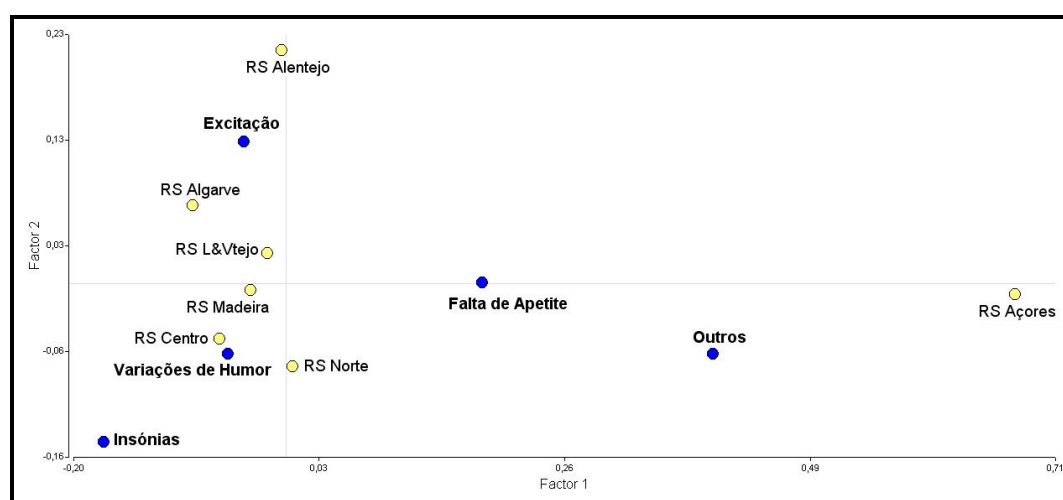
A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 104 anexo CCXIX) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1**, vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Porto, Setúbal e Viseu associam preferencialmente as insónias e os sintomas físicos e psíquicos do amor e da

paixão na adolescência, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Vila Real, Braga, Beja e Açores a outros sintomas.

Com base no **factor 2**, visualizamos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Évora, Bragança, Madeira, sugerem preferencialmente a falta de apetite.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (78,55%) da variância (tabela 205 anexo CCXX).

Gráfico 87 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os sintomas físicos e psíquicos do amor e da paixão na adolescência e as Regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 87) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1**, vemos que os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores e Norte associam os sintomas físicos do amor e paixão preferencialmente à falta de apetite e outras formas de manifestações.

Com base no **factor 2**, vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde Centro, Madeira, relacionam os sintomas com as insónias e variações de humor, já os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo, Algarve e Lisboa e Vale do Tejo associam os sintomas sobretudo com a excitação.

Relacionando a opinião dos enfermeiros sobre os sintomas físicos e psíquicos do amor e da paixão na adolescência segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros ($\chi^2=54,64$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=173,58$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$) concluímos que a opinião destes sobre a temática em apreço não é significativamente independente respectivamente das Regiões e Sub-regiões de Saúde.

15.11 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE QUAIS OS ASPECTOS QUE DEVEM CARACTERIZAR O ATENDIMENTO DOS ADOLESCENTES PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Tabela 107 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os aspectos que devem caracterizar o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem

Indique o aspecto que na sua opinião deve sobretudo caracterizar o atendimento aos adolescentes, pelos profissionais de enfermagem:		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Confidencialidade/Sigilo	936	53,9%
Confiança	323	18,6%
Respeito	103	5,9%
Conhecimento Científico	58	3,3%
Disponibilidade	243	14,0%
Todas as Anteriores	72	4,1%
Total	1735	100,0%

Uma grande parte dos enfermeiros inquiridos (53,9%) sugere que a confidencialidade é o aspecto mais importante para o atendimento aos adolescentes, também (38,8%), dos inquiridos pelo autor em (2002) tiveram o mesmo tipo de resposta. Em segundo plano, consideram a confiança (18,6%) e a disponibilidade (14,0%) (tabela 107).

A confidencialidade é uma das armas mais importantes da promoção da saúde nesta área, pois é para os jovens motivo de condicionamento para recorrer ou não à consulta, obtendo informação sobre sexualidade e contraceção (Serrão Daniel e Nunes; Prazeres Vasco, 1998; Lamas Dulce et al.; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Acreditamos que um acto ético é aquele que o enfermeiro desenvolve conscientemente, de forma voluntária no exercício da sua liberdade, sem coacções externas (Manteigas Adelino, 1997; Grande Nuno, 1999).

Muitos dos adolescentes fogem de procurar conselhos sobre sexualidade e contraceção por acharem que se pensa que só os perversos premeditam o sexo. Assim pensamos ser de capital importância que todos os profissionais de saúde entre eles estão obviamente os enfermeiros, abordem os jovens sem os julgar ou sobre eles emitir qualquer juízo de valor e ter da consulta um absoluto sigilo, para que se possam sentir confiantes (Tilsley Lorraine, 1998; Marques António et al., 2000; Macpherson Ann, 2001; Vaz J. Machado et al., 2007).

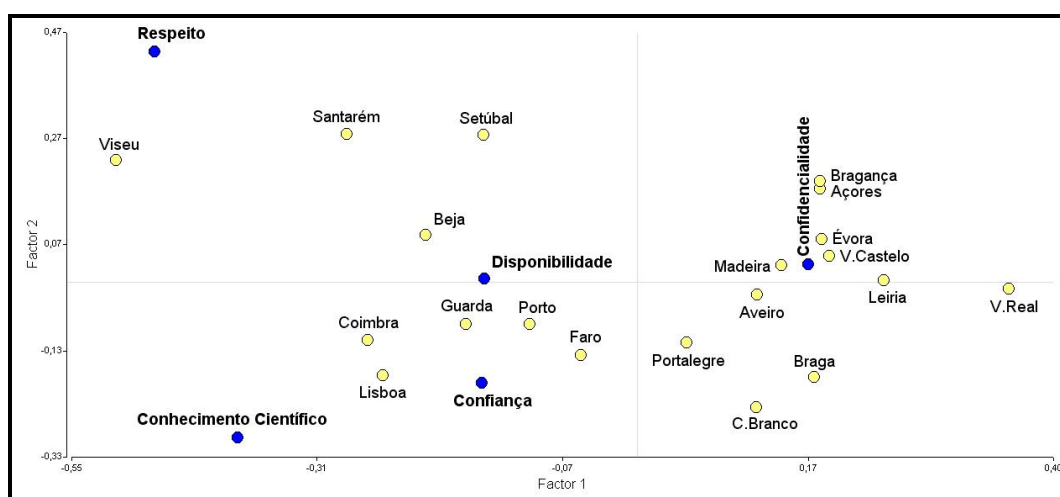
É indispensável que todos os profissionais de saúde subscrevam e interiorizem esta forma de promoção, pelo que se torna necessário que o assunto seja lembrado em todas as reuniões. Sendo igualmente importante que adultos e jovens tenham acesso a esta forma de atendimento.

A descrição, a confidencialidade e o sigilo são a porta principal de entrada no domínio dos sentimentos. Os locais de contacto e relacionamento quotidiano entre os jovens são uma das vias privilegiadas para este trabalho. As identificações ajudam à banalização da mensagem preventiva, no início da vida amorosa e sexual, sem que se viole a moralidade frequentemente evocada pelos jovens. Os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem estas consultas, muitas vezes a falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento leva também os adolescentes a não as frequentarem (Calado, 1990; Andrade Isabel, 1996; Prazeres Vasco; Serrão Daniel e Nunes, 1998; Grande Nuno, 1999; Marques António et al.; Lamas Dulce et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, deveriam ter um papel especialmente activo no contexto do planeamento familiar. Uma boa informação sobre sexualidade e eventualmente sobre métodos contraceptivos, não requer apenas o conhecimento profundo da sexualidade e dos vários métodos, mas também uma abordagem isenta de juízos de valores. É pois importante determinar o conhecimento das pessoas sobre sexualidade e contracepção, de forma a dar uma adequada e oportuna informação (Macpherson Ann, 2001; Vaz J. Machado et al., 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (71,50%) da variância (tabela 207 anexo CCXXI).

Gráfico 88 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os aspectos que devem caracterizar o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 88) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1**, vemos que os enfermeiros das Sub-

regiões de Saúde de Bragança, Açores, Évora, Viana do Castelo, Madeira, Vila Real, Leiria, Aveiro, Braga, Castelo Branco, Portalegre consideram que o atendimento dos adolescentes deve sobretudo assentar na confidencialidade.

Com base no **factor 2**, temos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Santarém, Setúbal e Beja relacionam a característica do atendimento aos adolescentes essencialmente com o respeito e a disponibilidade, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Faro, Guarda, Coimbra, e Lisboa, associam o atendimento preferencialmente à confiança e ao conhecimento científico. Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (82,59%) da variância (tabela 208 anexo CCXXII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 107 anexo CCXXIII) permite deduzir que os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Alentejo, Centro, Norte e Madeira são de opinião que o atendimento aos adolescentes deve caracterizar-se pela confidencialidade; os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve, sugerem a confiança e disponibilidade; já os enfermeiros da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo consideram ser prioritário o conhecimento científico e o respeito.

Segmentando os aspectos que os enfermeiros consideram dever existir no atendimento aos adolescentes segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, aplicando o teste de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=148,08$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=49,97$; g.l.=24; $P < 0,01^{**}$), concluímos que a opinião destes não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde.

15.12 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SE OS ADOLESCENTES ESTÃO RECEPTIVOS À SUA AJUDA SOBRE PROBLEMAS DE ÍNDOLES SEXUAL

Tabela 108 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a receptividade dos adolescentes à sua ajuda para resolução de problemas de índole sexual

A seu ver os adolescentes estão receptivos à ajuda que os profissionais de enfermagem lhes podem oferecer para resolver alguns dos seus problemas de índole sexual?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1418	81,7%
Não	317	18,3%
Total	1735	100,0%

Uma grande parte dos enfermeiros (81,7%), considera que os adolescentes estão receptivos à sua ajuda para resolver problemas de índole sexual, o que vem de encontro aos números encontrados pelo autor no seu estudo em (2002) onde (78,5%) dos inquiridos se exprimiam da mesma forma (tabela 108). A nossa prática profissional talvez nos sugira a mesma opinião. Pois quando o profissional de enfermagem actua como

educador e conselheiro no âmbito da sexualidade pode ajudar os jovens a obter conhecimentos, prepará-los para as inevitáveis alterações que vão acontecer na sua sexualidade, neste caso concreto ao longo desta década de vida a que se convencionou chamar adolescência (Ferreira, M. F. Moreira et al., 2004; Sampaio Daniel, 2006).

É de extrema importância ajudar os jovens adolescentes a entenderem a natural hierarquia dos sentimentos que decorrem da diferença de intensidade, profundidade e tempo de duração. Assim torna-se imperativo promover a distinção entre estados emocionais relativamente voláteis (alegria) até aos vínculos afectivos mais maduros e duradouros (simpatia, carinho e ternura) e os dinamismos integradores da personalidade em que participa a afectividade amizade e o amor. A vida afectiva ocupa nas nossas vidas um lugar de destaque e um lugar primordial no contexto da sexualidade, pelo que não é fácil conquistar uma afectividade equilibrada e gratificante (Andrade Isabel, 1996).

As constantes imagens eróticas que os média difundem, bem como a imparável fragilização dos laços familiares e a generalização da promoção de estilos de vida puramente hedonistas são factores condicionantes. É neste contexto facilmente perceptível que surjam o florescimento da indiferença, da superficialidade e por consequência da instabilidade afectiva (Ferreira, M. F. Moreira et al., 2004; Vaz J. Machado et al., 2007).

Com a finalidade de poder adequadamente responder às necessidades e exigências dos novos tempos, o profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários, tem de possuir uma panóplia de competências, de forma a saber adaptar-se à metamorfose do jovem adolescente, investindo continuamente na sua própria formação. Em nosso entender o profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários, deve possuir uma genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos jovens de quem cuida. Ter uma personalidade muito equilibrada, com domínio de aptidões como; a facilidade de comunicação e relacionamento, ter da sexualidade uma aceitação positiva, desprovida de preconceitos. Atitude positiva no sentido do envolvimento dos pais e demais agentes educativos quando a situação o exige. Seria imprescindível que este profissional tivesse da língua portuguesa um total domínio, de forma a despertar nos adolescentes a curiosidade pelas palavras bem como pelo seu alcance cognitivo e pragmático. Vivemos hoje numa época em que as alterações acontecem a um ritmo contínuo e a par delas os estilos de vida e os valores suportam também alucinantes reviravoltas. Esta deficiente comunicação é causa de desentendimento familiar que pode agravar os receios, as angústias, as dúvidas e as apreensões tão presentes na relação pais/filhos adolescentes e, dificultar um clima de diálogo construtivo sem ressentimentos.

O diálogo entre os vários elementos da família é hoje uma preocupação para a sociedade em geral, para os profissionais de saúde e, em particular para a enfermagem dos cuidados de saúde primários, uma vez que o foco da sua intervenção é o apoio ao indivíduo e família, por forma a melhorar o seu estado actual ou potencial de bem-estar (Leddy e Pepper, 1989, referidos por Santos Oliveira, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Todas as mudanças operadas na sociedade nos últimos anos levantam à enfermagem a necessidade de novos tipos de abordagem capazes de responder a problemas como; as disfunções de vinculação e de interação na família, as alterações emocionais e as perturbações do comportamento do jovem, as toxicomanias, o insucesso escolar e uma sexualidade gratificante e prazerosa.

É neste contexto e perante esta eminente dimensão da realidade que os factores determinantes da saúde das populações deverão ser encarados à luz de uma nova óptica, passando os mesmos a ser equacionados numa perspectiva global, onde é prestada mais atenção à promoção e à protecção da saúde das populações, indo ao encontro de uma necessidade, de uma intervenção Holística complexa e interligada (Basto Marta Lima, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Allen Gomes, 2007).

As intervenções de enfermagem têm, por certo, um espaço próprio e um espaço mais adequado. Esse espaço, são os locais de vida do jovem e da família e não apenas o espaço físico dos serviços de saúde. Pensamos verdadeiramente que é àquele nível que o enfermeiro de saúde comunitária tem toda uma intervenção que pode ser estruturante, quer da criança, quer do jovem ou da própria família, dada a sua relação de proximidade com o utente (Basto Marta Lima, 1999; Sampaio Daniel, 2006). Para tal, é indispensável que no âmbito dos programas de saúde materna, saúde infantil e saúde escolar a organização de novas metodologias de trabalho, garantam intervenções estruturantes junto da família, por forma a que se devolva aos pais (dando-lhes o adequado suporte), de uma maneira responsável, a tarefa de educar para a sexualidade com valores, afecto, amor e solidariedade. Torna-se imperativo passar aos pais a mensagem de que um jovem é tão mais equilibrado quanto melhor tiver sido a sua infância, o que implica ter tempo para falar com ele olhando e ouvindo com atenção tudo o que a criança ou jovem vivencia junto de nós (Vaz J. Machado et al., 2007)

Desta forma, as Sub-regiões de Saúde de Aveiro (82,8%), Beja (91,3%), Guarda (85,3%), Leiria (84,3%), Lisboa (89,7%), Santarém (86,5%), Setúbal (94,0%) e Vila Real (86,4%) tem uma percentagem significativamente maior de enfermeiros que dizem que os adolescentes estão receptivos à sua ajuda para resolver problemas de índole sexual (tabela 109).

Tabela 109 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a receptividade dos adolescentes à sua ajuda para resolução de problemas de índole sexual segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	45	78,9%	12	21,1%	57	100%
Aveiro	82	82,8%	17	17,2%	99	100%
Beja	42	91,3%	4	8,7%	46	100%
Braga	69	77,5%	20	22,5%	89	100%
Bragança	99	78,6%	27	21,4%	126	100%
C. Branco	41	74,5%	14	25,5%	55	100%
Coimbra	48	76,2%	15	23,8%	63	100%
Évora	74	78,7%	20	21,3%	94	100%
Faro	48	71,6%	19	28,4%	67	100%
Guarda	64	85,3%	11	14,7%	75	100%
Leiria	97	84,3%	18	15,7%	115	100%
Lisboa	166	89,7%	19	10,3%	185	100%
Madeira	54	74,0%	19	26,0%	73	100%
Portalegre	65	79,3%	17	20,7%	82	100%
Porto	136	78,6%	37	21,4%	173	100%
Santarém	77	86,5%	12	13,5%	89	100%
Setúbal	79	94,0%	5	6,0%	84	100%
V. Castelo	35	81,4%	8	18,6%	43	100%
V. Real	70	86,4%	11	13,6%	81	100%
Viseu	27	69,2%	12	30,8%	39	100%
Total Geral	1418	81,7%	317	18,3%	1735	100%

Relacionando a opinião dos enfermeiros sobre a receptividade dos jovens à sua ajuda para resolver problemas de índole sexual segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, com base no teste de independência de Qui-Quadrado, por simulação de Monte Carlo ($\chi^2=41,111$; g.l.=19; $P < 0,01^{***}$) e ($\chi^2=25,612$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a opinião dos enfermeiros sobre a temática não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde onde o enfermeiro exerce actividade, sendo os enfermeiros que trabalham na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo os que consideram ter por parte dos adolescentes maior receptividade para resolução dos problemas de índole sexual (tabela 211 anexo CCXXIV).

15.13 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SE OS ADOLESCENTES CONVERSAM REGULAR COM OS SEUS FAMILIARES, PAIS SOBRE SEXUALIDADE

Tabela 110 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre se os adolescentes conversam regularmente com os seus familiares e pais sobre sexualidade

Acha que os adolescentes conversam regularmente com os seus familiares, pais sobre assuntos da sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	82	4,7%
Não	1529	88,1%
Não Sabe	124	7,1%
Total	1735	100,0%

Uma substancial parte dos enfermeiros (88,1%) considera que os adolescentes não conversam regularmente com os seus familiares ou pais sobre assuntos de índole sexual (tabela 110).

Os principais motivos referidos pelos adolescentes acerca do facto de não conversarem mais com os pais são apontados como terem vergonha e receio e o facto dos pais muitas vezes evitarem discutir o assunto (Nodin Nuno, 2001).

Para Sampaio Daniel (2000:64) citado por Afonso (2001:168), *“o que se sabe hoje em dia, do estudo de famílias com adolescentes, é que a dificuldade é sobretudo maior naquelas famílias cujos pais tiveram particulares dificuldades na sua adolescência. É como se os pais, ao viverem a adolescência dos seus próprios filhos, estivessem a reviver a angústia da sua própria adolescência, e portanto, como que repetem na sua relação com os filhos as dificuldades que tiveram outrora com os seus próprios pais”*.

Uma das grandes dificuldades dos pais e família em abordar o tema da sexualidade é, realmente, quando sentem que os filhos estão preparados para aprenderem algo sobre a sexualidade. Infelizmente, a maior parte dos pais nunca encontra o momento certo, adiando-o até que os seus filhos aprendam com os outros, nomeadamente, o grupo de pares (Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes; Sá Eduardo, 2007). *“O diálogo com os adolescentes sobre sexualidade e afectividade, não pode ter um único momento, o momento próprio, rodeado de pompa e circunstância, como se estivesse a falar de algo transcendente. Aprender um comportamento sexual e afectivo responsável é como aprender a ler ou a escrever; é um processo contínuo de descoberta e integração (...) por isso, um filme, um livro, uma notícia na televisão (...), podem suscitar reflexões e conversas, entre pais e filhos, sobre sexualidade e sobre afectividade”* (Costa, Maria 1998: 59). Quando as crianças, e jovens adolescentes não satisfazem as suas dúvidas e curiosidades no seio da família, partem à procura dessa satisfação. *“Os adolescentes vão procurar ajuda para as suas dúvidas, questões e angústias onde podem. Tradicionalmente e em muitos países, os amigos são a primeira ajuda. É com eles que se aprende os papéis sexuais e o que se espera deles. Aprende-se com a experiência dos outros e adquire-se consciência da sua identidade”* (Alves, M. J. 1999:5).

Habitualmente os jovens expressam a necessidade de um maior diálogo com os pais sobre temas do âmbito da sexualidade. Por seu lado, os pais cada vez mais consideram que faz parte das suas funções conversar com os filhos sobre estes temas. No entanto, frequentemente referem que não se sentem preparados para transmitir informações correctas sobre a temática em apreço, ao que se soma, frequentemente, a falta de disponibilidade por questões de índole socioprofissionais.

Segundo Vilar Duarte (1994:16), estudos feitos de natureza quantitativa, onde se compara a intervenção dos vários agentes envolvidos no processo de aprendizagem sexual dos adolescentes, são coincidentes no *“afirmar que a mãe tem um papel mais importante que o pai, sobretudo em relação às raparigas”*. *“Nos modelos de papeis dos adultos, em primeiro lugar o próprio pai e mãe. Imagem dos mass media. Troca de informação e experiências no grupo de pares”* (Evert Ketting, 2000:6).

Tabela 111 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre as razões que levam os adolescentes a não conversarem com os seus familiares e pais sobre sexualidade

Se não qual pensa ser a razão?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Não é assunto para discutir com os pais	107	7,0%
Têm vergonha para abordar o assunto	527	34,5%
Porque os pais não têm informação sobre o tema	71	4,6%
O sexo ainda continua a ser um grande tabu.	723	47,3%
Têm medo dos pais	99	6,5%
Outro	2	0,1%
Total	1529	100,0%

Dos enfermeiros que consideram que os adolescentes não falam regularmente com os seus pais e familiares sobre sexualidade, (47,3%) fundamentam-se pelo facto do sexo continuar a ser um tabu, (34,5%) sugerem que os jovens tem vergonha de abordar o assunto, (7,0%) consideram não ser um assunto a discutir com os pais, (6,5%) sugerem que o medo de falar com os pais e (4,6%) consideram que não se fala porque os pais não tem informação sobre o tema (tabela 111). Somos de opinião que talvez o tabu, a vergonha e a falta de informação sobre a temática são a essência de jovens, familiares e pais não abordarem fracamente o tema.

A verdade é que isso acontece muitas vezes, pois são diversos os factores responsáveis pela falta de diálogo sobre este tema entre pais e filhos; a vergonha, os tabus, as crenças, os preconceitos, o sentimento de não estarem preparados para transmitir uma informação correcta, o medo de, inclusivamente, poderem fazer, *“má figura”* frente aos filhos, o receio de terem informações insuficientes e de não serem capazes de responder adequadamente às perguntas dos filhos, a angústia de não saberem como falar destes temas com os filhos pelo facto de, não terem vivenciado modelos positivos de educação sexual nas suas famílias de origem, a dificuldade em compreender e enfrentar o *“fechamento”* progressivo dos adolescentes e o medo de se intrometer na vida pessoal dos filhos, a dificuldade em falar de sexualidade, se existem problemas a este nível no casal, sobretudo porque se receia expor demasiado a sua própria intimidade, a dificuldade para se enfrentar situações de conflito com os filhos, são fortes factores

impeditivos da abordagem do tema, o que poderá motivar os filhos para a experimentação (Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007). Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 214 anexo CCXXV).

Gráfico 89 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a conversa regular dos adolescentes com os seus pais e familiares sobre a sexualidade e as Sub-regiões de Saúde.



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 89) permite deduzir que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Açores, Setúbal, Braga, Viana do Castelo, Castelo Branco, Vila Real, Aveiro, Leiria, Santarém e Coimbra associam a sua opinião à inexistência de conversas regulares entre os adolescentes, pais e familiares, tendo os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde opinião inversa, sobretudo os das Sub-regiões de Saúde de Lisboa e Beja. Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Portalegre e Évora referem preferencialmente não saber.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 215 anexo CCXXVI).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 109 anexo CCXXVII) permite deduzir que os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira, Açores, Algarve e Norte associam a sua opinião à inexistência de conversas regulares entre os adolescentes, pais e familiares; tendo os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e Lisboa e Vale do Tejo opinião inversa e, os da Região de Saúde do Alentejo referem não saber.

Subdividindo as opiniões das respostas dos inquiridos acima (tabela 111) por Sub-regiões e Regiões de Saúde, com base na aplicação do teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=59,85$; g.l.=38; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=22,94$; g.l.=12; $P < 0,05^*$),

concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre a conserva dos adolescentes com os seus pais e familiares acerca de assuntos relacionados com a sexualidade não é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

15.14 – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE A FACILIDADE EM FALAR COM JOVENS DO MESMO SEXO

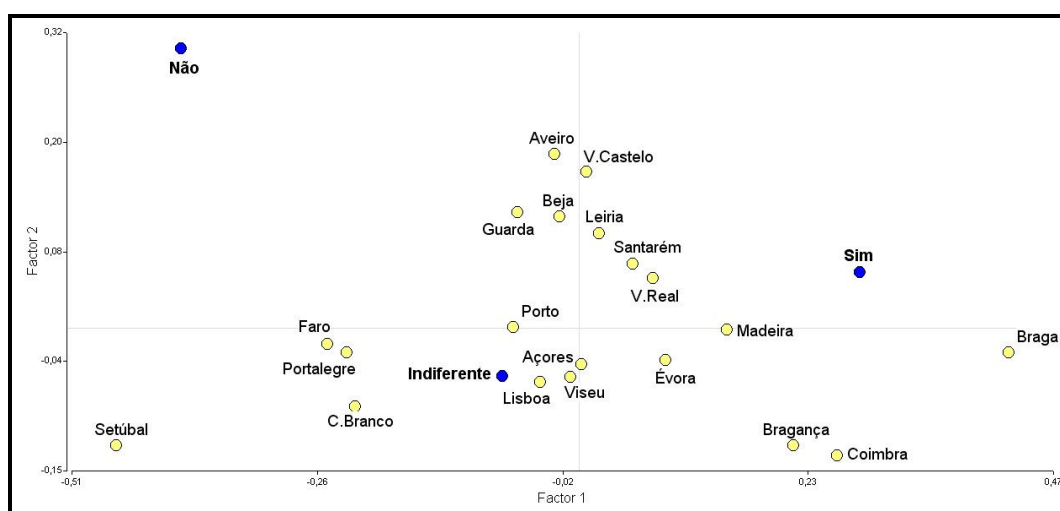
Tabela 112 – Tabela de frequências da facilidade dos enfermeiros falarem de sexualidade com jovens do mesmo sexo que o seu

Sente-se mais solto a falar de sexualidade com jovens do seu sexo?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	467	26,9%
Não	105	6,1%
É me indiferente	1163	67,0%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (67,0%) diz ser-lhes indiferente falar com jovens do mesmo sexo ou falar com jovens de sexo diferente do seu, (26,9%) sentem-se mais soltos ao falar com jovens do mesmo sexo que o seu (tabela 112).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-região de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade (100,0%) da variância (tabela 217 anexo CCXXVIII).

Gráfico 90 – Análise de Correspondência Simples entre a facilidade dos enfermeiros em falar com jovens do mesmo sexo que o seu e as Sub-regiões de Saúde



A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 90) permite deduzir que aos enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Faro, Portalegre, Castelo Branco, Lisboa, Porto e Viseu lhes é indiferente falar de sexualidade com jovens do seu

sexo ou do sexo oposto, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, Beja e Aveiro preferem falar de sexualidade com jovens de sexo diferente do seu, os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde sentem-se mais soltos para falar de sexualidade com os jovens do seu sexo.

Relacionando a facilidade dos enfermeiros em falar com jovens do mesmo sexo que o seu segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho, com base no teste de independência de Qui-Quadrado por simulação Monte Carlo ($\chi^2=74,13$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=20,33$; g.l.=12; $P < 0,061$ ns), concluímos que a facilidade destes para falar com adolescentes do mesmo sexo não é significativamente independente das Sub-regiões mas é significativamente independente das Regiões de Saúde.

15.15 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE QUAL A INSTITUIÇÃO A QUEM MAIS COMPETE A INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE AOS ADOLESCENTES

Tabela 113 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual a instituição a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos adolescentes

Na sua opinião a informação, educação e comunicação sobre sexualidade compete mais à?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Família	961	55,4%
Escola	153	8,8%
Sistema de saúde	310	17,9%
Todas as anteriores	311	17,9%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (55,4%) diz que é preferencialmente à família que compete mais a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos jovens adolescentes, já (8,8%) dos inquiridos consideram que deveria ser a escola, (17,9%) dão primazia ao sistema de saúde e a mesma percentagem (17,9%) consideram que deveriam ser todas as instituições conjuntamente ou o sistema de saúde (tabela 113).

Os pais atentos, dialogantes e carinhosos têm filhos com maiores probabilidades de ter um comportamento social apropriado, o que os leva a adiarem as suas experiências sexuais. Pais que discutem livremente com os filhos os métodos contraceptivos e a própria sexualidade, podem influenciar positivamente o adiamento da iniciação sexual e o uso efectivo de métodos contraceptivos. Ao invés, pais que não comunicam abertamente sobre sexualidade com os seus filhos adolescentes, podem deixá-los em maior risco de permissividade sexual (East e Felice, 1992 referido por Lancaster Stanhope, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al., 2007).

A família funciona como o contexto privilegiado de transmissão de costumes, modos de vida e de hierarquia de valores. Ela ensina os códigos primários de comunicação; linguagem, expressão, atitudes corporais e valores, quer eles sejam intelectuais, quer espirituais ou ideológicos. Todos estes códigos de comunicação, bem como os valores são condicionados por variadíssimos factores, pelo meio familiar e sociocultural que rodeia a família, pois *“a transmissão de valores, os ideais colectivos, a visão do mundo, próprios de um conjunto social é sem dúvida a função principal que assegura a família. Ela contribui assim para a integração das novas gerações na sociedade global e nos seus grupos sociais de pertença”* (Duru Bellat, 1992:1).

Se observarmos as nossas histórias de vida, e em particular no que toca ao desenvolvimento sexual, não há dúvida de que sempre sofremos a influência dos nossos pais e mães, de formas diferenciadas, nas diversas fases do desenvolvimento. Temos a marca inconfundível da nossa família de origem no nosso pensar, sentir e agir sexual em pontos como: o apego, a capacidade de querer e de gostar de outra pessoa, a identidade do género, a maneira como reagimos face às questões eróticas, à nossa amizade e conforto pelos outros, à nossa inimizade e desconforto face aos outros, os estilos de relações do casal, as competências sociais, a auto-estima, a auto-imagem, e a timidez entre outros. Os nossos pais marcaram, de muitas maneiras o nosso quadro de valores, atitudes e competências na nossa vida sexual e amorosa (Vilar, Duarte, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Barreto António, 2007). Os pais continuam, hoje, a influenciar os seus filhos adolescentes não só nas suas crenças mas também ao nível do seu comportamento. Contudo, mães e pais influenciam os adolescentes de maneira diferente. Parecem existir, pois, diferenças consideráveis entre o comportamento e o papel das mães e dos pais nas relações familiares com os filhos adolescentes. Assim, os pais tendem a encorajar o desenvolvimento intelectual e frequentemente envolvem-se em actividades de resolução de problemas e discussão dentro da família. Como consequência, quer rapazes quer raparigas discutem ideias com os pais. O envolvimento dos adolescentes com as mães é mais complexo. Mães e adolescentes interagem no que diz respeito por exemplo às responsabilidades nas tarefas domésticas, trabalhos escolares, disciplina dentro e fora de casa e actividades de lazer. Estas áreas podem resultar em maiores conflitos entre as mães e os seus filhos adolescentes contudo, tendem a criar maior proximidade entre mães/filhos de que entre pais/filhos (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Crawford Marta et al.; Vaz J. Machado, 2007).

Alves Pinto (1995:116), sugere que *“entre os dois universos socializadores mais próximos da criança; o familiar e o escolar não há congruência nos valores, nos comportamentos,*

nos projectos. Então, a socialização da criança torna-se problemática. Ter a consciência deste facto, obriga a encarar a necessidade de construir pontes que permitam estabelecer contactos e cooperação entre a escola e a família para ajudar ao êxito escolar da criança”.

É, porém, no seio da família que a *“criança absorve os papéis e as atitudes dos outros significativos, isto é, interioriza-os, tornando-os seus” (...)* *“absorver os papéis e atitudes dos outros, mas nesse mesmo processo assumir o seu próprio mundo”* (Berger e Luckmann, 1991:176 e 177). *“A Educação Sexual deve começar com o nascimento, integrada na educação global. O pai e a mãe são os primeiros intervenientes no processo de aprendizagem sexual, quer no estabelecimento dos papéis sexuais, quer na elaboração dos valores sobre o corpo e os comportamentos eróticos”* (Silva et al., 1999: 27). Contudo nos nossos dias, a educação é uma tarefa conjunta da família e de outros agentes educativos, de entre os quais se destaca a escola e os serviços de saúde. *“Hoje, pensa-se que os pais são muito importantes na educação dos filhos, e não devem abdicar de um assunto tão sério como este. Sabemos que muitos problemas ligados à vivência da sexualidade têm a sua origem na falta de informação e na ansiedade daí gerada. Da mesma forma, a ignorância sobre estes assuntos poderá resultar numa baixa de auto-estima, promover um desenvolvimento não harmonioso, desencadear situações de culpa ou medo”* (A.P.F, 2000:2 e 3). Na educação sexual, como em quase todos os aspectos da educação, a prevenção é a melhor solução (Andrade Isabel, 1996; Marques António, 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

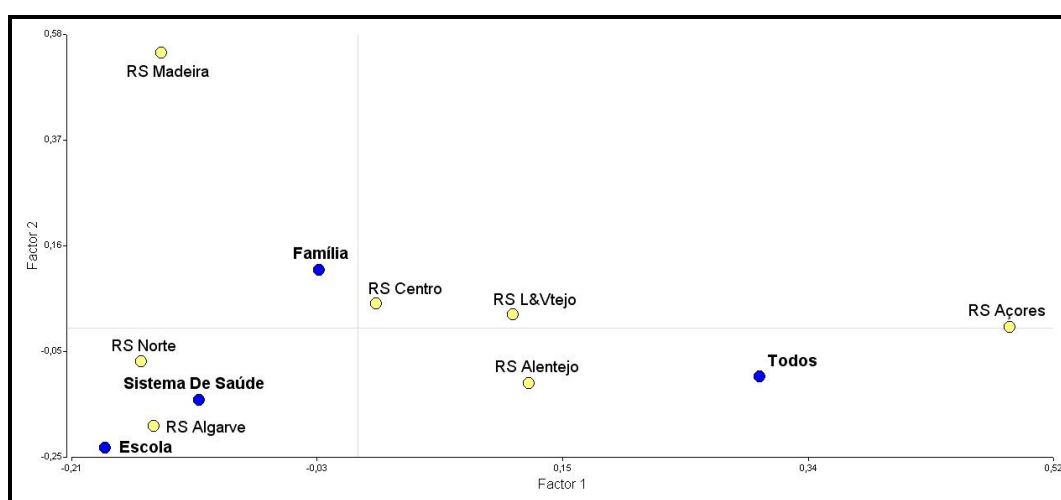
Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (89,88%) da variância (tabela 219 anexo CCXXX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 111 anexo CCXXXI) permite deduzir que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto, Viseu, Vila Real, Faro, Bragança e Guarda consideram a escola e o sistema de saúde como os agentes mais importantes na educação sexual dos adolescentes; os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Beja, Santarém, Aveiro, Leiria e Madeira associam-no à família e, os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde, sugerem a família a escola e o sistema de saúde em conjunto como os agentes principais no que concerne à informação sobre sexualidade nesta faixa etária.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (92,64%) da variância (tabela 220 anexo CCXXIX).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 91) permite deduzir que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte e Algarve consideram preferencialmente a escola e o sistema de saúde como as instituições a quem mais compete a educação sexual dos jovens adolescentes, já os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores e Alentejo, consideram como importantes todas as instituições, as restantes Regiões de Saúde elegem a família com a principal instituição de informação nesta esfera.

Gráfico 91 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a instituição a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos adolescentes e as Regiões de Saúde



Comparando a opinião dos enfermeiros sobre qual a instituição a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos adolescentes segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, e aplicando o teste de independência de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=73,59$; g.l.=18; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=157,69$; g.l.=57; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes sobre a instituição, não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde onde o enfermeiro trabalha.

15.16 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS TEMAS MAIS ABORDADOS QUANDO FALAM DE SEXUALIDADE COM ADOLESCENTES

Tabela 114 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade

Quando fala de sexualidade com os adolescentes quais os temas mais abordados?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Métodos contraceptivos	1607	37,9%	92,7%
Doenças Sexualmente Transmissíveis	1310	30,9%	75,5%
Problemas de afectividade	357	8,4%	20,6%
Fantasia sexuais	53	1,2%	3,1%
Masturbação	170	4,0%	9,8%
Amor	264	6,2%	15,2%
Corporalidade	480	11,3%	27,7%
Total	4241	100%	-----

Nota: Mais que uma resposta era possível

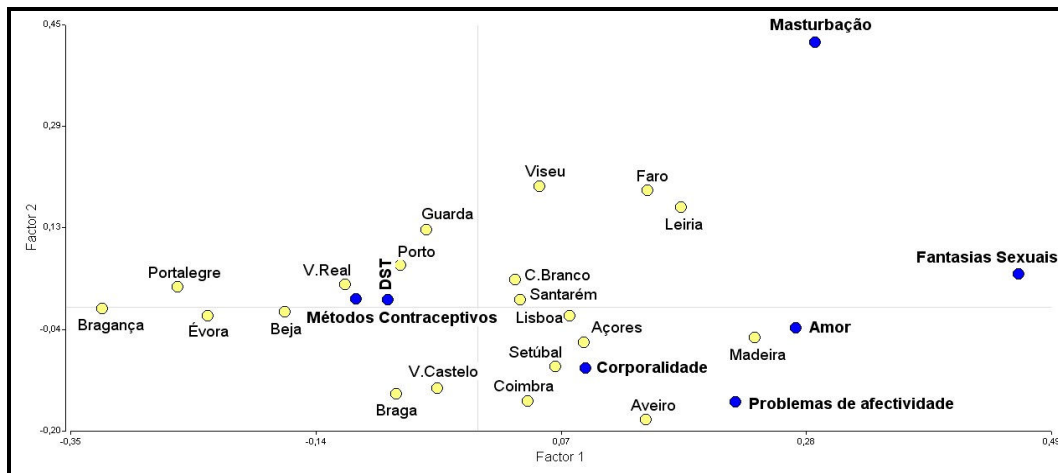
A maioria dos enfermeiros considera que os temas mais frequentemente abordados pelos adolescentes na consulta de enfermagem, são os métodos contraceptivos em (92,7%) dos casos, números substancialmente diferentes dos encontrados pelo autor em (2002) com apenas (54,4%) das respostas, as doenças sexualmente transmissíveis em (75,5%) dos casos, da mesma forma também números bastante disparees dos do estudo do autor em (2002) com apenas (20,1%) das respostas. Fruto da nossa interessante experiência profissional talvez possamos perfilhar a opinião dos colegas pois também consideramos que são realmente estes dois itens os mais abordados na consulta para adolescentes (tabela 114).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (66,83%) da variância (tabela 222 anexo CCXXXII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 92) permite deduzir as seguintes considerações, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Bragança, Portalegre, Évora, Beja, Vila Real, Porto, Guarda, Braga e Viana do Castelo associam os temas abordados pelos jovens, preferencialmente aos métodos contraceptivos e às doenças sexualmente transmissíveis, já os enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde relacionam os temas mais abordados pelos jovens à corporalidade, ao amor, aos problemas de afectividade e fantasias sexuais.

Com base no **factor 2**, vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Faro e Leiria falam com os adolescentes sobretudo de temas ligados à masturbação.

Gráfico 92 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde



Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (81,97%) da variância (tabela 223 anexo CCXXXIII).

A análise da contribuição de cada variável nos dois factores (gráfico 114 anexo CCCXXXIV) permite deduzir as seguintes considerações; com base no **factor 1**, vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte e Alentejo associam a sua experiência aos métodos contraceptivos e às doenças sexualmente transmissíveis como os temas mais abordados pelos adolescentes. Por outro lado, os enfermeiros das Regiões de Saúde da Madeira, Algarve, Açores, Centro e Lisboa e Vale do Tejo relacionam as conversas que têm com os adolescentes às temáticas das fantasias sexuais, ao amor, à masturbação e à corporalidade, bem como a problemas de ordem afectiva.

Com base no **factor 2**, vemos que os enfermeiros do Algarve, apontam a masturbação como o tema proporcionalmente mais abordado, enquanto que os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores consideram ser as fantasias sexuais.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre os temas mais abordados com os adolescentes segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, pela aplicação do teste de independência Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=204,48$; g.l.=114; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=112,53$; g.l.=36; $P < 0,001^{***}$), podemos concluir que a opinião destes enfermeiros sobre os temas mais abordados sobre esta temática pelos jovens não são significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

16 – EXISTÊNCIA DE CONSULTA PARA ADOLESCENTES NO CENTRO DE SAÚDE ONDE OS ENFERMEIROS EXERCEM ACTIVIDADE

Tabela 115 – Tabela de frequências da existência de consulta para adolescentes no Centro de Saúde onde os enfermeiros exercem actividade

No seu Centro de Saúde existe consulta para adolescentes?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	606	34,9%
Não	1129	65,1%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros inquiridos (65,1%) refere que não existe consulta para adolescentes no seu Centro de Saúde, também no estudo do autor em (2002) a grande maioria (86,6%) referiu não haver (tabela 115). Na tentativa de chegar à solução do problema da responsabilidade da educação sexual dos adolescentes, surge o Decreto-lei nº 3/84 de 24 de Março que defende a criação de consultas de planeamento familiar, nos Centros de Saúde e a criação da educação sexual a desenvolver pelo Ministério de Educação. Assim não vemos por que motivo o SNS através dos Centros de Saúde não cria um espaço e profissionais com perfil para atendimento a esta faixa etária, o que nos leva a concluir à semelhança do pensamento de vários autores, que a sexualidade teima em ser um tabu também para os profissionais de saúde (Prazeres Vasco, 1998; Marques António et al., 2000, Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado, 2007). Com base na (tabela 225 anexo CCXXXV), vemos que os Centros de Saúde das Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros dizem haver consulta para adolescentes superiores à média nacional (para a população em estudo) são as Sub-regiões de Saúde de Bragança (37,3%), Castelo Branco (78,2%), Coimbra (65,1%), Évora (59,6%), Faro (41,8%), Lisboa (54,1%) e Setúbal (56,0%).

Tabela 116 – Tabela de frequências da existência de consulta para adolescentes no Centro de Saúde segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	122	23,8%	390	76,2%	512	100%
RS Centro	183	41,0%	263	59,0%	446	100%
RS L.V. Tejo	174	48,6%	184	51,4%	358	100%
RS Alentejo	70	31,5%	152	68,5%	222	100%
RS Algarve	28	41,8%	39	58,2%	67	100%
RS Açores	11	19,3%	46	80,7%	57	100%
RS Madeira	18	24,7%	55	75,3%	73	100%
Total Geral	606	34,9%	1129	65,1%	1735	100%

Com base na (tabela 116), vemos que as Regiões de Saúde onde os enfermeiros dizem existir Centros de Saúde com percentagem de consultas superiores à média nacional

(para a população em estudo), são as Regiões de Saúde do Centro (41,0%), Lisboa e Vale do Tejo (48,6%), Algarve (41,8%).

Comparando a existência de consulta para adolescentes por Centros de Saúde segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=334,64$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=76,55$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a existência de consultas para adolescentes nos Centros de Saúde não são significativamente independente respectivamente das Sub-regiões nem das Regiões de Saúde.

16.1 – ONDE EXISTE CONSULTA COM QUE PERIODICIDADE FUNCIONA

Tabela 117 – Tabela de frequências da periodicidade do funcionamento da consulta para adolescentes nos Centros de Saúde onde existe

Se sim, como funciona:		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Diariamente	94	15,5%
Semanalmente	391	64,5%
Quinzenalmente	44	7,3%
Mensalmente	14	2,3%
Outra	63	10,4%
Total	606	100,0%

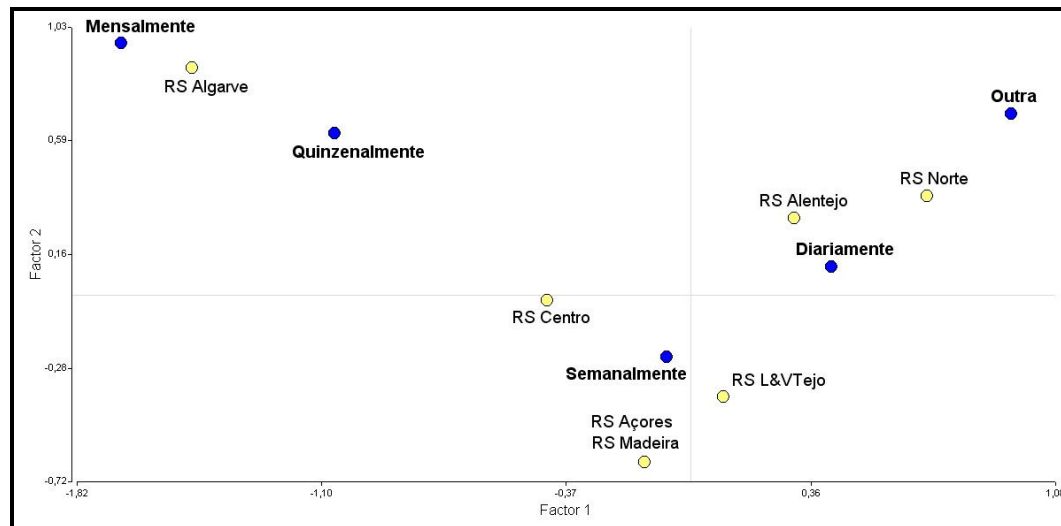
Em relação à periodicidade do funcionamento das consultas para adolescentes onde elas existem, na maioria dos Centros de Saúde (64,5%) funcionam semanalmente, também em (2002) no estudo realizado pelo autor, à época (23,81%) referiram funcionar semanalmente. Dos enfermeiros inquiridos e onde existe consulta, acusam em (15,5%) dos casos o funcionamento diário, (7,3%) referem funcionamento quinzenal, (2,3%) dizem funcionar mensalmente e em (10,4%) acusam outra periodicidade de funcionamento, sem especificar qual (tabela 117).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (65,46%) da variância (tabela 228 anexo CCXXXVII).

Pela observação do (gráfico 115 anexo CCXXXVIII), podemos visualizar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja e Portalegre dizem preferencialmente que a periodicidade das consultas para adolescentes é diária; os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Faro associam-nas a uma periodicidade mensal ou quinzenal, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do Porto e Viana do Castelo a uma outra periodicidade e os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde a uma periodicidade semanal.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (84,73%) da variância (tabela 229 em anexo CCXXXVI).

Gráfico 93 – Análise de Correspondência Simples entre a existência de consultas para adolescentes nos Centros de Saúde e a sua periodicidade de funcionamento por Regiões de Saúde



Pela observação do (gráfico 93), podemos observar que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte e Alentejo referem preferencialmente que a periodicidade das consultas para adolescentes é diária, os enfermeiros da Região de Saúde do Algarve associam a uma periodicidade mensal ou quinzenal, os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde sugerem uma periodicidade semanal.

Analisando a existência de consulta para adolescentes e a sua periodicidade de funcionamento por Centro de Saúde segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, recorrendo ao teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=292,66$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=559,26$; g.l.=68; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a periodicidade do funcionamento das consultas para adolescentes não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

17 – OS CENTROS DE SAÚDE ONDE OS INQUIRIDOS TRABALHAM TÊM PROJECTOS NA ÁREA DA ADOLESCÊNCIA

Tabela 118 – Tabela de frequências da existência de projectos na área da adolescência por Centro de Saúde

O Centro de Saúde a que pertence tem algum projecto na área da adolescência?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	1007	58,0%
Não	728	42,0%
Total	1735	100,0%

A maior parte dos enfermeiros inquiridos (58,0%) diz que o seu Centro de Saúde tem algum projecto na área da adolescência, também em (2002) no estudo lavado a cabo pelo autor (54,4%) afirmaram o mesmo (tabela 118). O Decreto-lei nº 3/84 de 24 de Março defende exactamente a criação de consultas de planeamento familiar, nos Centros de Saúde.

Com base na (tabela 119), vemos que os Centros de Saúde das Sub-regiões de Saúde com percentagem de projectos superiores à média nacional (para a população em estudo) são as Sub-regiões de Saúde dos Açores (64,9%), Aveiro (90,9%), Coimbra (87,3%), Évora (60,6%), Leiria (77,4%), Lisboa (68,6%), Madeira (68,5%), Santarém (80,9%), Setúbal (75,0%) e Viana do Castelo (62,8%).

Com base na (tabela 232 anexo CCXXXIX), vemos que os Centros de Saúde das Regiões de Saúde do Centro (68,8%), Lisboa e Vale do Tejo (73,2%), Açores (64,9%) e Madeira (68,5%), têm uma percentagem de projectos na área da adolescência superior à média nacional (para a população em estudo).

Comparando a existência de projectos na área da adolescência nos Centros de Saúde onde os enfermeiros exercem actividade segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=263,71$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=139,91$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a existência de projectos nos Centros de Saúde na área da adolescência não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde.

Tabela 119 – Tabela de frequências da existência de projectos na área da adolescência nos Centros de Saúde segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	37	64,9%	20	35,1%	57	100%
Aveiro	90	90,9%	9	9,1%	99	100%
Beja	16	34,8%	30	65,2%	46	100%
Braga	39	43,8%	50	56,2%	89	100%
Bragança	67	53,2%	59	46,8%	126	100%
C. Branco	13	23,6%	42	76,4%	55	100%
Coimbra	55	87,3%	8	12,7%	63	100%
Évora	57	60,6%	37	39,4%	94	100%
Faro	15	22,4%	52	77,6%	67	100%
Guarda	42	56,0%	33	44,0%	75	100%
Leiria	89	77,4%	26	22,6%	115	100%
Lisboa	127	68,6%	58	31,4%	185	100%
Madeira	50	68,5%	23	31,5%	73	100%
Portalegre	26	31,7%	56	68,3%	82	100%
Porto	68	39,3%	105	60,7%	173	100%
Santarém	72	80,9%	17	19,1%	89	100%
Setúbal	63	75,0%	21	25,0%	84	100%
V. Castelo	27	62,8%	16	37,2%	43	100%
V. Real	36	44,4%	45	55,6%	81	100%
Viseu	18	46,2%	21	53,8%	39	100%
Total Geral	1007	58,0%	728	42,0%	1735	100%

17.1 – NOS CENTROS DE SAÚDE ONDE EXISTEM PROJECTOS NA ÁREA DA ADOLESCÊNCIA QUAIS OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Tabela 120 – Tabela de frequências dos profissionais envolvidos nos projectos existentes na área da adolescência

Se sim que profissional (ais) estão envolvidos?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Enfermeiros	975	47,3%	98,2%
Médicos	734	35,6%	73,9%
Assistente Social	155	7,5%	15,6%
Psicólogo	169	8,2%	17,0%
Outros	27	1,3%	2,7%
Total	2060	100%	-----

Nota: Mais que uma resposta era possível

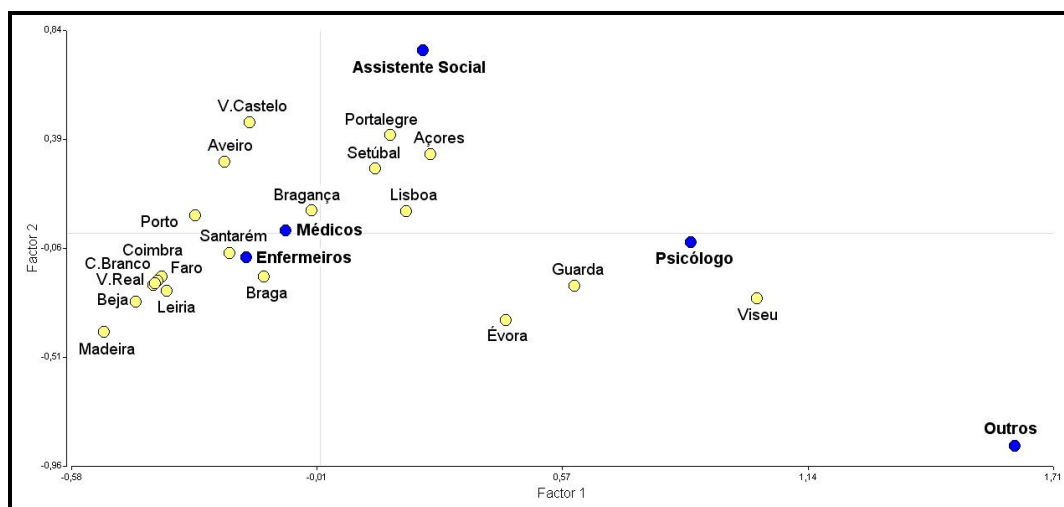
Quando existem, a maioria dos inquiridos considera que os profissionais mais envolvidos nos projectos associados à área da adolescência são os enfermeiros (98,2%) e os médicos (73,9%), os profissionais mais envolvidos à época (2002) nos projectos na área dos adolescentes também eram preferencialmente enfermeiros e médicos em (60,29%) dos casos (tabela 120). No âmbito da nossa prática profissional talvez possamos assumir sem margem para dúvidas que são realmente estes dois grupos profissionais de saúde quem mais se envolve em projectos desta natureza.

Os programas de saúde dos adolescentes devem conferir um leque muito variado de assuntos. Assim o que seria desejável é que, quem atende um adolescente (médico, enfermeiro, ou outro profissional de saúde), deve apoiar-se numa equipa de saberes e formas de intervenção distintas que suportem respostas mais convenientes, quando tal for necessário (Prazeres Vasco, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (78,89%) da variância (tabela 234 anexo CCXL).

Pela visualização do (gráfico 94), podemos observar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viseu, Guarda e Évora referem em maior percentagem, que são os psicólogos e outros profissionais quem está mais envolvido nos projectos da área da adolescência, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Viana do Castelo, Aveiro, Portalegre, Açores, Setúbal e Lisboa consideram ser os assistentes sociais e os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde sugerem ser os enfermeiros e médicos.

Gráfico 94 – Análise de Correspondência Simples entre os profissionais envolvidos nos projectos existentes na área da adolescência e as Sub-regiões de Saúde



Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (78,78%) da variância (tabela 235 anexo CCXLI).

Pela observação do (gráfico 118 anexo CCXLII), podemos visualizar que os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo referem preferencialmente que os psicólogos, assistentes sociais e outros, são profissionais mais envolvidos nos projectos com adolescentes; enquanto que os enfermeiros das Regiões

de Saúde do Centro, Norte, Algarve e Madeira atribuem sobretudo aquele papel, especialmente aos médicos e enfermeiros, tendo os da Região de Saúde do Norte e Algarve maior associação aos médicos.

Relacionando o(s) profissional(ais) envolvidos nos projectos na área da adolescência segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=451,09$ g.l.=76; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=154,97$ g.l.=24; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a opinião dos enfermeiros sobre o(s) profissional(ais) envolvidos nos projectos com adolescentes não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde.

17.2 – REALIZAÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE TEMAS NA ESFERA DA SEXUALIDADE POR PARTE DOS ENFERMEIROS

Tabela 121 – Tabela de frequências da realização regular de educação para a saúde em grupo sobre temas na esfera da sexualidade por parte dos enfermeiros

Faz com regularidade educação para a saúde em grupo sobre temas na esfera da sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	568	32,7%
Não	1167	67,3%
Total	1735	100%

A maioria dos enfermeiros (67,3%) considera que não realiza regularmente educação para a saúde em grupo sobre temas na esfera da sexualidade (tabela 121). Também consideramos ter a mesma opinião sobre o comportamento dos enfermeiros relativamente à temática em apreço, pois da nossa experiência e enquanto coordenador concelhio da saúde escolar sempre que convidávamos os colegas a abordar este assunto nas escolas, quase sempre se furtavam.

Tabela 122 – Tabela de frequências da realização regular de educação para a saúde em grupo sobre temas na esfera da sexualidade por parte dos enfermeiros inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	23	40,4%	34	59,6%	57	100%
Aveiro	38	38,4%	61	61,6%	99	100%
Beja	8	17,4%	38	82,6%	46	100%
Braga	10	11,2%	79	88,8%	89	100%
Bragança	56	44,4%	70	55,6%	126	100%
C. Branco	26	47,3%	29	52,7%	55	100%
Coimbra	31	49,2%	32	50,8%	63	100%
Évora	26	27,7%	68	72,3%	94	100%
Faro	22	32,8%	45	67,2%	67	100%
Guarda	23	30,7%	52	69,3%	75	100%
Leiria	27	23,5%	88	76,5%	115	100%
Lisboa	60	32,4%	125	67,6%	185	100%
Madeira	52	71,2%	21	28,8%	73	100%
Portalegre	17	20,7%	65	79,3%	82	100%
Porto	38	22,0%	135	78,0%	173	100%
Santarém	35	39,3%	54	60,7%	89	100%
Setúbal	38	45,2%	46	54,8%	84	100%
V. Castelo	9	20,9%	34	79,1%	43	100%
V. Real	18	22,2%	63	77,8%	81	100%
Viseu	11	28,2%	28	71,8%	39	100%
Total Geral	568	32,7%	1167	67,3%	1735	100%

Com base na (tabela 122), vemos que as Sub-regiões de Saúde, onde os enfermeiros realizam com mais regularidade Educação para a Saúde sobre sexualidade são, os Açores (40,4%), Aveiro (38,4%), Bragança (44,4%), Castelo Branco (47,3%), Coimbra (49,2%), Madeira (71,2%), Santarém (39,3%) e Setúbal (45,2%).

Com base na (tabela 238 anexo CCXLIII), vemos que as Regiões de Saúde do Centro (35,0%), Lisboa e Vale do Tejo (37,2%), Açores (40,4%) e Madeira (71,2%) são as Regiões de Saúde onde os enfermeiros realizam regularmente mais acções de Educação para a Saúde em grupo subordinadas à temática da sexualidade.

Comparando a realização regular de Educação para a Saúde sobre sexualidade por parte dos enfermeiros inquiridos segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=131,63$; g.l.=19; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=76,32$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a realização regular não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

18 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A INFORMAÇÃO QUE POSSUEM SOBRE SEXUALIDADE

Tabela 123 – Tabela de frequências da auto-avaliação dos enfermeiros sobre a informação que possuem acerca da sexualidade

Considera a informação que possui sobre sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Muito Boa	41	2,4%
Boa	605	34,9%
Suficiente	984	56,7%
Má	90	5,2%
Muito Má	15	0,9%
Total	1735	100%

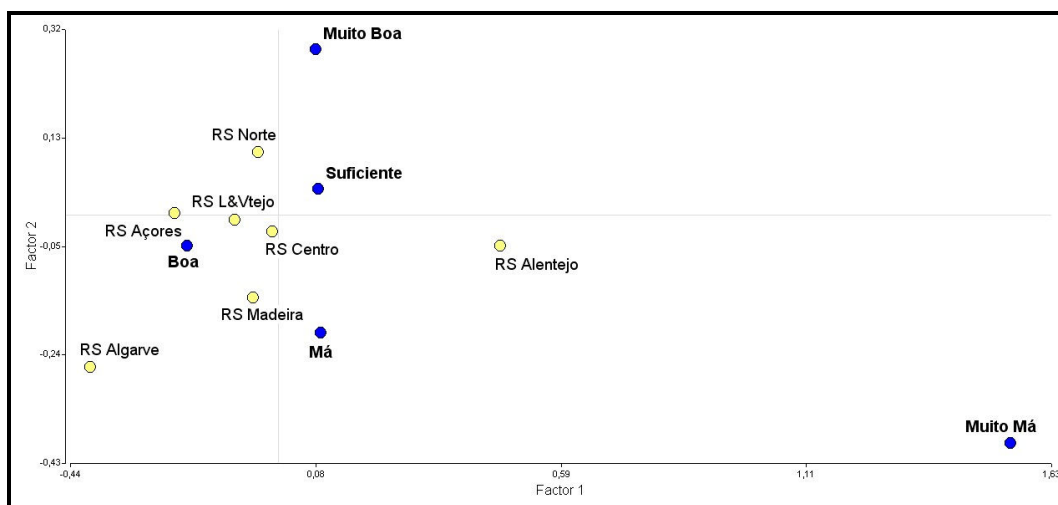
A maioria dos enfermeiros (56,7%) consideram que a informação que possuem sobre sexualidade é suficiente, (34,9%) autoavaliam-na como boa, números muito próximos dos encontrados pelo autor em (2002) onde (36,2%) dos inquiridos eram de idêntica opinião, (2,4%) consideram a sua informação sobre sexualidade como muito boa, em (2002) o autor encontrou (4,7%) dos inquiridos que também consideravam a sua informação como muito boa, já (5,2%) dizem ter uma informação sobre a temática má e (0,9%) definem-na como muito má (tabela 123).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (69,73%) da variância (tabela 240 anexo CCXLV).

Pela observação do (gráfico 119 anexo CCXLVI), podemos constatar que a maioria dos enfermeiros considera a sua informação sobre sexualidade como; suficiente e boa, tendo no entanto as Sub-regiões de Saúde da Madeira, Braga e Coimbra mais enfermeiros que auto-avaliam os seus conhecimentos como maus; os enfermeiros das Sub-regiões Saúde de Setúbal, Porto, Aveiro, Bragança e Viana do Castelo dizem ter conhecimentos muito bons e, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Évora, Portalegre e principalmente Beja conhecimentos muito maus.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (85,36%) da variância (tabela 241 anexo CCXLIV).

Gráfico 95 – Análise de Correspondência Simples entre a auto-avaliação que os enfermeiros fazem da informação que possuem sobre sexualidade e as Regiões de Saúde



Pela observação do (gráfico 95), podemos constatar que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte avaliam a sua informação sobre sexualidade como muito boa, os enfermeiros do Alentejo como muito má, os enfermeiros do Algarve e Madeira como má e os enfermeiros das restantes Regiões de Saúde avaliam-na como suficiente ou boa.

Segmentando a informação que os enfermeiros dizem possuir sobre sexualidade segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=92,47$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=178,68$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a informação que dizem possuir sobre sexualidade não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

18.1 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ACTUALIZAÇÃO DA SUA INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE

Tabela 124 – Tabela de frequências da actualização da informação que os enfermeiros possuem sobre sexualidade

Considera a informação que possui sobre sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Actualizada	1552	89,5%
Desactualizada	183	10,5%
Total	1735	100%

Dos inquiridos que possuem informação sobre sexualidade, a maior parte (89,5%) considera-a actualizada, enquanto que (10,5%) a classificam como desactualizada, em

(2002) o autor encontrou menor número de inquiridos a considerarem a sua informação sobre sexualidade como desactualizada (0,7%) (tabela 124).

Com base na (tabela 243 anexo CCXLVII), vemos que as Sub-regiões de Saúde onde os enfermeiros consideram a sua informação significativamente mais actualizada, são as Sub-regiões de Saúde dos Açores (93,0%), Aveiro (96,0%), Bragança (94,4%), Faro (91,0%), Guarda (90,7%), Lisboa (90,3%), Porto (90,8%), Santarém (93,3%), Setúbal (90,5%), Viana do Castelo (97,7%), Vila Real (95,1%) e Viseu (89,7%).

Tabela 125 – Tabela de frequências da actualização da informação sobre sexualidade por parte dos inquiridos segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Actualizada		Desactualizada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	471	92,0%	41	8,0%	512	100%
RS Centro	400	89,7%	46	10,3%	446	100%
RS L.V. Tejo	326	91,1%	32	8,9%	358	100%
RS Alentejo	178	80,2%	44	19,8%	222	100%
RS Algarve	61	91,0%	6	9,0%	67	100%
RS Açores	53	93,0%	4	7,0%	57	100%
RS Madeira	63	86,3%	10	13,7%	73	100%
Total Geral	1552	89,5%	183	10,5%	1735	100%

Com base na (tabela 125), vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo e Madeira apresentam maior proporção de enfermeiros que consideram a informação que possuem sobre sexualidade, como desactualizada, tendo os enfermeiros das outras Regiões de Saúde maior proporção de enfermeiros que consideram a informação que possuem sobre sexualidade actualizada.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a actualização da informação que possuem sobre sexualidade segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=42,25$; g.l.=19; $P < 0,01^{**}$) e ($\chi^2=26,44$; g.l.=6; $P < 0,001^{***}$), concluímos que a actualização da informação dos enfermeiros sobre sexualidade não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde de trabalho dos mesmos.

19 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A INFLUÊNCIA DA SIDA NOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS DOS ADOLESCENTES

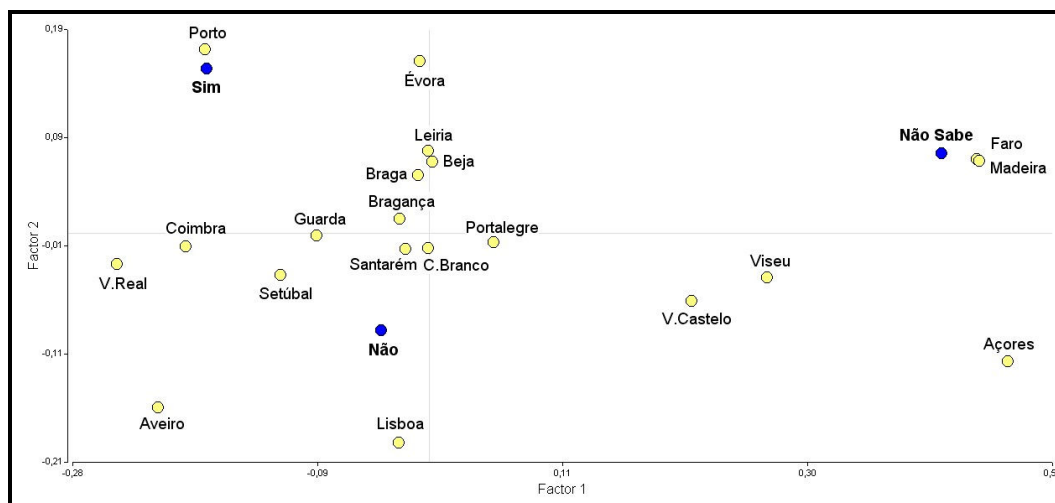
Tabela 126 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a influência da SIDA nos comportamentos sexuais dos adolescentes

Considera que a SIDA veio refrear os comportamentos sexuais dos jovens adolescentes?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	450	25,9%
Não	998	57,5%
Não Sabe	287	16,5%
Total	1735	100%

Pela observação da (tabela 126), vemos que a maioria dos enfermeiros (57,5%) considera que a SIDA não veio refrear os comportamentos sexuais dos jovens adolescentes, (25,9%) defendem o inverso e (16,5%) não sabe ou não tem opinião formada sobre o assunto. Porém a literatura assume que, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), traz consigo novas exigências e desafios à modificação do comportamento sexual dos jovens, fomentadas pelo medo de contaminação e pelo desconhecimento em torno de um tratamento eficaz. Com o aparecimento desta síndrome, o sexo como comportamento de risco adquiriu nova dimensão, enfatizando-se hoje, a necessidade da promoção de comportamentos sexuais seguros nos jovens. Assim, é preciso consciencializar de que as doenças de transmissão sexual, incluindo a infecção por HIV se evitam, não através da proibição das relações sexuais, mas com uma educação sexual que proporcione informação sobre as formas de contágio, uso adequado do preservativo e medidas de higiene sexual. Na opinião de variadíssimos autores, os adolescentes devem estar informados da probabilidade de uma gravidez acontecer, mesmo decorrente da primeira relação sexual, e ainda das consequências de ser uma mãe adolescente e dos perigos de um aborto. As doenças de transmissão sexual nomeadamente a infecção por HIV sem dúvida que trouxeram aos jovens novos receios e comportamentos face à sexualidade (Miguel Nuno, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007). Outro ponto interessante é que a violência e a SIDA fizeram com que os mais novos se aproximassem mais. Do que terá resultado, uma alta taxa de sexo com os amigos e um índice considerável de relatos de fidelidade ao namorado (Castro Mary Garcia et al., 2006). O processo de mudança de comportamento das pessoas em curso na sociedade, leva a supor que a iniciação sexual se dê cada vez mais cedo. Por outro lado, a epidemia do HIV/SIDA poderá estar a condicionar este comportamento no sentido de retardar a idade da primeira relação sexual. Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde,

reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 246 anexo CCXLVIII).

Gráfico 96 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia da SIDA nos comportamentos sexuais dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde



Com base no (gráfico 96), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Faro, Madeira, Açores, Viseu e Viana do Castelo não têm tendencialmente uma opinião formada sobre a influência da infecção por HIV/SIDA no refrear dos comportamentos sexuais dos adolescentes. Os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Lisboa, Aveiro, Vila Real, Coimbra, Setúbal, Santarém e Castelo Branco sugerem que esta, não tem qualquer efeito no comportamentos sexual dos jovens adolescentes, já os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde sugerem ter refreado o seu comportamento sexual. Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 247 anexo CCXLIX).

Com base no (gráfico 122 anexo CCL), vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Madeira e Algarve não tem opinião formada sobre a influencia da SIDA no refrear dos comportamentos sexuais dos jovens, os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro e Lisboa e Vale do Tejo defendem a não influência e os enfermeiros das Regiões de Saúde do Norte e Alentejo corroboram o refrear dos comportamentos sexuais.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a influencia da SIDA nos comportamentos sexuais dos adolescentes segundo as Sub-regiões e Regiões, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=83,49$; g.l.=38; $P<0,001^{***}$) e ($\chi^2=55,48$; g.l.=12; $P<0,001^{***}$), concluímos que a opinião destes sobre a problemática em apreço,

não é significativamente independente respectivamente da Sub-região nem da Região de Saúde de trabalho dos mesmos.

19.1 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SE A SIDA PERMITIU AOS ADOLESCENTES FALAREM MAIS LIVREMENTE SOBRE SEXUALIDADE

Tabela 127 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre se a SIDA veio permitir aos adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade

Considera que a SIDA veio dar possibilidade de os adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	983	56,7%
Não	415	23,9%
Não Sabe	337	19,4%
Total	1735	100%

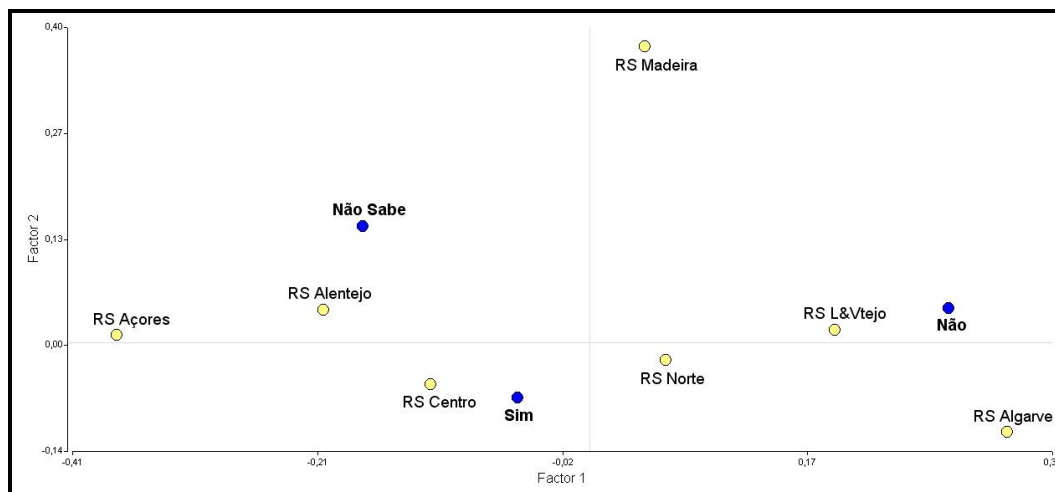
A maior parte dos enfermeiros (56,7%) considera que a SIDA veio dar possibilidade de os adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade, 23,9% discordam e 19,4% não sabe ou não respondeu (tabela 127). *“A sexualidade é encarada como a consumação de uma relação, ou seja, poucos são os jovens (...) que encaram as relações sexuais com um fim. Pelo contrário, a maioria considera que as relações sexuais só fazem sentido se houver uma relação afectiva. Assim, é natural que a iniciação sexual dos jovens, que se dá antes dos 18 anos, tenha sido com namoradas ou namorados, amigas ou amigos. Isto é, a iniciação sexual dá-se primordialmente com alguém conhecido (...)”* (Fontes Miguel *in* Informação SIDA e outras doenças infecciosas, 1999:8).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 249 anexo CCLII).

Com base no (gráfico 123 em anexo CCLIII), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Faro, Lisboa, Vila Real, Madeira, Beja, Braga, Bragança e Porto defendem preferencialmente que a SIDA não veio permitir aos adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade; enquanto que os enfermeiros de Coimbra, Aveiro, Santarém, Viana do Castelo e Guarda defendem o contrário; e os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde não têm opinião formada sobre o facto.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 250 anexo CCLI).

Gráfico 97 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência da SIDA na facilidade de os adolescentes falarem mais livremente acerca da sexualidade e as Regiões de Saúde



Com base no (gráfico 97), vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Algarve, Madeira, Norte e Lisboa e Vale do Tejo defendem preferencialmente que a SIDA não veio permitir aos adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade, enquanto que os enfermeiros da Região de Saúde do Centro defendem que permitiu a estes falarem mais livremente sobre sexualidade e os enfermeiros das Regiões de Saúde, Açores e Alentejo não têm opinião formada sobre o facto.

Cruzando a opinião dos enfermeiros sobre a influência da SIDA na possibilidade dos jovens falarem mais livremente acerca da sexualidade segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=60,23$; g.l.=12; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=108,89$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$), concluímos que aquela opinião, não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde.

20 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IDADE EM QUE OS JOVENS DEVEM INICIAR O NAMORO

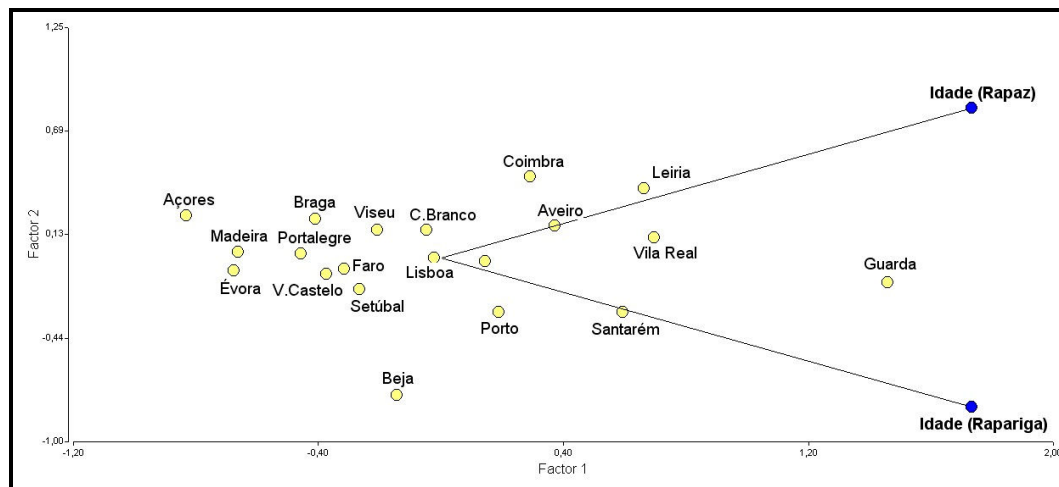
Tabela 128 – Estatísticas descritivas da opinião dos enfermeiros sobre a idade aconselhada para namorar

Em sua opinião com que idade se deve começar a namorar?		
Estatísticas	Rapariga	Rapaz
Mínimo	10	11
Máximo	25	30
Média	16,5	17,3
Desvio Padrão	1,51	1,83

Observando a (tabela 128), os inquiridos sugerem idades muito diversas para se iniciar o namoro, que varia entre um mínimo de 10 anos para as raparigas e um máximo de 30 anos para os rapazes. Em média, na opinião dos nossos inquiridos os rapazes devem iniciar o namoro mais tardiamente 17,3 anos, contra 16,5 anos para as raparigas. No estudo realizado pelo autor em (2002) os inquiridos sugeriam para o sexo feminino, idades que variavam entre um mínimo de 10 e um máximo de 23 anos sendo a média de 16,49 anos e a moda de 18 anos; já para o sexo masculino apontavam idades que variavam entre um mínimo de 10 e um máximo de 25 anos, com uma média de 17 anos e uma moda de 18 anos. O que poderá estar relacionando com o facto de a grande maioria dos inquiridos ser do sexo feminino e eventualmente com o conceito de que a mulher adquire maturidade mais precocemente, isto justifica a nosso ver a média de idades ser ligeiramente mais baixa na mulher que no homem. Aparecem as primeiras relações amorosas, geralmente pouco duradouras mas vividas com muita intensidade e paixão. Pode até dizer-se, que o namoro é como que um estágio. O namoro é um adeus ao mundo infantil, é um afastar-se da família e por isso um passo importante de socialização, um contacto amoroso com o sexo oposto. O namoro proporciona um melhor conhecimento entre rapazes e raparigas. Serve para ocupar os sentidos e sobretudo unir o desejo ao sentimento de carinho.

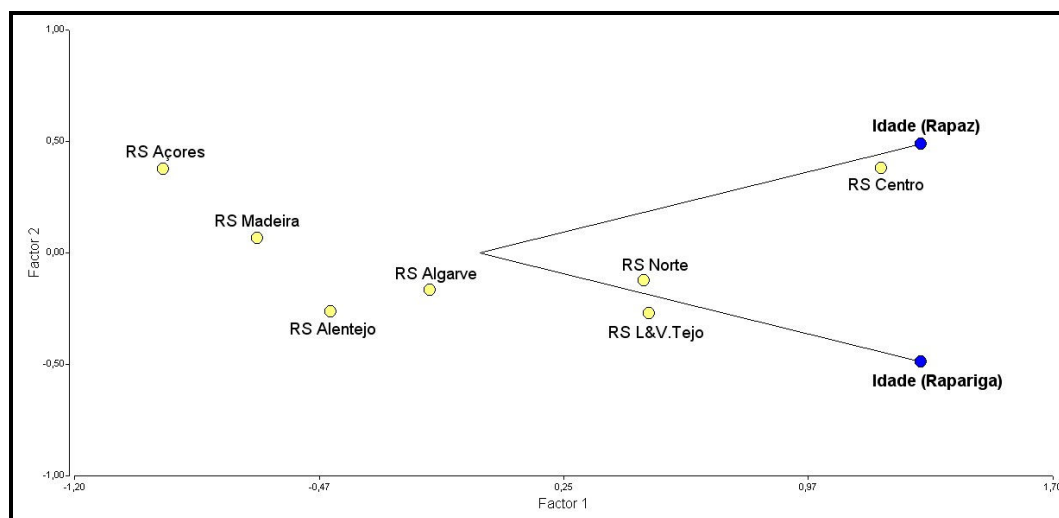
Os rapazes e raparigas não desejam namorar pelos mesmos motivos. No rapaz, o instinto sexual é muito mais intenso e exigente. Já para a rapariga, a sexualidade não tem a mesma intensidade, ela pretende viver o amor sentimental (Miguel Nuno, 1997; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Gráfico 98 – Biplot da opinião dos enfermeiros sobre a idade em que os jovens devem iniciar o namoro e as Sub-regiões de Saúde



Pela observação do (gráfico 98), vemos que a idade de início de namoro das raparigas segundo a opinião dos inquiridos está correlacionada com a idade de namoro dos rapazes. Também podemos visualizar que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, Vila Real, Leiria e Santarém sugerem uma idade superior para começar a namorar, já os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde dos Açores, Madeira e Évora sugerem uma idade inferior para se inicio de namoro.

Gráfico 99 – Biplot da opinião dos enfermeiros sobre a idade em que os jovens devem iniciar o namoro e as Regiões de Saúde



Pela observação do (gráfico 99), podemos visualizar que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Centro, Norte e Lisboa e Vale do Tejo sugerem uma idade superior para inicio de namoro e os enfermeiros das Região de Saúde da Madeira e Açores, Alentejo e

Algarve referem uma idade inferior, quer para rapazes quer para raparigas relativamente ao início de namoro.

21 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IDADE IDEAL PARA SE INICIAR A VIDA SEXUAL

Tabela 129 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a idade ideal para se iniciar na vida sexual

Em sua opinião há idade para se iniciar a vida sexual?		
Descrição	F. Absoluta	F. Relativa
Sim	415	23,9%
Não	1170	67,4%
Não Sabe	150	8,6%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (67,4%) considera não existir uma idade ideal para se iniciar a vida sexual, o que vai de encontro à opinião dos inquiridos pelo autor num estudo efectuado em 2002 em que 84,6% sugerem o mesmo (tabela 129). Podemos concluir que não existe uma idade padrão para o início da actividade sexual, uma vez que o tipo de personalidade de cada ser, a educação que cada um recebe da estrutura familiar, o nível socio-económico, a religião professada o meio social e cultural são diferentes para cada pessoa, porque cada individuo é um ser único, e com valores próprios. A opinião é perfilhada pelo autor e por múltiplos estudiosos da matéria, pois existem *nuances* muito dispares que interferem nas diferentes maturidades que se deveriam ter em apreço quando esta hipótese fosse equacionada (Andrade Isabel, 1996; Marques António, et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo, 2007).

Acerca do nível socio-económico, parece existir maior tolerância face ao relacionamento sexual, nos adolescentes de nível socio-económico mais alto. Por sua vez, são sujeitos do nível socio-económico baixo aqueles que apresentam em geral posições mais tradicionais, evidenciam menor valorização da afectividade nos relacionamentos e quem pratica comportamentos sexuais de maior risco. A postura face à religião influencia as perspectivas e comportamentos relativos à sexualidade, no sentido de que os adolescentes que se identificam com a religião são aqueles que iniciam a actividade sexual mais tarde e também aqueles que valorizam mais a afectividade e que tendem a revelar posições mais conservadoras face à sexualidade (Pais, 1996; Vasconcelos Pedro, 1998; Marques António et al., 2000).

A perda da virgindade continua a ser um marco importante para os jovens. É um ritual de iniciação sexual, que pode ser vivenciado com orgulho ou com culpa excessiva, de acordo com a educação e tradição da família. Inicialmente, os jovens tentavam apenas um envolvimento sexual, testando as suas novas capacidades e reacções frente a

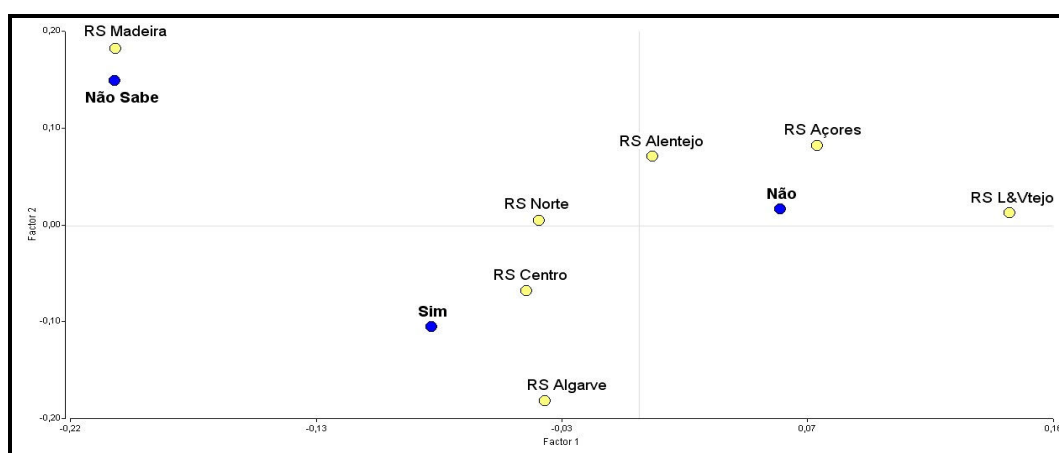
sensações até aí desconhecidas. É a redescoberta do corpo. Só depois procuram o envolvimento afectivo complementar passando a conviver não apenas em grupo, mas também aos pares. Tendo em conta estudos realizados, pode dizer-se que a sexualidade do adolescente se caracteriza por apresentar um duplo padrão atenuado, pois, há ainda uma vivência diferente da sexualidade feminina e masculina, as mulheres iniciam-se sexualmente mais tarde, com parceiros mais velhos e com os quais têm grande proximidade afectiva, os rapazes declaram iniciarem-se sexualmente mais cedo, com parceiras do mesmo grupo etário ou de grupo etário inferior, mantendo uma distancia afectiva (Miguel Nuno, 1997; Vasconcelos Pedro, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto a totalidade da variância (tabela 253 anexo CCLIV).

Com base no (gráfico 127 anexo CCLV), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja, Viana do Castelo, Santarém, Setúbal, Açores, Évora, Porto, Braga e Lisboa não consideram que exista uma idade ideal para iniciar a vida sexual, enquanto que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Portalegre, Leiria, Aveiro, Faro e Castelo Branco defendem o contrário.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 254 anexo CCLVI).

Gráfico 100 – Análise de Correspondência Simples da opinião dos enfermeiros sobre a idade ideal para se iniciar a vida sexual e as Regiões de Saúde



Com base no (gráfico 100), vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo, Açores, Lisboa e Vale do Tejo defendem que não existe idade ideal para a iniciação sexual, já os enfermeiros da Região de Saúde do Centro e Algarve, defendem

que existe uma idade ideal para iniciação da vida sexual, os enfermeiros da Região de Saúde da Madeira e Norte, tendencialmente não sabem ou não tem opinião formada.

Diferenciando a opinião dos enfermeiros sobre a existência de idade ideal para se iniciar a vida sexual segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=21,17$; g.l.=12; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=58,81$; g.l.=38; $P < 0,05^*$), concluímos que aquela não é significativamente independente respectivamente da Região nem da Sub-região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

21.1 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE QUAIS AS ARMAS “SENSUAIS/SEXUAIS” DOS ADOLESCENTES

Tabela 130 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre quais as armas sensuais e sexuais dos adolescentes

Em sua opinião no adolescente são sobretudo armas sensuais/sexuais aspectos como?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Cabelos	603	12,2%	34,8%
Roupas	1129	22,8%	65,1%
Perfumes	381	7,7%	22,0%
Arte de falar	396	8,0%	22,8%
Postura física	848	17,2%	48,9%
Sorriso	603	12,2%	34,8%
Contacto visual	809	16,4%	46,6%
Andar	173	3,5%	10,0%
Total	4942	100%	-----

Segundo a opinião de (65,1%), dos enfermeiros a arma sensual/sexual mais importante para os jovens adolescentes é a roupa, também em (2002) a opinião de (49,7%) dos inquiridos reflectia a mesma opinião, seguida da postura física (48,9%), também este item reflectia a opinião dos inquiridos pelo autor em (2002) com (37,6%) das opiniões, o contacto visual (olhar) (46,6%), os cabelos e o sorriso (34,8%) (tabela 130). No âmbito da nossa experiência pessoal e profissional talvez possamos ter a mesma percepção que os inquiridos quando sugerem ser as roupas as armas mais poderosas no poder de sedução, pois estas têm hoje uma enorme importância no dia a dia de cada um de nós e muito particularmente na aparência do jovem adolescente.

As roupas e o vestuário especialmente erótico e os maneirismos, ou seja, posturas corporais ou expressões faciais que demonstrem excitação, desejo e volúpia onde as construções de fantasias eróticas aparecem e facilitam tanto homens como mulheres a entrarem na relação sexual propriamente dita.

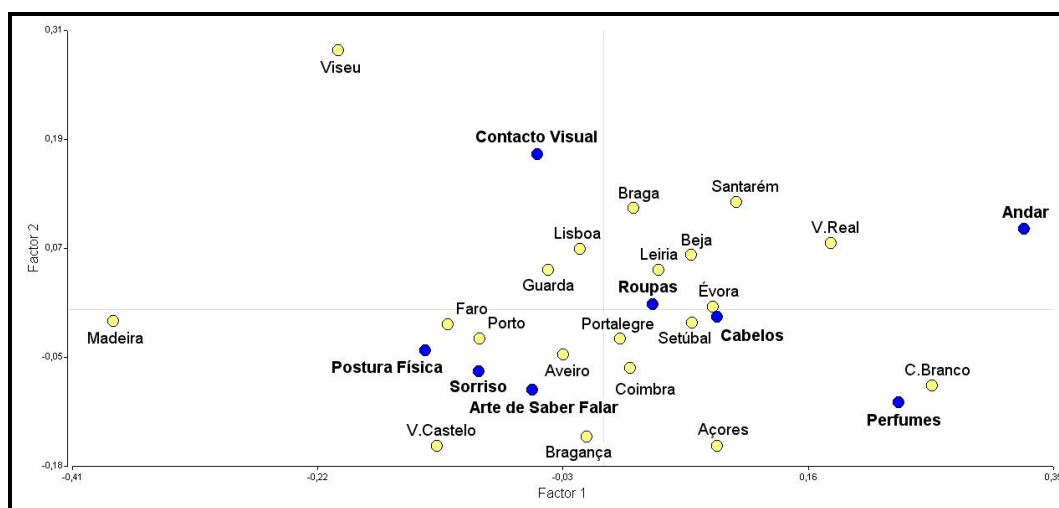
Como tudo o que é humano, a sensação não pode ser separada da imaginação. O corpo é uma “paisagem” erótica com áreas de distinto atractivo, algumas comuns a todas as

peças e outras adequadas a certas culturas e a certos indivíduos. Por exemplo, qual o significado de nos sentirmos atraídos pelas nádegas de um homem ou de uma mulher; e qual o atractivo das roupas interiores e o que há nos olhos que pode ser tão eroticamente magnéticos? (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Sampaio Daniel, 2006).

O sexo também pode ser sinónimo de uma relação sexual que se expressa através dos gestos, da postura, da fala, do andar, da voz, das roupas, dos enfeites, do perfume, enfim de cada pormenor do indivíduo. A relação sexual é uma componente da sexualidade que vai além da relação entre os genitais e passa pela troca de sons, toques, olhares, cheiros e carícias (...) (Andrade Isabel, 1996; Sampaio Daniel, 2007; Allen Gomes, 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (63,91%) da variância (tabela 256 anexo CCLVII).

Gráfico 101 – Análise de Correspondência Simples da opinião dos enfermeiros sobre quais as armas sensuais/sexuais dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde



Com base no (gráfico 101), vemos que os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Castelo Branco consideram que os adolescentes atribuem relativa importância aos perfumes, já os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Vila Real consideram ser a forma de andar, os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Viseu são de opinião que os jovens atribuem maior valor ao contacto visual, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Faro, Porto, Aveiro, Viana do Castelo e Bragança consideram que os jovens atribuem especial importância à postura física, ao sorriso e à arte de bem falar, os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde consideram que os jovens dão especial importância às roupas e cabelos.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (80,07%) da variância (tabela 257 anexo CCLVIII).

Com base no (gráfico 130 anexo CCLIX), vemos que os enfermeiros da Região de Saúde dos Açores consideram o perfume como arma sensual/sexual mais importante para os adolescentes; os enfermeiros da Região de Saúde da Madeira atribuem especial apreço ao sorriso e a arte de bem falar.

Segmentando a opinião dos enfermeiros sobre quais as armas sensuais e sexuais dos adolescentes segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=168,53$; g.l.=133; $P < 0,05^*$) e ($\chi^2=66,12$; g.l.=42; $P < 0,05^*$), concluímos que aquelas opiniões não são significativamente independentes respectivamente da Sub-região e da Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

21.2 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE QUAL DOS SEXOS TEM SONHOS HÚMIDOS COM MAIS FREQUÊNCIA

Tabela 131 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos tem sonhos húmidos com maior frequência

Em sua opinião quem tem na adolescência, sonhos húmidos com maior frequência?		
Descrição	F. Absoluta	F. Relativa
Rapariga	19	1,1%
Rapaz	1323	76,3%
Ambos	393	22,7%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (76,3%) considera que os sonhos húmidos na adolescência estão sobretudo associados aos rapazes (tabela 131).

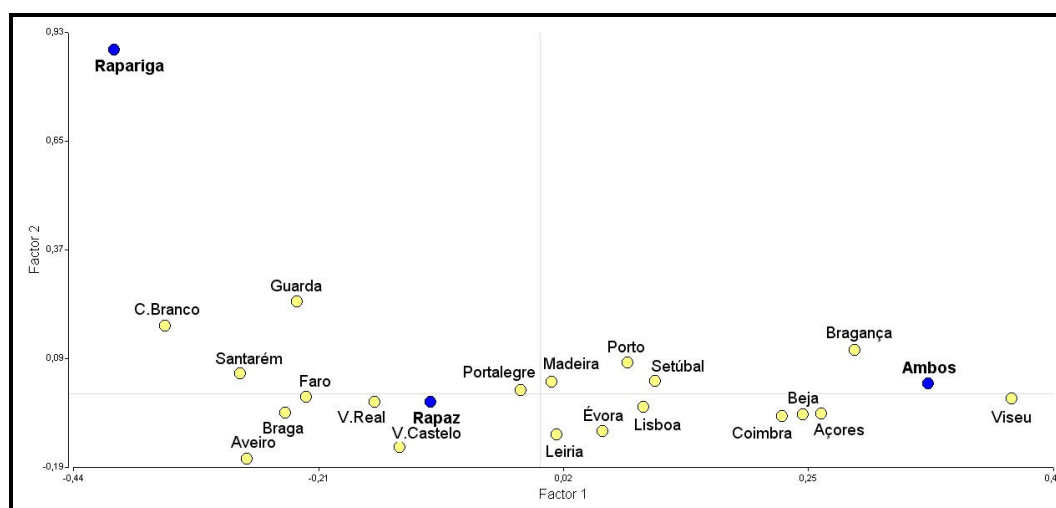
Os sonhos sexuais são involuntários; como todos os sonhos, variáveis de pessoa para pessoa, acompanhados de excitação sexual e muitas vezes de orgasmo (Miguel Nuno, 1994; Sampaio Daniel, 2006). Este tipo de desejo e excitação sexual aparece na rapariga de forma menos intensa estando relacionados com a sua vida afectiva; já nos rapazes surge mais intensamente, ligado a estímulos de vária ordem e a maior parte das vezes sem qualquer relação afectiva (Miguel Nuno, 1994; Sampaio Daniel, 2006; Allen Gomes, 2007). O adolescente com o desenvolvimento dos órgãos sexuais desperta para a sexualidade e sente necessidade de procurar a satisfação sexual. No rapaz o orgasmo pode ser acompanhado de ejaculação espontânea durante o sono que está ligada a um sonho erótico, o prazer pode ser tão intenso que se pode acordar. As poluções nocturnas são fenómenos absolutamente normais em todas as idades, com maior frequência nesta

faixa etária e dentro desta com particular enfoque no rapaz. A erecção do pénis pode ter a ver apenas com uma das fases do sono. Nada é mais natural, é sinal que tudo está a funcionar na perfeição.

O adolescente é, geralmente, invadido por desejos carregados de conteúdos eróticos e sexuais, sonhos e fantasias. Os sonhos e as fantasias têm um papel importante na vida do jovem, não só porque lhe permite vivenciar o desejo, controlando a passagem ao acto, como o preparam para o envolvimento futuro e não raras vezes o levam ao auge através dos sonhos (Moita, 1995; Rodrigues Custódio, 1999; Sampaio Daniel, 2006; Sá Eduardo; Vaz J. Machado et al., 2007).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 259 anexo CCLX).

Gráfico 102 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos tem sonhos húmidos com maior frequência e as Sub-regiões de Saúde



Com base na observação do (gráfico 102), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Madeira, Leiria, Évora, Porto, Lisboa, Setúbal, Coimbra, Beja, Açores, Bragança e Viseu são de opinião que os sonhos húmidos estão preferencialmente associados a ambos o sexos, já os enfermeiros das outras Sub-regiões de Saúde sugerem ser o sexo masculino que tem sonhos húmidos com maior frequência, atribuindo no entanto os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde da Guarda, Castelo Branco e Santarém os sonhos húmidos com maior frequência às raparigas.

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos (dos adolescentes) tem sonhos húmidos com maior frequência por Sub-regiões e as Regiões de Saúde e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=86,00$; g.l.=38; P

<0,001***) e ($\chi^2=12,14$; g.l.=12; $P <0,43$ ns), concluímos que a opinião destes profissionais não é significativamente independente da Sub-região mas é significativamente independente da Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

21.3 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS LOCAIS MAIS POPULARES PARA OS ADOLESCENTES FAZEREM AMOR

Tabela 132 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor

Quais considera serem os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	%Linha
Quarto	489	17,8%	28,2%
Carro	1179	42,8%	68,0%
Praia	498	18,1%	28,7%
Campo	416	15,1%	24,0%
Outro	171	6,2%	9,9%
Total	2753	100%	-----

Na opinião dos enfermeiros o local mais popular para os jovens fazerem amor é o carro escolhido em (42,8%) das respostas e correspondendo a (68%) dos enfermeiros inquiridos. O quarto e a praia são sugeridos por (28,2% e 28,7%) respectivamente (tabela 132). Estudos recentes apontam no sentido de que apenas cerca de (21%) dos rapazes e (5%) das raparigas podem ter relações sexuais na sua própria casa, sem oposição por parte dos pais, o que faz com que a grande maioria procure os locais mais insuspeitos como a praia, o automóvel, o hotel e mesmo a casa de amigos (Rosa João, 2001; Vaz J. Machado et al., 2007).

O ambiente de clandestinidade em que se desencadeiam as primeiras relações sexuais activa uma impressão de urgência e um estado de falta de planificação, ambas prejudiciais para a segurança, a calma e plenitude exigíveis. O ideal seria que a iniciação sexual ocorresse com alguém por quem o adolescente estivesse envolvido afectivamente tendo a reciprocidade desse sentimento, que tivesse também resolvido os seus conflitos relacionados com a sexualidade e que o casal assumisse uma atitude responsável em termos de anticoncepcionais e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Miguel Nuno, 1994; Andrade Isabel, 1996; Marques António et al., 2000; Nodin Nuno, 2001; Sampaio Daniel, 2006).

Compartilhando a nossa opinião com a de variadíssimos autores estudiosos da matéria em apreço o quarto ou um local apazível sem que alguém pudesse incomodar, deveriam ser os lugares de eleição para se fazer amor, pois muitas vezes a inexperiência aliada à expectativa que se tem sobre a relação sexual pode ser frustrante e marcar definitivamente a nossa futura sexualidade, quando para além da possibilidade de

contrair uma gravidez ou uma doença de cariz sexual ainda pode estar em conjunto associada a ideia de se poder ser surpreendido (Marques António et al., 2000; Sampaio Daniel, 2006).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (72,68%) da variância (tabela 261 anexo CCLXII).

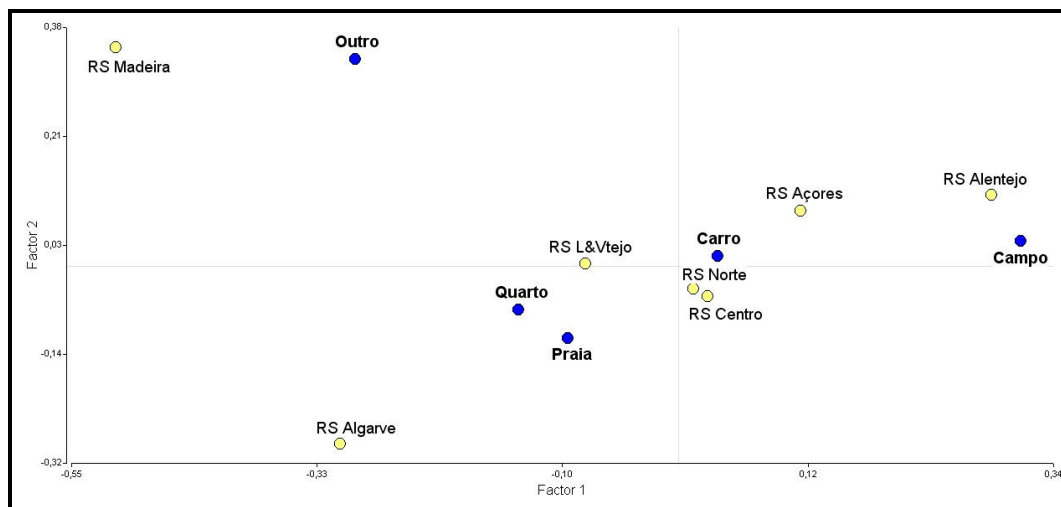
Com base no (gráfico 132 anexo CCLXIII), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Faro, Porto, Setúbal e Lisboa e Vale do Tejo, Viana do Castelo e Madeira, Viseu, e Leiria, escolheram preferencialmente a praia, o quarto e outro local como os preferidos para os jovens fazerem amor; enquanto que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde do interior do país dizem que os jovens preferem o carro e o campo.

Realizando uma análise factorial de correspondências por Regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (87,13%) da variância (tabela 262 anexo CCLXI).

Com base no (gráfico 103), vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve dizem que os adolescentes preferem o quarto e a praia para fazerem amor, já os enfermeiros das Regiões de Saúde do Alentejo, Açores, Norte e Centro dizem que os adolescentes preferem o carro e o campo, os enfermeiros da Madeira sugerem outros locais sem especificar quais.

Estudando a opinião dos enfermeiros sobre o local mais popular para os adolescentes fazerem amor segundo as Regiões e Sub-regiões de Saúde, utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=113,99$; g.l.=24; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=224,69$; g.l.=76; $P < 0,001^{***}$), concluímos que aquela não é significativamente independente respectivamente das Regiões nem das Sub-regiões de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

Gráfico 103 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor e as Regiões de Saúde



21.4 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE SE OS RAPAZES E RAPARIGAS TÊM A MESMA FORMA DE EXPRESSAR A SUA SEXUALIDADE

Tabela 133 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a forma de rapazes e raparigas expressarem a sua sexualidade

Considera que a rapariga e o rapaz têm a mesma forma de expressar a sua sexualidade?		
Descrição	F. Absoluta	F. Relativa
Sim	230	13,3%
Não	1157	66,7%
Não sabe	358	20,1%
Total	1735	100,0%

A maioria dos enfermeiros (66,7%) diz que a rapariga e o rapaz têm formas diferentes de expressar a sua sexualidade, também no estudo do autor em (2002), (78,5%) dos inquiridos eram da mesma opinião. Dos inquiridos (13,3%) sugerem que têm a mesma forma de expressar a sua sexualidade e (20,1%) não sabe ou não tem qualquer opinião formada sobre o assunto (tabela 133). O meio cultural em que somos educados influencia a nossa sexualidade, assim como, as ideias que acerca dela temos. Não podemos esquecer, no entanto, que a construção do indivíduo, como ser social, integrado de forma crítica e criativamente na sociedade é resultado de muitos obreiros.

Vínculos que em nosso entender e na nossa sociedade são vividos diferentemente por rapazes e raparigas. *“Durante e a partir da adolescência a sexualidade manifesta-se através de desejos, sonhos e excitações sexuais, pela masturbação e finalmente através das relações sexuais”* (Miguel Nuno, 1994:21). Diferenças na atitude e comportamento sexual nos rapazes e nas raparigas, há variadíssimos aspectos em que as atitudes e comportamentos dos rapazes e raparigas são diferentes no tocante à sexualidade. *“É*

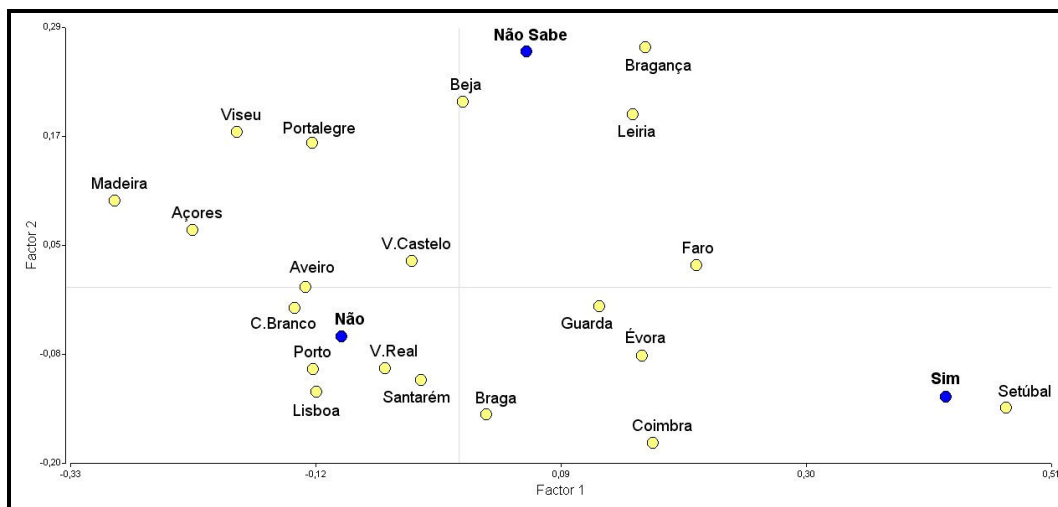
evidente que estas diferenças não são exclusivamente relacionadas com o seu cariz biológico que é sabido existir entre homens e mulheres, mas mercê de diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual para rapazes e raparigas, o que leva a gerar nuns e noutros atitudes e comportamentos desajustados” (Miguel Nuno, 1994:25).

Podemos dizer que os factores sociais e culturais fazem com que cada um dos sexos aja de forma diferente relativamente a esta questão; as raparigas são geralmente educadas no sentido de desvalorizarem o Hedonismo e o desejo sexual e até mesmo negando-o. Relativamente aos aspectos afectivos e sentimentais há uma sobrevalorização dos mesmos. Com os rapazes, existem diferenças na sexualidade e na sua vivência uma vez que são vistas como algo que lhes é próprio e é motivo de orgulho. A sua educação é feita no sentido de menosprezarem as manifestações de afectividade, ternura ou exteriorização dos sentimentos (Miguel Nuno, 1994; Vasconcelos Pedro, 1998; Marques António et al., 2000).

Nas raparigas, a primeira relação sexual ocorre geralmente quando estão apaixonadas pelo companheiro e com o qual manteve relações várias vezes pretendendo um compromisso (Vasconcelos Pedro, 1998).

Realizando uma análise factorial de correspondências por Sub-regiões de Saúde, reduzida a 2 factores, vemos que estes explicam no seu conjunto (100,0%) a totalidade da variância (tabela 264 anexo CCLXIV).

Com base no (gráfico 104), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Setúbal, Guarda, Évora, Coimbra e Braga defendem que os jovens (rapazes e raparigas) têm a mesma forma de expressar a sua sexualidade, os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Beja, Bragança e Leiria, não sabem ou não respondem e os enfermeiros das restantes Sub-regiões de Saúde dizem que a expressão da sexualidade da rapariga é diferente da expressão da sexualidade do rapaz.

Gráfico 104 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a igualdade dos sexos para expressarem a sua sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a forma de rapazes e raparigas expressarem a sua sexualidade segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=84,26$; g.l.=38; $P < 0,001^{***}$) e ($\chi^2=20,55$; g.l.=12; $P < 0,057$ ns), concluímos que aquela não é significativamente independente da Sub-região mas é significativamente independente da Região de Saúde de trabalho dos enfermeiros.

21.5 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A EVOLUÇÃO DA IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

Tabela 134 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre a evolução da idade da primeira relação sexual

Descrição	Acha que a idade da primeira relação sexual é cada vez?			
	Rapariga		Rapaz	
	F. Absolutas	F. Relativas	F. Absolutas	F. Relativas
Mais Precoce	1622	93,5%	1346	77,6%
Mais Tardia	20	1,2%	61	3,5%
Manteve-se	93	5,4%	328	18,9%
Total	1735	100,0%	4087	100,0%

A maioria dos enfermeiros afirma que a idade da primeira relação sexual é cada vez mais precoce, para a rapariga (93,5%) e para o rapaz (77,6%), no entanto existe uma maior tendência em afirmar que a idade da primeira relação sexual dos rapazes se tem mantido (tabela 134). Pese embora o facto de que as mulheres começam a vida sexual mais tardiamente, a mudança ocorrida entre 1984 e 1998, ou seja, de (13,6%) para (32,3%), no grupo de 16 a 19 anos é, em termos relativos, muito superior à observada entre os homens. “Os jovens parecem ser transportadores de uma nova ética sexual de

experimentação, bastante mais liberal do que aquela que caracteriza as gerações que lhe precederam” (Vasconcelos Pedro, 1999:9)

Relativamente à sexualidade procuramos através de estudos feitos por vários autores, saber qual a idade média que marca o início da actividade sexual. O estudo do autor em (2002) sugere que a primeira relação sexual é cada vez mais precoce na opinião de (94,0%) dos inquiridos.

Em cinquenta anos, a idade média da primeira relação para os rapazes passou de dezoito anos e quatro meses entre os homens nascidos entre 1922 e 1936, para dezassete anos e três meses para os nascidos entre 1972 e 1973.

Assim a idade média da primeira relação sexual para os rapazes pouco se alterou. No entanto, a evolução para as raparigas foi mais importante, para os mesmos períodos de referência: a idade média passou de vinte e um anos e três meses para dezassete anos e seis meses. Pelo que a idade do início das relações sexuais femininas aproxima-se cada vez mais da dos homens. Na geração actual uma em cada quatro mulheres já teve relações sexuais aos dezasseis anos. Em ambos os sexos, as primeiras relações depois dos vinte anos estão em franca diminuição (Poly Marie e Pagès Jean, 1999). Segundo Miguel Nuno, (1994); López e Fuertes (1998), os rapazes têm experiências sexuais mais cedo que as raparigas, no entanto as experiências sexuais nas raparigas aumentam consideravelmente com a idade.

Num estudo realizado por Louis Harris e Associates (1986) citado por Papalia e Olds (2000) a maioria dos adolescentes de 17 anos e quase metade dos de 16 anos já tiveram experiências sexuais. Em Portugal segue-se a mesma tendência, assim Navarro, Fernanda (1985) concluiu que a média da primeira relação sexual estava situada entre os 16 e os 18 anos. Um outro estudo realizado por Pais (1996), revelou que a maioria dos jovens iniciou a actividade sexual também por volta dos 16/17 anos.

Podemos concluir que não existe uma idade padrão para o início da actividade sexual, uma vez que o tipo de personalidade de cada ser, a educação que cada um recebe a estrutura familiar, o nível socio-económico, a religião professada o meio social e cultural são diferentes para cada pessoa.

Segundo dados do INE, (1998), a idade média para a primeira relação sexual nas mulheres, com idades compreendidas entre os 20 e 24 anos, situava-se à data nos 19,8 anos e tem vindo a decrescer progressivamente. Nos rapazes do mesmo grupo etário, a idade em que se verifica o início da actividade sexual é aos 17,4 anos.

Contudo um estudo levado a cabo por Pais em (1996), revela que a maioria dos jovens do Concelho de Loures teve a sua iniciação sexual em média um pouco mais cedo, nomeadamente entre os 16 e 17 anos. Constatou-se que as raparigas, que se iniciaram

sexualmente muito precocemente, cultivam ainda hoje falta de auto-estima e raiva de si mesmas, sofrem depressões profundas, insucesso escolar e até perda de vontade de viver (Bastos, 2001; Sampaio Daniel, 2006). As raparigas iniciam-se também cada vez mais cedo. O que se conserva em todas as faixas etárias, principalmente entre as raparigas, é que elas se entregam especialmente quando há amor (Castro Mary Garcia et al.; Sampaio Daniel, 2006).

No estudo de Maia et al., (2001) o início da actividade sexual nos rapazes foi aos 14 anos, sendo a média de 16 anos, enquanto que no sexo feminino o início foi aos 16 anos, sendo a média de 16,6 anos.

Para todos os jovens, homens e mulheres, cerca de (28%) afirma ter-se iniciado sexualmente com um amigo(a) e (52%) com a namorada(o) (Vasconcelos, Pedro, 1999). Comparando a opinião dos enfermeiros sobre a evolução da idade da primeira relação sexual segundo as Sub-regiões e Regiões de Saúde e utilizando o teste de Qui-Quadrado com simulação Monte Carlo ($\chi^2=117,99$; g.l.=95; $P < 0,06ns$) e ($\chi^2=33,62$; g.l.=30; $P < 0,29ns$), concluímos que aquela opinião é significativamente independente respectivamente das Sub-regiões e Regiões de Saúde onde os enfermeiros trabalham.

22 – ESCALA DA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE A SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES (E.P.E.S.E.A.)

Tabela 135 – Tabela de frequências do nível de concordância sobre a sexualidade do adolescente e a perspectiva dos enfermeiros inquiridos

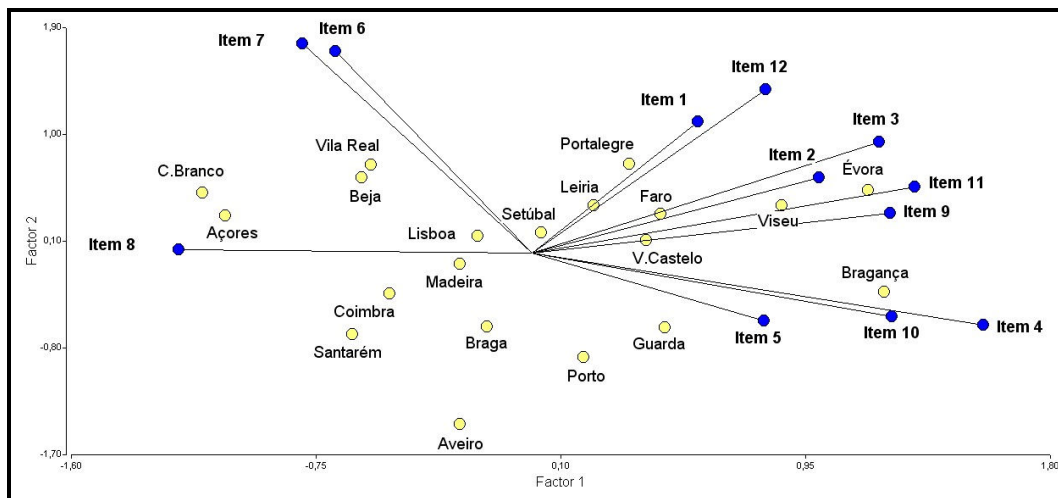
Responda a todos os itens (sobre sexualidade) a seguir apresentados de forma espontânea e honesta					
Descrição	CT	C	NCND	D	DT
Item 1	1179 (68,0%)	499 (28,8%)	51 (2,9%)	5 (0,3%)	1 (0,1%)
Item 2	441 (25,4%)	649 (37,4%)	252 (14,5%)	328 (18,9%)	65 (3,7%)
Item 3	602 (34,7%)	598 (34,5%)	335 (19,3%)	154 (8,9%)	46 (2,7%)
Item 4	1296 (74,7%)	399 (23,0%)	30 (1,7%)	9 (0,5%)	1 (0,1%)
Item 5	948 (54,6%)	701 (40,4%)	39 (2,2%)	43 (2,5%)	4 (0,2%)
Item 6	954 (55,0%)	685 (39,5%)	46 (2,7%)	26 (1,5%)	24 (1,4%)
Item 7	39 (2,2%)	31 (1,8%)	406 (23,4%)	429 (24,7%)	830 (47,8%)
Item 8	34 (2,0%)	26 (1,5%)	423 (24,4%)	438 (25,2%)	814 (46,9%)
Item 9	19 (1,1%)	12 (0,7%)	42 (2,4%)	226 (13,0%)	1436 (82,8%)
Item 10	490 (28,2%)	368 (21,2%)	260 (15,0%)	253 (14,6%)	364 (21,0%)
Item 11	779 (44,9%)	797 (45,9%)	119 (6,9%)	29 (1,7%)	11 (0,6%)
Item 12	1356 (78,2%)	328 (18,9%)	29 (1,7%)	15 (0,9%)	7 (0,4%)

Da observação da (tabela 135), podemos deduzir que, dos enfermeiros inquiridos a sua opinião é de discordarem totalmente do facto dos rapazes e raparigas só deverem ter relações sexuais depois do casamento (Item 7 e 8) e das relações sexuais deverem ser compreendidas apenas como forma de reprodução (Item 9).

É mais frequente os enfermeiros concordarem totalmente sobre o facto da sexualidade dever ser acompanhada de ternura e amor (Item 1), da sexualidade contribuir para o bem estar físico e emocional (Item 3), da sexualidade dever ser vivida de uma forma responsável e partilhada em igualdade (Item 4), de o desejo e excitação sexual serem normais nos rapazes e raparigas adolescentes (Item 5), da troca de carícias serem importantes fontes de prazer nos adolescentes (Item 6), da sexualidade dever ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos outros (Item 11) e da informação sexual dever contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados (Item 12). Os enfermeiros concordam ainda com o facto da afectividade ter a ver com a sexualidade (Item 2),

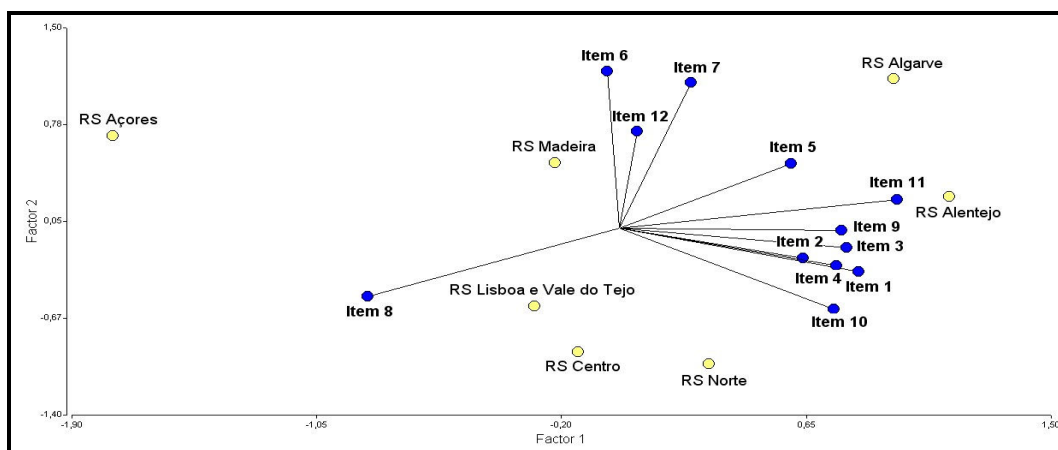
A opinião dos enfermeiros sobre o facto das relações sexuais deverem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro (Item 10) é bastante heterogénea, variando entre a concordância total (28,2%) e a discordância total.

Gráfico 105 – Biplot das sub-escalas da escala da sexualidade do adolescente e a perspectiva dos enfermeiros segundo as Sub-regiões de Saúde



Pela observação do (gráfico 105), vemos que os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Açores, Vila Real e Beja discordam mais sobre o facto de rapazes e raparigas só deverem ter relações sexuais após o casamento (Item 6 e 7) e que as relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução, tendo os enfermeiros das Sub-regiões de Saúde de Bragança, Évora e Viseu uma opinião contrária (concordando). Ao inverso as Sub-regiões de Saúde de Castelo Branco, Açores, Vila Real e Beja concordam sobre os itens das outras sub-escalas (Itens 1 – 5 e 9 - 12) em oposição às outras Sub-regiões de Saúde.

Gráfico 106 – Biplot das sub-escalas da escala da sexualidade do adolescentes e a perspectiva dos enfermeiros sobre a sexualidade segundo as Regiões de Saúde



Pela observação do (gráfico 106) vemos que os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, discordam mais do facto das raparigas só deverem ter relações sexuais após o casamento, os enfermeiros das Regiões de Saúde dos Açores, Madeira e Algarve discordam mais da facto dos rapazes só deverem ter relações sexuais depois do casamento.

22.1 – VALIDAÇÃO DA ESCALA DA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS SOBRE SEXUALIDADE DOS ADOLESCENTES (E.P.E.C.S.P.S.A.)

22.1.1 – ANÁLISE FACTORIAL

Tabela 136 – Análise factorial da escala de perspectiva dos enfermeiros sobre sexualidade dos adolescentes.

Análise factorial de componentes principais com rotação Varimax KMO=0,648					
Factor	ITENS	Saturação	Valores Próprios	Variância Explicada	Variância Acumulada
Sexualidade Redutora	Item 7	0,956	2,745	22,872 %	22,872 %
	Item 8	0,956			
	Item 9	0,463			
Sexualidade Alargada	Item 6	0,634	1,880	15,312 %	38,536 %
	Item 4	0,623			
	Item 1	0,598			
	Item 5	0,480			
Sexualidade Plural	Item 11	0,717	1,357	11,312 %	49,848 %
	Item 10	0,705			
	Item 12	0,655			
Sexualidade Afectiva	Item 2	0,836	1,068	9,897 %	58,746 %
	Item 3	0,820			

A realização da análise factorial com rotação Varimax, permitiu extrair 4 factores que no seu conjunto explicam 58,746 % da variância dos dados. Desta forma o factor 1 – “Sexualidade Redutora” é composta pelos itens 7, 8 e 9; o factor 2 – “Sexualidade Alargada” pelos itens 6,4,1 e 5; o factor 3 – “Sexualidade Plural” pelos itens 11,10 e 12 e o factor 4 – “Sexualidade Afectiva” pelos itens 2 e 3.

22.1.2 – TESTE DAS ESCALAS E COERÊNCIA INTERNA

O primeiro grupo de testes que efectuamos nos dados, começou por um teste aos factores que englobou não só o estudo das distribuições dos vários itens dentro de um mesmo factor e a correspondente dispersão, mas também a análise de relação linear entre os valores de cada item e os do factor de origem (coerência interna), assim como o facto de cada item ser mais bem utilizado para medir um determinado factor do que qualquer outro (validade discriminante).

A coerência interna é, portanto, determinada analisando as correlações entre cada item e o factor hipotético, considerando-se, em princípio, uma consistência interna grande a que apresenta valores de correlação superiores a 0,40.

Tabela 137 – Médias e desvios padrão dos itens e correlações com os factores da Escala da Perspectiva dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a Sexualidade dos Adolescentes

ITENS	Média	D.P	F 1	F 2	F 3	F 4
Item 7	4,14	0,98	0,942(**)	-0,139(**)	-0,077(**)	-0,041
Item 8	4,14	0,97	0,940(**)	-0,133(**)	-0,079(**)	-0,056(*)
Item 9	4,76	0,64	0,557(**)	-0,181(**)	-0,034	0,018
Item 6	1,36	0,56	-0,045	0,568(**)	0,125(**)	0,193(**)
Item 4	1,28	0,53	-0,095(**)	0,603(**)	0,202(**)	0,157(**)
Item 1	1,53	0,69	-0,148(**)	0,698(**)	0,254(**)	0,249(**)
Item 5	1,55	0,75	-0,148(**)	0,718(**)	0,154(**)	0,206(**)
Item 11	2,79	1,51	0,007	0,125(**)	0,861(**)	0,044
Item 10	1,67	0,73	-0,165(**)	0,330(**)	0,644(**)	0,169(**)
Item 12	1,26	0,57	-0,097(**)	0,276(**)	0,550(**)	0,049(*)
Item 2	2,38	1,16	-0,003	0,228(**)	0,052(*)	0,882(**)
Item 3	2,10	1,06	-0,065(**)	0,319(**)	0,133(**)	0,856(**)

Pela observação da tabela 137, vemos que as variâncias dos itens em cada factor podem ser comparadas, isto é, são muito semelhantes.

Para além disso, a taxa geral de êxito para uma determinada escala é igual ao número de êxitos do factor dividido pelo número total de testes do factor. Por exemplo, para o primeiro factor (“Sexualidade Redutora”) foram executados três testes, um para cada item.

Tabela 138 - Testes de coerência interna da Escala da Perspectiva dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a Sexualidade dos Adolescentes

Factores	Nº de Itens	Amplitude de Correlações	Nº Êxitos / Total(b)	Taxa de Êxitos (%) (c)
F 1	3	0,557---0,942	3 / 3	100%
F 2	4	0,568---0,718	4 / 4	100%
F 3	3	0,550---0,861	3 / 3	100%
F 4	2	0,856---0,882	2 / 2	100%

(a) – Correlações entre os itens e a escala hipotética; (b) $Rho > 0,40$; (c) Número de correlações significativamente altas / número total de correlações

Pela observação da tabela 138, vemos que todas as correlações entre cada item e a sua escala excedem o ponto de corte 0,40, obtendo umas taxas gerais de êxito de coerência interna perfeitas.

A validação do agrupamento feito passa pelo teste da validade discriminante, isto é, passa pela análise das diferenças entre as correlações de cada item com o seu factor e as correlações do mesmo item com outros factores; as primeiras deverão ser maiores do que as segundas. Também aqui a taxa de validade discriminante foi calculada dividindo o número total de êxitos pelo número de testes realizados.

21.1.3 – TESTE DE FIABILIDADE**Tabela 139 - Estimadores de fiabilidade para a Escala da Perspectiva dos Enfermeiros sobre a Sexualidade**

Factores	Cronbach α	Divisão em Metade
F 1	0,778	0,309
F 2	0,540	0,415
F 3	0,418	0,303
F 4	0,675	0,675
GLOBAL	0,515	0,134

Podemos observar que globalmente (escala total) a mediana dos coeficientes de fiabilidade nunca chega aos 0,80, estando provavelmente associados ao reduzido número de itens em cada factor, facto esse que reduz significativamente a fiabilidade.

IV PARTE – CONCLUSÕES

1 – CONCLUSÕES/SUGESTÕES

A saúde e o bem-estar dos adolescentes são, hoje, entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano. Sabemos que a saúde não é uma ciência médica de contornos rígidos, constitui antes e só uma disciplina aberta fundamentada num conjunto de princípios de acção partilhada por diversas especialidades do saber.

No campo da saúde, têm vindo a ser desenvolvidas, nas últimas décadas, imensas iniciativas que visam a promoção da saúde e a prestação de cuidados a jovens nesta faixa etária. Em simultâneo tem vindo a ser aprovada matéria legislativa e normativa que observa a necessidade de dinamizar programas de qualidade no âmbito da promoção de saúde e prevenção da doença, bem como a necessidade de prestar cuidados de qualidade, consentâneos a este grupo etário.

Entendemos, assim, a pertinência de um estudo que reflectisse opiniões e ideias de profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, sobre os aspectos mais relevantes nesta temática e, que pudesse servir de reflexão a quem lida, planeia, coordena e desenvolve actividades em saúde dos adolescentes, muito particularmente na esfera da sexualidade.

Assim, fomos entrelaçando algumas considerações, sobre adolescência e sexualidade, necessidades e problemas de saúde dos jovens, projectos de intervenção.

A educação afectivo-sexual, enquanto tarefa repartida por variados pares (família, escola e serviços de saúde, entre outros), torna-se um motor de mudança da vida diária, numa vida em que a solidariedade, a afectividade, a comunicação e o prazer partilhado ocupem o lugar que lhes pertence, substituindo-se a valores como a competição, a ambição e o êxito económico (Espinosa Maria del Carmen, 1998; Sampaio Daniel, 2006; Vaz J. Machado et al., 2007).

No que concerne aos profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, consideramos primordial, tal como o nosso estudo sugere, facultar e potenciar a sua adequada formação, de forma a que possam assumir um papel proactivo na educação afectivo-sexual dos jovens com quem diariamente privam no âmbito da sua actividade profissional.

A coordenação entre a família, a escola e os profissionais de saúde é indispensável para o êxito de gerações mais e melhor informadas e, obviamente mais saudáveis.

São poucos os profissionais de enfermagem que estão disponíveis e sentem confiantes para dar opiniões e tomar atitudes terapêuticas e de ensino sólidas. Aspiramos a sensibilizar os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários, as Escolas de Enfermagem (Escolas Superiores de Saúde onde estas se integram) para uma área

da saúde que não queremos nem devemos negligenciar. Consideramos que todos os enfermeiros têm uma palavra importante na área da sexualidade, muito especialmente os que trabalham nos Centros de Saúde, através do ensino individual ou em grupo que pode ser proporcionado a pais, professores, educadores e concretamente aos jovens adolescentes.

A saúde escolar pode abrir-nos novas e diferentes formas de abordar a sexualidade junto de uma população ciosa de ver esclarecidos pontos fulcrais da sua vivência sexual. Aos colegas que trabalham nos Centros de Saúde Integrados e em Hospitais, são variadíssimas as oportunidades que lhes podem permitir uma intervenção, que pode não raras vezes aliviar as pessoas em crise.

Consciente das limitações que este estudo possa eventualmente suscitar, pelo facto de ser restringido às opiniões emitidas pelos profissionais de enfermagem inquiridos, sugerem-se outros estudos, no sentido de poder com maior propriedade, perceber uma outra forma um maior conhecimento sobre a sexualidade dos adolescentes e suas necessidades, bem como sobre o papel dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.

Com a mente posta nos objectivos do estudo, com o qual se pretendia compreender a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários face à sexualidade dos adolescentes, pensamos tê-los conseguido.

Os resultados sugerem-nos então entre muitas outras *opiniões*, algumas mais significativas conclusões:

A maior parte dos enfermeiros (67,3%), considera que a sua Escola não lhe proporcionou formação adequada sobre sexualidade. A maioria dos enfermeiros inquiridos (88,5%), considera não possuir formação específica sobre sexualidade. A maior parte dos enfermeiros (78,1%), não possui qualquer formação específica para lidar com adolescentes. No entanto a maioria dos inquiridos (89,9%), sugere lidar habitualmente com adolescentes. Dos enfermeiros inquiridos (85,9%), consideram que os adolescentes do sexo feminino são os que mais frequentam o Centro de Saúde por problemas de índole sexual. A contracepção, para a maioria dos enfermeiros (95,0%), o assunto mais frequentemente colocado pelos adolescentes. Descoberta é na opinião de (36,1%), dos inquiridos a palavra mais frequentemente referida para definir a sexualidade dos adolescentes. De uma forma global, a maioria dos enfermeiros (62,3%), consideram que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a liberdade sexual dos jovens adolescentes. Os dois agentes de socialização mais importantes para o jovem na esfera da sexualidade, são na opinião de (37,4%) dos enfermeiros inquiridos a família e grupo de pares (34,2%). A maior parte dos enfermeiros (86,5%), é de opinião que os amigos

são as pessoas com quem os jovens falam mais facilmente sobre sexualidade. Dos inquiridos 68,0% considera que uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa como qualquer outra. Grande parte dos enfermeiros inquiridos (74,2%), considera o adolescente pouco informado em matéria de sexualidade, e simultaneamente pouco esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos (71,3%). A rapariga na opinião de 78,4% é quem mais recorre a estes métodos. O método contraceptivo mais utilizado pelos jovens adolescentes é na opinião de 39,4% dos enfermeiros o preservativo conjuntamente com a pílula. A maioria dos enfermeiros (92,7%), considera que os temas mais frequentemente abordados pelos adolescentes na consulta de enfermagem, são os métodos contraceptivos. Dos enfermeiros a maioria refere que os adolescentes de ambos os sexos se iniciam sexualmente com parceiros próximos da sua idade tanto para a rapariga como para o rapaz. Quase metade dos enfermeiros (48,9%) é da opinião que as gravidezes não planeadas na adolescência ocorrem preferencialmente nas classes com *status social* média-baixa e (36,4%) nas classes com baixo *status social*. Dos inquiridos 63,2% dizem que as raparigas dão muito valor (moda) à primeira relação sexual, enquanto que somente 28,3% atribuem o mesmo valor aos rapazes. A maior parte dos enfermeiros (58,0%), considera que a primeira relação sexual tem maior significado para a rapariga. Dos enfermeiros (64,5%), consideram a masturbação na adolescência como uma expressão normal da sexualidade. Contudo (1,4%), dos inquiridos são de opinião que falar de sexualidade aos jovens, os incentiva a experimentar mais cedo. 64,5%, dos enfermeiros consideram que os problemas dos adolescentes na comunicação com os profissionais de enfermagem são explicados pelo medo da quebra de sigilo. A maior parte dos inquiridos (77,2%), considera que os adolescentes recorrem habitualmente ao grupo como estratégia de reacção aos seus problemas de índole sexual. A maioria dos enfermeiros (76,8%) considera que socialmente a virgindade não tem a mesma conotação para rapazes e raparigas. A opinião dos enfermeiros inquiridos sobre a classificação dos adolescentes no âmbito da sexualidade já discrimina os sexos, uma vez que as raparigas são apelidadas de esclarecidas em (13,1%) e os rapazes como convencidos em (18,8%). A principal forma de vivência da expressão sexual dos adolescentes referida pelos enfermeiros é para ambos os sexos, uma vivência muito intensa e com paixão (45,0% e 43,0%) respectivamente para raparigas e rapazes. Na opinião dos enfermeiros os dois órgãos dos sentidos mais importantes na esfera da sexualidade são o tacto e a visão, quer para os rapazes quer para as raparigas, tendo contudo o tacto (53,1%), maior importância para os rapazes e a visão (47,0%), maior importância para as raparigas. Uma substancial parte dos enfermeiros (88,1%), considera que os adolescentes não conversam regularmente com os seus familiares ou pais sobre

assuntos de índole sexual. A maior parte dos enfermeiros (55,4%), diz que é preferencialmente à família que compete mais a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos jovens adolescentes. A maioria dos enfermeiros (57,5%), considera que a infecção por HIV/SIDA não veio refrear os comportamentos sexuais dos jovens adolescentes. Dos enfermeiros (67,4%), consideram não existir uma idade ideal para se iniciar a vida sexual. A maioria dos enfermeiros afirma que a idade da primeira relação sexual é cada vez mais precoce, para a rapariga (93,5%) e para o rapaz (77,6%), no entanto existe uma maior tendência em afirmar que a idade da primeira relação sexual dos rapazes se tem mantido.

Da análise estatística dos resultados podemos concluir que:

A opinião dos enfermeiros sobre o perfil das raparigas adolescentes na área da sexualidade não é significativamente independente da idade, do sexo, do local de residência, do hábito de lidar com adolescentes, do contexto da sua iniciação sexual e da opinião sobre a informação que os adolescentes possuem acerca da sexualidade.

Em relação à idade, os enfermeiros com 22-30 anos classificam com maior tendência as raparigas de esclarecidas, promíscuas ou vaidosas; os enfermeiros com 31-37 anos de aventureiras e vaidosas; os enfermeiros com 38-43 anos de aventureiras, já os enfermeiros com 44-68 anos as consideram sobretudo, promíscuas, aventureiras e convencidas.

Tendo em consideração o sexo dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros do sexo feminino classificam tendencialmente as raparigas de mais esclarecidas, promíscuas e vaidosas, enquanto que os enfermeiros do sexo masculino associam mais as raparigas a aventureiras e convencidas.

No que diz respeito ao local de residência, os enfermeiros residentes na Madeira classificam as raparigas sobretudo de aventureiras, os residentes no Açores de vaidosas, os residentes no Interior de esclarecidas, promíscuas ou convencidas e os residentes no Litoral de outras classificações sem especificar.

Quanto ao hábito de lidar com adolescentes, vemos que os enfermeiros que o fazem, classificam as raparigas na área da sexualidade de esclarecidas, aventureiras ou vaidosas. Ao estudar a influencia da informação sobre sexualidade atribuída aos adolescentes sobre o perfil que os enfermeiros atribuem às raparigas adolescentes na área da sexualidade, vemos que os enfermeiros que consideram os adolescentes de muito informados classificam as raparigas de esclarecidas e convencidas, os enfermeiros que dizem que os adolescentes são informados consideram as raparigas esclarecidas, promíscuas ou vaidosas, enquanto que os enfermeiros que consideram os adolescentes pouco ou nada informados, classificam as raparigas de aventureiras, vaidosas,

convencidas ou outras. Por fim, vemos que os enfermeiros que se iniciaram sexualmente num flirt têm tendência a dizer que as raparigas são esclarecidas, promíscuas, vaidosas ou convencidas e os enfermeiros que se iniciaram na fase de namoro apresentam maior probabilidade de considerarem as raparigas aventureiras, os enfermeiros que se iniciaram sexualmente depois de viver maritalmente consideram as raparigas mais promíscuas ou convencidas, os enfermeiros que se iniciaram sexualmente depois do casamento consideram as raparigas aventureiras ou vaidosas e que os enfermeiros que ainda não se iniciaram sexualmente consideram as raparigas esclarecidas, vaidosas e convencidas.

A opinião dos enfermeiros sobre o perfil dos rapazes adolescentes na área da sexualidade não é significativamente independente da idade, do sexo, do local de residência, do hábito de lidar com adolescentes, do contexto da sua iniciação sexual, e da opinião sobre a informação que os adolescentes possuem sobre sexualidade.

No que à idade diz respeito, os enfermeiros com 22-30 anos classificam os rapazes de esclarecidos, aventureiros ou vaidosos, os enfermeiros com 31-37 anos consideram-nos sobretudo promíscuos e aventureiros, os enfermeiros com 38-43 anos apontam-nos com esclarecidos e vaidosos, os enfermeiros com 44-68 anos julgam-nos especialmente de promíscuos e convencidos.

Tendo em consideração o sexo dos enfermeiros, vemos que os enfermeiros do sexo feminino classificam tendencialmente mais os rapazes de promíscuos, enquanto que os enfermeiros do sexo masculino associam mais aos rapazes às classificações de esclarecidos, aventureiros, vaidosos ou convencidos.

No que diz respeito ao local de residência, os enfermeiros residentes na Madeira classificam os rapazes mais de promíscuos ou aventureiros; os residentes nos Açores de esclarecidos, vaidosos ou convencidos; os residentes no Interior de convencidos e os residentes no Litoral de promíscuos.

Quanto ao hábito de lidar com adolescentes, vemos que os enfermeiros que o fazem classificam os rapazes na área da sexualidade de promíscuos, aventureiros, vaidosos e convencidos.

Estudando a influência do contexto de iniciação sexual, vemos que os enfermeiros que se iniciaram sexualmente num flirt têm tendência a dizer que os rapazes são esclarecidos e vaidosos, que os enfermeiros que se iniciaram na fase de namoro considerarem sobretudo os rapazes como aventureiros, os enfermeiros que se iniciaram sexualmente depois de viver maritalmente consideram mais os rapazes de promíscuos ou convencidos, os enfermeiros que se iniciaram sexualmente depois do casamento consideram os rapazes promíscuos, vaidosos ou convencidos e que os enfermeiros que

ainda não se iniciaram sexualmente consideram os rapazes de esclarecidos e convencidos.

Em relação à informação dos adolescentes sobre sexualidade, os enfermeiros que consideram os adolescentes de muito informados ou informados sobre sexualidade, classificam os rapazes de esclarecidos, aventureiros ou vaidosos, enquanto que os enfermeiros que consideram os adolescentes de pouco informados ou nada informados sobre sexualidade, classificam os rapazes de promíscuos e convencidos.

Assim parece-nos pertinente tecer algumas considerações finais:

A formação em sexualidade deveria ser revista ao nível dos *curricula* das diferentes Escolas Superiores de Enfermagem, para que estes profissionais pudessem sensibilizar e apoiar pais, professores, educadores e jovens adolescentes sobre a vivência e convivência com uma sexualidade afectuosa, especialmente prazerosa e gratificante.

Todos os profissionais de saúde deviam ter uma preparação mínima em sexologia para poderem encaminhar ou ajudar os seus utentes nas múltiplas situações. Pelo que, uma preparação mais cuidada e específica se torna a nosso ver indispensável para qualquer profissional de saúde que trabalha ou pretende trabalhar na esfera da educação sexual e do planeamento familiar.

Consideramos que os jovens devem ser os pontos fulcrais na tomada de decisão das matérias em apreço, consigo relacionadas. Todos passam por uma aprendizagem da sua sexualidade que certamente será mais salutogenea se forem bem informados e aquela bem acompanhada.

Pensamos, ser de cariz prioritário que se forneça aos jovens nesta faixa etária, uma adequada e fiável informação e formação sobre educação para a saúde e os serviços de saúde (que contemplem a esfera sexual e reprodutiva) acessíveis e de qualidade, por forma a que estes se sintam em segurança no que respeita às suas necessidades mais íntimas, logo mais privadas, garantindo-lhes o direito inalienável à confidencialidade e privacidade.

Começam a florescer programas radiofónicos e televisivos com alguma qualidade e cientificidade que abordam de forma clara, objectiva, isenta, com a indispensável componente dos afectos, uma educação sexual livre de preconceitos sadia, harmoniosa e onde também está implícita a indispensável componente Hedonista.

Como em matéria de saúde nada se encontra desvinculado, pretende-se que um profissional mais e muito melhor informado possa também através desta esfera, proporcionar, mais anos à vida, mais vida aos anos e logo, mais saúde à vida, tudo isto são pretextos, ideias e objectivos suficientemente fortes e claros, para não nos perdermos em considerandos.

Susic Hayman, (1982), citada por Loureiro Fernanda, (1990:23), alerta-nos sobre, *“quantas mais tragédias terão os nossos jovens que sofrer antes que os adultos aceitem o facto de que a inocência não é preservada pela ignorância”*.

Pois como nos sugerem Langfet e Porter (1986), citados pela autora supra referida (1990:23) *“os jovens precisam de mais e melhor informação e educação sexual, não para obter um modelo de comportamento definido por sexologistas profissionais, mas para poderem fazer as suas próprias escolhas e viver a sua própria vida da sua própria maneira”*.

Não existe uma pedagogia única e especializada para fazer educação sexual; todos os métodos podem ser utilizados desde que bem aplicados. É mais importante apontar um exemplo de sexualidade vivida com o corpo, o espírito e os sentidos, numa relação de fidelidade recíproca, de carinho e amor em que impere a dignidade e a identidade entre os dois sexos. Falar de educação sexual uma única vez não é desejável nem é suficiente, pois esta deverá ser planeada e estar de acordo com as necessidades dos jovens em constante mudança.

O *amor* deve ser uma criação permanente em que terão de investir, instante a instante, na aposta para viver uma nova relação e descobrir um *nós* a partir do *eu*. Nem sempre é fácil, viver ou falar do amor, é, contudo, sempre possível e essencial (Andrade Isabel, 1996; Moore Thomas, 1999; Marques António et al., 2000; Vaz J. Machado et al., 2007).

Para finalizar, resta-nos dizer que consideramos a educação afectivo-sexual um direito inalienável de jovens e adultos de ambos os sexos e um dever onde todos cabem, cada qual com as suas competências próprias: a família, a escola, a sociedade em geral, os serviços de saúde e muito particularmente os profissionais de enfermagem dos cuidados de saúde primários.

Alguns terão uma tarefa de maior responsabilidade e saber, bem como de maior proximidade com os jovens, porém só um trabalho conjunto em prol da saúde dos jovens lhes permite uma melhor saúde e melhor bem-estar.

V PARTE – BIBLIOGRAFIA

1 – BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, Arminda et al., (1990) – *Adolescência*. 6.^a ed. Porto Alegre. Artes Médicas.
- ABREU, Margarida (1999) – Adolescência e contraceção. *Nursing*. Julho/Agosto, 135; 33-7
- ABRUNHOSA, M. A.; Leitão, M. (1998) – *Psicologia 1e2*. Areal Editores: Porto.
- ADAM, Evelyn (1991) – *Être Infirmière*. 3^a ed. Montréal. Éditions Étude Vivant.
- AFONSO, Esmeralda; LUCAS, Ana Paula (2001) – *A Sexualidade na Adolescência*. *Servir*. 49; 13-17. Lisboa.
- AJURIGUERRA, J.D (1977) – *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. 2.^a ed. Paris. Masson.
- ALBARELLO, Luc et al., (1997) – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. 1.^a ed. Lisboa. Publicações Grádiva L.da.
- ALBUQUERQUE, Afonso et al., (1984) – *Intervenção familiar e social em terapia comportamental*. *Psiquiatria Clínica*, S (1); 39-45.
- ALCOBIA, Helena (2003) – *Educação para a Sexualidade*. Porto. Porto Editora.
- ALFERES, Valentim R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais, Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Afrontamento.
- ALFERES, Valentim, R. (1997) – *Dos Comportamentos Sexuais à Encenação do Sexo*. Porto. Edições Afrontamento.
- ALLEN, Gomes, A M. (1980) – *Os Problemas Sexuais na Prática Clínica*. *Psiquiatria Clínica*, 1 (4), pg : 272-282.
- ALLEN, Gomes, A M.; Francisco et al (1987) – *Sexologia em Portugal*. 1. Lisboa. Porto Editora.
- ALLEN, Gomes, A M.; MIGUEL, N. (2000) – *Educação Sexual só para jovens*. Lisboa. Texto Editora.
- ALLEN, Gomes, A M. (2007) – *Centro de Saúde, a saúde sexual das mulheres em Portugal*. 17 de Julho de 2007, 21 horas. RTP1
- ALLEN, Gomes (2007) – *Saúde Sexual das Mulheres em Portugal*. Centro de Saúde. 17 de Julho, 21 horas. RTP1
- ALLEN, Gomes (2007) – *Disfunção Erétil*. Centro de Saúde. 24 de Julho, 21 horas. RTP1
- ALMEIDA, Ana Maria Vieira de (1990) – *Área de Formação Pessoal e Social*. *Planeamento familiar* (47/48); 9-10.

- ALMEIDA, Filomena Augusta (1996) – *Atitudes e Comportamentos Sexuais dos Adolescentes*. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- ALMEIDA, J. F. e Pinto (1995) – *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa. Editorial Presença; 10-20.
- ALMEIDA, J. M. Ramos (1987) – *Adolescência e Maternidade*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- ALMEIDA, Miguel Vale (1993) – *As Nossas Aprendizagens e a Sexualidade: Por Uma Polimorfia Feliz*. *Planeamento Familiar* (60); 2-3
- ALMEIDA, S. Leandro; FREIRE, Teresa (1997) – *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra. APPOINT, Associação dos Psicólogos Portugueses.
- ALMENARCA, Pilar António (1994) – *Enfermería Ética y legislación*. Barcelona. Masson Salvat Enfermería.
- ALTMANN H. (2001) – *Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais*. *Revista de Estudos Feministas*; 9(2):575-85.
- ÁLVAREZ MARTÍN, Natalia (1995) - «Afrodita» un Proyecto de Educación Afectivo-Sexual para Jóvenes. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 241-242.
- ALVERCA, Célia (1998) – *Formação de Professores: Uma Necessidade*. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, (17/18), 2.ª Série; 20-23.
- ALVES, M. J. (1999) – *Trabalho com Pais Adolescentes: Um Desafio Difícil*. In, *Sexualidade & Planeamento Familiar*: Lisboa, A.P.F.
- ALVES, Maria José (2001) – *Sexualidade & Planeamento Familiar*. (29/30); 3-6.
- ALVIM, Francisco (1986) – *Meus Pais Não Ousaram Falar (Educação Sexual)*. *Psicologia*, 5 (1); 11-17.
- AMADO, João; MATOS, Eduarda (1993) – *Saúde em Estarreja: Contribuição para a sua avaliação*. *Saúde em números*. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 8 (1); 3-6.
- ANDERSON W.F. (1998) – *Human gene therapy*. *Nature* 392 (suppl 6679); 25-30
- ANDRADE, Maria Isabel (1996) – *Labirintos da Sexualidade*. Porto. Porto Editora.
- ANDRADE, Maria Isabel (1997) – *Uma idade Chamada Desejo: Perspectivas Culturais para a Prevenção da SIDA na Adolescência*. *Inovação*, 10; 327-342.

- ANDRÉ, Maria Clara; LOPES, Rosa Cristina; BARRETO, João; LOUREIRO, Cândida (2001) – *A Sexualidade Humana e o Papel do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição: Ano VI; 24. Porto
- ANDREWS, Gilly (2001) – Contraceção: o que mudou na última década? *Nursing*. 153; 23-31
- ANTUNES, A. Bacelar; SOUSA Mário Pedro (2000) – *Contraceção* – Porto. Schering Lusitana
- ANTUNES, António; COELHO, Ana (1999) – *Métodos Contraceptivos na Adolescência*. Lisboa. Editora Caminho
- APF – Associação para o Planeamento Familiar (2000) – *Falemos de Sexualidade. Guia para Pais e Educadores*: Lisboa. APF.
- ARIÈS, Philippe (1992) - *História social da criança e da família*. São Paulo: Editora ETC.
- AROSO, Albino (2001) – *De Mães para Filhas, de Filhas para Mães – Da Fisiologia à Contraceção*: Porto. Ambar
- ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO FAMILIAR (1994) – *Sexualidade e Planeamento familiar*, 2ª ed. Lisboa.
- ASSOCIAÇÃO DE PLANEAMENTO FAMILIAR (1995) – *Declaração Sobre Contraceção Para Adolescentes*. Sexualidade, 2.ª Série; 6; 12-16. Lisboa.
- ASSOCIAÇÃO DE PLANEAMENTO FAMILIAR (1998) – *Educação Sexual nas Escolas*. Sexualidade. 2.ª Série; 17/18. Lisboa.
- ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO FAMILIAR (2000) – *Falemos de sexualidade. Guia para os pais e educadores*. Lisboa.
- ATHEA, N. (1994) – *Informação et Prévention du SIDA en Consultation de Gynécologie*. Ginecologie Internationale: Paris. Masson.
- AVILLEZ, Francisca (2001) – *Fazer testes de VIH tem vantagens*. Informação Sida; 26;18-2. Lisboa.
- AZEREDO, Zaida (1999) – *Apontamentos obtidos nas aulas de Investigação*. Porto, VII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS.
- BANDEIRA, M. (2001) – *Antologia Poética*. 12.ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- BAPTISTA, Américo (1986) – *Abordagens individuais em terapia sexual*. *Psiquiatria Clínica*, 7 (1), pg : 49-56.
- BARBIERI, Maria do Céu (1995) – *Ética e investigação*. Sinais Vitais; 2; 19-24.
- BARRAGÁN Medero, Fernando (1991)– *La Educación Sexual: guía teórica y práctica*. Barcelona; Buenos Aires: Ediciones Piados.

- BARRAGÁN Medero, Fernando (1995) – *El Programa Itaka de Educación Sexual: Enseñar a creer o aprender a crear*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 175-184.
- BARRETO, António (2007) – *Portugal, retrato social*. RTP 1
- BARRETO, Eliana Lucas; ROSANA, Penna Rodrigues (2003) – Revista Mundo Jovem. (Ano 41); 335 Março.
- BASTOS, A. P. (2001) – *Afectividade na adolescência. Sexualidade e educação para os valores*. Lisboa. Edições Paulinas;2.
- BASTO, M. Lima (1998) – *Da Intenção De Mudar à Mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa, Editor Rei dos Livros.
- BASTO, M. Lima (1999) – *Apontamentos obtidos nas aulas de Ciências de Enfermagem*. Porto, VII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS.
- BELL, Judith; OPIE, Clive (2002) – *Learning from research*. Open University. Buckingham;17
- BENNETT, Paul; MURPHY Simon (1997) – *Psicologia e Promoção da Saúde*. 1.^a ed. Lisboa. Gráfica de Coimbra.
- BENTO, Maria C. (1997) – *Cuidados e Formação em Enfermagem: Que Identidade?* Lisboa, Fim de Século L.da.
- BERGER, Kathleen Stassen; THOMPSON Ross A. (1998) – *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- BERVIAN, P. A. (1996) – *Metodología Científica*: São Paulo.
- BHANJI; S. (1980) – *Anorexia Nervosa*. Nours; 76(1); 324 – 325.
- BIURRUN URRIZA, Zelaida; ENCAJE IRIBARREN, Soco; MIQUEO MIQUEO, Pilar (1995) – *Programa de Planificación Familiar y Educación Sexual desde la Sanidad Pública*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 107-112.
- BLOS, Peter (1995) – *Adolescência – Uma Interpretação Psicanalítica*. 3.^a ed. S. Paulo. Livraria Fontes Editores, L.da.

- BOLANÑOS ESPINOSA, Maria del Carmen (1995) – *Programa Harimaguada: la Educación Afectivo Sexual y la Comunidad Educativa, un Proyecto en Construcción*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 113-122.
- BOLDÚ i MARTÍNEZ, Francesc (1995) – *Un Teledebate sobre Educación Afectiva y Sexual en la educación*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 253-256.
- BRACONNIER, Alain; MARCELLI, Daniel (2000) – *As mil faces da adolescência*. Climepsi Editores: Lisboa.
- BRAEKEN, Doortje (1995) – *El Sexo de los Chicos y la educación Sexual: un Cuento de Hadas?* In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 69-75.
- BRAEKEN, Doortje (1995) – *La elección es tuya: Educación Sexual en una Sociedad multirracial*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 185-191.
- BRANCO Maria Fernandes (1999) – *Metodologia em Educação Sexual nos Diferentes Graus de Ensino*. Sexualidade e Planeamento Familiar. 21/22; 12-17. Lisboa.
- BRANCO, Maria Fernanda (1999) – *Metodologias em Educação Sexual nos Diferentes Graus de Ensino*. Sexualidade e Planeamento Familiar. 21/22; 29-34.
- BRÁS, M. A. Morais (2002) – *Razão e Emoção a Sexualidade do Adolescente a Perspectiva do Profissional de Enfermagem*. Porto. ICBAS. Universidade do Porto.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2003) – *Adolescência*. Brasília.
- BRITO, Adelaide (1994) – *Educação Sexual: Possibilidades e Incertezas*. Sexualidade e Planeamento Familiar, S.2 (1); 8-11.
- BROWN, R. T. CROMER. B. A.; FISHER. R. (1996) – *Sexualidade do adolescente*, Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- CABRITA, M.^a Fátima; CUSTÓDIO, José (2002) – *Educação para a saúde: prioridade em cuidados de saúde primários*. Revista Sinais Vitais. 44;55-58.

- CAETANO, J. A. Machado (1998) – *SIDA em Portugal – Que Perspectivas*. Revista Servir. 46;(4); 181-184.
- CAETANO, J. A. Machado (2002) – *SIDA em Portugal – Entender o Desastre, Reverter a Situação*. Informação SIDA. Lisboa. (Maio); 22-24.
- CALADO, Beatriz Stella Pieroni (1990). *O Planeamento Familiar na Promoção de Saúde da mulher*. Planeamento Familiar. 16; 3-9.
- CALADO, José M. (1998) – *O Adolescente e o Consumo de Gorduras e Fibras Alimentares – Factores Associados aos Comportamentos*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 16(3); 5-29.
- CAMANERO, Carmen; REDONDO, Euke; URRUZOLA, Maria José (1985) – *Sexualidad en la Escuela: Manual Para Educadoras/es*. Barcelona, Ediciones de les Dones.
- CAMPOS, Bartolo P. (1990) – *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens*. Lisboa. Universidade Aberta.
- CAMPOS, Dinah Martins de Souza (1975) – *Psicologia da Adolescência*. Petrópolis, vozes.
- CANAVARRO, Maria Cristina (2001) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ª Edição, Quarteto.
- CAPELLÁ, Alfredo (2003) – *Sexualidades Humanas, Amor E Loucura*. Lisboa. Climepsi Editores.
- CARDOSO, Alice A. F. Pereira (1999) – *Prevenção primária da sida em jovens – Avaliação de um projecto de prevenção: conhecimentos, comportamentos e atitudes – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto*.
- CARVALHO, J.N. (1990) – *Comportamentos Desviantes*. In Bartolo p. Campos. *Psicologia de Desenvolvimento e Educação de jovens*. 2. Lisboa Universidade Aberta.
- CARVALHO, Paula Torres (1999) – *A Sexualidade Infantil*. Revista Pais & Filhos. 105; 64-66.
- CARVALHO, Paula Torres (2000) – *A Descoberta do Prazer: A sexualidade Infantil*. Revista Pais & Filhos. 116; 44-46.
- CARVALHO, Teresa (1999) – *Alguns Comentários ao Documento: Orientações Técnicas Sobre Educação Sexual em Meio Escolar*. Ferlap, Boletim 78; 5-6.
- CASTANHEIRA, J. L. (1987) – *Utilização dos Centros de Saúde pelos Adolescentes*. Revista Portuguesa Pediátrica. 18; 379 – 384. Lisboa.
- CASTANHEIRA, J.L (1991) – *A Cidade, os Jovens e a Saúde*. Lisboa. Rev. Port. De Saúde Pública. 2; 17-21.

- CASTRO Mary Garcia et al., (2006) - *Juventude, juventudes: o que une e o que separa*. O estudo realizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, a Unesco, no Brasil.
- CAVALCANTI, Ricardo (1995) – *A história Natural do Amor*. São Paulo, Ed. Gente.
- CAVALCANTI, Sylvia; GOODSON, Leonardo; LOPES, Gerson (1995) – *Sexologia e Ginecologia*. Medsi Ed. Médica e Científica Lda.
- CEBALLOS, G. Castillo (1999) – *El Adolescente y Sus Retos: La aventura de hacerse maior* Madrid. Ediciones Pirámide S.A.
- CERVO, A. L; BERVIAN, P.A. (1983) – *Metodologia Científica*, 3.^a edi. São Paulo. Mcgraw – Hill do Brasil.
- CHAMBON, Philippe (1998) – *O Sexo Segundo a Ciência*. Revista Noticias Magazine. 332; 26-32.
- CLÃES, Michael (1985) – *Os Problemas da Adolescência*. Lisboa. Editorial Verbo.
- CLÃES, Michael (1990) – *Os Problemas da Adolescência*. 2.^a Edição. Lisboa. Editorial Verbo.
- COLLIÈRE, M. F. (1999) – *Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros*. Revista Rol. 22; 27-31
- COLLIÈRE, M. F. (1999) – *Promover a vida*. Lisboa. Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CORDEIRO, J.C. Dias (1979) – *O Adolescente e a Família*. Lisboa. Morães Editora.
- CORDEIRO, J.C. Dias (1987) – *A saúde mental e a vida*. 2.^a Edição. Lisboa. Edições Salamanca.
- CORDEIRO, Mário (1993) – *Gravidez na Adolescência*. Pais & Filhos. 85; 83-85.
- CORDEIRO, Mário (1993) – *Os Adolescentes e a Sexualidade*. Pais & Filhos. 30; 10-13.
- CORDEIRO, Mário (1999) – *Adolescentes: “a primeira vez”*. Pais & filhos. 98; 90
- CORPAS, António (1998) – *Enciclopédia da sexualidade*. Lisboa. Oceano Liarte.
- CORTESÃO, Irene et al., (1989) – *Educação para a sexualidade Humanizada*. Porto. Edições Afrontamento.
- COSTA, Maria (1998) – *Novos Encontros de Amor: Amizade, amor e Sexualidade na Adolescência*. Porto. Edinter.
- COSTA, Ricardo Jorge (2000) – *Educação Sexual ou Educação Para os Afectos? A Página da educação*. 89; 16-17.
- COSTA, Rui Barreto (1998) – *A Inter e a Transdisciplinaridade em Educação Sexual. Sexualidade e Planeamento Familiar*. 2.^a Série. (17/18); 15-17.

- COSTA, Sandra M. Silva (2000) – *Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: a experiência das adolescentes*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 103
- COULTER, Margaret A. (1989) – *The needs of family members of patients in intensive care units*. Intense Care Nursing. 1; 4-10
- COUTINHO, J. Paulo (2001) – *Jornal de Notícias*, Segunda-feira 3 de Dezembro.
- COX, Tracey (2003) – *Sexo Com mais Prazer*. 1.^a Edição. Lisboa. Artes Gráficas, Lda.
- CRAWFORD Marta, COELHO M. Ferreira, SANTOS Abel Matos (2007) – *Sociedade Civil. Disfunção Erétil*. RTP2 Quinta-feira 10 de Maio (14-15.30 Horas)
- CRUZ, Gabriela (1991) – *Teatro versus SIDA, Mobiliza Jovens em Évora*. Planeamento Familiar. (50); 3-4.
- CRUZ, Gabriela (1991) – *Adolescência Uma Fase Muito Gira*. Planeamento Familiar. (50); 2
- CSILLAG, Claudio (1999) – *Sex Education is Key to Combating AIDS in Brazil*. The Lancet. 353;(9171); 2221
- CUNHA, Sílvia Souto (2001) – *O fim dos tabus*. Revista Visão. (Junho); 108- 116
- CVEDT (2004) – *Infecção VIH SIDA- A Situação de Portugal a 31 de Dezembro de 2003* - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 1-38. Lisboa.
- DAMAS, Manuel (2007/08) – *Sexualidades Afectos e Máscaras*. Porto. Porto Canal.
- DAVIS, A. J. (1994) – *Contraception in Adolescents*. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 5.^a Série; 170; 1581-1585.
- DE LANDSHERE, Gilbert (1978) – *A Formação de Docentes amanhã*. Lisboa. Morães Editora.
- DEWHURST, Jonh; LEE, Peter; MURAM, David; SANFILIPPO, Joseph (1996) – *Ginecologia Pediátrica e da Adolescente*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A.
- DIAMOND, Jared (2001) – *Porque Gostamos de Sexo: A evolução da sexualidade humana*. 1.^a Edição. Lisboa. Artes Gráficas Lda.
- DIAS, Alda Maria, et al., (2002) – *Educação da Sexualidade no dia a dia da prática educativa*. Braga. Casa do Professor.
- DIAS, C. Amaral; VICENTE, T. Nunes (1984) – *A depressão no adolescente*. Porto. Edições Afrontamento.
- DIOGO, Pilar (2001) – *A arte da Sedução*. Máxima. Novembro; 94-100.
- DIRECÇÃO GERAL DA FAMÍLIA (1984) – *Educação Sexual: O Diálogo Necessário*. Lisboa. D.G.F.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1998) – *Orientações técnicas - Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar* – Lisboa.

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001) – *Sexualidade Planeamento Familiar e Reprodução*. 6ª Edição. Lisboa. Edição Revista.
- DUARTE Vilar (2004) – *Jornal “a Página”*. (Ano 13). (134); 37
- DUARTE Vilar; RICARDO Jorge Costa (2005) – *Jornal “a Página”*. (Ano 14). 145; 37
- DUARTE, Geraldo (1998) – *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* in – *Infectologia em Ginecologia e Obstetrícia*. 1ª Edição. São Paulo. Atheneu; 198-200
- EDUCAÇÃO Sexual em Meio Escolar (1999) – *Orientações Técnicas*. Sexualidade e Planeamento Familiar. (21/22); 20-28.
- ENCICLOPÉDIA DA SEXUALIDADE (1997) – *Sociedade e Sexo*. Lisboa. Oceano-Liarte.
- ENGLISH, Ivan (1995) – *A Enfermagem como profissão baseada na investigação*. Nursing. 88; 18-21.
- ERIKSON, Erik H. (1971) – *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro. Zahar editores.
- ERICKSON, Erik H. (1976) – *Identidade juventude e Crise* (tradução) Cabral, Álvaro. Rio de Janeiro. Zahar Editores.
- ERIKSON, Erik H. (1982) – *Enfant et société*. Neuchâtel. Paris. Delachaux et Niestlé.
- ESPINOSA, Maria del Carmen Bolaños (1998) – *Formação de Mães e Pais em Educação Afectivo-sexual*, segundo o programa de Harimaguada. Sexualidade e Planeamento Familiar. 2.ª Série. (17/18);8; 24-26.
- ESTEVES, Fernando; RIBEIRO, Miguel (1998) – *O Sexo da Nação*. Revista Medicina e Saúde. (Ano 1). 11; 55-69.
- EVERT, Ketting, (2000) – *A Sexualidade dos rapazes na Europa moderna*. Sexualidade & Planeamento Familiar. (27/28); 5-12.
- FABIÃO, Estela (1998) – *Adolescentes, Pares e Família. Que Cumplicidade?* Revista Pediatria Portuguesa. 29 (1); 35-42.
- FALCÃO, José Marinho; PAIXÃO Teresa (2001) – *Epidemiologia*. In – Plano Estratégico De Luta Contra a Infecção pelo VIH/SIDA para o Triénio 2001-2003; Ministério Da Saúde. Lisboa. Familiar. 29/30; 21-32.
- FARMÁCIA SAÚDE (1999) – *As Doenças do Sexo: Os jovens são as primeiras vítimas*. 29; 28-30.
- FARMÁCIA SAÚDE (2001) – *Orgasmo: Prazer no Feminino*. 58; 30-34.
- FAUCI, Anthony S.; LANE, H. Clifford (1995) – *Doença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): AIDS/SIDA e Doenças Correlativas* in – *Harrison – Medicina Interna – 13ª edição*; Rio de Janeiro; McGraw-Hill; 1641-1693
- FÉ, Elsa (2003) – *Aconselhamento Psicológico na Infecção por VIH no Centro Regional de Sangue de Lisboa – “DECO/Protest”*. Lisboa.13; 23-27

- FÉLIX, Ivone (1995) – *Evolução da sexualidade ao longo da infância e da adolescência*. Lisboa.
- FÉLIX, L.; MARQUES, A. M (1995) – *E nós somos Diferentes?*. Lisboa. Editora A.P.F.
- FENWICK, E.; SMITH, T. (1995) – *Adolescência. Um Valioso Guia para Pais e Adolescentes*. Barcelos. Editora Civilização.
- FENWICK, E.; WALKER, R. (1997) – *Os Adolescentes e o Sexo*. Barcelos. Editora Civilização.
- FERNANDES, A. José (1995) – *Métodos e Regras para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos*, 2.^a Edição. Porto. Porto Editora.
- FERNANDES, Evaristo (1990) – *Psicologia da Adolescência e da Relação Educativa*. Biblioteca Básica de Educação e Ensino. Porto. Edições Asa.
- FERNANDEZ, José Luís (1991) – *El embarazo no deseado en adolescentes*. Revista ROL de Enfermeria. Barcelona.
- FERREIRA, António Cardoso (1995) – *Partilhar Experiências de Animação e Formação na Área da Sexualidade: entrevista com António Cardoso Ferreira; Sexualidade e Planeamento Familiar*. 2.^a Série.7; 5-10.
- FERREIRA, António Cardoso (1998) – *Sexualidade na Infância: os Papeis da Família, da Escola e da Sociedade*. Sexualidade e Planeamento familiar. 17/18; 2.^a Série; 27-28
- FERREIRA, António Cardoso et. al (2000) – *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*. Associação Para o Planeamento da Família. Ministério da Educação. Ministério da Saúde.
- FERREIRA, Lúcia Évora (2002) – *Crenças, Tabus e Mitos na Prevenção do VIH/SIDA nas Comunidades Africanas* – “Sexualidade e Planeamento Familiar”. 34; 33-40
- FERREIRA, M^a C. (1996) – *Desenvolvimento Psicosssexual do Adolescente*. APF. (Textos de Apoio ao Gabinete de apoio ao jovem).
- FERREIRA, Maria F. Moreira et al., (2004) – *Educação Sexual na Adolescência: Emoções e Sentimentos –o Papel do Enfermeiro*. Revista Servir. 3 (52); 132-137
- FERREIRA, Pedro Moura (2001) – *Entrevista/Pancadas dos Adolescentes – os riscos que eles não correm*. Adolescentes Manual Para Pais. Ano 6; 22; 50-56
- FESTAS, Constança (1999) – *Cuidar no 3º milénio*. Servir. 2 (47); 60-66
- FIERRO, Alfredo (1995) – *Relaciones sociales en la adolescência*. 9ª Edição. Madrid. Alianza Editorial.
- FIGUEIREDO, Eurico (1988) – *Portugal, os próximos 20 anos*. “Conflito de gerações – Conflito de valores”. 2; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FIGUEIREDO, Eurico et al., (1983) – *Psicanálise e conflito de gerações*. Análise Psicológica. 4 (3); 505-520.

- FIGUEIREDO, M. do Céu (1995) – *Ética e Investigação em Enfermagem*. Sinais Vitais. 2; 19-24
- FILHO, C. B. & CASTRO, H. (2000) – *Falando de sexo com amor*. Petrópolis. Editora Vozes.
- FISCHER, H. (1992) – *The Anatomy of Love*. New York. Norton.
- FLEMING, Manuela (1993) – *Adolescência e Autonomia. O Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais*. Porto. Edições Afrontamento.
- FONTES, Miguel (1999) – *Informação SIDA e outras doenças infecciosas*. 13; 8
- FORD, M. Thomas (1992) – *Guia Prático contra a SIDA – 100 Perguntas e 100 Respostas*. Lisboa Terramar.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- FOUCAULT, Michel (1988) – *Sexualidades Ocidentais*. Lisboa. Contexto Edição, Lda.
- FOUCAULT, Michel (1997) – *Historia da sexualidade 3. O cuidado de si*. Rio de Janeiro. Graal.
- FRADE, A., MARQUES, A., Alverca, C. & VILAR, D. (1992) – *Educação Sexual na Escola*. Porto. Porto Editora.
- FRADE, Alice et al (1996) – *Educação Sexual na Escola – Guia para Professores Formadores e Educadores*. 2.^a Edição. Lisboa. Texto Editora.
- FRAGATA, Júlio S. I. (1967) – *Noções de metodologia: Para a elaboração de um trabalho científico*. Porto. Livraria Tavares Martins.
- FRASQUILHO, Maria Antónia (1996) – *Comportamento, Problema em Adolescentes: Factores Protectores e Educação para a Saúde. O Caso da Toxicodependência*. Lisboa. Laborterapia.
- FRASQUILHO, Maria Antónia (1997) – *Comportamentos Problema em Adolescentes: Factores Protectores e Educação Para a Saúde. O Caso da Toxicodependência*. Queluz. Laborterapia.
- FRASQUILHO, Maria Antónia (1998) – *Estilos de Vida, Comportamentos e Educação para a Saúde – Comportamentos – Problema e Comportamento Saudável Segundo os Adolescentes*. Ver. Port. Saúde Pública, 16(1); 13-19
- FREEMAN, Frenks (1980) – *Teoria e pratica dos testes psicológicos*. 2^a Edição. Lisboa. Fundação Caloust Gulbenkian.
- FREIRE Oliveira C. (1987) – *Sexualidade e Contracepção*. In Allen Gomes, F.; Albuquerque, F.; Silveira Nunes, J. Sexologia em Portugal. 2; Lisboa. Texto Editora.
- FREITAS, Fernando (2001) – *Anti concepção. Rotinas e Ginecologia*. 4.^a Edição; 191-207. Artes Médicas Editora.
- FREITAS, M. C. (1998) – *Meu sexo real*. Petrópolis. Editora Vozes.

- FRIAS, Maria José Matos (1995) – *Linguagem Verbal: Estratégia e Componente de Formação em Educação e Aconselhamento Sobre Sexualidade*. Lisboa. Sexualidade e Planeamento familiar. 2.^a Série; 5; 14-18.
- FROMM, E. (1991) – *El Arte de Amar*. Trad. Noemí Rosenblatt. México. Paidós.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF) (2003) – *Pesquisas*. Brasília. Brasil.
- FURTES, António; LÓPEZ, Félix (1989) – *Para compreender la sexualidad*. Verbo Divino.
- GALLO, Robert C. (1997) – *A SIDA como Doença do Corpo e do Espírito*. Revista Servir. 45; (2); 78
- GALVÃO, Joaquim José (2000) – *Um olhar sobre a sexualidade humana*. Lisboa. Edições Paulinas.
- GAMEIRO, José (1994) – *Quem sai aos seus/Comunicação Pais e Filhos Adolescentes Sobre Sexualidade*. Porto. Edições Afrontamento.
- GANGHI, M. K. (1983) – *Todos os Homens são irmãos*. Lisboa. Portugalia Editora.
- GASTALDI, Jean (2001) – *O Pequeno Livro do Amor*. Sintra. Editora Pergaminho.
- GAUDREAU, Louise (1990) – *A Educação Sexual no Québec*. Planeamento familiar. (47/48); 15-18.
- GELAIN, Ivo (1987) – *Deontologia e Enfermagem*. S. Paulo. Editora Pedagógica Universitária.
- GESELL, Arnold (1996) – *O jovem dos 10 aos 16 anos*. Lisboa. Publicações Dom Quixote.
- GIL, António Carlos (1994) – *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas.
- GIL, António Carlos (1995) – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4.^a Edição. São Paulo. Publicações Atlas.
- GILBERT, Elizabeth; HARMON, Judith (2002) – *Manual Prático de Gravidez e Parto de Alto Risco*. 2.^o Edição. Editora Revinter.
- GILLAN, R, et al., (1991) – *Terapia sexual*. Lisboa. Edições 70.
- GIR, Elucir et al (1998) – *Informação/Educação em DST/AIDS/Sexualidade Humana – Um relato de experiências de catorze anos*. Rev. E. Enf. USP. 32; (4); 291-296.
- GOLDMAN, R. & GOLDMAN, J. (1982) – *Children`s Sexual Thinking*, Routledge & Kegan Paul.
- GOLEMAN, Daniel (2000) – *Inteligência Emocional*, 9.^a Edição. Lisboa. Actividades Editoriais.
- GOMES, João Pedro (1997) – *A Criança e o Jovem no Ciclo de Vida*. Acta Pediátrica Portuguesa. 28(3); 199-205

GOMES, João Pedro (1997) – *Adolescência Revisitada*. Acta Pediátrica Portuguesa. 28(3); 197-198

GÓMEZ ZAPIAIN, Javier (1995) – *La Educación Afectivo Sexual a Partir de Hoy*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 193-210.

GOUVEIA, Ana Carla (2000) – *Respostas Claras a Perguntas Difíceis: afinal, o que é a Sexualidade Infantil?* Super Bebés. 33; 68-70

GRANDE, Nuno (1999) – *A grande questão*. In Jornal de Notícias, (Julho), 18. Porto

GRANDE, Nuno (1999) – *Apontamentos obtidos nas aulas de Ética*. Porto. VII curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, ICBAS.

GUASCH, G. Ph. (1973) – *Educação Sexual*. In Volcher, R. (Dir.) – Enciclopédia da Sexualidade. 2; 271-281. Lisboa. Morães Editora.

GUERREIRO, Ana Cristina et al., (1994) – *Moita: À Volta de Uma Mesa redonda: Uma Conversa a Várias Vozes*. Sexualidade e Planeamento Familiar. 2.^a Série. 2; 3-6

GUIDICELLI, B. ; G. AMERRE, M.; OLIVEIRA, S.; NOIZET, A. (1996) – *Contraception des Cas Particuliers et Difficiles*. Encycl. Méd. Chir.

HARRIS, R. (1994) – *Vamos falar de sexo*. Lisboa. Terramar.

IMPERATORI, Emílio, GIRALDES, M.R (1993) – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3.^a Edição. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Publica.

INFOSAT (2004) – *InfoStat, Versión 2004*. Manual del Usuário; Grupo InfoStat, FCA; Universidad Nacional de Córdoba. Primera Edição, Editorial Brujas, Argentina.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1976) – *Anuário de estatística*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1997) – *Inquérito á fecundidade e à família*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística.

JESUS MCP, MACHADO Var; MELO FF; FONSECA SR (1999) – *Educação sexual na escola: experiência de docentes e académicas de enfermagem com adolescentes, pais e professores*. Rev Texto Contexto de Enferm. 8(1); 357-71.

KANABUS, Annabel; FREDRIKSSON, Jenni (2004) – *The History of Aids*, Avert Org, www.avert.org/historyi.htm, pg:10.

KÉROUAC. S. J. Pepin et al., (1994) – *La Pensée Infirmière*. Montréal. Études Vivantes.

KINSEY, A.C.; W.B. Pomeroy, C.E. Martin (1948) – *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia. PA: W.B. Saunders.

- KINSEY A.C.; W.B. Pomeroy, C.E. Martin, P.H. Gebhard (1953) – *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia. PA: W.B. Saunders.
- LAKATOS, E. M. et al (1996) – *Metodologia científica*. 3.^a ed. São Paulo, Editoras Atlas.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria, Andrade (1996) – *Metodologia Científica*. 2.^a Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- LAKATOS, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1996) – *Técnicas de Pesquisa, Amostras e Técnicas de Pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados*. 3.^a Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- LAMAS, Dulce et al., (2000) – *Raparigas*. Associação Para o Planeamento Familiar. A.P.F
- LANCASTER, Stanhope (1999) – *Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Enfermagem Comunitária. 4. Edição. Lisboa. Lusociência.
- LAST, Jhon M.(1987) – *Public Health and Human Ecology*. Connecticut, appleton & Langué.
- LAZURE, Hélène (1994) – *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa. Lusodidacta.
- LEI DE BASES DO SISTEMA EDUCATIVO – Ministério da Educação. Lisboa.
- LEI nº 120/99. D. R. I Série – A. 186 (99.08.11) 5232-5234.
- LEITÃO, L.M. (1990) – *Educação Sexual nas Escolas*. Saúde e Escola. Editora do Ministério da Saúde. 15; 4-9
- LEITE, B. H. Belo; J. Xavier, E. (1997) – *Contraceção na Adolescência*. Arquivos de Medicina, 11 (28).
- LEITE, B. H. et al., (1997) – *Contraceção na Adolescência*. Arquivos de Medicina.
- LEVISKY, David Léo. (1995) – *Adolescentes – Reflexões Psicanalíticas*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- LIARTE (1996) – *Adolescência Programa de Formação de Educadores*. 3
- LIPP, Marilda (2006) – *Ser Adolescente é Stressante*. Revista Sábado. 126; 40-42
- LOCK, Sharon (2002) – *Contraceção, infertilidade e aborto – o cuidado em enfermagem materna*. 5.^a Edição Artmed Editora.
- LOPES, F. José et al., (1996) – *Hábitos tabágicos numa população de adolescentes escolarizados*. Estilos de Vida. 4 (14); 49-64
- LOPES, Gerson (1993) – *Sexualidade Humana*. 2.^a Edição. Lisboa. Medsi-Editora Médica e Científica.
- LOPES, M. José (1998) – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações*. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- LÓPEZ Sanchez, Felix (1985) – *Principios Básicos de la Educacion Sexual* ICE, Univ. Documentos didácticos. Salamanca.

- LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix (1990) – *Conceito e Objectivos da Educação Sexual*. Planeamento Familiar (47/48); 14-15
- LÓPEZ SÁNCHEZ, Félix (1995) – *Amor Erotismo, Biologia e Educação Sexual*. Sexualidade e Planeamento Familiar, 2.^a Série; 6; 8-12
- LÓPEZ, Félix; FUERTES, António (1999) – *Para compreender a Sexualidade*. Lisboa. Associação para o Planeamento Familiar.
- LOUREIRO, Fernanda (1990) – *Informação Sexual dos Adolescentes – Grau de Conhecimentos, Relação com Comportamentos e Opiniões*. Revista Portuguesa de Saúde Publica. 2 (8); 17-23
- LOUREIRO, Isabel (1998) – *Educação Sexual nas Escolas*. Sexualidade e Planeamento Familiar. (17/18), 2.^a Série; 10-12
- LOURENÇO, Maria Madalena (1998) – *Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência. A adolescente, a família e a escola*. Fim de século, Saúde 3.
- LOURO, Guacira Lopes (1999) – *O Corpo Educado*. Pedagogias da Sexualidade. BH, Autêntica.
- LUCAS, J.C. (1993) – *A Sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa. Editora McGraw-Hill de Portugal.
- MACPHERSON, Ann (2001) – *Sexualidade e Adolescência*. UPDATE, Planeamento Familiar (Fevereiro), pg: 26-27.
- MAGÃO, M. Teresa G. (1992) – *Cuidar: significado e expressão na formação em enfermagem*. Lisboa. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do 3.^a CAPE
- MAGNAN, Géraldine (1998) – *O Sexo: serve para quê?* Revista Noticias Magazine. 332; 34-40.
- MAIA, Ana Margarida; CAMPOS, Isabel; COSTA, Olga (2001) – *Adolescentes e seus Conhecimentos sobre a Sexualidade*. Ano VI; 24. Porto. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
- MAYO, Marielle (2003) – *Como funciona a pílula*. Noticias Magazine. 2; 46-49.
- MANTEIGAS, Adelino M. (2000) – *O Enfermeiro e a Ética*. Enfermagem. 19; 2.^a Série; 5-7.
- MARCONI, Mariano de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria (1996) – *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas.
- MAROCO, João (2007) – *Análise Estatística*. Lisboa. Edições Sílabo.
- MARQUES, António (2000) – *Curso de Adolescência e Sexualidade*. Sub-região de Saúde de Bragança, Janeiro.

- MARQUES, A. M. et al (1999) – *Curso de Adolescência e Sexualidade*. Macedo de Cavaleiros. Maio.
- MARQUES, A. M. (1999) – *Orientações Técnicas Sobre Educação Sexual Em Meio Escolar*- Contributo das Equipas de Projecto. Lisboa: PES, APF, Direcção Geral da Saúde.
- MARQUES, A. M. ; PRAZERES, V. (2000) – *Educação Sexual Em Meio Escolar. Linhas Orientadoras*. Editorial do Ministério da Educação; pg: 7-30.
- MARQUES, A. M. (2000) – *Educação Sexual em Meios Escolares* – Linhas Orientadoras. Ministério da educação. Lisboa.
- MARQUES, A. M. ; DUARTE, Célia; FRADE, Alice; (2000) – *Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa. Texto Editora.
- MARQUES, Ermelinda; SILVA, Maria (1999) – *Educação para a Saúde/Sexualidade uma experiência a partilhar*. Sinais Vitais. 26; 33-36.
- MARRINER, Ann (1983) – *El Proceso de Atencion Enfermeria*. México. Editorial El Manual Moderno.
- MARTI, José Maria (1997) – *Enciclopédia da Sexualidade*. 3. Lisboa. Oceano Editores, SA.
- MARTINS, Maria Teresa (1995) – *Adolescência e juventude: contributos para o estudo de atitudes, valores e comportamentos*. Dissertação de Mestrado en planificacion diseno y Investigacion em Serviços Sociales.
- MARTINS, Odete; PEREIRA, Regina (1994) – *Perguntas e Respostas Sobre Sida*. Lisboa. Edição Revista.
- MATHRE, Mary Jhon (1999) – *O abuso de Substâncias na Comunidade*. In *Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Família e Individuo*. Loures. Mosby, Lusociência; pg: 775-200.
- MATOS, M. E equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003) – *A saúde dos adolescentes portugueses* (Quatro anos depois). Lisboa. Ed. FMH.
- MATOS, Margarida Gaspar et al., (1997) – *Programa de Promoção e Educação Para a Saúde*. Lisboa. Ministério da Educação.
- MAUCO, G. (1975) – *Education et Sexualité*. Paris.Armand. Colin.
- MAYO, Marielle (2003) – *Como funciona a pílula*. Noticias Magazine. 2; 46-49.
- MCLAREN, A. (1997) – *Pequena História da Contracepção*. 1ª Edição. Lisboa. Editora Terramar.
- MEIRELES, Pedro; PRAZERES, Vasco (2001) – *Prevenção e Juventude*. in - *Plano Estratégico De Luta Contra a Infecção pelo VIH/SIDA para o Triénio 2001-2003*; Ministério Da Saúde. Lisboa. pg: 27

- MELGOSA, J. (2000) – *Para Adolescentes e Pais*. Lisboa. Publicações Atlântico.
- MENDES, João Manuel (1995) – *As práticas profissionais e os modelos de Enfermagem*. *Servir*. 43 (1); 6-14.
- MENESES, Isabel (1990) – *O Desenvolvimento psicosexual*. In: Campos, B.P. *Psicologia de Desenvolvimento e Educação de Jovens*. 2. Lisboa. Universidade Aberta.
- MERCK, Manuel et al., (1997) – *Saúde para a família*. Merck. Shapp & Dohne. Oceano.
- MEREDITH, Philipe (1990) – *A Educação Sexual nos Países Europeus*. *Planeamento Familiar* (47/48); 11-13.
- MESQUITA, R. DUARTE, F. (1995) – *Psicologia Geral e Aplicada*. Lisboa. Plátano Editora; pg: 82-108.
- MIGUEL, N. Silva (1994) – *Os Jovens e a Sexualidade*. 6.^a Edição. Lisboa. Ministério da Emprego e Segurança Social. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- MIGUEL, Nuno Silva (1997) – *A Sexualidade na Adolescência e Juventude*. In *Sexologia em Portugal*, (Vol. 1), Lisboa. Texto Editora.
- MIGUEL, N.; VILAR, D. (1987) – *Situação, problemas e perspectivas da juventude em Portugal – Afectividade e sexualidade no novo contexto social e cultural*. *Cadernos “Juventude.”* Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- MIGUEL, N.; VILAR, Duarte (1994) – *Afectividade e Sexualidade no Contexto Cultural e Social Português*. (Vol. 2), Lisboa. IED.
- MOITA, Maria Gabriela (1995) – *Falemos de Sexualidade*. Vila Real. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.
- MONTEIRO, Manuela; SANTOS, M.R. (1995) – *Psicologia*. 1; 154-200. Porto. Porto Editora.
- MONTEIRO, Manuela; SANTOS, Melice Ribeiro (2001) – *Psicologia*. Porto. Porto Editora.
- MOORE, Thomas (1999) – *A Alma Do Sexo, Cultivando a Vida Como Um Acto de Amor*. Lisboa. Planeta Editora.
- MORADELA, Mariano (1992) – *Psicologia del Desarrollo-Infância. Adolescencia. Madurez Y Senectud*. Barcelona. Marcombo Boixareu Editores.
- MORIN, Edgar (1997) – *Amor, Poesia e Sabedoria – Os temas maiores num toque de génio*. *Epistemologia e Sociedade*, Instituto Piaget. 115; 11.
- MOURA, L., Simões (1992) – *A Adolescência e os Seus Problemas*. *Revista Nascer e Crescer*. 1(3); 151-154.
- MUCCEHELLI, Roger (1975) – *O Questionário na Pesquisa Psicossocial*. S. Paulo. Livraria Martins Fontes Editora Lda.

- MYERS, David (1999) – *Introdução à psicologia geral*. 5ª Edição. Livros Técnicos e Científicos. Rio de Janeiro. Editora Rio de Janeiro.
- NABAIS, Isabel (1998) – *Repercussões Psicológicas do Diagnóstico*. Informação Sida. 7; 30-31. Lisboa.
- NAVARRO RODRÍGUEZ, Ana (1995) – *Educación para la Sexualidad en el aula: una forma de abordarla*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, pg: 243-244.
- NAVARRO, M. Fernanda (1981) – *Saúde escolar nos Centros de Saúde*. Lisboa. Direcção Geral de saúde.
- NAVARRO, M. Fernanda (1984) – *Saúde Escolar: Evolução e Princípios Orientadores*. Lisboa.
- NAVARRO, M. Fernanda (1985) – *Adolescentes Portugueses: Alguns estudos*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, edições saúde. Obras Avulsas. 3; 79-130.
- NAVARRO, M. Fernanda (1995) – *Educação e Saúde: Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário*. 3. Lisboa. PES.
- NAVARRO, M. Fernanda (1995) – *Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 13 (4); Lisboa.
- NETO, Félix (2000) – *Psicologia Social*. Lisboa. Universidade Aberta.
- NEVES, Joaquim (2000) – *Contracepção no pós parto*. Medicina Materno Fetal. 1; 431-437. 2.ª Edição, Lidel.
- NODIN, Nuno (2000) – *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. (25 / 26); 10 – 18. Lisboa.
- NODIN, Nuno (2000) – *Sexualidade e Relações Afectivas em Jovens Adultos: Uma Revisão*. Sexualidade e Planeamento Familiar. (25 / 26); 10 – 15.
- NODIN, Nuno (2001) – *Adolescentes, o Sexo e os Outros*. Sexualidade e Planeamento Familiar. Lisboa 31; 37-41.
- NORMAN A. Sprinthall; W. ANDREWS Collins (1999) – *Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista*. 2.ª ed. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- NOVA ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA (1996) – Vol. (1-13). Madrid.
- O'BRIEN, Thomas R.; et al., (1995) – *Transmissão e Infecção do Vírus do VIH*. In Tratamento Clínico da AIDS. Rio de Janeiro. Revinter, pg: 1-11.
- OFFER, Daniel; BOXER, Andrew M. (1995) – *O Desenvolvimento Normal do Adolescente: Descobertas de Pesquisas Empíricas*. In: Le Wis, McIvin – Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, pg: 283 - 294. Porto Alegre. Artes Médicas.

- OLIVEIRA, Carlos Freire (1988) – *Planeamento Familiar*. Manuais de Saúde de Enfermagem, pg: 43. Mem Martis. Publicações Europa América.
- OLIVEIRA, Silva M. (1992) – *Gravidez na Adolescência*. Lisboa. Universidade Clássica de Lisboa.
- OLIVEIRA, Diogo Roberto Alexandre – *Saber Viver Sexualidade* Ed. Biologia & Saúde.
- OLIVEIRA, Maria da Assunção (2001) – *O silêncio das inocentes*. Notícias Magazine. 463; 40-44.
- OMS (1985) – *Metas de saúde para todos no ano 2000*. Gabinete de estudos e planeamento da saúde. Lisboa.
- OMS (1986) – Bureau Régional de l'Europe – *Programme relatif à la sexualité et la planification familiale*. Copenhague. Bre.
- OMS (1991) – *Educação Sexual – Viver Saudável*. Sessão do Comité Regional da Europa. 41.ª Edição. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – *Membros activos e efectivos em 08 Agosto*. Informação Enviada. Ref.ª CDN-B/02.
- ORGANIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO FAMILIAR, DELEGAÇÃO REGIONAL DO PORTO DA APF (1984) – *II Jornadas Nacionais de Planeamento Familiar*. 2ª Edição. Edição do Instituto Pasteur de Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SANTÉ (1987) – *A Educação Sexual e os Valores*. In Entre Nous. 11; 3 – 6
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE (1988) – *Guia para certos Aspectos da Homossexualidade*. In Tradução do Documento de Trabalho da O.M.S. pg: 5. Divisão de Educação para a Saúde. D. G. C. S. P.
- ORIENTAÇÕES TÉCNICAS, Direcção Geral da Saúde (1998) – *Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa.
- ORIGLIA, D.; OUIILLON, H. (1974) – *A adolescência*. 3ª Edição. Lisboa. Livraria Clássica Editora.
- ORTH, Edgar (1991) – *Educação Sexual da Criança*. 13.ª Edição. pg : 61. Petrópolis. Vozes.
- PAIS, José Machado (1996) – *Sexualidade*. In Jovens de hoje e de aqui (pg:195-221). Cadernos Estudos Locais. Loures: Dept. Sócio-Cultural, C. M. Loures.
- PAIS, José Machado et al., (1999) – *Traços e Riscos de Vida: Uma abordagem qualitativa a modos de vida juvenis*. Porto. Edições Ambar.
- PAPALIA, Diane; OLDS, Sally Wendkos, (2000) – *Desenvolvimento Humano*. 7ª Edição. Porto Alegre. Artmed.

- PARDAL, Maria Manuela Santos (1995) – *As Mulheres e o Vírus da Sida*. 2.^a Edição. Lisboa. Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres. Comissão de Luta Contra a Sida. Ministério do Emprego e Segurança Social.
- PARHAN, Peter (2001) – *O Sistema Imune*. 1^a Edição. São Paulo. Artmed.
- PARRA, Rodrigues; BAQUERO, Carbelo (1999) – *Educação para a saúde*. Revista ROL de Enfermaria. 22; 7-8. Madrid.
- PASCOAL, Patrícia (2006) – *Auto-estima Corporal e Sexualidade*. Psicologia Actual. 7; 104 -106.
- PATHOS, (1999) – *Formação Médica e Contínua no Adolescente*. Pathos. Abril.
- PEARSON, Alen; VAUGHAN, Barbara (1992) – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa. ACPES.
- PEDRO, J. Gomes (1985) – *Relação Mãe/Filho*. Lisboa. Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- PEDRO, J. Gomes (1997) – *A Criança e o Jovem no Ciclo da Vida*. Acta Pediatr. Port: Vol.28 Nº 3 pg: 199-205.
- PEDRO, J. Gomes (1997) – *Adolescência Revisitada*. Acta Pediatr. Port. Vol. 28. Nº 3, pg: 197-198.
- PEDRO, J. Gome; BARBOSA, António (2000) – *Sexualidade*. Lisboa. Ed. Faculdade de Medicina de Lisboa (Departamento de Educação Médica).
- PEPLAU, H.(1988) – *The Art and Science of Nursing*. Nursing Science Quarterley. (Janeiro), pg: 8-15.
- PEREIRA, A. C.(1987) – *A Sexualidade na Infância*. in gomes, F. A., Albuquerque, A. de, Nunes, J. S. – *A Sexologia em Portugal: sexologia clínica*. 1; 72-77. Lisboa. Texto editora.
- PEREIRA, Alexandre (2003) – *SPSS – Guia Prático de utilização, análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 4^a Edição revista e aumentada. Lisboa. Edições Sílabo.
- PEREIRA, Álvaro et al., (2001) – *Prevenção –Toxicoddependência*. In Plano Estratégico De Luta Contra a Infecção pelo VIH/SIDA para o Triénio 2001-2003. Ministério Da Saúde. Lisboa. pg: 28-29.
- PEREIRA, M. G. (1993) – *Com Quem Falam os Adolescentes Sobre Sexualidade?* Ilações com base nos resultados de um Questionário. 3; 415-424. Análise Psicológica.
- PEREIRA, Manuela e Freitas, F. (2001) – *Educação Sexual. Contextos de Sexualidade e Adolescência*. Porto. Edições Asa.
- PEREIRA, Maria Manuela; FREITAS, Filomena, (2001) – *Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência*. 2.^a Edição. Lisboa. Asa Editores.
- PEREIRA, Ricardo Martins (2001) – *Os Nossos Complexos*. Revista Focus. 99; 38-44.

- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes (2005) – *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.
- PETE, Sanders; SWIDEN, Liz (1995) – *Para Me Conhecer. Para Te Conhecer*. “Estratégias de Educação Sexual para o 1.º e 2.º Ciclos do Ensino Básico”. 1.ª Edição. Lisboa. Associação para o Planeamento Familiar APF.
- PIAGET, J.; INELDER, B. (1976) – *Da lógica da criança à lógica do adolescente*. São Paulo, livraria Pioneira Lisboa.
- PIAGET, J.; INELDER, B. (1976) – *Da lógica da criança à lógica do adolescente*. São Paulo, livraria Pioneira Lisboa.
- PINTO, José – *Metodologia das Ciências Sociais*. 7.ª Edição. Porto. Edições Afrontamento.
- PISCALHO, S., Leal (2000) – *Representações sociais da Educação sexual em adolescentes*. In 3º congresso nacional de psicologia da saúde - psicologia da saúde nas doenças crónicas. pg: 353-362. Lisboa. Actas, ISPA.
- POLIT, Denise, F.; HUNGLER, Bernardette, P. (1995) – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 31ª Edição. Porto Alegre. Artes Médicas.
- POLY, Marie-Françoise e PAGÈS, Jean-Sylvain (1999) – *Quando os Adolescentes Despertam Para a Sexualidade*. Lisboa. Terramar.
- POMBO, Vítor (2002) – *Infecção pelo VIH vinte anos depois: o vacilar da Esperança*. Sexualidade e Planeamento Familiar. 33; 13-17.
- PORTUGAL, Assembleia da República (1984) – Lei 3/84. *Planeamento Familiar*. Diário da República. Iª Série. 71; 3-24.
- PORTUGAL, Assembleia da República (1986) – *Lei de Bases do Sistema Educativo*. Imprensa Nacional Casa da Moeda EP.
- PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde (1998) – *Processos em Saúde Infantil*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 25, ISSN.
- PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde (1998) – *Progressos em Saúde Infantil*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 25, ISSN.
- PORTUGAL, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1992) – *Saúde dos Adolescentes*. 2 e 5, Divisão de Saúde Infantil.
- PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística Demográfica (1992; 1994 e 1998).
- PORTUGAL, Ministério da Educação (1989) – DL n.º 286/89. *Planos Curriculares do Ensino Básico e Secundário*. DR. I. Série. 198; 29 de Agosto.
- PORTUGAL, Ministério da Educação (1993) – *Roteiro de Reforma do Sistema Educativo: Guia para Pais e Professores*. Lisboa

- PORTUGAL, Ministério da Saúde (1985) – Portaria n.º 52/85 de 26 de Janeiro - *Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Apoio para Jovens*. DR I Série. 22
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (1993) – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa. Tipo de Actuação*. Lisboa. D.G.S
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2000) – *Educação Sexual Em Meio Escola*. Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. Linhas Orientadoras, Direcção Geral da Saúde, Associação para o Planeamento da Família, Outubro.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2000) – *Associação Para o Planeamento da Família. Raparigas!* Lisboa Julho.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (2001) – *Amar amar perdidamente*. Comissão de Luta Contra a Sida. Agenda.
- PRAIA, Maia (1989) – *Educar por valores para combater o analfabetismo ético*. Revista Inovação. 2(3); 280 – 284. Lisboa.
- PRAZERES, Vasco (1995) – *Educação Sexual e Saúde dos adolescentes – Trabalhando em rede ou, na Corda Bamba?* Sexualidade e Planeamento Familiar. 2.ª Série; (6); 14-18.
- PRAZERES, Vasco (1998) – *Os Adolescentes, os Oceanos e a Saúde*. Lisboa. Revista Portuguesa de Saúde Publica. 16(2); 13-16.
- PRAZERES, Vasco (1998) – *Saúde dos Adolescentes Princípios Orientadores*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.
- PRAZERES, Vasco (2003) – *Saúde Juvenil no Masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva*. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.
- PRECIOSA, Emília (1999) – *Conhecimentos e Percepção da Sexualidade na Adolescência*. Revista de Formação Contínua em Enfermagem. (Ano 5); 17; (Abril/Junho). Porto.
- PROGRAMA A NATUREZA DAS COISAS (2001) – *Falácias*. SIC. Dezembro
- PROGRAMA HORA VIVA (2001) – *Gravidez na Adolescência*. Canal 2, 9 horas; 06/Julho.
- PURIFICAÇÃO Araújo; M. (1987) – *A Sexualidade e a OMS*. In Allen Gomes, F. Albuquerque; A.; Silva Nunes; J. (Ed.). *Sexualidade em Portugal*. 2. Lisboa. Texto Editora.
- QUIVY, Raymond.; COMPENHOUDT, Lucian (1992) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Grádiva.
- MARTA, R. (2000) – *Contraceptivos, qual é o mais adequado?* Revista Bebê d'hoje. Ano III; 29; 21-23.

- RAMIRO, Lúcia; REIS, Marta (2006) – *Sexualidade na Adolescência*. Psicologia Actual. 8; 73 – 74.
- RAMOS, Rosalina (2001) – *Dificuldade no acesso à contraceção*. Sexualidade e Planeamento. (29/30); 29-32. Lisboa.
- REYMOND-RIVIER, Berthe (1983) – *O desenvolvimento social da criança e do adolescente*. Lisboa. Editorial Aster.
- RIBEIRO, Filipa (1996) – *Educação Ensino e Crescimento*. Lisboa. Edições Texto.
- RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) – *Cuidar e tratar: Formação em Enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa. Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- RICHARDSON, Roberto Jerry et al., (1989) – *Pesquisa Social, Métodos e Técnicas*. 2.^a Edição. S. Paulo. Atlas.
- RIVIER, Berthe Reymond (1983) – *O Desenvolvimento Social da Criança e do Adolescente*. Lisboa. Editorial Aster.
- RODRIGUES, Anabela et al., (1998) – *Relações de Trabalho e Sexualidade*. Enfermagem. (2.^a série); 11; 31-38. Publicações da Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- RODRIGUES, Custódio (1992) – *Manual de Psicologia / 1. O Que é e Tem Sido a Psicologia*. Porto. Edições Contraponto.
- RODRIGUES, Custódio. (1999) – *Apontamentos obtidos nas aulas de Sócio-Antropologia da Saúde* – Curso de Mestrado Ciências de Enfermagem. Porto. ICBAS.
- RODRIGUES, Custódio et al., (1998) – *Manual de Psicologia / 2: Motivação*. Porto. Edições Contraponto.
- RODRIGUES, Custódio; TEIXEIRA, Marques; GOMES, M. Freitas (1989) – *Afectividade: Elementos Básicos de Psicologia Científica*. Porto. Edições Contraponto.
- RODRIGUES, I.T. (1999) – *Educação Sexual na Escola. Um caso de insucesso educativo*. Dissertação de Mestrado, em Promoção/Educação para a Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- RODRIGUES, J. A. (1995) – *Continuidade e mudança nos papéis das mulheres portuguesas urbanas. O aparecimento de novas estruturas familiares*. Lisboa. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- RODRIGUES, J. Gabriel (1990) – *A Educação Sexual em Pré-adolescentes*. Planeamento Familiar. 49; 11-
- RODRIGUES, J., Manuel (1989) – *O enfermeiro e a sexualidade*. Nursing: (Ano II); 18; 25-30.
- ROGERS, Carl (1971) – *La relation d'aide et la psychothérapie*. Tome I. Paris. E.S.F
- ROGERS, Carl (1983) – *Tornar-se Pessoa*. 6.^a Edição. Lisboa.

- ROKEACH, Milton (1973) – *The Nature of Human Values*. New York. The Free Press.
- ROPER, et al (1990) – *Modelos de enfermagem*. 3ª Edição. Alfragide. Editora McGraw – Hill de Portugal, Lda.
- ROQUE, Otilia. (1999) – *Sexualidade na Adolescência*. (dissertação apresentada para cumprimento parcial do grau de mestre). Não publicada. Lisboa. Universidade Lusófona.
- ROSA, João (2001) – *Deveraneios*. Revista Saúde e Bem-estar. 88; 6-33.
- ROSA, Merval (1982) – *Psicologia evolutiva – Psicologia da Adolescência*. Petrópolis. Editora Vozes Lda. Brasil.
- SÁ, Eduardo (2001) – *O que Seria do sexo dos Anjos se no Céu Existissem Antes Parabólicas?* In Adolescentes. 20. Lisboa. Press Mundo.
- SÁ, Eduardo (2007) – *Livro de Reclamações*. Programa apresentado na SIC, 2.ª feira durante o Jornal da Noite.
- SAGAN, Dorion; MARGULIS, Lynn (1990) – *As Origens Do Sexo*. Lisboa. Edições 70, Lda.
- SALGUEIRO, E. (2000) – *Algumas Reflexões sobre a Sexualidade Infantil*. In, Barbosa, A. & Gomes-Pedro, J. (ed.). Sexualidades. Lisboa. Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa
- SALGUEIRO, Nídia (1994) – *Investigação Em Enfermagem*. Revista Nursing. 76; Maio.
- SALOMON, R.C. (1992) – *O Amor: reinventando o romance em nossos dias*. Trad. Wladir Dupont -São Paulo. Saraiva.
- SAMPAIO, Daniel (1994) – *Inventem-se Novos Países*, 4.ª Edição. Lisboa. Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1996) – *Voltei à Escola*. Lisboa. Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1997) – *Vozes e Ruídos – Diálogo com os Adolescentes*. 9ª Edição. Lisboa. Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1999) – *A cinza do tempo*. Lisboa. Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (1999) – *Psicologia do Adolescente*. 2ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- SAMPAIO, Daniel (2000) – *O Direito dos Jovens à Contracepção*. Planeamento familiar. (Setembro / Janeiro). Lisboa.
- SAMPAIO, Daniel (2000) – *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. 10ª Edição. Lisboa. Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Daniel (2001) – *Conversas Privadas*. RTP Canal 2, 1.º Semestre.
- SAMPAIO, Daniel (2006) – *Lavar o Mar*. 1.ª Edição. Lisboa. Editorial Caminho.
- SAMPAIO, Florbela (2000) – *Trajectos e Projectos*. Revista. Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo (Maio).

- SÁNCHEZ, Félix L. (1990) – *Amor, erotismo, biologia e Educação Sexual – Sexualidade e Planeamento Familiar*. Estella: Verbo Divino.
- SANDERS, P.; SWINDEN, L. (1995) – *Para me conhecer. Para te conhecer... Estratégias de Educação Básica para o 1º e 2º ciclos do Ensino Básico*. Lisboa. Associação do Planeamento Familiar.
- SANFILIPPO, Joseph (1996) – *Ginecologia pediátrica e da adolescente*. Rio de Janeiro: Guanagara Foogan. 7; 231-238.
- SANTOS, A. et al., (2001) – *Educação da Sexualidade na Escola*. Lisboa. Didáctica Editora.
- SANTOS, José Oliveira (2000) – *Opiniões e realidades, filhos do silêncio, o adolescente, a família, o enfermeiro, algumas reflexões*. Enfermagem. 19;14.
- SANTOS, José Oliveira (2000) – *Filhos do Silêncio, o Adolescente, a Família, o Enfermeiro. Algumas reflexões*. Enfermagem. 2.ª Série; 19; 8-10.
- SANTOS, José Oliveira (2000) – *Responsabilidade Perante a Saúde na Adolescência*. Nursing. 140; 29-35.
- SANTOS, L. Ferreira (1997) – *Pensar o Desejo a Partir de: Freud, Girard e Deleuze*. Braga. Serviço de Publicações, Instituto de Educação e Psicologia-Universidade do Minho.
- SANTOS, Nuno (1996) – *Ser Adolescente Hoje a visão do Psiquiatra*. Lisboa. Edições Laboratoriais Lepori.
- SANTOS, R. S. (1997) – *Gravidez em Mães Adolescentes*. Estudos no Distrito de Beja (1986 – 1991); 10; 681 – 688. Acta Médica Portuguesa.
- SASSETTI, L. (1991) – *Que pensam os Adolescentes dos Serviços de Saúde?* Opiniões dos Alunos do 8º ano do concelho de Almada. Revista Portuguesa de Pediatria. 22; 157 – 161. Almada.
- SAÚDE E BEM-ESTAR (2001) – *Liberte a sexualidade que há em si*. Represse. 88; 8 – 37. Edições Especializadas, Lda. Lisboa.
- SCARROW, Susan E. (2002) – *Parto Obstétrico numa Mulher Positiva para o VIH – Considerações Legais e Éticas* – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia. 25 (5); 143-148. Lisboa.
- SEELEY, Rod R. et al., (1997) – *Anatomia e Fisiologia*. 3ª Edição; 5-7.Lisboa. Lusodidacta.
- SELLITZ; WRIGHTSMAN; COOK (1987) – *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais, Delineamento de Pesquisa*. 1. S. Paulo. E.P.U.
- SERRÃO, Daniel; NUNES, R. (1998) – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora.

- SIDA & MEIO LABORAL (1998) – *Investir na Acção. Como?* Lisboa. Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.
- SILBERSEN, Rainer. K. et al., (1987) – *Sobre os Problemas do Comportamento na Adolescência: Observações de Campo e avaliação Longitudinal*. *Análise Psicológica*. 5.^a Série; 4; 509-537.
- SILVA, A. et al. (1999) – *Educação Sexual, a Quem Compete?* In *Sexualidade & Planeamento Familiar*. A. P. F.: Lisboa.
- SILVA, Maria Armanda (1994) – *Albufeira: Como Compreender os Nossos Filhos, Como Ajudá-los a Crescer*. *Sexualidade e Planeamento Familiar*. 2.^a Série; (1); 3-5.
- SILVA, Miguel Oliveira (1999) – *Sexualidade, Informação, Comportamentos e Educação Sexual*. In *Adolescentes*. 9; 54-56.
- SILVA O. (2002) – *Ah! Se todos fossem iguais a você aos 70 anos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 55(3):245-8.
- SILVESTRE, Luís (2002) – *Sexo: Medida do Prazer*. *Revista Focus*. 123; 12 – 17. (21 de Fevereiro).
- SMAL, M.F. (1995) – *What's love got to do with it? The Evolution of Human Mating*, New York Anchor Books.
- SOARES, Clara (2001) – *Com todo o prazer*. *Revista Visão*. 433; 117-128.
- SOARES, Clara (2001) – *Magia e Sedução*. *Máxima*. (Novembro); 102-104.
- SOARES, et al., (1996) – *Nova Enciclopédia Portuguesa*. Madrid. S.A. de Promoción y Ediciones.
- SOARES, Isabel (1990) – *O Grupo de Pares e a Amizade*. In: Campos, B.P e Col. *Psicologia do Desenvolvimento e da Educação de Jovens*. 2; 93-137. Lisboa. U.A.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIÊNCIA E ÉTICA “PEDRO HISPANO” (1991) – *Ciência e Ética na Saúde*. 1^o Edição. Estudos. Porto.
- SOUSA, Brigitte Lopes; FERREIRA, Sandra Jorge (2003) – *Atitude dos Adolescentes Face à Sexualidade*. *Revista Sinais Vitais*. 48; 35-38.
- SOUSA, Filomena (2000) – *Sexualidade na Adolescência – Comportamentos, Conhecimentos e Opiniões/Atitudes de Adolescentes Escolarizados*. Porto. ICBAS, Universidade do Porto.
- SOUSA, Paulo (1999) – *Internamento de um Seropositivo*. “*Informação Sida*”.15; 14-15.
- SOUSA, Vilma (1995) – *Principios de la Educación Sexual com preadolescentes*. In I Encuentro Internacional de Educación Afectivo-Sexual y Calidad de Vida: 13 al 18 de Septiembre de 1993, Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas, Canarias: Consejería de Educación Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa, pg : 103-106.

- SOUSA, Vilma (Coord.) (1995) – *Compreendendo a Sexualidade: Uma Proposta Educacional* – 6.ª Série do primeiro grau. S.1.: Pitágoras, s.d.
- SOUSA, Vilma (coord.) (1995) – *Trabalhando Com a Sexualidade: Uma Proposta Educacional* – 5.ª série do primeiro grau. S.1.: Pitágoras, s.d.
- SPRINTHALL, N. A.; SPRINTHALL, R. C. (1993) – *Psicologia Educacional*. Lisboa. McGraw-Hill.
- SPRINTHALL, N.A.; COLLINS, W.A. (1999) – *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentalista*. 2ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS W. Andrews (1994) – *Psicologia do Adolescente*. 2ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- SPRINTHALL, Richard; C. SPRINTHALL, Norman (1993) – *Psicologia Educacional*. Lisboa. Fundação Calouste de Gulbenkian.
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 1ª Edição. Lisboa. Lusociência.
- STEPHEN, Morse et al., (1997) – *Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS*. 2ª Edição. Barcelona. Artes Médicas.
- STILWEL, Isabel (2001) – *As Mulheres os Homens e o sexo* Noticias Magazine. 463; 32-38.
- SUBTIL, Carlos (1990) – *Contributos da enfermagem para uma adolescência feliz*. Nursing. (Ano 3); 25; 45-48.
- SUGAR, Max. (1992) – *Adolescência Atípica e Sexualidade*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- SUPLICY, M. (1990) – *Papai, mamãe e eu*. S. Paulo. FTD.
- SUPLICY, M. (1995) – *Sexo para Adolescentes*. Porto. Edições Afrontamento.
- SZAREWSKI, Anne; GUILLEBAUD, John (2000) – *Contracepção: Manual para mulheres e homens*. 1º Edição. Climepsi Editores.
- TILSLEY, Lorraine (1998) – *A Saúde Sexual e os Adolescentes*. Nursing. 123; 10-14.
- TINDALL, Bret et al., (1995) – *Infecção Primária Pelo VIH*. In Tratamento Clínico da AIDS. Revinter; 55-65. Rio de Janeiro.
- UNAIDS/OMS (2004) – *AIDS epidemic update: December*. Genebra. OMS.
- VAILLANT, Maryse (2000) – *O Adolescente no Quotidiano, Princípios Úteis Para os Pais*. 1.ª Edição. Lisboa. Editora Pergaminho.
- VASCONCELOS, Pedro (1998) – *Práticas e Discursos da Conjugalidade e da Sexualidade dos Jovens Portugueses*. In: Jovens portugueses de Hoje: Resultados do Inquérito de 1997. Oliveira. Celta Editora (Estudos Sobre Juventude), pg: 215 – 305.

- VASCONCELOS, Pedro (1999) – *Algumas Reflexões Sobre Sexualidade Juvenil*. Sexualidade. 2.^a Série; (21/22); 7-11.
- VAZ, J. Machado (1992) – *Educação Sexual*. Nascer e Crescer. 1(3); 160.
- VAZ, J. Machado (1993) – *Psicanálise e Educação Sexual. O Divórcio Inexistente*. Revista Portuguesa de Psicanálise. 6 (2); 103-107.
- VAZ, J. Machado et al. (1996) – *Educação Sexual na Escola*. Lisboa. Universidade Aberta
- VAZ, J. Machado et al., (2007) – *Serralves Fora de Horas*. SIC Mulher.
- VAZ, J. Machado (1996) – *Sexualidades: parte II*. In Sinais Vitais. 9;15. Lisboa.
- VAZ, J. Machado (Coord.) (1996) – *Educação Sexual na Escola*. Lisboa. Universidade Aberta.
- VEIGA, Fátima; MENDES, Luísa (1998) – *Os adultos Também Choram? Sexualidade e Planeamento Familiar*. 2.^a Série. (17/18); 2-6.
- VEIGA, Luísa et al., (2000) – *Nem Sempre o Silêncio é de Ouro. O caso da SIDA*. 1.^a Edição. Coimbra. Instituto Politécnico de Coimbra.
- VICENTE, Lisa Ferreira; LOPES, Joana Duarte (1999) – *Preservativo: Falar para não esquecer*. Sexualidade e Planeamento Familiar. 2.^a Série; (23/24); 14-16.
- VIEIRA, Margarida (1998) – *Sobre a Justiça no Cuidado de Enfermagem*. Servir. 46 (6); 286.
- VILAR, Duarte (1987) – *Aprendizagem Sexual e Educação Sexual*. In Gomes, F. Allen, Albuquerque, Afonso de, Nunes, J. Silveira – *Sexologia em Portugal: Sexualidade e Cultura*. 2; 165-180. Lisboa. Texto Editora.
- VILAR, Duarte (1990) – *As Encruzilhadas da Educação Sexual*. Planeamento Familiar. (47/48); 6-8.
- VILAR, Duarte (1992) – *Os Problemas Sexuais*. Pais. 16; 61-62.
- VILAR, Duarte (1994) – *Comunicação Pais, Filhos Adolescentes Sobre Sexualidade*. In Sexualidade & Planeamento Familiar. 1; 14-18. Lisboa.
- VILAR, Duarte (2000) – *As posições Recentes de Daniel Sampaio Sobre a Educação Sexual nas Escolas*. Lisboa. A.P.F.
- WAHLEY, L.; Wong, D.L. (1999) – *Enfermagem Pediátrica*. 5.^a Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.
- WALL, W. D. (1975) – *A adolescência na escola e na sociedade*. Lisboa. Livros Horizonte.
- WALLON, Henri (1979) – *Psicologia e Educação da Criança*. Lisboa. Veja Universidade.
- WHO (1986)– *Ottawa Charter for Health Promotion*. An international conference on Health Promotion. The move towards a new public health, November. Ottawa. Canada.

WILDE, W.D. (1975) – *A Adolescência*. Lisboa. Livros Horizonte.

WORSLEY, Peter (1976) – *Introdução à Sociologia*. 2º Edição. Lisboa. Publicações D. Quichote.

YOUNG Ian et al.; (1995) – *Promover a Saúde da Juventude Europeia*. Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde.

ZWANG, Gérard (1990) – *Sexologie*. Paris. Masson Editores.

VI PARTE – ANEXOS

1 – APRESENTAÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS

Anexo I

Tabela 2 – Tabela de frequências das classes etárias dos enfermeiros

Classes Etárias (Anos)			
Classes Etárias	F. Absolutas	F. Relativas	F. Relativas #
21-25 anos	160	9,2% (-)	9,7%
26-30 anos	305	17,6% (-)	18,4%
31-35 anos	303	17,5% (-)	18,6%
36-40 anos	422	24,3% (+)	14,2%
41-45 anos	231	13,3% (+)	12,0%
46-50 anos	147	8,5% (-)	8,9%
51-55 anos	97	5,6% (-)	8,7%
56-60 anos	48	2,8% (-)	5,7%
61-65 anos	18	1,0% (-)	2,7%
66-70 anos	4	0,2% (-)	1,0%
Total	1735	100,0%	

Fonte: Ordem dos enfermeiros 31/12/2002

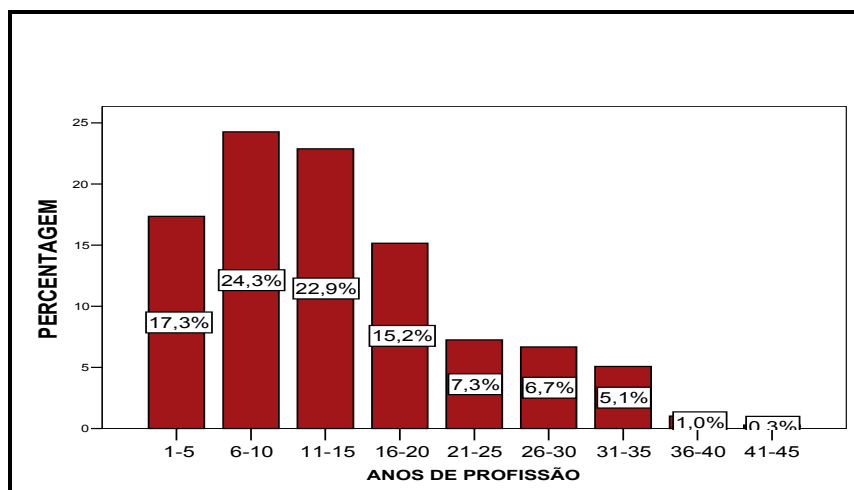
Anexo II

Tabela 4 – Tabela da média da idade dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde

Regiões de Saúde de Saúde	Estatísticas Descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	D. Padrão	M. Ordem
RS Norte	512	22,0	64,0	36,2	9,7	795,4
RS Centro	446	22,0	67,0	38,0	9,3	903,8
RS L.V. Tejo	358	22,0	67,0	37,7	8,7	895,6
RS Alentejo	222	22,0	68,0	38,6	8,9	940,1
RS Algarve	67	26,0	55,0	40,1	7,6	1054,0
RS Açores	57	22,0	56,0	34,1	7,7	695,5
RS Madeira	73	22,0	56,0	35,1	7,0	767,9
Total Geral	1735	22,0	68,0	37,3	9,2	-----

Anexo III

Gráfico 3 – Diagrama de barras dos anos de profissão dos enfermeiros



Anexo IV

Tabela 6 – Tabela da média dos anos de profissão segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Estatísticas Descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	D. Padrão	M. Ordem
Açores	57	1,0	28,0	11,2(-)	7,4	724,1
Aveiro	99	1,0	33,0	12,4	8,7	776,7
Beja	46	1,0	36,0	12,3	7,5	800,4
Braga	89	1,0	36,0	13,2	9,5	806,2
Bragança	126	1,0	33,0	11,8 (-)	9,3	708,2
C. Branco	55	1,0	37,0	12,2	8,7	768,9
Coimbra	63	1,0	37,0	14,4	7,9	919,5
Évora	94	3,0	41,0	17,6 (+)	9,4	1072,7
Faro	67	3,0	33,0	16,5 (+)	7,9	1046,7
Guarda	75	2,0	38,0	14,7	8,9	910,6
Leiria	115	1,0	36,0	17,1 (+)	10,0	1034,9
Lisboa	185	1,0	43,0	13,8	7,5	901,5
Madeira	73	1,0	30,0	11,6 (-)	6,5	771,9
Portalegre	82	1,0	36,0	13,9	7,8	897,2
Porto	173	1,0	40,0	12,3	9,2	764,3
Santarém	89	1,0	37,0	13,8	9,7	842,0
Setúbal	84	1,0	44,0	15,5 (+)	8,6	978,3
V. Castelo	43	1,0	33,0	11,9 (-)	8,6	736,7
V. Real	81	2,0	43,0	15,0	9,1	933,5
Viseu	39	3,0	42,0	15,9 (+)	9,3	978,8
Total Geral	1735	1,0	44,0	13,9	8,9	-----

Anexo V

Tabela 8 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros inquiridos por sexo

Sexo dos enfermeiros			
Sexo	F. Absolutas	F. Relativas	F. Relativas #
Masculino	117	6,7% (-)	18,3%
Feminino	1618	93,3% (-)	81,7%
Total	1735	100,0%	

Fonte: Ordem dos enfermeiros ano 31/12/2002 (para a população em geral)

Anexo VI

Tabela 10 – Tabela de distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo o sexo e as Regiões de Saúde

Região de Saúde	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	47	9,2%	465	90,8%	512	100,0%
RS Centro	25	5,6%	421	94,4%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	11	3,1%	347	96,9%	358	100,0%
RS Alentejo	16	7,2%	206	92,8%	222	100,0%
RS Algarve	8	11,9%	59	88,1%	67	100,0%
RS Açores	5	8,8%	52	91,2%	57	100,0%
RS Madeira	5	6,8%	68	93,2%	73	100,0%
Total Geral	117	6,7%	1618	93,3%	1735	100,0%

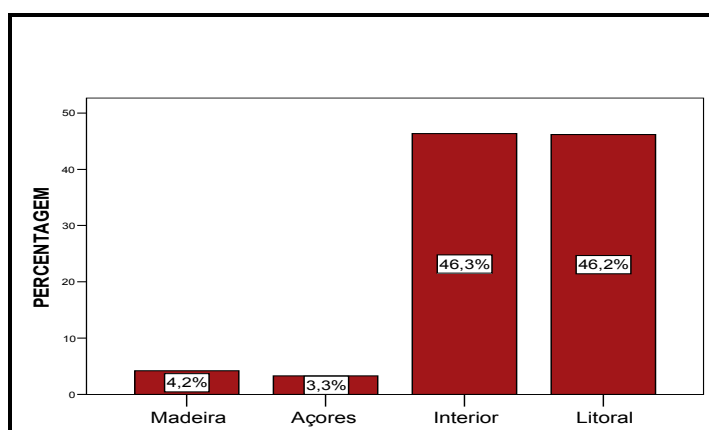
Anexo VII

Tabela 11 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros inquiridos por estado civil

Estado civil dos enfermeiros		
Estado Civil	F. Absolutas	F. Relativas
Solteiro (vive sem parceiro)	301	17,3%
Solteiro (vive maritalmente)	37	2,1%
Casado	1302	75,0%
Divorciado (vive sem parceiro)	54	3,1%
Divorciado (vive maritalmente)	24	1,4%
Viúvo (vive sem parceiro)	15	0,9%
Viúvo (vive maritalmente)	2	0,1%
Total	1735	100,0%

Anexo VIII**Tabela 12 – Tabela de frequências do estado civil dos enfermeiros inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde**

Sub-regiões de Saúde	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Açores	11	19,3%	40	70,2%	6	10,5%	0	0,0%
Aveiro	22	22,2%	75	75,8%	2	2,0%	0	0,0%
Beja	11	23,9%	31	67,4%	3	6,5%	1	2,2%
Braga	22	24,7%	64	71,9%	3	3,4%	0	0,0%
Bragança	22	17,5%	98	77,8%	4	3,2%	2	1,6%
C. Branco	13	23,6%	38	69,1%	3	5,5%	1	1,8%
Coimbra	8	12,7%	54	85,7%	1	1,6%	0	0,0%
Évora	19	20,2%	67	71,3%	8	8,5%	0	0,0%
Faro	12	17,9%	52	77,6%	3	4,5%	0	0,0%
Guarda	11	14,7%	61	81,3%	3	4,0%	0	0,0%
Leiria	21	18,3%	81	70,4%	9	7,8%	4	3,5%
Lisboa	32	17,3%	144	77,8%	5	2,7%	4	2,2%
Madeira	23	31,5%	46	63,0%	3	4,1%	1	1,4%
Portalegre	13	15,9%	65	79,3%	4	4,9%	0	0,0%
Porto	53	30,6%	119	68,8%	1	,6%	0	0,0%
Santarém	9	10,1%	75	84,3%	4	4,5%	1	1,1%
Setúbal	8	9,5%	66	78,6%	10	11,9%	0	0,0%
V. Castelo	11	25,6%	30	69,8%	0	0,0%	2	4,7%
V. Real	14	17,3%	65	80,2%	2	2,5%	0	0,0%
Viseu	3	7,7%	31	79,5%	4	10,3%	1	2,6%
Total Geral	338	19,5%	1302	75,0%	78	4,5%	17	1,0%

Anexo IX**Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência****Anexo X****Tabela 16 – Tabela de frequência da ruralidade/urbanidade da residência dos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde**

Regiões de Saúde	Rural		Urbano		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	232	45,3%	280	54,7%	512	100,0%
RS Centro	234	52,5%	212	47,5%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	119	33,2%	239	66,8%	358	100,0%
RS Alentejo	124	55,9%	98	44,1%	222	100,0%
RS Algarve	16	23,9%	51	76,1%	67	100,0%
RS Açores	39	68,4%	18	31,6%	57	100,0%
RS Madeira	33	45,2%	40	54,8%	73	100,0%
Total Geral	797	45,9%	938	54,1%	1735	100,0%

Anexo XI**Tabela 18 – Tabela de frequências das habilitações académicas e profissionais dos inquiridos por Sub-regiões de Saúde**

Sub-Regiões de Saúde	CEG+Bach.		Licenciatura		Especialização		Mestrado*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Açores	3	5,3%	40	70,2%	14	24,6%	0	0,0%
Aveiro	24	24,2%	60	60,6%	14	14,1%	1	1,0%
Beja	17	37,0%	20	43,5%	9	19,6%	0	0,0%
Braga	27	30,3%	34	38,2%	26	29,2%	2	2,2%
Bragança	55	43,7%	65	51,6%	6	4,8%	0	0,0%
C. Branco	11	20,0%	28	50,9%	15	27,3%	1	1,8%
Coimbra	21	33,3%	25	39,7%	15	23,8%	2	3,2%
Évora	53	56,4%	26	27,7%	15	16,0%	0	0,0%
Faro	32	47,8%	27	40,3%	8	11,9%	0	0,0%
Guarda	26	34,7%	32	42,7%	17	22,7%	0	0,0%
Leiria	49	42,6%	39	33,9%	25	21,7%	2	1,7%
Lisboa	76	41,1%	67	36,2%	40	21,6%	2	1,1%
Madeira	17	23,3%	32	43,8%	23	31,5%	1	1,4%
Portalegre	20	24,4%	45	54,9%	17	20,7%	0	0,0%
Porto	42	24,3%	103	59,5%	26	15,0%	2	1,2%
Santarém	23	25,8%	48	53,9%	15	16,9%	3	3,4%
Setúbal	39	46,4%	33	39,3%	12	14,3%	0	0,0%
V. Castelo	15	34,9%	19	44,2%	9	20,9%	0	0,0%
V. Real	13	16,0%	52	64,2%	16	19,8%	0	0,0%
Viseu	6	15,4%	23	59,0%	9	23,1%	1	2,6%
Total Geral	569	32,8%	818	47,1%	331	19,1%	17	1,0%

Anexo XII**Tabela 22 – Tabela de frequências do ensin frequentado pelos enfermeiros inquiridos segundo as Regiões de Saúde**

Regiões de Saúde	Pública		Privada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	343	67,0%	169	33,0%	512	100%
RS Centro	400	89,7%	46	10,3%	446	100%
RS L.V. Tejo	287	80,2%	71	19,8%	358	100%
RS Alentejo	215	96,8%	7	3,2%	222	100%
RS Algarve	59	88,1%	8	11,9%	67	100%
RS Açores	57	100,0%	0	0,0%	57	100%
RS Madeira	26	35,6%	47	64,4%	73	100%
Total Geral	1387	79,9%	348	20,1%	1735	100%

Anexo XIII**Tabela 25 – Tabela de frequências da proporção de formação adequada sobre sexualidade recebida pelos enfermeiros inquiridos segundo as instituições de ensino e as Regiões de Saúde**

Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	186	36,3%	326	63,7%	512	100%
RS Centro	138	30,9%	308	69,1%	446	100%
RS L.V. Tejo	114	31,8%	244	68,2%	358	100%
RS Alentejo	57	25,7%	165	74,3%	222	100%
RS Algarve	13	19,4%	54	80,6%	67	100%
RS Açores	32	56,1%	25	43,9%	57	100%
RS Madeira	28	38,4%	45	61,6%	73	100%
Total Geral	568	32,7%	1167	67,3%	1735	100%

Anexo XIV

Tabela 272 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a formação sobre sexualidade proporcionada aos inquiridos pela escola e a idade, sexo e tipo de escola de formação

VD – Formação sobre sexualidade proporcionada pela escola			
Variáveis Independentes	Sim	Não	Testes
• Idade			
22 – 30 anos	45,2%	54,8%	$\chi^2=53,244$; g.l.=3; P<0,001 ***
31 – 37 anos	30,5%	69,5%	
38 – 43 anos	31,1%	68,9%	
44 – 68 anos	22,4%	77,6%	
Total	32,7%	67,3%	
• Sexo			
Masculino	35,0%	65,0%	$\chi^2=0,303$; g.l.=1; P=0,582 ns
Feminino	32,6%	67,4%	
Total	32,7%	67,3%	
• Tipo de Escola de Ensino			
Pública	30,8%	69,2%	$\chi^2=11,964$; g.l.=1; P<0,01 **
Privada	40,5%	59,5%	
Total	32,7%	67,3%	

Anexo XV

Tabela 273 – Regressão logística da formação sobre sexualidade proporcionada pela escola aos inquiridos segundo a idade, sexo e tipo de escola de formação

VD – Formação sobre sexualidade proporcionada pela escola							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	46,181	3	0,000	-----	-----
Idade(1)	1,005	0,154	42,673	1	0,000	2,733	2,021-3,695
Idade(2)	0,415	0,157	6,991	1	0,008	1,514	1,113-2,060
Idade(3)	0,446	0,162	7,556	1	0,006	1,562	1,137-2,147
Sexo(1)	-0,056	0,205	0,074	1	0,785	0,946	0,632-1,414
Tipo de Escola(1)	0,313	0,127	6,070	1	0,014	1,367	1,066-1,753
Intercepção	-1,242	0,229	29,407	1	0,000	0,289	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Sexo: Feminino; Escola: Privada)

Anexo XVI

Tabela 27 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros inquiridos por categoria profissional segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Nível I		Graduado		Especialista		Chefe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Açores	16	28,1%	27	47,4%	11	19,3%	3	5,3%
Aveiro	20	20,2%	63	63,6%	11	11,1%	5	5,1%
Beja	8	17,4%	29	63,0%	7	15,2%	2	4,3%
Braga	21	23,6%	41	46,1%	25	28,1%	2	2,2%
Bragança	28	22,2%	93	73,8%	2	1,6%	3	2,4%
C. Branco	14	25,5%	25	45,5%	13	23,6%	3	5,5%
Coimbra	4	6,3%	42	66,7%	14	22,2%	3	4,8%
Évora	6	6,4%	72	76,6%	13	13,8%	3	3,2%
Faro	3	4,5%	55	82,1%	8	11,9%	1	1,5%
Guarda	8	10,7%	50	66,7%	11	14,7%	6	8,0%
Leiria	19	16,5%	66	57,4%	25	21,7%	5	4,3%
Lisboa	26	14,1%	119	64,3%	35	18,9%	5	2,7%
Madeira	18	24,7%	31	42,5%	21	28,8%	3	4,1%
Portalegre	12	14,6%	52	63,4%	14	17,1%	4	4,9%
Porto	56	32,4%	88	50,9%	27	15,6%	2	1,2%
Santarém	13	14,6%	60	67,4%	9	10,1%	7	7,9%
Setúbal	7	8,3%	65	77,4%	9	10,7%	3	3,6%
V. Castelo	10	23,3%	26	60,5%	6	14,0%	1	2,3%
V. Real	10	12,3%	55	67,9%	11	13,6%	5	6,2%
Viseu	1	2,6%	30	76,9%	4	10,3%	4	10,3%
Total Geral	300	17,3%	1089	62,8%	276	15,9%	70	4,0%

Anexo XVII**Tabela 29 – Tabela de frequências do local de trabalho dos enfermeiros inquiridos por Centro de Saúde e a Região de Saúde do Norte**

Local de Trabalho – Região de Saúde do Norte			
Local	N (%)	Local	N (%)
Alfândega da Fé	11 (2,1%)	Mogadouro	12 (2,3%)
Alijó	7 (1,4%)	Moncorvo	8 (1,6%)
Amarante	10 (2,0%)	Montalegre	9 (1,8%)
Aníbal Cunha	8 (1,6%)	Murça	7 (1,4%)
Arcozelo	7 (1,4%)	Paredes	11 (2,1%)
Barcelinhos	8 (1,6%)	Penafiel	13 (2,5%)
Barcelos	11 (2,1%)	Peso da Régua	8 (1,6%)
Barroselas	9 (1,8%)	Ponte da Barca	9 (1,8%)
Bragança	14 (2,7%)	Ponte de Lima	10 (2,0%)
Caldas das Taipas	11 (2,1%)	Póvoa de Lanhoso	7 (1,4%)
Caminha	8 (1,6%)	Povoa de Varzim	12 (2,8%)
Carraceda de Ansiães	9 (1,8%)	Rebordosa	7 (1,4%)
Carvalhosa	15 (2,9%)	S. Marta de Penaguião	6 (1,2%)
Chaves	12 (2,3%)	Santo Tirso	9 (1,8%)
Darque	7 (1,4%)	Trofa	10 (2,0%)
Ermesinde	8 (1,6%)	Valongo	9 (1,4%)
Esposende	8 (1,6%)	Valpaços	11 (2,1%)
Fafe	12 (2,3%)	Vieira do Minho	8 (1,6%)
Felgueiras	8 (1,6%)	Vila conde	16 (3,1%)
Foz douro	14 (2,7%)	Vila flor	11 (2,1%)
Freixo de Espada	8 (1,6%)	Vila Nova de Famalicão	7 (1,4%)
Gondomar	10 (2,0%)	Vila Pouca de Aguiar	10 (2,0%)
Guimarães	9 (1,8%)	Vila Real	11 (2,1%)
Macedo de Cavaleiros	16 (3,1%)	Vila Verde	8 (1,6%)
Marco canaveses	6 (1,2%)	Vimioso	9 (1,8%)
Miranda do douro	8 (1,6%)	Vinhais	7 (1,4%)
Mirandela	13 (2,5%)	Total	512 (100%)

Anexo XVIII**Tabela 30 – Tabela de frequências do local de trabalho dos enfermeiros inquiridos por centro de Saúde e a Região de Saúde do Centro**

Local de Trabalho – Região de Saúde Centro			
Local	N (%)	Local	N (%)
Águeda	5 (1,1%)	Leiria	9 (2,0%)
Albergaria-a-Velha	8 (1,8%)	Marinha Grande	9 (2,0%)
Alcobaça	9 (2,0%)	Mira	7 (1,6%)
Almeida	8 (1,8%)	Montemor-o-Velho	8 (1,8%)
Anadia	17 (3,8%)	Mortágua	8 (1,8%)
Ansião	9 (2,0%)	Murtosa	7 (1,6%)
Arouca	9 (2,0%)	Nazaré	10 (2,2%)
Aveiro	9 (2,0%)	Norton de Matos	9 (2,0%)
Batalha	9 (2,0%)	Óbidos	6 (1,3%)
Belmonte	6 (1,3%)	Oleiros	5 (1,1%)
Bombarral	9 (2,0%)	Oliveira de Azeméis	8 (1,8%)
Caldas da Rainha	8 (1,8%)	Oliveira hospital	8 (1,8%)
Carregal do Sal	6 (1,3%)	Ovar	10 (2,2%)
Castelo Branco	8 (1,8%)	Penalva do castelo	5 (1,1%)
Castelo de Paiva	6 (1,3%)	Penamacor	6 (1,3%)
Castro D'Aire	7 (1,6%)	Peniche	8 (1,8%)
Celas	9 (2,0%)	Pinhel	13 (2,9%)
Celorico da Beira	8 (1,8%)	Pombal	7 (1,6%)
Condeixa-a-Nova	6 (1,3%)	Porto de Mós	8 (1,8%)
Covilhã	8 (1,8%)	Sabugal	6 (1,3%)
Dr. Górgão Henriques	9 (2,0%)	Santa Comba Dão	8 (1,8%)
Eiras	8 (1,8%)	São João da Madeira	7 (1,6%)
Espinho	8 (1,8%)	Sátão	5 (1,1%)
Estarreja	5 (1,1%)	Seia	9 (2,0%)
Figueira Castelo Rodrigo	8 (1,8%)	Tábua	8 (1,8%)
Figueiró dos Vinhos	5 (1,1%)	Vila Velha de. Ródão	6 (1,3%)
Fundão	5 (1,1%)	Vila de rei	5 (1,1%)
Gouveia	7 (1,6%)	Vila Nova de Foz Côa	7 (1,6%)
Guarda	9 (2,0%)		
Idanha-a-Nova	6 (1,3%)	Total	446 (100%)

Anexo XIX

**Tabela 31 – Tabela de frequências do local de trabalho
dos enfermeiros da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**

Local de Trabalho – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo			
Local	N (%)	Local	N (%)
Alcácer do sal	7 (2,0%)	Fátima	8 (2,2%)
Alcanena	6 (1,7%)	Ferreira do Zêzere	9 (2,5%)
Alcântara	5 (1,4%)	Golegã	8 (2,2%)
Alcochete	6 (1,7%)	Grândola	8 (2,2%)
Alenquer	7 (2,0%)	Loures	5 (1,4%)
Algueirão / Mem Martins	9 (2,5%)	Lourinhã	8 (2,2%)
Alhandra	8 (2,2%)	Lumiar	10 (2,8%)
Almada	6 (1,7%)	Mafra	12 (3,4%)
Almeirim	6 (1,7%)	Marvila	5 (1,4%)
Alpiarça	6 (1,7%)	Moita	10 (2,8%)
Alvalade	6 (1,7%)	Oeiras	5 (1,4%)
Amadora	6 (1,7%)	Olivaes	5 (1,4%)
Amora	6 (1,7%)	Pontinha	6 (1,7%)
Arruda dos Vinhos	8 (2,2%)	Póvoa de santa iria	9 (2,5%)
Azambuja	9 (2,5%)	Reboleira	8 (2,2%)
Barquinha	6 (1,7%)	Rio de mouro	9 (2,5%)
Barreiro	5 (1,4%)	Rio maior	13 (3,6%)
Benfica	7 (2,0%)	Santiago do Cacém	6 (1,7%)
Bonfim	5 (1,4%)	Seixal	6 (1,7%)
Cacém	8 (2,2%)	Sesimbra	7 (2,0%)
Cadaval	7 (2,0%)	Sines	6 (1,7%)
Cartaxo	6 (1,7%)	Sintra	9 (2,5%)
Chamusca	8 (2,2%)	Tomar	8 (2,2%)
Coruche	5 (1,4%)	Vila franca de Xira	6 (1,7%)
Costa da Caparica	6 (1,7%)		
Entroncamento	8 (2,2%)	Total	358 (100%)

Anexo XX

**Tabela 32 – Tabela de frequências do local de trabalho
dos enfermeiros inquiridos por Centro de Saúde e a Região de Saúde do Alentejo**

Local de Trabalho – Região de Saúde do Alentejo			
Local	N (%)	Local	N (%)
Aljustrel	6 (2,7%)	Montargil	6 (2,7%)
Almodôvar	10 (4,5%)	Montemor-o-Novo	18 (8,1%)
Alter do chão	6 (2,7%)	Moura	8 (3,6%)
Arraiolos	7 (3,2%)	Mourão	4 (1,8%)
Arronches	4 (1,8%)	Nisa	7 (3,2%)
Avis	6 (2,7%)	Ourique	9 (4,1%)
Borba	5 (2,3%)	Ponte de Sor	6 (2,7%)
Campo Maior	7 (3,2%)	Portalegre	9 (4,1%)
Castelo de Vide	10 (4,5%)	Redondo	7 (3,2%)
Crato	8 (3,6%)	Reguengos de Monsaraz	7 (3,2%)
Cuba	7 (3,2%)	Serpa	6 (2,7%)
Elvas	8 (3,6%)	Vendas Novas	13 (5,9%)
Estremoz	8 (3,6%)	Viana do Alentejo	7 (3,2%)
Évora	14 (6,3%)	Vila Viçosa	4 (1,8%)
Monforte	5 (2,3%)	Total	358 (100%)

Anexo XXI

**Tabela 33 – Tabela de frequências do local de trabalho
dos enfermeiros inquiridos por Centro de Saúde e a Regional de Saúde do Algarve**

Local de Trabalho – Região de Saúde do Algarve			
Local	N (%)	Local	N (%)
Albufeira	6 (9,0%)	Olhão	7 (10,4%)
Aljezur	6 (9,0%)	Portimão	6 (9,0%)
Castro Marim	4 (6,0%)	São Brás de Alportel	6 (9,0%)
Faro	9 (13,4%)	Tavira	6 (9,0%)
Lagoa	6 (9,0%)	Vila Real de S. António	5 (7,5%)
Loulé	6 (9,0%)	Total	67 (100%)

Anexo XXII**Tabela 34 – Tabela de frequências do local de trabalho dos enfermeiros inquiridos por Centro de Saúde e a Região de Saúde dos Açores**

Local de Trabalho – Região de Saúde dos Açores			
Local	N (%)	Local	N (%)
Angra do Heroísmo	5 (8,8%)	Praia da Vitória	5 (8,8%)
Horta	5 (8,8%)	Rabo de Peixe	3 (5,3%)
Lajes do Pico	7 (12,3%)	Ribeira Grande	3 (5,3%)
Nordeste	6 (10,5%)	Vila do Porto	5 (8,8%)
Ponta Delgado	5 (8,8%)	Vila Franca do Campo	7 (12,3%)
Povoação	6 (10,5%)	Total	57 (100%)

Anexo XXIII**Tabela 36 – Tabela de frequências da existência de filhos adolescentes por parte dos inquiridos**

Tem filhos adolescentes?		
Filhos Adolescentes	F. Absolutas	F. Relativas
Sim	498	28,7%
Não	1237	71,3%
Total	1735	100,0%

Anexo XXIV**Tabela 37 – Tabela de frequências da existência de filhos adolescentes por parte dos inquiridos segundo as Sub-regiões de Saúde**

Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	14	24,6%	43	75,4%	50	100%
Aveiro	27	27,3%	72	72,7%	99	100%
Beja	12	26,1%	34	73,9%	46	100%
Braga	20	22,5%	69	77,5%	89	100%
Bragança	24	19,0%	102	81,0%	126	100%
C. Branco	16	29,1%	39	70,9%	55	100%
Coimbra	20	31,7%	43	68,3%	63	100%
Évora	26	27,7%	68	72,3%	94	100%
Faro	23	34,3%	44	65,7%	67	100%
Guarda	26	34,7%	49	65,3%	75	100%
Leiria	35	30,4%	80	69,6%	115	100%
Lisboa	50	27,0%	135	73,0%	185	100%
Madeira	22	30,1%	51	69,9%	80	100%
Portalegre	42	51,2%	40	48,8%	82	100%
Porto	53	30,6%	120	69,4%	173	100%
Santarém	14	15,7%	75	84,3%	89	100%
Setúbal	35	41,7%	49	58,3%	84	100%
V. Castelo	9	20,9%	34	79,1%	43	100%
V. Real	19	23,5%	62	76,5%	81	100%
Viseu	11	28,2%	28	71,8%	39	100%
Total Geral	498	28,7%	1237	71,3%	1735	100%

Anexo XXV**Tabela 41 – Tabela de frequências da distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo o hábito de lidar com adolescentes por Regiões de Saúde**

Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	476	93,0%	36	7,0%	512	100%
RS Centro	394	88,3%	52	11,7%	446	100%
RS L.V. Tejo	327	91,3%	31	8,7%	358	100%
RS Alentejo	189	85,1%	33	14,9%	222	100%
RS Algarve	53	79,1%	14	20,9%	67	100%
RS Açores	54	94,7%	3	5,3%	57	100%
RS Madeira	67	91,8%	6	8,2%	73	100%
Total Geral	1560	89,9%	175	10,1%	1735	100%

Anexo XXVI**Tabela 43 – Tabela de frequências da frequência do contacto habitual dos inquiridos com adolescentes segundo as Sub-regiões de Saúde**

Sub-Regiões de Saúde	Posições Médias #	Diário		Semanal		Quinzenal		Mensal	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Açores	814,5	31	57,4%	12	22,2%	2	3,7%	9	16,7%
Aveiro	708,6	61	69,3%	14	15,9%	9	10,2%	4	4,5%
Beja	871,3	23	52,3%	9	20,5%	2	4,5%	10	22,7%
Braga	854,1	48	55,8%	9	10,5%	15	17,4%	14	16,3%
Bragança	678,8	82	73,2%	20	17,9%	1	,9%	9	8,0%
C. Branco	806,7	30	58,8%	10	19,6%	3	5,9%	8	15,7%
Coimbra	822,3	30	50,0%	25	41,7%	1	1,7%	4	6,7%
Évora	834,9	38	49,4%	29	37,7%	6	7,8%	4	5,2%
Faro	821,1	28	52,8%	17	32,1%	1	1,9%	7	13,2%
Guarda	756,1	45	66,2%	10	14,7%	1	1,5%	12	17,6%
Leiria	736,1	60	65,9%	17	18,7%	7	7,7%	7	7,7%
Lisboa	734,4	112	67,5%	26	15,7%	9	5,4%	19	11,4%
Madeira	904,9	31	46,3%	18	26,9%	5	7,5%	13	19,4%
Portalegre	842,5	35	51,5%	21	30,9%	5	7,4%	7	10,3%
Porto	761,0	101	60,8%	45	27,1%	8	4,8%	12	7,2%
Santarém	895,2	36	45,0%	28	35,0%	2	2,5%	14	17,5%
Setúbal	706,8	55	67,9%	17	21,0%	7	8,6%	2	2,5%
V. Castelo	812,5	22	56,4%	11	28,2%	1	2,6%	5	12,8%
V. Real	738,7	49	67,1%	12	16,4%	2	2,7%	10	13,7%

Anexo XXVII**Tabela 275 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o hábito dos inquiridos em lidar com adolescentes segundo a idade, sexo, habilitações literárias e categoria profissional.**

VD – Hábito de lidar com adolescentes			
Variáveis Independentes	Não	Sim	Testes
• Idade			
22 – 30 anos	7,1%	92,9%	$\chi^2=9,350$; g.l.=3; P <0,05*
31 – 37 anos	9,3%	90,7%	
38 – 43 anos	12,4%	87,6%	
44 – 68 anos	12,2%	87,8%	
Total	10,1%	89,9%	
• Sexo			
Masculino	12,0%	88,0%	$\chi^2=0,489$; g.l.=1; P=0,485 ns
Feminino	10,0%	90,0%	
Total	10,1%	89,9%	
• Habilitações Literárias			
CGE/Bacharelato	12,5%	87,5%	$\chi^2=6,827$; g.l.=1; P=0,082 ns
Licenciatura	8,7%	91,3%	
Especialização	9,1%	90,9%	
Mestrado	17,6%	82,4%	
Total	10,1%	89,9%	
• Categoria Profissional			
Enfermeiro	7,7%	92,3%	$\chi^2=13,493$; g.l.=3; P <0,01**
Enfermeiro Graduado	10,9%	89,1%	
Enfermeiro Especialista	6,9%	93,1%	
Enfermeiro Chefe	20,0%	80,0%	
Total	10,1%	89,9%	

Anexo XXVIII**Tabela 276 – Regressão logística do hábito dos inquiridos em lidar com adolescentes segundo a idade, sexo, habilitações literárias e categoria profissional.**

VD – Hábito de lidar com adolescentes						
Variáveis Independentes	Estimador do parâmetro	Erro Padrão	χ^2 de Wald	P	Rácio de hipóteses	IC 95% (Rácio)
Intercepção	1,410	0,306	21,204	0,000	4,094	-----
Idade	0,731	0,332	4,859	0,027	2,077	1,084-3,979
Cat. Profissional	1,185	0,388	9,311	0,002	3,270	1,528-6,998

Categorias de Referência (VD: Sim; Idade: 22-30 Anos; Categoria Profissional: Especialista)

Anexo XXIX

Tabela 47 – Tabela de frequências dos grupos etários que na opinião dos inquiridos mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual.

Grupos etários que procuram os serviços de saúde por problemas sexual?		
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
Grupo menor que 12 anos	19	1,1%
Grupo entre os 12 a 15 anos	238	13,7%
Grupo maior de 15 e menor que 20 anos	1475	85,2%
Total	1732	100,0%

Anexo XXX

Tabela 48 – Tabela de frequências dos grupos etários que na opinião dos inquiridos mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual por Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Posições Médias #	<12 ANOS		12 – 15 ANOS		>15-<20ANOS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Açores	887,56	1	1,8%	6	10,5%	50	87,7%	57	100,0%
Aveiro	853,98	2	2,0%	14	14,1%	83	83,8%	99	100,0%
Beja	901,90	0	0,0%	5	10,9%	41	89,1%	46	100,0%
Braga	809,26	2	2,2%	17	19,1%	70	78,7%	89	100,0%
Bragança	817,24	1	0,8%	25	19,8%	100	79,4%	126	100,0%
C. Branco	854,85	0	0,0%	9	16,4%	46	83,6%	55	100,0%
Coimbra	798,55	3	4,8%	11	17,5%	49	77,8%	63	100,0%
Évora	894,77	0	0,0%	11	11,7%	83	88,3%	94	100,0%
Faro	755,84	1	1,5%	17	26,2%	47	72,3%	65	100,0%
Guarda	867,67	1	1,3%	10	13,3%	64	85,3%	75	100,0%
Leiria	890,73	0	0,0%	14	12,2%	101	87,8%	115	100,0%
Lisboa	887,94	0	0,0%	23	12,5%	161	87,5%	184	100,0%
Madeira	857,14	5	6,8%	6	8,2%	62	84,9%	73	100,0%
Portalegre	953,22	0	0,0%	4	4,9%	78	95,1%	82	100,0%
Porto	904,40	2	1,2%	16	9,2%	155	89,6%	173	100,0%
Santarém	889,14	0	0,0%	11	12,4%	78	87,6%	89	100,0%
Setúbal	821,66	0	0,0%	17	20,2%	67	79,8%	84	100,0%
V. Castelo	875,49	0	0,0%	6	14,0%	37	86,0%	43	100,0%
V. Real	899,83	0	0,0%	9	11,1%	72	88,9%	81	100,0%
Viseu	816,01	1	2,6%	7	17,9%	31	79,5%	39	100,0%
Total Geral	-----	19	1,1%	238	13,7%	1475	85,2%	1732	100,0%

- Valores Directos

Anexo XXXI

Tabela 49 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondências entre os grupos etários que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	43,77	58,48	58,29
2	0,16	0,02	31,07	41,52	100%
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	74,84	-----	100%

Anexo XXXII

Tabela 50 – Tabela de frequências dos grupos etários que na opinião dos inquiridos mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual por Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Posições Médias #	<12 ANOS		12 – 15 ANOS		>15-<20ANOS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
RS Norte	863,26	5	1,0%	73	14,3%	434	84,8%	512	100,0%
RS Centro	854,71	7	1,6%	65	14,6%	374	83,9%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	872,64	0	0,0%	51	14,3%	306	85,7%	357	100,0%
RS Alentejo	917,84	0	0,0%	20	9,0%	202	91,0%	222	100,0%
RS Algarve	755,84	1	1,5%	17	26,2%	47	72,3%	65	100,0%
RS Açores	887,56	1	1,8%	6	10,5%	50	87,7%	57	100,0%
RS Madeira	857,14	5	6,8%	6	8,2%	62	84,9%	73	100,0%
Total Geral	-----	19	1,1%	238	13,7%	1475	85,2%	1732	100,0%

- Valores Directos.

Anexo XXXIII

Tabela 51 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos sobre os grupos etários que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,03	30,17	66,54	66,54
2	0,09	0,01	15,17	33,46	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	45,35	-----	100%

Anexo XXXIV

Gráfico 17 – Análise de Correspondências Simples entre os grupos etários que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde

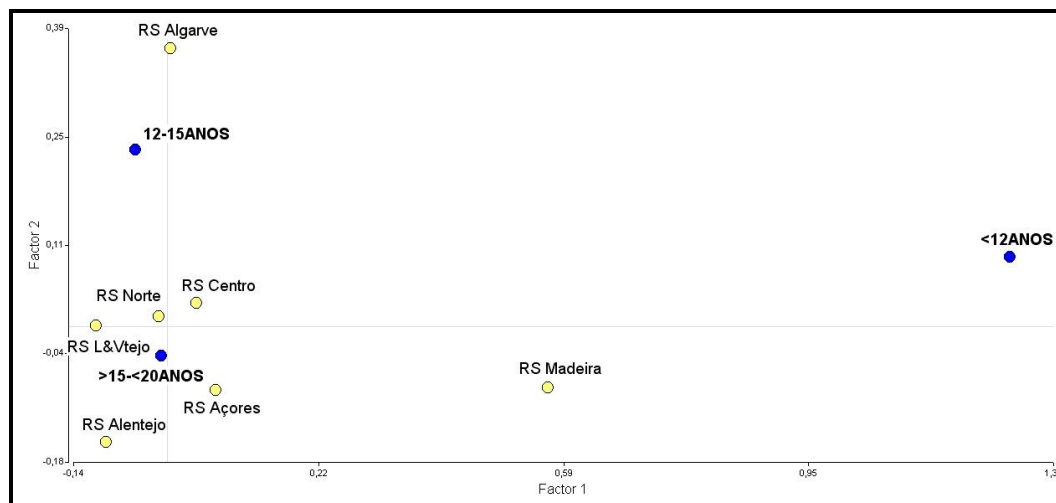
**Anexo XXXV**

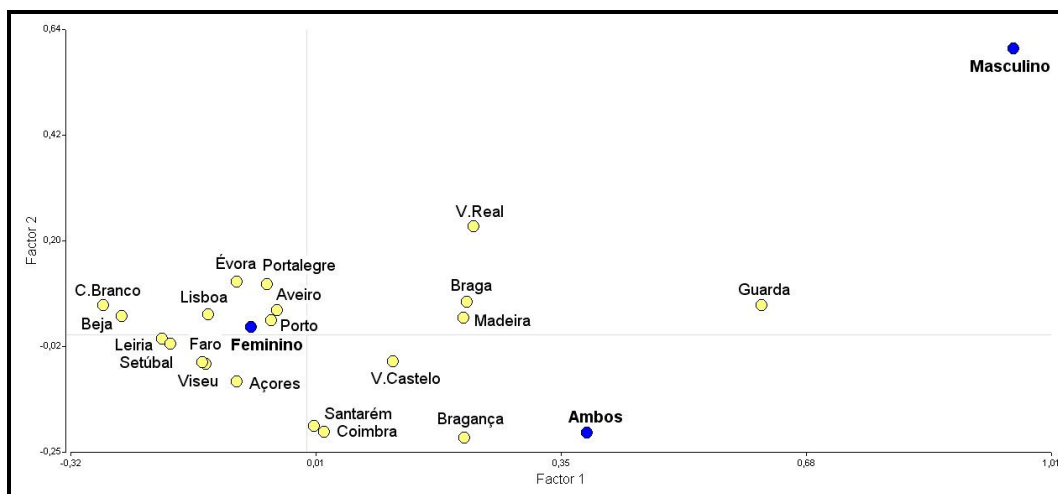
Tabela 52 – Tabela de frequências da opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual.

Sexo dos adolescentes que procuram os serviços de saúde.			
	Descrição	F. Absolutas	F. Relativas
	Feminino	1491	85,9%
	Masculino	32	1,8%
	Ambos sexos com igual frequência	212	12,2%
	Total	1735	100,0%

Anexo XXXVI

Tabela 55 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos e o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	69,03	76,63	76,63
2	0,11	0,01	21,06	23,37	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	90,09	-----	100%

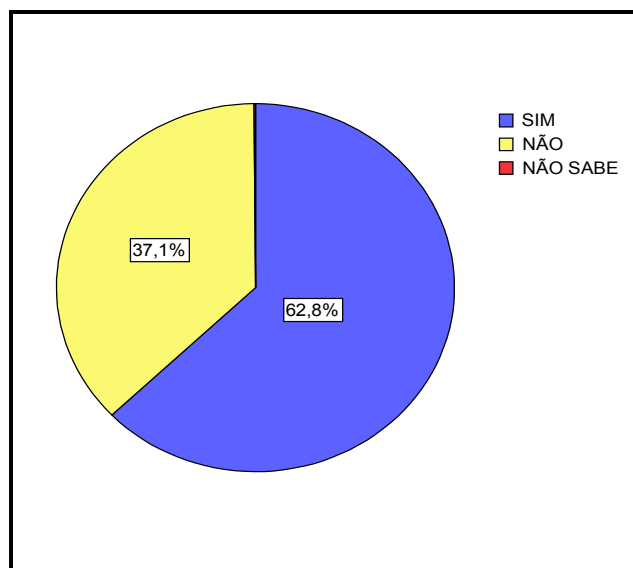
Anexo XXXVII**Gráfico 21 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos e o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde****Anexo XXXVIII****Tabela 56 – Tabela de frequências da opinião dos inquiridos sobre o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual por Regiões de Saúde**

Regiões de Saúde	FEMININO		MASCULINO		AMBOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RS Norte	420	82,0%	15	2,9%	77	15,0%	512	100,0%
RS Centro	382	85,7%	8	1,8%	56	12,6%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	319	89,1%	2	0,6%	37	10,3%	358	100,0%
RS Alentejo	202	91,0%	4	1,8%	16	7,2%	222	100,0%
RS Algarve	60	89,6%	0	0,0%	7	10,4%	67	100,0%
RS Açores	50	87,7%	0	0,0%	7	12,3%	57	100,0%
RS Madeira	58	79,5%	3	4,1%	12	16,4%	73	100,0%
Total Geral	1491	85,9%	32	1,8%	212	12,2%	1735	100,0%

- Valores Directos.

Anexo XXXIX**Tabela 57 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o sexo dos adolescentes que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,11	0,01	20,03	85,28	85,28
2	0,04	0,002	3,46	14,72	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	23,49	-----	100%

Anexo XL**Gráfico 23 – Gráfico circular da igualdade dos motivos entre os sexos para procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual****Anexo XLI****Tabela 59 – Tabela de frequências dos motivos apresentados para a desigualdade dos motivos entre os sexos para procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual.**

Diferenças apresentadas para a existência de desigualdade dos motivos?			
Descrição	F. Absolutas	F. Relativas	
Raparigas – Informação sobre contraceção e DST/IST	358	55,7%	
Rapazes – Motivos de saúde	120	18,7%	
Rapazes – Pedir preservativos	20	3,1%	
Não sabe / Não responde	145	22,6%	
Total	1735	100,0%	

Anexo XLII**Tabela 61 – Tabela de frequências da igualdade dos motivos entre os sexos para procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual por Regiões de Saúde.**

Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	356	69,8%	154	30,2%	510	100,0%
RS Centro	266	59,6%	180	40,4%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	211	58,9%	147	41,1%	358	100,0%
RS Alentejo	142	64,0%	80	36,0%	222	100,0%
RS Algarve	40	59,7%	27	40,3%	67	100,0%
RS Açores	28	49,1%	29	50,9%	57	100,0%
RS Madeira	47	64,4%	26	35,6%	73	100,0%
Total Geral	1090	62,9%	643	37,1%	1733	100,0%

Anexo XLIII

Tabela 63 – Tabela de frequências da existência de formação específica nos inquiridos para lidar com adolescentes por Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	13	22,8%	44	77,2%	57	100,0%
Aveiro	18	18,2%	81	81,8%	99	100,0%
Beja	1	2,2%	45	97,8%	46	100,0%
Braga	15	16,9%	74	83,1%	89	100,0%
Bragança	17	13,5%	109	86,5%	126	100,0%
C. Branco	18	32,7%	37	67,3%	55	100,0%
Coimbra	24	38,1%	39	61,9%	63	100,0%
Évora	13	13,8%	81	86,2%	94	100,0%
Faro	21	31,3%	46	68,7%	67	100,0%
Guarda	15	20,0%	60	80,0%	75	100,0%
Leiria	28	24,3%	87	75,7%	115	100,0%
Lisboa	37	20,0%	148	80,0%	185	100,0%
Madeira	15	20,5%	58	79,5%	73	100,0%
Portalegre	7	8,5%	75	91,5%	82	100,0%
Porto	43	24,9%	130	75,1%	173	100,0%
Santarém	21	23,6%	68	76,4%	89	100,0%
Setúbal	45	53,6%	39	46,4%	84	100,0%
V. Castelo	13	30,2%	30	69,8%	43	100,0%
V. Real	10	12,3%	71	87,7%	81	100,0%
Viseu	6	15,4%	33	84,6%	39	100,0%
Total Geral	380	21,9%	1355	78,1%	1735	100,0%

Anexo XLIV

Tabela 64 – Tabela de frequências da existência de formação específica para lidar com adolescentes por Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	98	19,1%	414	80,9%	512	100,0%
RS Centro	109	24,4%	337	75,6%	446	100,0%
RS L.V. Tejo	103	28,8%	255	71,2%	358	100,0%
RS Alentejo	21	9,5%	201	90,5%	222	100,0%
RS Algarve	21	31,3%	46	68,7%	67	100,0%
RS Açores	13	22,8%	44	77,2%	57	100,0%
RS Madeira	15	20,5%	58	79,5%	73	100,0%
Total Geral	380	21,9%	1355	78,1%	1735	100,0%

Anexo XLV

Tabela 66 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o tipo de formação específica para lidar com adolescentes e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,52	0,28	103,71	40,09	40,09
2	0,39	0,15	57,83	22,35	62,44
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	258,70	-----	100%

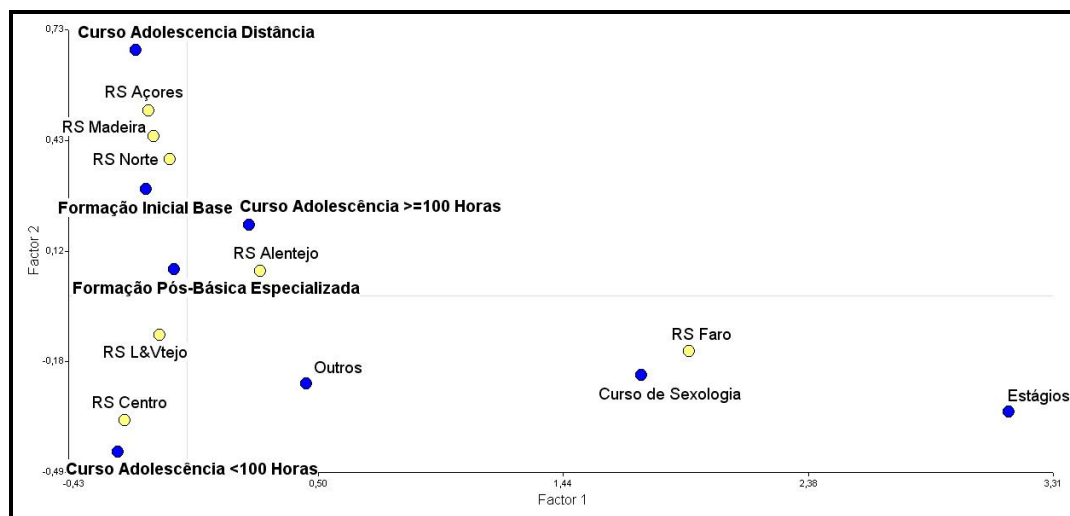
Anexo XLVI

Tabela 67 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o tipo de formação específica para lidar com adolescentes e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,48	0,23	87,10	61,73	61,73
2	0,30	0,09	34,53	24,47	86,20
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	141,10	-----	100%

Anexo XLVII

Gráfico 21 – Análise de Correspondências Simples entre a fonte de formação específica dos inquiridos para lidar com adolescentes e as Regiões de Saúde



Anexo XLVIII

Tabela 279 – Regressão logística da posse de formação específica para lidar com adolescentes segundo a idade, sexo, habilitações literárias, categoria profissional, filhos adolescentes, hábitos de lidar com adolescentes e obtenção de informação para lidar com adolescentes

VD – Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes						
Variáveis Independentes	Estimador do parâmetro	Erro Padrão	χ^2 de Wald	P	Rácio de hipóteses	IC 95% (Rácio)
Intercepção	1,421	0,555	6,552	0,010	0,242	-----
Habilitações1	-1,499	0,548	7,483	0,006	0,223	0,076-0,654
Habilitações2	-1,743	0,545	10,233	0,001	0,175	0,060-0,509
Filhos Adol.	0,333	0,139	5,725	0,017	1,395	1,062-1,833
Informação	1,834	0,170	116,928	0,000	6,260	4,490-8,729

Categorias de Referência (VD: Sim; Habilitações1: CGE/Bacharelato; Habilitações2: Licenciatura; Filhos Adolescentes: Sim; Informação Relevante para Lidar com Adolescentes: Sim)

Anexo XLIX

Tabela 278 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a posse de formação específica para lidar com adolescentes segundo a idade, sexo, habilitações literárias, categoria profissional, filhos adolescentes, hábitos de lidar com adolescentes e obtenção de informação para lidar com adolescentes

VD – Posse de formação específica para lidar com adolescentes			
Variáveis Independentes	Sim	Não	Testes
• Idade			
22 – 30 anos	15,9%	84,1%	$\chi^2=32,370$; g.l.=3; P<0,001***
31 – 37 anos	17,9%	82,1%	
38 – 43 anos	29,9%	70,1%	
44 – 68 anos	25,7%	74,3%	
Total	21,9%	78,1%	
• Sexo			
Masculino	25,6%	74,4%	$\chi^2=1,025$; g.l.=1; P=0,311 ns
Feminino	21,6%	78,4%	
Total	21,9%	78,1%	
• Habilitações Literárias			
CGE/Bacharelato	16,3%	83,7%	$\chi^2=155,281$; g.l.=3; P<0,001 ***
Licenciatura	15,3%	84,7%	
Especialização	46,2%	53,8%	
Mestrado	52,9%	47,1%	
Total	21,9%	78,1%	
• Categoria Profissional			
Enfermeiro	17,7%	82,3%	$\chi^2=143,741$; g.l.=3; P<0,001***
Enfermeiro Graduado	15,5%	17,7%	
Enfermeiro Especialista	44,9%	15,5%	
Enfermeiro Chefe	48,6%	44,9%	
Total	21,9%	78,1%	
• Filhos Adolescentes			
Sim	31,5%	68,5%	$\chi^2=37,823$; g.l.=1; P<0,001***
Não	18,0%	82,0%	
Total	21,9%	78,1%	
• Hábito de Lidar com Adolescentes			
Sim	23,0%	77,0%	$\chi^2=11,157$; g.l.=1; P <0,01**
Não	12,0%	88,0%	
Total	21,9%	78,1%	
• Obtenção de Informação para Lidar com Adolescentes			
Sim	32,8%	67,8%	$\chi^2=158,241$; g.l.=1; P<0,001***
Não	6,7%	93,3%	
Total	21,9%	78,1%	

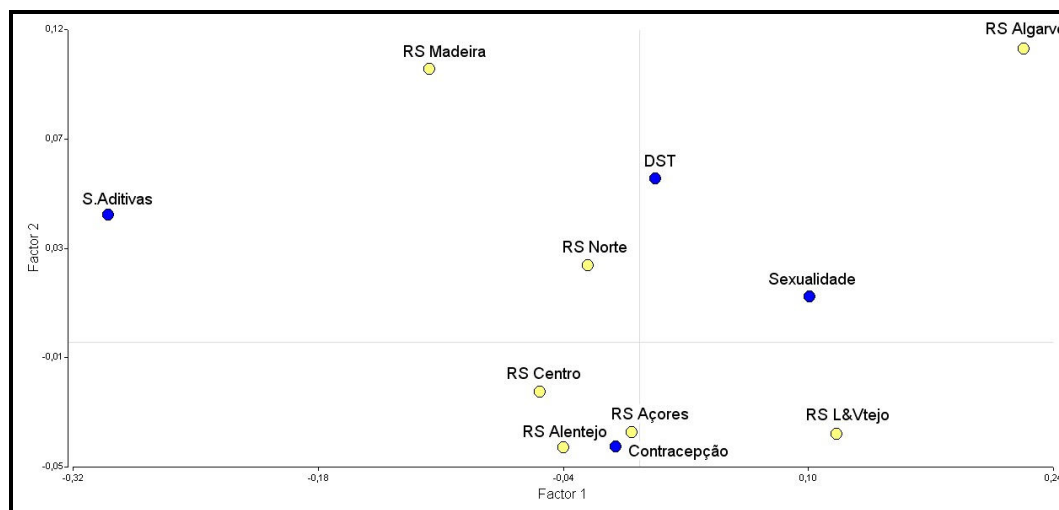
Anexo L

Tabela 69 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre os assuntos mais frequentemente colocados pelos adolescentes aos inquiridos e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,12	0,01	45,10	57,05	57,05
2	0,09	0,01	25,10	31,74	88,79
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	79,06	-----	100%

Anexo LI

Gráfico 27 – Análise de Correspondências Simples entre os assuntos mais frequentemente colocados pelos adolescentes as Regiões de Saúde



Anexo LII

Tabela 283 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre as questões mais frequentemente colocadas pelos adolescentes em função da idade, sexo e local de residência dos enfermeiros.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,39	0,16	2504,09	10,77	10,77
2	0,37	0,14	2177,91	9,37	20,14
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	23244,73	-----	100%

Anexo LIII

Tabela 284 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre as questões mais frequentemente colocadas pelos adolescentes e a idade, sexo e local de residência dos enfermeiros

VD – Questões mais frequentemente colocados pelos adolescentes							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Idade							
22 – 30 anos	4,6%	19,4%	19,8%	50,5%	5,7%	0,0%	$\chi^2=14,43$; g.l.=15; P=0,493 ns
31 – 37 anos	4,1%	20,9%	21,5%	48,8%	4,6%	0,1%	
38 – 43 anos	5,3%	20,8%	22,6%	45,6%	5,4%	0,4%	
44 – 68 anos	5,5%	17,8%	23,1%	48,4%	5,0%	0,1%	
Total	4,8%	19,8%	21,7%	48,4%	5,2%	0,1%	
• Sexo							
Masculino	7,3%	17,2%	25,9%	44,8%	4,7%	0,0%	$\chi^2=7,07$; g.l.=5; P=0,215 ns
Feminino	4,7%	20,0%	21,4%	48,6%	5,2%	0,2%	
Total	4,8%	19,8%	21,7%	48,4%	5,2%	0,1%	
• Local de Residência							
Madeira	7,6%	18,4%	21,5%	41,1%	11,4%	0,0%	$\chi^2=37,33$; g.l.=15; P<0,01 **
Açores	4,9%	19,7%	18,0%	45,9%	11,5%	0,0%	
Interior	5,3%	18,1%	21,8%	50,3%	4,4%	0,1%	
Litoral	4,2%	21,5%	21,8%	47,5%	4,8%	0,2%	
Total	4,8%	19,8%	21,7%	48,4%	5,2%	0,1%	

A – Substâncias Aditivas; B – Sexualidade; C – Doenças Sexualmente Transmissíveis;
D – Contracepção; E – Corporalidade; F - Outros

Anexo LIV

Tabela 72 – Tabela de frequências da obtenção de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	41	71,9%	16	28,1%	57	100,0%
Aveiro	62	62,6%	37	37,4%	99	100,0%
Beja	23	50,0%	23	50,0%	46	100,0%
Braga	49	55,1%	40	44,9%	89	100,0%
Bragança	55	43,7%	71	56,3%	126	100,0%
C. Branco	34	61,8%	21	38,2%	55	100,0%
Coimbra	41	65,1%	22	34,9%	63	100,0%
Évora	45	47,9%	49	52,1%	94	100,0%
Faro	49	73,1%	18	26,9%	67	100,0%
Guarda	39	52,0%	36	48,0%	75	100,0%
Leiria	51	44,3%	64	55,7%	115	100,0%
Lisboa	109	58,9%	76	41,1%	185	100,0%
Madeira	54	74,0%	19	26,0%	73	100,0%
Portalegre	38	46,3%	44	53,7%	82	100,0%
Porto	135	78,0%	38	22,0%	173	100,0%
Santarém	50	56,2%	39	43,8%	89	100,0%
Setúbal	69	82,1%	15	17,9%	84	100,0%
V. Castelo	20	46,5%	23	53,5%	43	100,0%
V. Real	43	53,1%	38	46,9%	81	100,0%
Viseu	28	71,8%	11	28,2%	39	100,0%
Total Geral	1035	59,7%	700	40,3%	1735	100,0%

Anexo LV

Tabela 285 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes e a idade, habilitações literárias, local de residência, filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,55	0,30	3430,25	14,87	14,87
2	0,48	0,23	2695,29	11,68	26,55
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	23075,93	-----	100%

Anexo LVI

Tabela 286 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes e a idade, habilitações literárias, filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes

VD – Obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes			
Variáveis Independentes	Sim	Não	Testes
• <i>Idade</i>			
22 – 30 anos	59,1%	40,9%	$\chi^2=6,456$; g.l.=3; P=0,091 ns
31 – 37 anos	57,9%	42,1%	
38 – 43 anos	64,9%	35,1%	
44 – 68 anos	57,0%	43,0%	
Total	59,7%	40,3%	
• <i>Habilitações Literárias</i>			
CGE/Bacharelato	50,4%	49,6%	$\chi^2=41,166$; g.l.=3; P<0,001 ***
Licenciatura	61,0%	39,0%	
Especialização	71,6%	28,4%	
Mestrado	70,6%	29,4%	
Total	59,7%	40,3%	
• <i>Local de Residência</i>			
Madeira	74,0%	26,0%	$\chi^2=25,432$; g.l.=3; P<0,001***
Açores	71,9%	28,1%	
Interior	53,9%	46,1%	
Litoral	63,3%	36,7%	
Total	59,7%	40,3%	
• <i>Filhos Adolescentes</i>			
Sim	65,1%	34,9%	$\chi^2=8,432$; g.l.=1; P<0,01**
Não	57,5%	42,5%	
Total	59,7%	40,3%	
• <i>Hábito de Lidar com Adolescentes</i>			
Sim	63,8%	36,2%	$\chi^2=109,496$; g.l.=1; P<0,001***
Não	22,9%	77,1%	
Total	59,7%	40,3%	

Anexo LVII**Tabela 288 – Regressão logística da a obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes segundo a idade, habilitações literárias, local de residência, filhos adolescentes e o hábito de lidar com adolescentes**

VD – Obtenção de informação relevante para lidar com adolescentes							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Residência	-----	-----	21,937	3	0,000	-----	-----
Residência(1)	0,393	0,286	1,892	1	0,169	1,482	0,846-2,596
Residência(2)	0,186	0,313	0,354	1	0,552	1,204	0,652-2,224
Residência(3)	-0,422	0,107	15,535	1	0,000	0,656	0,532-0,809
Habilitações	-----	-----	30,829	3	0,000	-----	-----
Habilitações(1)	-0,908	0,578	2,466	1	0,116	0,403	0,130-1,253
Habilitações(2)	-0,501	0,577	0,754	1	0,385	0,606	0,195-1,877
Habilitações(3)	-0,074	0,584	0,016	1	0,900	0,929	0,296-2,917
Filhos Adol. (1)	-0,240	0,120	4,009	1	0,045	0,787	0,622-0,995
Hab.Lid.Adol. (1)	-1,793	0,192	87,215	1	0,000	0,166	0,114-0,242
Intercepção	1,476	0,574	6,614	1	0,010	4,377	-----

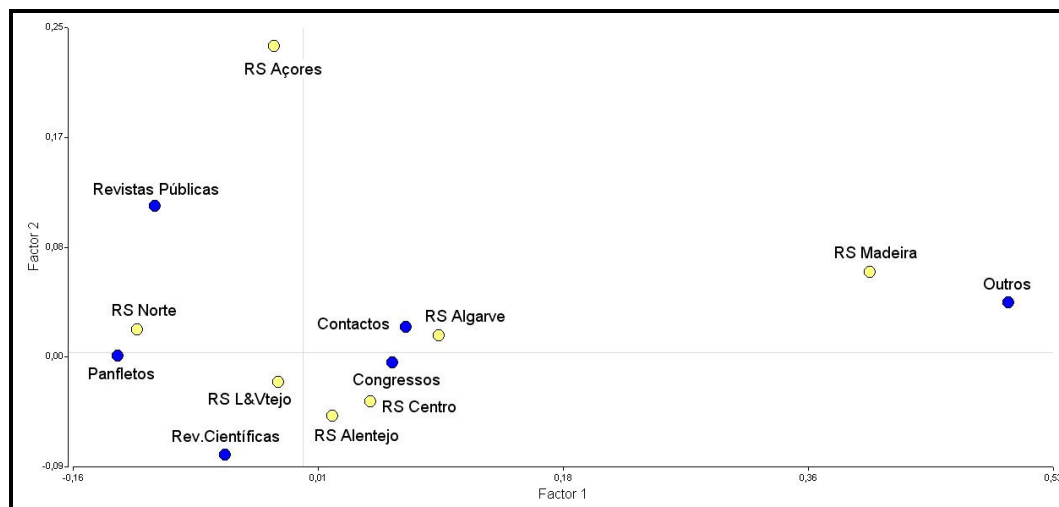
Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira; Habilitações: CGE & Bacharelato; Filhos Adolescentes: Não; Hábito de Lidar com adolescentes: Não;

Anexo LVIII**Tabela 75 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a fonte de informação relevante por parte dos inquiridos para lidar com adolescentes e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	64,79	41,51	41,51
2	0,15	0,02	47,97	30,73	72,25
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	156,08	-----	100%

Anexo LIX**Tabela 76 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a fonte de informação relevante para lidar com adolescentes e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,11	0,01	29,72	60,81	60,81
2	0,06	0,003	9,05	16,48	77,29
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	48,87	-----	100%

Anexo LX**Gráfico 29 – Análise de Correspondências Simples entre as fontes de informação relevantes e as Regiões de Saúde**

Anexo LXI**Tabela 78 – Tabela de frequências sobre se possui formação específica sobre sexualidade Sub-regiões de Saúde**

Sub-Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	9	15,8%	48	84,2%	57	100,0%
Aveiro	11	11,1%	88	88,9%	99	100,0%
Beja	5	10,9%	41	89,1%	46	100,0%
Braga	11	12,4%	78	87,6%	89	100,0%
Bragança	5	4,0%	121	96,0%	126	100,0%
C. Branco	9	16,4%	46	83,6%	55	100,0%
Coimbra	13	20,6%	50	79,4%	63	100,0%
Évora	4	4,3%	90	95,7%	94	100,0%
Faro	13	19,4%	54	80,6%	67	100,0%
Guarda	3	4,0%	72	96,0%	75	100,0%
Leiria	13	11,3%	102	88,7%	115	100,0%
Lisboa	22	11,9%	163	88,1%	185	100,0%
Madeira	7	9,6%	66	90,4%	73	100,0%
Portalegre	3	3,7%	79	96,3%	82	100,0%
Porto	22	12,7%	151	87,3%	173	100,0%
Santarém	9	10,1%	80	89,9%	89	100,0%
Setúbal	21	25,0%	63	75,0%	84	100,0%
V. Castelo	9	20,9%	34	79,1%	43	100,0%
V. Real	8	9,9%	73	90,1%	81	100,0%
Viseu	2	5,1%	37	94,9%	39	100,0%
Total Geral	199	11,5%	1536	88,5%	1735	100,0%

Anexo LXII**Tabela 289 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre o possuir formação específica sobre sexualidade em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,51	0,26	4254,28	15,07	15,07
2	0,43	0,18	2973,00	10,53	25,60
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	28230,39	-----	100%

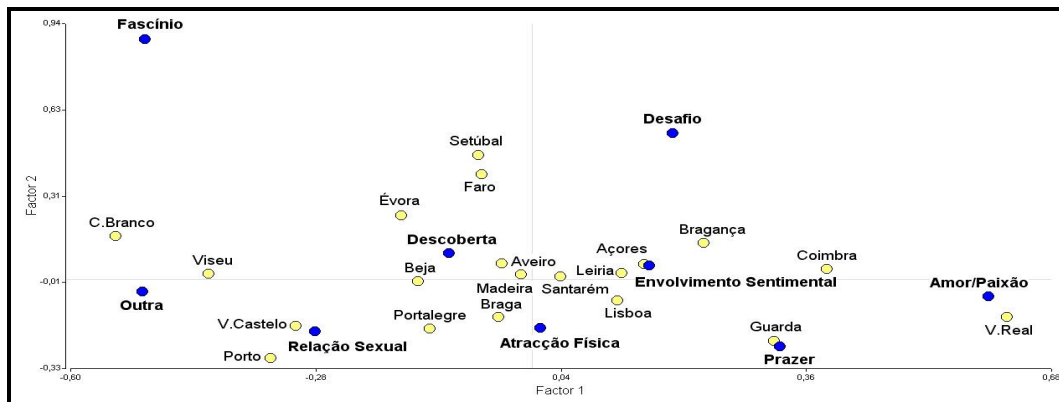
Anexo LXIII**Tabela 291 – Regressão logística da posse de formação específica sobre sexualidade em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes e formação específica para lidar com adolescentes.**

VD – Possuir formação específica sobre sexualidade							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	0,499	3	0,919	-----	-----
Idade(1)	0,145	0,319	0,206	1	0,650	1,156	0,618-2,160
Idade(2)	0,128	0,273	0,219	1	0,640	1,136	0,666-1939
Idade(3)	0,167	0,248	0,454	1	0,500	1,182	0,727-1921
Residência	-----	-----	8,750	3	0,033	-----	-----
Residência(1)	-0,547	0,484	1,275	1	0,259	0,579	0,224-1495
Residência(2)	0,200	0,475	0,178	1	0,673	1,221	0,482-3,096
Residência(3)	-0,532	0,196	7,370	1	0,007	0,587	0,400-0,862
Habilitações	-----	-----	19,856	3	0,000	-----	-----
Habilitações(1)	-1,142	0,663	2,965	1	0,085	0,319	0,087-1,171
Habilitações(2)	-1,114	0,659	2,861	1	0,091	0,328	0,090-1,194
Habilitações(3)	-,186	0,645	0,084	1	0,772	0,830	0,234-2,938
Form.Base.Sex (1)	0,019	0,192	0,009	1	0,923	1,019	0,699-1,486
Filhos Adol.(1)	-0,139	0,216	0,415	1	0,519	0,870	0,569-1,329
Hab.Lid.Adol. (1)	-0,662	0,409	2,614	1	0,106	0,516	0,231-1,151
Form.Lid.Adol.(1)	-2,976	0,205	211,194	1	0,000	0,051	0,034-0,076
Intercepção	0,613	0,671	0,836	1	0,361	1,846	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira; Habilitações: CGE & Bacharelato; Formação Base Sobre Sexualidade: Não; Filhos Adolescentes: Não; Hábito de Lidar com adolescentes: Não; Formação Específica para Lidar com Adolescentes: Não)

Anexo LXVIII

Gráfico 32 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre a palavra mais utilizada para definir a sexualidade dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde



Anexo LXIX

Tabela 85 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a palavra mais frequentemente utilizada para definir a sexualidade e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,14	0,02	32,73	41,77	41,77
2	0,10	0,01	16,41	20,94	62,71
...	...	...	...	...	...
Total	...	...	78,36	...	100%

Anexo LXX

Tabela 293 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a palavra que define a sexualidade dos adolescentes da região em função da idade, estado civil, local de residência, tipo de escola superior frequentada e existência de filhos adolescentes

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,55	0,30	3336,68	9,43	9,43
2	0,47	0,22	2418,65	6,84	16,27
...	...	...	...	...	...
Total			35381,13		100%

Anexo LXXI

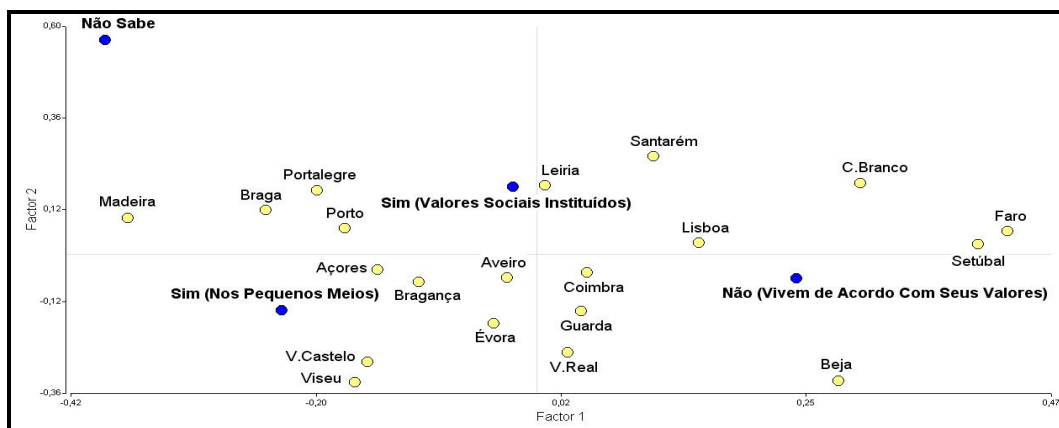
Tabela 295 – Regressão multinomial da(s) palavra(s) que definem a sexualidade dos adolescentes na opinião dos enfermeiros segundo a sua região em função da idade, estado civil, local de residência, tipo de escola superior frequentada e existência de filhos adolescentes

VD – Palavra(s) que definem a sexualidade dos adolescentes da sua região								
Palavras / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
E. Sentimental/Desafio/Outra (Modelo 1)	Intercepção	-0,716	0,824	0,754	1	0,385	-----	-----
	Idade	0,012	0,008	2,264	1	0,132	1,012	0,996-1,029
	E.Civil=1	-0,630	0,711	0,785	1	0,376	0,533	0,132-2,146
	E.Civil=2	-0,554	0,686	0,652	1	0,419	0,575	0,150-2,205
	E.Civil=3	-0,904	0,753	1,440	1	0,230	0,405	0,093-1,772
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residência=1	0,163	0,355	0,210	1	0,647	1,177	0,587-2,358
	Residência=2	-0,879	0,490	3,219	1	0,073	0,415	0,159-1,085
	Residência=3	0,044	0,141	0,097	1	0,756	1,045	0,793-1,378
	Residência=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Instituição=0	0,125	0,179	0,490	1	0,484	1,133	0,799-1,608
	Instituição=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdo=0	-0,320	0,155	4,237	1	0,040	0,727	0,536-0,985
	FilhosAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
A.Física/Prazer/R. Sexual (Modelo 2)	Intercepção	0,582	0,707	,677	1	0,410	-----	-----
	Idade	-0,006	0,007	,738	1	0,390	0,994	0,981-1,008
	E.Civil=1	-0,707	0,615	1,324	1	0,250	0,493	0,148-1,644
	E.Civil=2	-0,798	0,598	1,778	1	0,182	0,450	0,139-1,455
	E.Civil=3	-0,991	0,645	2,360	1	0,124	0,371	0,105-1,314
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residência=1	0,312	0,278	1,258	1	0,262	1,366	0,792-2,355
	Residência=2	-0,371	0,320	1,349	1	0,245	0,690	0,369-1,291
	Residência=3	0,315	0,113	7,828	1	0,005	1,371	1,099-1,709
	Residência=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Instituição=0	0,283	0,139	4,145	1	0,042	1,328	1,011-1,744
	Instituição=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdo=0	-0,152	0,131	1,364	1	0,243	0,859	0,665-1,109
	FilhosAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

Anexo LXXII

Tabela 87 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a da opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade acerca da liberdade sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	68,39	52,21	52,21
2	0,15	0,02	41,33	31,55	83,76
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	130,99	-----	100%

Anexo LXXIII**Gráfico 34 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade acerca da liberdade sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde.****Anexo LXXIV****Tabela 88 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a da opinião dos enfermeiros sobre a influência das crenças e valores dos pais e da sociedade sobre a liberdade sexual dos adolescentes e as Regiões de Saúde.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	49,73	84,89	84,89
2	0,06	0,003	6,06	10,35	95,24
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	58,58	-----	100%

Anexo LXXV**Tabela 90 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre do agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem e as Sub-regiões de Saúde.**

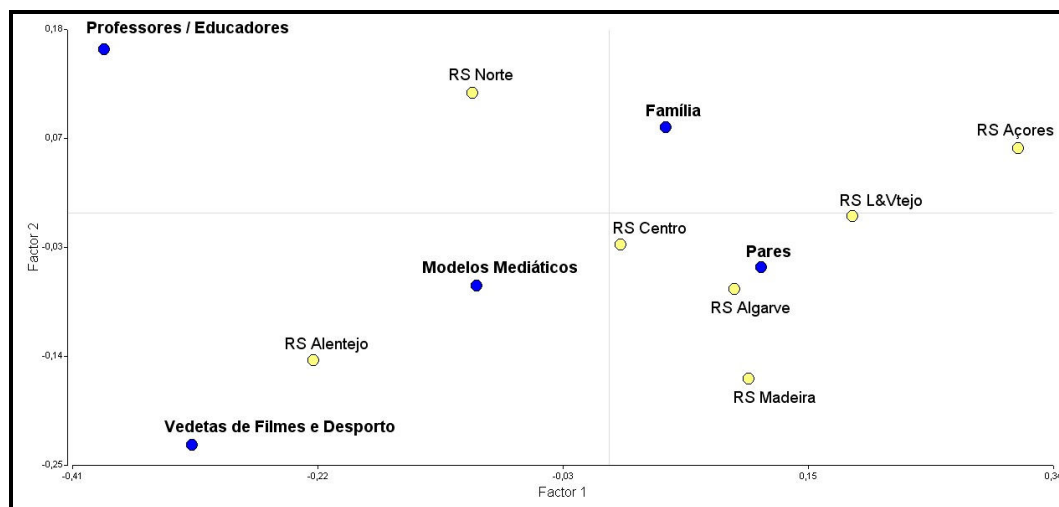
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	64,50	44,24	44,24
2	0,15	0,02	36,63	25,13	69,36
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	145,80	-----	100%

Anexo LXXVI**Tabela 91 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência da opinião dos inquiridos sobre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem por Regiões de Saúde.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	36,56	62,63	62,63
2	0,09	0,01	14,66	25,12	87,75
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	58,38	-----	100%

Anexo LXXVII

Gráfico 37 – Análise de Corresponências Simples entre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem e as Regiões de Saúde.



Anexo LXXVIII

Tabela 296 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente em função da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,53	0,28	3825,04	10,42	10,42
2	0,47	0,22	2980,86	8,12	18,54
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	36713,66	-----	100%

Anexo LXXIX

Tabela 298 – Regressão multinomial do agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente em função da idade, estado civil, local de residência, habilitações, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente								
Agente de Socialização / V.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Os Pares (Modelo 1)	Intercepção	1,395	0,959	2,113	1	0,146	-----	-----
	Idade	-0,031	0,008	16,011	1	0,000	0,969	0,955-0,984
	E.Civil=1	0,571	0,686	0,692	1	0,406	1,770	0,461-6,793
	E.Civil=2	0,098	0,669	0,021	1	0,884	1,103	0,297-4,090
	E.Civil=3	0,336	0,714	0,221	1	0,638	1,400	0,345-5,675
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	0,043	0,289	0,022	1	0,883	1,043	0,593-1,837
	Residencia=2	-0,118	0,305	0,149	1	0,700	0,889	0,489-1,617
	Residencia=3	-0,088	0,122	0,518	1	0,472	0,916	0,721-1,164
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habilit.=1	-0,660	0,561	1,386	1	0,239	0,517	0,172-1,551
	Habilit.=2	-0,613	0,561	1,194	1	0,274	0,542	0,180-1,627
	Habilit.=3	-0,026	0,562	0,002	1	0,963	0,974	0,324-2,929
	Habilit.=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,431	0,164	6,893	1	0,009	0,650	0,471-0,897
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,383	0,205	3,477	1	0,062	1,467	0,981-2,193
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Professores/Educadores/Vedetas/Modelos Mediáticos (Modelo 2)	Intercepção	-1,164	1,010	1,328	1	0,249	-----	-----
	Idade	0,007	0,007	0,981	1	0,322	1,007	0,993-1,022
	E.Civil=1	-0,067	0,597	0,013	1	0,910	0,935	0,290-3,015
	E.Civil=2	-0,415	0,575	0,521	1	0,470	0,660	0,214-2,037
	E.Civil=3	-0,429	0,635	0,457	1	0,499	0,651	0,187-2,261
	E.Civil=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residencia=1	-0,026	0,326	0,006	1	0,937	0,975	0,515-1,845
	Residencia=2	-0,753	0,420	3,204	1	0,073	0,471	0,207-1,074
	Residencia=3	0,214	0,125	2,916	1	0,088	1,239	0,969-1,584
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Habilit.=1	0,320	0,722	0,196	1	0,658	1,377	0,334-5,671
	Habilit.=2	0,310	0,723	0,183	1	0,669	1,363	0,330-5,624
	Habilit.=3	0,356	0,728	0,240	1	0,624	1,428	0,343-5,944
	Habilit.=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	0,035	0,184	0,036	1	0,849	1,036	0,722-1,486
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,609	0,245	6,192	1	0,013	1,838	1,138-2,969
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

Anexo LXXX

Tabela 93 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência da opinião dos inquiridos sobre qual a pessoa com que o adolescente fala mais facilmente de sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	41,12	39,04	39,04
2	0,14	0,01	32,31	30,68	69,72
...	...	...	...		...
Total	-----	-----	105,33	-----	100%

Anexo LXXXI

Tabela 95 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros segundo a Sub-região de Saúde.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,23	0,05	90,37	51,95	51,95
2	0,17	0,03	48,20	27,71	79,66
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	173,95	-----	100%

Anexo LXXXII

Tabela 96 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos segundo a Região de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	50,72	60,80	60,80
2	0,12	0,01	23,40	28,05	88,84
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	83,43	-----	100%

Anexo LXXXIII

Gráfico 40 – Análise de Correspondências Simples entre o contexto de início da actividade sexual dos enfermeiros inquiridos segundo a Região de Saúde

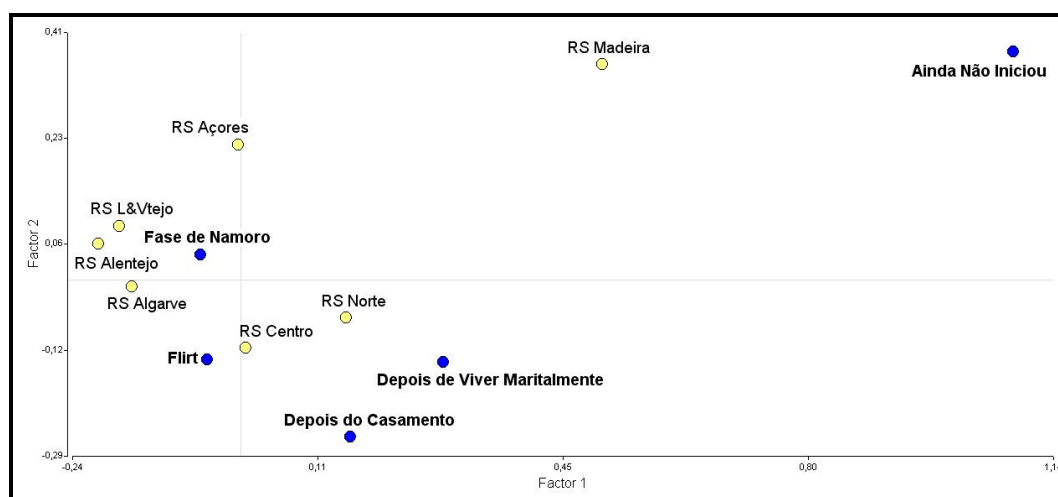
**Anexo LXXXIV**

Tabela 99 – Tabela de frequências da existência de conhecimentos sobre sexualidade no início da actividade sexual do enfermeiro segundo as Regiões de Saúde.

Regiões de Saúde	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	435	87,9%	60	12,1%	495	100,0%
RS Centro	410	93,0%	31	7,0%	441	100,0%
RS L.V. Tejo	314	88,0%	43	12,0%	357	100,0%
RS Alentejo	185	83,3%	37	16,7%	222	100,0%
RS Algarve	55	82,1%	12	17,9%	67	100,0%
RS Açores	52	94,5%	3	5,5%	55	100,0%
RS Madeira	59	90,8%	6	9,2%	65	100,0%
Total Geral	1510	88,7%	192	11,3%	1702	100,0%

Anexo LXXXV

Tabela 299 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a existência de conhecimentos quando iniciou a actividade sexual em função da idade, local de residência, habilitações, formação base sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,55	0,30	2769,68	12,23	12,23
2	0,51	0,26	2415,49	10,67	22,90
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	22637,85	-----	100%

Anexo LXXXVI

Tabela 301 – Regressão logística da existência de conhecimentos sobre sexualidade aquando da iniciação sexual em função da idade, local de residência, habilitações literárias, formação sobre sexualidade obtida no curso base e contexto de iniciação sexual.

VD – Existência de Conhecimentos Sobre Sexualidade Na Iniciação Sexual							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	30,619	3	0,000	-----	-----
Idade(1)	1,085	0,240	20,441	1	0,000	2,961	1,850-4,740
Idade(2)	1,067	0,230	21,610	1	0,000	2,908	1,854-4,560
Idade(3)	0,453	0,207	4,796	1	0,029	1,573	1,049-2,360
Residência	-----	-----	1,813	3	0,612	-----	-----
Residência(1)	0,086	0,448	0,037	1	0,847	1,090	0,453-2,624
Residência(2)	0,754	0,620	1,480	1	0,224	2,126	0,631-7,169
Residência(3)	0,117	0,161	0,529	1	0,467	1,125	0,820-1,543
Form.Base.Sex (1)	-0,266	0,181	2,149	1	0,143	0,767	0,537-1,094
Cont.Ini.Sexual	-----	-----	24,704	3	0,000	-----	-----
Cont.Ini.Sexual(1)	-1,493	0,359	17,319	1	0,000	0,225	0,111-0,454
Cont.Ini.Sexual(2)	-0,039	0,232	0,028	1	0,866	0,962	0,610-1,516
Cont.Ini.Sexual(3)	0,363	0,567	0,409	1	0,522	1,437	0,473-4,365
Intercepção	1,678	0,267	39,548	1	0,000	5,355	-----

Categorias de Referência (VD: Sim; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira;
Formação base sobre sexualidade: Não; Contexto de iniciação sexual: Flirt)

Anexo LXXXVII

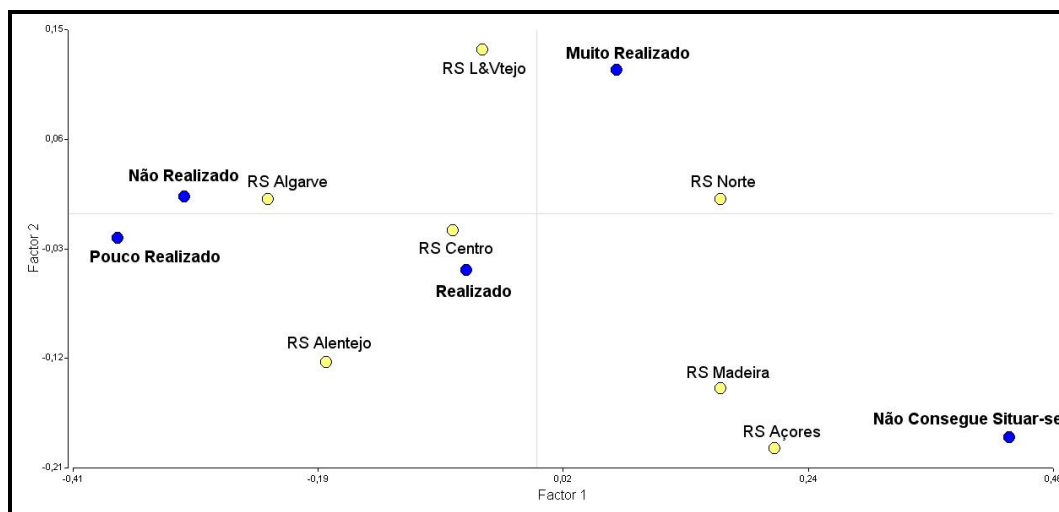
Tabela 104 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o nível de realização sexual dos enfermeiros inquiridos e a Sub-região de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,18	0,03	53,46	41,03	41,03
2	0,16	0,03	43,61	33,47	74,50
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	130,29	-----	100%

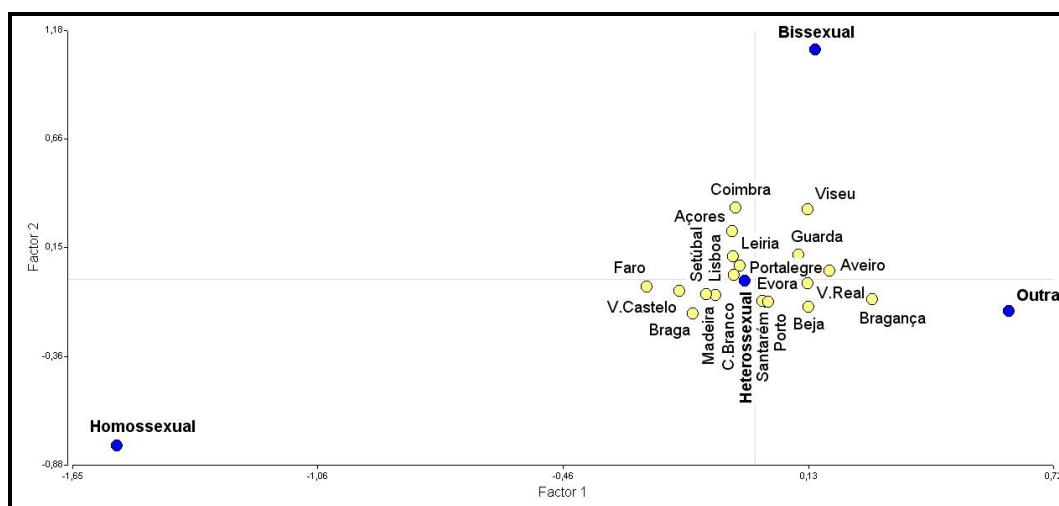
Anexo LXXXVIII

Tabela 105 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o nível de realização sexual dos enfermeiros e a Região de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,14	0,02	32,64	59,21	59,21
2	0,19	0,01	13,60	24,67	83,88
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	55,13	-----	100%

Anexo LXXXIX**Gráfico 44 – Análise de Correspondências Simples entre o nível de realização sexual dos enfermeiros e a região****Anexo XC****Tabela 107 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a orientação sexual dos enfermeiros e a Sub-região de Saúde**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	32,68	40,17	40,17
2	0,13	0,02	27,45	35,95	76,11
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	76,38	-----	100%

Anexo XCI**Gráfico 45 – Análise de Correspondências Simples entre a orientação sexual dos enfermeiros e a Sub-região de Saúde**

Anexo XCII

Tabela 108 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a orientação sexual dos enfermeiros inquiridos e a Região de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,09	0,01	14,72	42,91	42,91
2	0,09	0,01	12,60	36,73	79,65
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	34,29	-----	100%

Anexo XCIII

Tabela 110 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos inquiridos sobre se uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa quando comparada com qualquer outra e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	61,79	61,63	61,63
2	0,15	0,02	38,46	38,37	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	100,25	-----	100%

Anexo XCIV

Tabela 111 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião sobre o amor de uma relação homossexual quando comparada com qualquer outra e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,12	0,01	24,18	67,65	67,65
2	0,08	0,01	11,57	32,35	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	35,75	-----	100%

Anexo XCV

Gráfico 48 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião sobre o amor de uma relação homossexual quando comparada com qualquer outra e as Regiões de Saúde

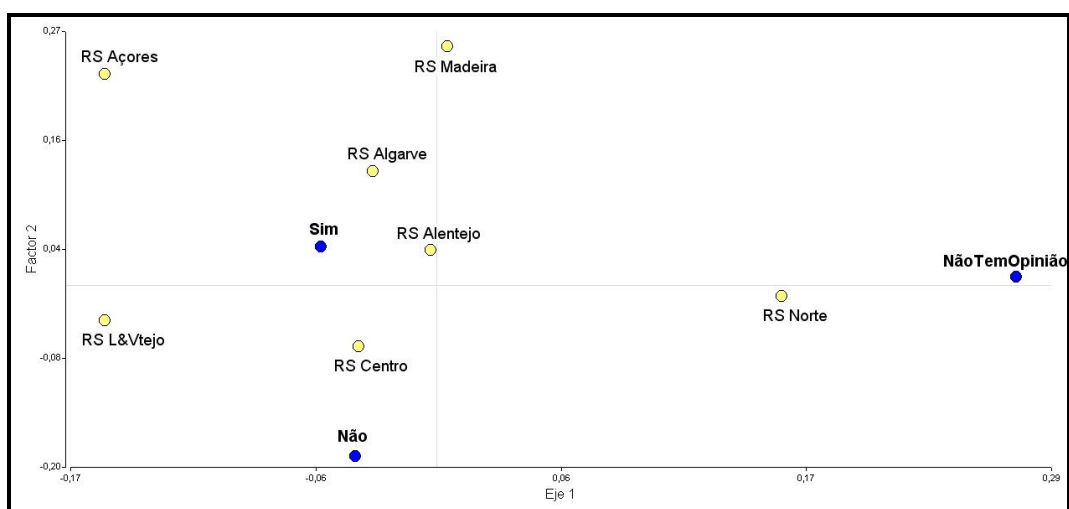
**Anexo XCVI**

Tabela 303 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a opinião sobre a normalidade de uma relação homossexual em função da realização sexual pessoal e da orientação sexual

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,66	0,44	2326,71	14,62	14,62
2	0,60	0,35	1879,40	11,81	26,43
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	15915,69	-----	100%

Anexo XCVII

Tabela 304 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião sobre a normalidade de uma relação homossexual, a realização sexual pessoal e a orientação sexual

VD – Normalidade de Uma Relação Homossexual			
Variáveis Independentes	Não	Sim	Testes
• <i>Realização Sexual Pessoal</i>			
Muito Realizado(a)	18,2%	81,8%	$\chi^2=0,736$; g.l.=4; P=0,946 ns
Realizado(a)	19,6%	80,4%	
Pouco Realizado(a)	20,9%	79,1%	
Não Realizado	22,2%	77,8%	
Não Consegue Situar-se	21,3%	78,8%	
<i>Total</i>	19,3%	80,7%	
• <i>Orientação Sexual</i>			
Heterossexual	18,8%	81,2%	$\chi^2=8,183$; g.l.=3; P<0,050
Bissexual	37,5%	62,5%	
Homossexual	0,0%	100,0%	
Outra	31,7%	68,3%	
<i>Total</i>	19,3%	80,7%	

Anexo XCVIII

Tabela 306 – Regressão logística da normalidade de uma relação homossexual em função da realização sexual pessoal e da orientação sexual (Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Normalidade de uma relação homossexual							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Orient. Sexual	-----	-----	8,872	3	0,031	-----	-----
Orient. Sexual(1)	1,030	0,433	5,659	1	0,017	2,801	1,199-6,545
Orient. Sexual(2)	0,069	0,670	0,011	1	0,918	1,071	0,288-3,985
Orient. Sexual(3)	20,761	28420,7	0,000	1	0,999	0,000	0,000-0,000
Intercepção	0,442	0,427	1,069	1	0,301	1,556	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Realização Sexual: Não Realizado; Orientação Sexual: Heterossexual)

Anexo XCIX

Tabela 116 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o nível de esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,18	0,03	58,48	53,06	53,06
2	0,13	0,02	28,49	25,85	78,91
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	110,21	-----	100%

Anexo C

Tabela 113 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o nível de informação do adolescente sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,18	0,03	58,27	54,65	67,65
2	0,14	0,02	33,21	31,14	85,79
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	106,72	-----	100%

Anexo CI

Tabela 114 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos sobre o nível de informação do adolescente acerca da sexualidade e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,02	41,88	83,26	83,26
2	0,06	0,003	5,69	11,33	94,69
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	50,23	-----	100%

Anexo CII

Gráfico 49 – Análise de Correspondências Simples entre o nível de informação do adolescente sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

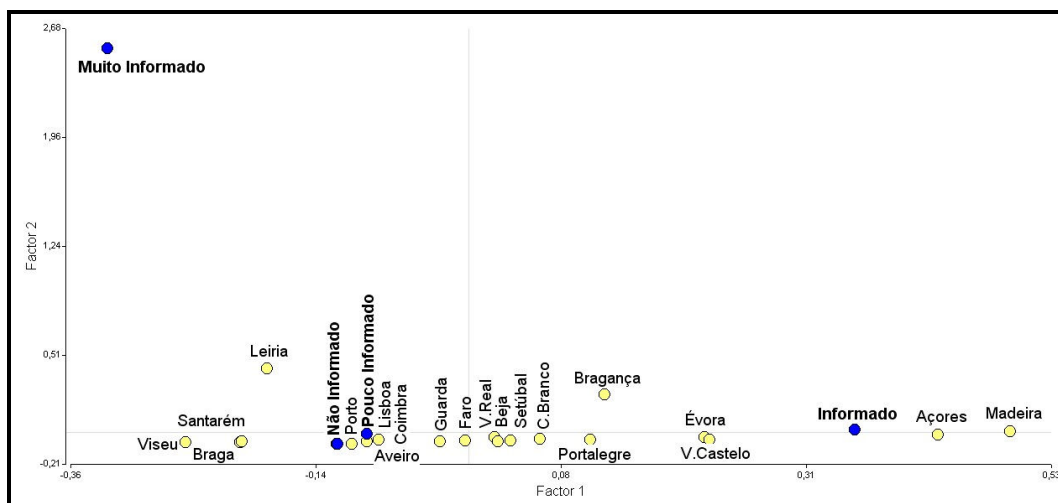
**Anexo CIII**

Tabela 307 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a opinião sobre a informação do adolescente sobre sexualidade em função do local de residência, da formação específica para lidar com adolescentes, da formação específica sobre sexualidade e a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,56	0,31	2898,27	17,25	17,25
2	0,48	0,23	2177,39	12,96	30,21
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	16800,22	-----	100%

Anexo CIV

Tabela 308 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião sobre a informação do adolescente sobre sexualidade, o local de residência, a formação específica para lidar com adolescentes e sobre sexualidade e a existência de conhecimentos aquando da iniciação sexual.

VD – Opinião Sobre A Informação do Adolescente Sobre Sexualidade					
Variáveis Independentes	A	B	C	D	Testes
• Local de Residência					
Madeira	0,0%	41,1%	58,9%	0,0%	$\chi^2=36,799$; g.l.=9; P<0,01 **
Açores	0,0%	38,6%	57,9%	3,5%	
Interior	0,2%	22,4%	72,9%	4,5%	
Litoral	0,4%	16,9%	78,0%	4,7%	
Total	0,3%	21,2%	74,2%	4,4%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes					
Sim	0,3%	23,9%	71,1%	4,7%	$\chi^2=2,589$; g.l.=3; P=0,456 ns
Não	0,3%	20,4%	75,1%	4,3%	
Total	0,3%	21,2%	74,2%	4,4%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade					
Sim	0,0%	19,6%	76,4%	4,0%	$\chi^2=1,118$; g.l.=3; P=0,786 ns
Não	0,3%	21,4%	73,9%	4,4%	
Total	0,3%	21,2%	74,2%	4,4%	
• Existência de Conhecimentos Sobre Sexualidade /Iniciação Sexual					
Sim	0,2%	21,0%	75,0%	3,8%	$\chi^2=14,037$; g.l.=3; P<0,01 **
Não	1,0%	19,0%	71,3%	8,7%	
Total	0,3%	20,8%	74,6%	4,4%	

A – Muito Informado; B – Informado; C – Pouco Informado; D – Não Informado

Anexo CV

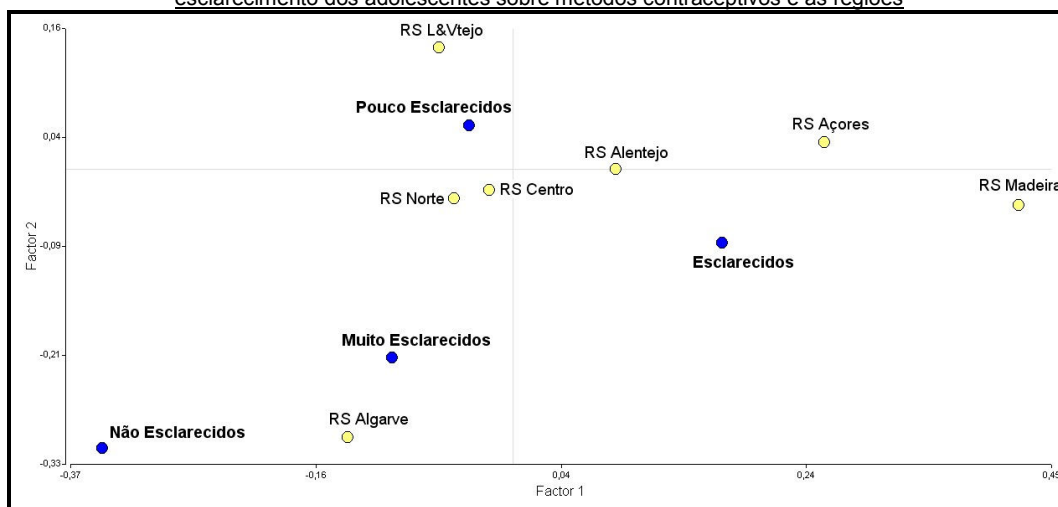
Tabela 116 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos sobre o nível de esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos e Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,18	0,03	58,48	53,06	53,06
2	0,13	0,02	28,49	25,85	78,91
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	110,21	-----	100%

Anexo CVI

Tabela 117 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o nível de esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,11	0,01	22,16	50,07	50,07
2	0,09	0,01	13,34	30,15	80,21
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	44,25	-----	100%

Anexo CVII**Gráfico 50 – Análise de Correspondências Simples entre o nível de esclarecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos e as regiões****Anexo CVIII****Tabela 310 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos, a idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade quando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes sobre sexualidade**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,58	0,38	3151,97	12,67	12,67
2	0,55	0,30	2847,31	11,45	24,12
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	24872,75	-----	100%

Anexo CIX**Tabela 311 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o esclarecimento dos adolescentes quanto ao uso de métodos contraceptivos, a idade, local de residência, existência de conhecimentos sobre sexualidade quando da iniciação sexual e a opinião sobre a informação dos adolescentes sobre sexualidade**

VD – Opinião Sobre O Esclarecimento Quanto Ao Uso de Métodos Contraceptivos			
Variáveis Independentes	N	Média Ordens	Testes
• <i>Idade</i>			
22 – 30 anos	160	639,26	$\chi^2=6,647$; g.l.=3; P=0,084 ns
31 – 37 anos	305	606,29	
38 – 43 anos	303	581,52	
44 – 68 anos	422	581,15	
• <i>Local de Residência</i>			
Madeira	73	1016,35	$\chi^2=23,747$; g.l.=3; P<0,001 ***
Açores	57	967,58	
Interior	804	887,00	
Litoral	801	828,32	
• <i>Existência de Conhecimentos Sobre Sexualidade / Iniciação Sexual</i>			
Sim	195	833,92	Z=-0,748; P=0,455 ns
Não	1511	856,03	
• <i>Opinião sobre a Informação do Adolescente Sobre Sexualidade</i>			
Não Informado	76	384,62	$\chi^2=513,557$; g.l.=3; P<0,001 ***
Pouco Informado	1287	786,77	
Informado	367	1243,03	
Muito Informado	5	1596,90	

Anexo CX

Tabela 119 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião sobre os adolescentes que mais recorrem a métodos contraceptivos e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,23	0,05	88,12	77,31	77,31
2	0,12	0,01	25,87	22,69	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	113,99	-----	100%

Anexo CXI

Gráfico 51 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião sobre os adolescentes que mais recorrem a métodos contraceptivos e as Sub-regiões de Saúde

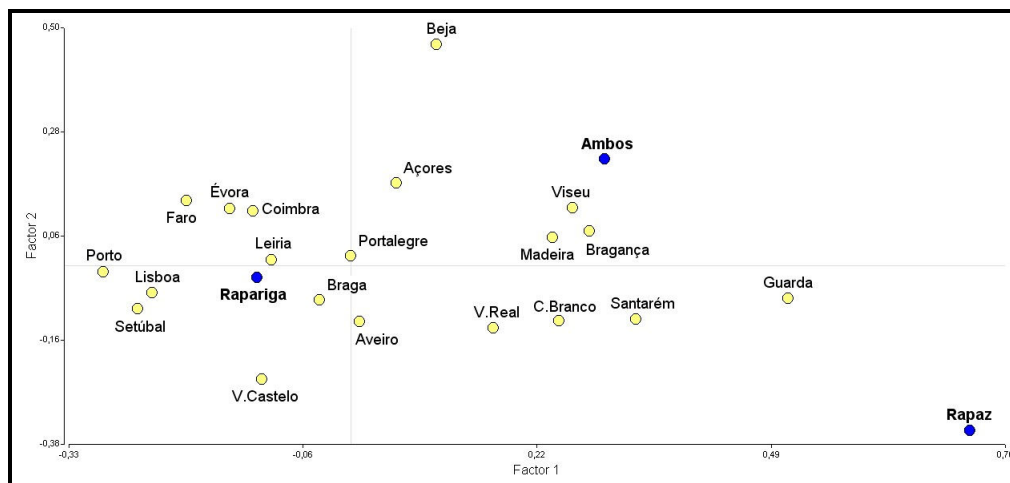
**Anexo CXII**

Tabela 120 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos sobre quais os adolescentes que mais recorrem aos métodos contraceptivos e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,09	0,01	15,02	56,17	56,17
2	0,08	0,01	11,72	43,83	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	26,73	-----	100%

Anexo CXIII

Tabela 122 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos sobre qual o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,03	60,03	51,66	51,66
2	0,14	0,02	35,38	30,45	82,11
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	116,20	-----	100%

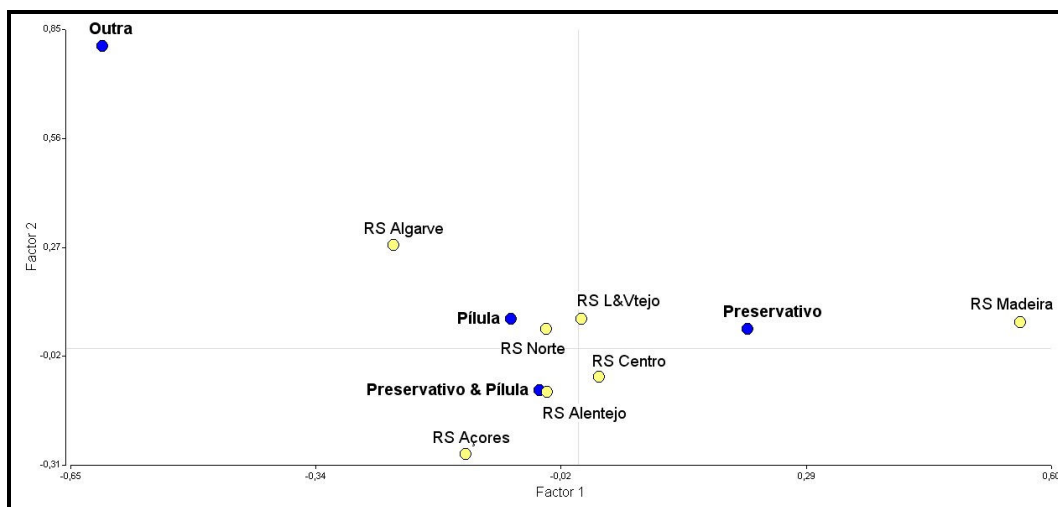
Anexo CXIV

Tabela 123 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	29,67	52,94	52,94
2	0,11	0,01	19,14	34,16	87,10
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	116,20	-----	100%

Anexo CXV

Gráfico 52 – Análise de Correspondências Simples entre método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes e as Regiões de Saúde



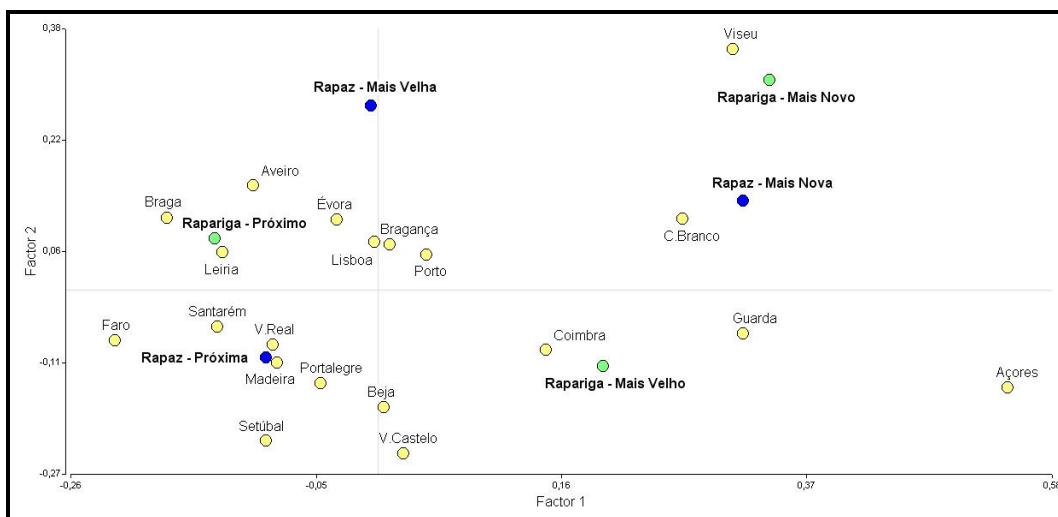
Anexo CXVI

Tabela 125 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos e a idade do parceiro de iniciação sexual por Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	92,32	54,15	54,15
2	0,12	0,01	49,95	29,30	83,45
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	170,48	-----	100%

Anexo CXVII

Gráfico 53 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos e a idade do parceiro de iniciação sexual do adolescente por Sub-regiões de Saúde



Anexo CXVIII**Tabela 126 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a idade do parceiro de iniciação sexual e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,12	0,01	49,52	73,27	73,27
2	0,06	0,003	11,84	17,52	90,72
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	67,59	-----	100%

Anexo CXIX**Tabela 354 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre da idade comparada com que os adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,49	0,24	3122,63	10,31	10,31
2	0,46	0,21	2806,53	9,27	19,58
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	30283,34	-----	100%

Anexo CXX**Tabela 355 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a idade relativa do parceiro com que as raparigas adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.**

VD – Idade relativa do parceiro com que as adolescentes se iniciam sexualmente				
Variáveis Independentes	A	B	C	Testes
• Idade				
22 – 30 anos	48,8%	0,0%	51,2%	$\chi^2=49,665$; g.l.=6; P<0,001 ***
31 – 37 anos	45,7%	0,4%	53,9%	
38 – 43 anos	39,8%	1,0%	59,2%	
44 – 68 anos	28,0%	1,5%	70,5%	
Total	41,2%	0,7%	58,2%	
• Local de Residência				
Madeira	41,1%	0,0%	58,9%	$\chi^2=39,967$; g.l.=6; P<0,01 **
Açores	73,7%	0,0%	26,3%	
Interior	42,7%	1,0%	56,3%	
Litoral	37,3%	0,5%	62,2%	
Total	41,2%	0,7%	58,2%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes				
Sim	44,5%	0,3%	55,3%	$\chi^2=3,296$; g.l.=2; P=0,202 ns
Não	40,2%	0,8%	59,0%	
Total	41,2%	0,7%	58,2%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade				
Sim	41,7%	0,0%	58,3%	$\chi^2=1,572$; g.l.=2; P=0,531 ns
Não	41,1%	0,8%	58,1%	
Total	41,2%	0,7%	58,2%	
• Contexto de Iniciação Sexual				
Num Flirt	51,7%	0,0%	48,3%	$\chi^2=24,423$; g.l.=8; P<0,01 **
Na Fase de Namoro	41,0%	0,4%	58,7%	
Depois/Viver Maritalmente	30,2%	4,7%	65,1%	
Depois/Casamento	41,3%	2,3%	56,3%	
Ainda Não Iniciou	40,6%	0,0%	59,4%	
Total	41,1%	0,7%	58,2%	

A – Parceiro Mais Velho; B – Parceiro Mais Novo; C – Parceiro próximo da sua idade

Anexo CXXI

Tabela 356 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a idade relativa da parceira com que os rapazes adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade, local de residência, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.

VD – Idade relativa da parceira com que os adolescentes se iniciam sexualmente

Variáveis Independentes	A	B	C	Testes
• Idade				
22 – 30 anos	16,8%	26,0%	57,2%	$\chi^2=25,806$; g.l.=6; P<0,01 **
31 – 37 anos	16,0%	17,1%	66,9%	
38 – 43 anos	10,7%	20,6%	68,7%	
44 – 68 anos	12,5%	17,6%	70,0%	
Total	14,2%	20,4%	65,4%	
• Local de Residência				
Madeira	11,0%	15,1%	74,0%	$\chi^2=15,864$; g.l.=6; P<0,05 *
Açores	10,5%	38,6%	50,9%	
Interior	14,4%	21,3%	64,3%	
Litoral	14,5%	18,7%	66,8%	
Total	14,2%	20,4%	65,4%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes				
Sim	12,9%	19,2%	67,9%	$\chi^2=1,361$; g.l.=2; P=0,505 ns
Não	14,5%	20,7%	64,7%	
Total	14,2%	20,4%	65,4%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade				
Sim	13,1%	15,6%	71,4%	$\chi^2=3,974$; g.l.=2; P=0,138 ns
Não	14,3%	21,0%	64,6%	
Total	14,2%	20,4%	65,4%	
• Contexto de Iniciação Sexual				
Num Flirt	13,3%	36,7%	50,0%	$\chi^2=22,797$; g.l.=8; P<0,01 **
Na Fase de Namoro	14,1%	19,3%	66,5%	
Depois/Viver Maritalmente	7,0%	14,0%	79,1%	
Depois/Casamento	17,4%	24,9%	57,7%	
Ainda Não Iniciou	6,3%	15,6%	78,1%	
Total	14,2%	20,4%	65,4%	

A – Parceiro Mais Velho; B – Parceiro Mais Novo; C – Parceiro próximo da sua idade

Anexo CXXII

Tabela 358 – Regressão multinomial entre a idade relativa da parceira com que os rapazes adolescentes se iniciam sexualmente em função da idade e contexto de iniciação sexual do enfermeiro

VD – Considera que as raparigas adolescentes se iniciam sexualmente com:

Sexo / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Parceira mais nova (Modelo 1)	Intercepção	-2,229	0,530	17,709	1	0,000	-----	-----
	Idade=1	0,778	0,189	16,901	1	0,000	2,177	1,503-3,155
	Idade=2	0,178	0,195	0,834	1	0,361	1,195	0,815-1,752
	Idade=3	0,322	0,193	2,790	1	0,095	1,380	0,946-2,013
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residência=1	-0,258	0,349	0,549	1	0,459	0,772	0,390-1,530
	Residência=2	0,943	0,302	9,774	1	0,002	2,568	1,422-4,639
	Residência=3	0,130	0,130	1,011	1	0,315	1,139	0,884-1,469
	Residência=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	ContextIniSex=1	1,453	0,579	6,296	1	0,012	4,275	1,374-13,299
	ContextIniSex=2	0,526	0,507	1,076	1	0,300	1,692	0,626-4,569
	ContextIniSex=3	0,221	0,674	0,107	1	0,743	1,247	0,333-4,674
	ContextIniSex=4	1,151	0,537	4,599	1	0,032	3,162	1,104-9,054
	ContextIniSex=5	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Parceira mais velhas (Modelo 2)	Intercepção	-2,967	0,765	15,064	1	0,000	-----	-----
	Idade=1	0,698	0,218	10,242	1	0,001	2,010	1,311-3,082
	Idade=2	0,454	0,214	4,492	1	0,034	1,574	1,035-2,394
	Idade=3	0,001	0,234	0,000	1	0,995	1,001	0,633-1,585
	Idade=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	Residência=1	-0,329	0,398	0,684	1	0,408	0,720	0,330-1,569
	Residência=2	-0,114	0,462	0,060	1	0,806	0,893	0,361-2,209
	Residência=3	0,005	0,146	0,001	1	0,975	1,005	0,754-1,339
	Residência=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	ContextIniSex=1	1,320	0,843	2,453	1	0,117	3,745	0,718-19,541
	ContextIniSex=2	1,073	0,745	2,077	1	0,150	2,924	0,680-12,583
	ContextIniSex=3	0,393	0,958	0,169	1	0,681	1,482	0,227-9,684
	ContextIniSex=4	1,650	0,771	4,579	1	0,032	5,208	1,149-23,606
	ContextIniSex=5	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

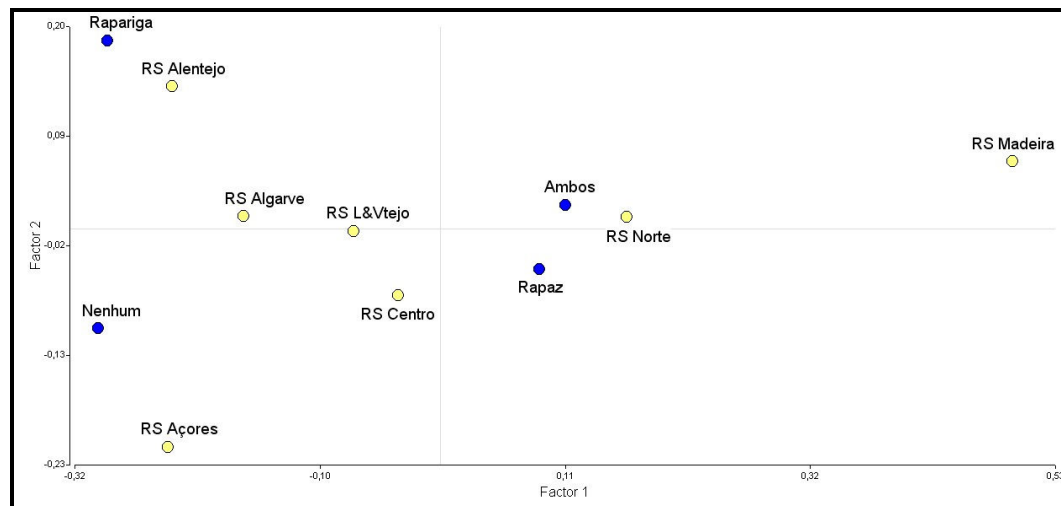
Anexo CXXIII

Tabela 129 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos inquiridos sobre qual o sexo dos jovens mais promíscuos por Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	50,59	80,15	80,15
2	0,07	0,01	9,37	14,84	94,99
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	63,12	-----	100%

Anexo CXXIV

Gráfico 59 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião dos inquiridos sobre qual o sexo dos jovens mais promíscuos na esfera da sexualidade segundo as Regiões de Saúde



Anexo CXXV

Tabela 128 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o sexo dos jovens mais promíscuos e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,23	0,06	101,97	65,37	65,37
2	0,13	0,02	28,65	18,37	83,74
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	155,99	-----	100%

Anexo CXXVI

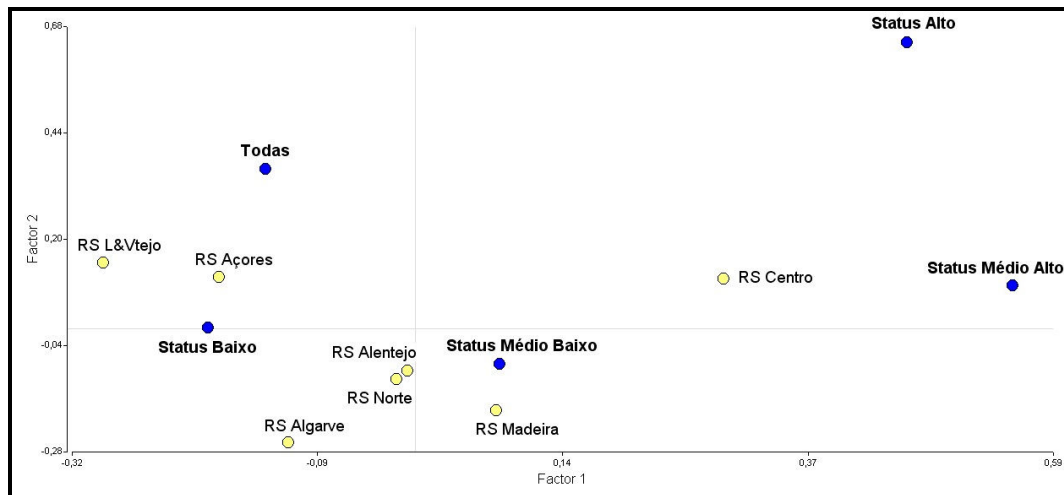
Tabela 131 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre o status onde ocorrem mais frequentemente as gravidezes não planeadas na adolescência segundo as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,25	0,06	108,23	44,61	44,61
2	0,22	0,05	86,92	35,83	80,45
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	242,59	-----	100%

Anexo CXXVII

Tabela 132 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o status das gravidezes não planeadas e as Regiões de Saúde

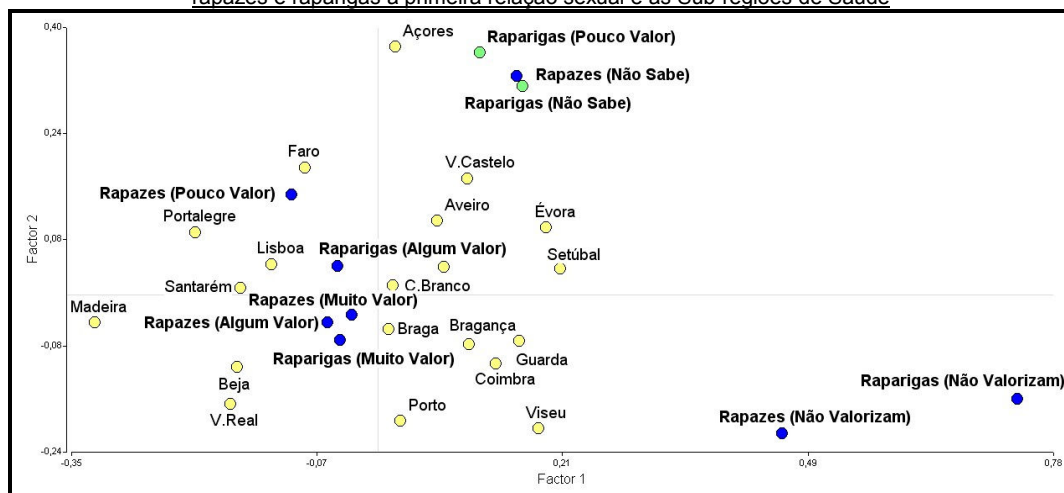
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	70,46	65,43	65,43
2	0,13	0,02	30,12	27,97	93,40
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	107,68	-----	100%

Anexo CXXVIII**Gráfico 54 – Análise de Correspondências Simples entre o *status* das gravidezes não planeadas e as regiões de Saúde****Anexo CXXIX****Tabela 313 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a aprendizagem da sexualidade em função do estado civil, habilitações académicas e formação específica sobre sexualidade**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,58	0,33	2388,25	16,74	16,74
2	0,52	0,27	1921,60	13,47	30,20
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	14270,82	-----	100%

Anexo CXXX**Tabela 135 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência sobre a opinião dos enfermeiros acerca do valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual por Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,14	0,02	70,22	28,29	28,29
2	0,13	0,02	55,62	22,41	50,70
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	248,21	-----	100%

Anexo CXXXI**Gráfico 55 – Análise de Correspondências Simples sobre a opinião dos enfermeiros acerca do valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual e as Sub-regiões de Saúde**

Anexo CXXXII

Tabela 136 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o valor atribuído pelos rapazes e raparigas à primeira relação sexual e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,11	0,01	43,21	41,19	41,19
2	0,10	0,01	34,63	33,01	74,20
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	104,90	-----	100%

Anexo CXXXIII

Tabela 315 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,51	0,26	4325,88	10,32	10,32
2	0,47	0,22	3633,41	8,67	18,98
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	41925,34	-----	100%

Anexo CXXXIV

Tabela 316 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o valor que as raparigas adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes a obtenção

VD – Valor que as raparigas adolescentes dão à primeira relação sexual			
Variáveis Independentes	N	Média Ordens	Testes
• Idade			
22 – 30 anos	451	871,92	$\chi^2=26,653$; g.l.=3; P<0,001 ***
31 – 37 anos	451	810,40	
38 – 43 anos	371	810,96	
44 – 68 anos	348	732,86	
• Sexo			
Masculino	117	881,88	Z=-2,068 ; P<0,05 *
Feminino	1504	805,49	
• Local de Residência			
Madeira	73	873,56	$\chi^2=2,222$; g.l.=3; P=0,528 ns
Açores	48	831,60	
Interior	760	806,02	
Litoral	740	808,61	
• Habilitações			
CGE&Bacharelato	530	762,29	$\chi^2=13,445$; g.l.=3; P<0,01 *
Licenciatura	772	829,24	
Especialidade	302	844,94	
Mestrado	17	898,18	
• Tipo de Instituição Frequentada			
Pública	1282	803,50	Z=-1,525 ; P=0,127 ns
Privada	339	839,35	
• Filhos Adolescentes			
Sim	460	792,41	Z=-1,224 ; P=0,221 ns
Não	1161	818,36	

Anexo CXXXV

Tabela 319 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o valor que os rapazes adolescentes dão à primeira relação sexual e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição frequentada e existência de filhos adolescentes

VD – Valor que os rapazes adolescentes dão à primeira relação sexual			
Variáveis Independentes	N	Média Ordens	Testes
• <i>Idade</i>			
22 – 30 anos	447	810,23	$\chi^2=13,137$; g.l.=3; P<0,01 **
31 – 37 anos	447	809,41	
38 – 43 anos	368	848,19	
44 – 68 anos	342	734,20	
• <i>Sexo</i>			
Masculino	117	919,07	Z=-3,056; P<0,01 **
Feminino	1487	793,33	
• <i>Local de Residência</i>			
Madeira	73	795,33	$\chi^2=1,038$; g.l.=3; P=0,792 ns
Açores	48	743,23	
Interior	749	807,42	
Litoral	734	802,07	
• <i>Habilitações</i>			
CGE & Bacharelato	520	766,43	$\chi^2=12,557$; g.l.=3; P<0,01 *
Licenciatura	766	797,46	
Especialidade	301	872,71	
Mestrado	17	889,79	
• <i>Tipo de Instituição Frequentada</i>			
Pública	1269	807,07	Z=-0,831; P=0,406 ns
Privada	335	785,19	
• <i>Filhos Adolescentes</i>			
Sim	454	806,32	Z=-0,224; P<0,823 ns
Não	1150	800,99	

Anexo CXXXVI

Tabela 138 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência relativa à opinião dos enfermeiros sobre qual o sexo do jovem adolescente que atribui maior significado à primeira relação sexual e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	40,51	43,02	43,02
2	0,13	0,02	28,97	30,76	73,78
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	94,17	-----	100%

Anexo CXXXVII

Tabela 139 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o do sexo do jovem adolescente que atribui maior significado a primeira relação sexual e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,09	0,01	15,07	44,46	44,46
2	0,08	0,01	11,55	34,06	78,52
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	33,90	-----	100%

Anexo CXXXVIII

Gráfico 55 – Análise de Correspondências Simples entre o do sexo do jovem adolescente que atribui maior significado a primeira relação sexual e as Regiões de Saúde

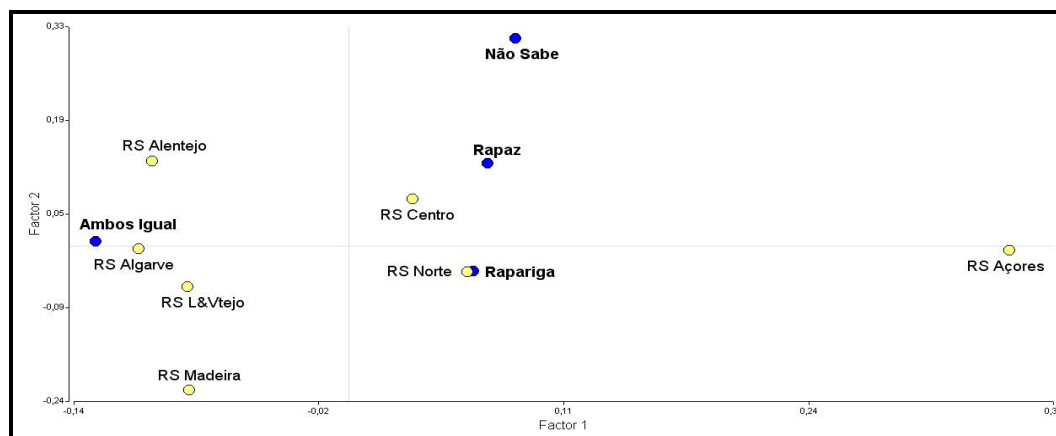
**Anexo CXXXIX**

Tabela 321 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre o sexo para o qual a primeira relação sexual tem mais significado em função da idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,50	0,25	2746,56	10,79	10,79
2	0,45	0,20	2192,67	8,62	19,41
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	25448,12	-----	100%

Anexo CXL

Tabela 322 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o sexo para o qual a primeira relação sexual tem mais significado, a idade, sexo, estado civil, local de residência e formação específica sobre sexualidade.

VD – Opinião Sobre A Informação do Adolescente Sobre Sexualidade					
Variáveis Independentes	A	B	C	D	Testes
• Idade					
22 – 30 anos	1,9%	67,7%	27,7%	2,6%	$\chi^2=49,939$; g.l.=9; P<0,001***
31 – 37 anos	3,8%	58,5%	33,7%	4,0%	
38 – 43 anos	3,0%	50,7%	40,5%	5,7%	
44 – 68 anos	3,3%	53,2%	33,6%	9,9%	
Total	3,0%	58,0%	33,7%	5,4%	
• Sexo					
Masculino	6,8%	58,1%	34,2%	0,9%	$\chi^2=10,936$; g.l.=3; P<0,05 *
Feminino	2,7%	58,0%	33,6%	5,7%	
Total	3,0%	58,0%	33,7%	5,4%	
• Estado Civil					
Solteiro	1,5%	62,1%	33,1%	3,3%	$\chi^2=25,424$; g.l.=9; P<0,01 **
Casado	3,3%	56,9%	33,9%	5,8%	
Divorciado	2,6%	60,3%	34,6%	2,6%	
Viúvo	11,8%	47,1%	17,6%	23,5%	
Total	3,0%	58,0%	33,7%	5,4%	
• Local de Residência					
Madeira	2,7%	60,3%	37,0%	0,0%	$\chi^2=12,221$; g.l.=9; P=0,198 ns
Açores	3,5%	71,9%	17,5%	7,0%	
Interior	3,2%	57,3%	33,5%	6,0%	
Litoral	2,7%	57,4%	34,7%	5,1%	
Total	3,0%	58,0%	33,7%	5,4%	
• Formação Específica sobre Sexualidade					
Sim	2,0%	51,3%	43,2%	3,5%	$\chi^2=10,007$; g.l.=3; P<0,05 *
Não	3,1%	58,9%	32,4%	5,6%	
Total	3,0%	58,0%	33,7%	5,4%	

A – Para o rapaz; B – Para a rapariga; C – Ambos os sexos; D – Não Sabe

Anexo CXLI

Tabela 141 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião do enfermeiro sobre a masturbação na adolescência e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	73,64	43,28	43,28
2	0,12	0,02	43,46	25,54	68,82
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	170,15	-----	100%

Anexo CXLII

Gráfico 66 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião do enfermeiro sobre a masturbação na adolescência e as Sub-regiões de Saúde

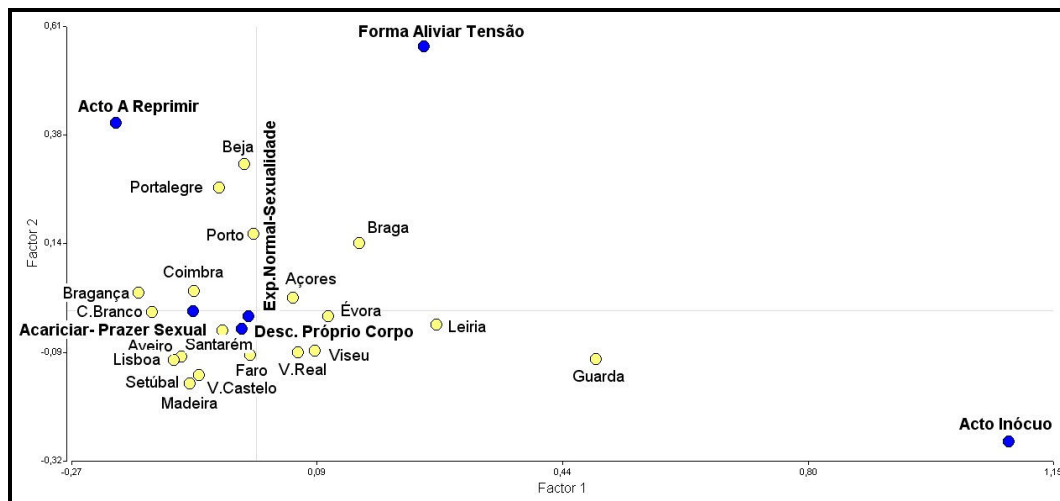
**Anexo CXLIII**

Tabela 142 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência relativa à opinião dos enfermeiros sobre a masturbação na adolescência e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	29,41	52,18	52,18
2	0,07	0,01	15,92	28,25	80,42
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	56,36	-----	100%

Anexo CXLIV

Tabela 324 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a opinião sobre a masturbação na adolescência e a idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,38	0,14	4087,05	11,19	11,19
2	0,34	0,12	3329,31	9,12	20,31
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	36516,93	-----	100%

Anexo CXLV**Tabela 325 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião sobre a masturbação na adolescência e a idade, sexo, estado civil, tipo de instituição, filhos adolescentes, formação e informação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.**

VD – Opinião sobre a masturbação na adolescência							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Idade							
22 – 30 anos	18,4%	36,9%	0,3%	1,1%	3,7%	39,6%	$\chi^2=36,850$; g.l.=15; P<0,01 **
31 – 37 anos	16,8%	40,8%	0,4%	0,8%	4,2%	37,0%	
38 – 43 anos	17,1%	42,8%	0,4%	2,7%	2,7%	34,3%	
44 – 68 anos	22,1%	35,8%	0,3%	3,0%	5,3%	33,5%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Sexo							
Masculino	19,2%	40,4%	1,0%	0,5%	11,6%	27,3%	$\chi^2=41,016$; g.l.=5; P<0,001 ***
Feminino	18,4%	39,0%	0,3%	1,9%	3,4%	37,0%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Estado Civil							
Solteiro	18,2%	39,0%	0,4%	2,0%	4,0%	36,5%	$\chi^2=5,685$; g.l.=15; P=0,985 ns
Casado	18,4%	38,9%	0,4%	1,7%	3,9%	36,7%	
Divorciado	20,8%	42,5%	0,0%	3,3%	4,2%	29,2%	
Viúvo	17,9%	42,9%	0,0%	3,6%	3,6%	32,1%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Tipo de Instituição							
Pública	18,5%	39,3%	0,4%	1,8%	4,2%	35,8%	$\chi^2=2,278$; g.l.=5; P=0,809 ns
Privada	18,4%	38,2%	0,3%	1,7%	3,1%	38,2%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Filhos Adolescentes							
Sim	18,3%	41,0%	0,2%	2,5%	3,6%	34,3%	$\chi^2=5,661$; g.l.=5; P=0,341 ns
Não	18,5%	38,3%	0,4%	1,6%	4,1%	37,1%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes							
Sim	15,8%	42,3%	0,2%	1,4%	2,9%	37,4%	$\chi^2=9,325$; g.l.=5; P=0,097 ns
Não	19,2%	38,2%	0,4%	1,9%	4,3%	36,0%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Obtenção de Informação Relevante Para Lidar Com Adolescentes							
Sim	16,9%	39,8%	0,4%	1,7%	3,6%	37,6%	$\chi^2=10,861$; g.l.=5; P=0,054 ns
Não	20,9%	38,0%	0,3%	2,0%	4,5%	34,3%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade							
Sim	17,1%	40,1%	1,2%	1,2%	3,2%	37,2%	$\chi^2=9,500$; g.l.=5; P=0,091 ns
Não	18,7%	39,0%	0,2%	1,9%	4,1%	36,2%	
Total	18,5%	39,1%	0,4%	1,8%	4,0%	36,3%	

A – Acariciar dos órgãos genitais; B – Expressão Normal da Sexualidade; C – Acto Que Se Deve Reprimir;
D – Acto Inócuo; E – Forma de Aliviar a Tensão Sexual; F – Forma de Descoberta Próprio Corpo

Anexo CXLVI**Tabela 144 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre em qual dos sexos a masturbação é mais frequente e as Sub-regiões de Saúde**

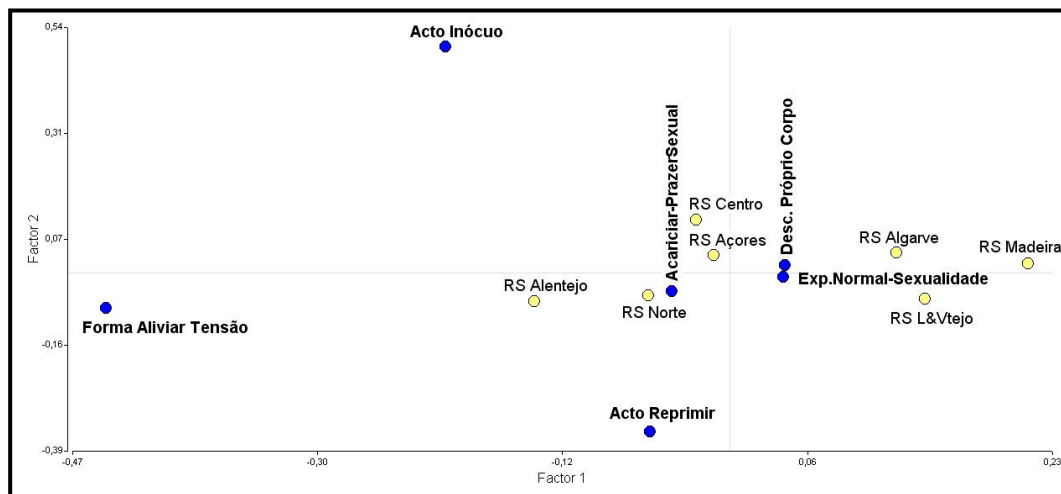
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	31,10	57,02	57,02
2	0,12	0,01	23,44	42,98	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	54,54	-----	100%

Anexo CXLVII**Tabela 142 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião do enfermeiro sobre a masturbação na adolescência e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	29,41	52,18	52,18
2	0,07	0,01	15,92	28,25	80,42
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	56,36	-----	100%

Anexo CXLVIII

Gráfico 67 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião do enfermeiro sobre a masturbação na adolescência e as Regiões de Saúde



Anexo CXLIX

Tabela 328 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a opinião sobre a associação da masturbação a um género e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,47	0,22	2381,49	11,16	11,16
2	0,44	0,19	2076,11	9,73	20,89
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	21340,39	-----	100%

Anexo CL

Tabela 329 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião sobre a associação da masturbação a um género e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição e formação específica sobre sexualidade.

VD – Opinião sobre a associação da masturbação a um género				
Variáveis Independentes	A	B	C	Testes
• Idade				
22 – 30 anos	0,6%	65,8%	33,5%	
31 – 37 anos	0,8%	62,1%	37,1%	
38 – 43 anos	0,5%	59,2%	40,3%	$\chi^2=4,803$; g.l.=6; P=0,575 ns
44 – 68 anos	0,5%	63,3%	36,2%	
Total	0,6%	62,7%	36,7%	
• Sexo				
Masculino	0,9%	65,0%	34,2%	
Feminino	0,6%	62,5%	36,9%	$\chi^2=0,411$; g.l.=2; P=0,860 ns
Total	0,6%	62,7%	36,7%	
• Local de Residência				
Madeira	1,4%	56,2%	42,5%	
Açores	0,0%	56,1%	43,9%	
Interior	1,0%	63,1%	35,9%	$\chi^2=7,093$; g.l.=6; P=0,312 ns
Litoral	0,2%	63,3%	36,5%	
Total	0,6%	62,7%	36,7%	
• Tipo de Instituição Frequentada				
Pública	0,6%	62,3%	37,0%	
Privada	0,6%	64,1%	35,3%	$\chi^2=0,370$; g.l.=2; P=0,855 ns
Total	0,6%	62,7%	36,7%	
• Formação Específica sobre Sexualidade				
Sim	0,5%	61,8%	37,7%	
Não	0,7%	62,8%	36,5%	$\chi^2=0,152$; g.l.=2; P=0,931 ns
Total	0,6%	62,7%	36,7%	

A – Na rapariga; B – No rapaz; C – Ambos os sexos

Anexo CLI

Tabela 146 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre a promoção da saúde sexual na adolescência e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,25	0,06	105,16	59,24	59,24
2	0,15	0,02	41,43	23,34	82,59
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	177,49	-----	100%

Anexo CLII

Gráfico 69 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a promoção da saúde sexual na adolescência e as Sub-regiões de Saúde

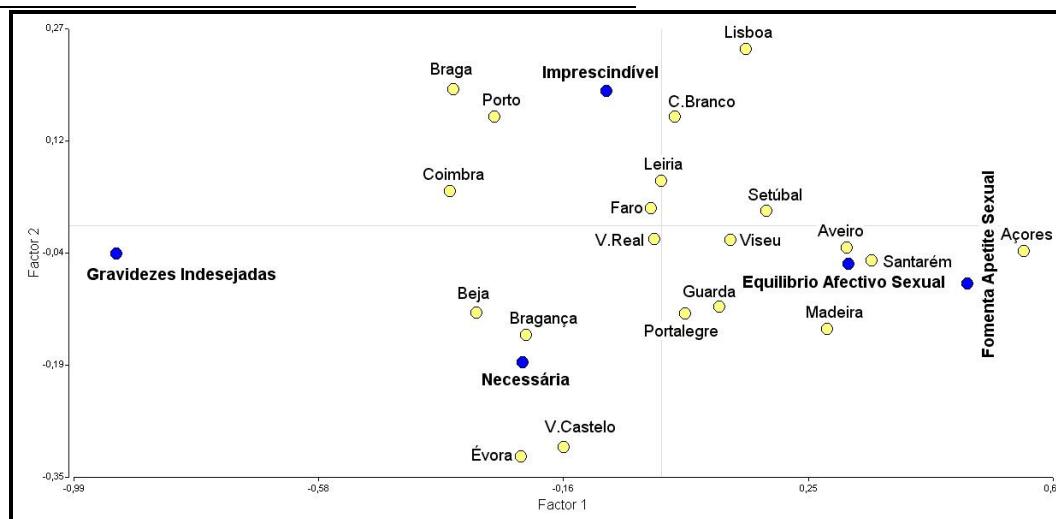
**Anexo CLIII**

Tabela 147 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião do enfermeiro sobre a promoção da saúde sexual na adolescência e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,21	0,04	76,70	80,70	80,70
2	0,09	0,01	14,98	15,76	96,46
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	95,05	-----	100%

Anexo CLIV

Tabela 330 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a opinião sobre as consequências em falar aos jovens sobre sexualidade e a idade, sexo, local de residência, tipo de instituição e formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,49	0,24	3090,52	12,72	12,72
2	0,43	0,18	2392,89	9,85	22,56
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	24301,76	-----	100%

Anexo CLV

Tabela 331 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a opinião dos enfermeiros sobre as consequências em falar aos jovens acerca da sexualidade e a idade, sexo, local de residência, tipo de escola frequentada, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Falar de sexualidade aos jovens adolescentes é incentivá-los a:					
Variáveis Independentes	A	B	C	D	Testes
• Idade					
22 – 30 anos	1,7%	43,0%	50,5%	4,7%	$\chi^2=30,279$; g.l.=9; P<0,01**
31 – 37 anos	0,2%	53,1%	41,3%	5,5%	
38 – 43 anos	1,2%	49,0%	45,5%	4,2%	
44 – 68 anos	2,8%	52,6%	43,1%	1,5%	
Total	1,4%	49,3%	45,2%	4,1%	
• Sexo					
Masculino	5,1%	44,4%	40,2%	10,3%	$\chi^2=24,753$; g.l.=3; P<0,001 ***
Feminino	1,2%	49,7%	45,5%	3,6%	
Total	1,4%	49,3%	45,2%	4,1%	
• Local de Residência					
Madeira	0,0%	65,8%	34,2%	0,0%	$\chi^2=28,250$; g.l.=9; P<0,01 **
Açores	1,8%	50,9%	47,4%	0,0%	
Interior	2,5%	45,6%	47,4%	4,5%	
Litoral	0,5%	51,4%	43,7%	4,4%	
Total	1,4%	49,3%	45,2%	4,1%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes					
Sim	1,8%	47,0%	43,8%	7,4%	$\chi^2=14,136$; g.l.=3; P<0,01 **
Não	1,3%	50,0%	45,5%	3,2%	
Total	1,4%	49,3%	45,2%	4,1%	
• Formação Específica sobre Sexualidade					
Sim	0,0%	50,3%	43,2%	6,5%	$\chi^2=6,732$; g.l.=3; P=0,081 ns
Não	1,6%	49,2%	45,4%	3,8%	
Total	1,4%	49,3%	45,2%	4,1%	

A – Experimentar mais cedo; B – Adiar para mais tarde a sua primeira experiência; C – Não tem qualquer tipo de influência nas decisões deste cariz; D – Outra

Anexo CLVI

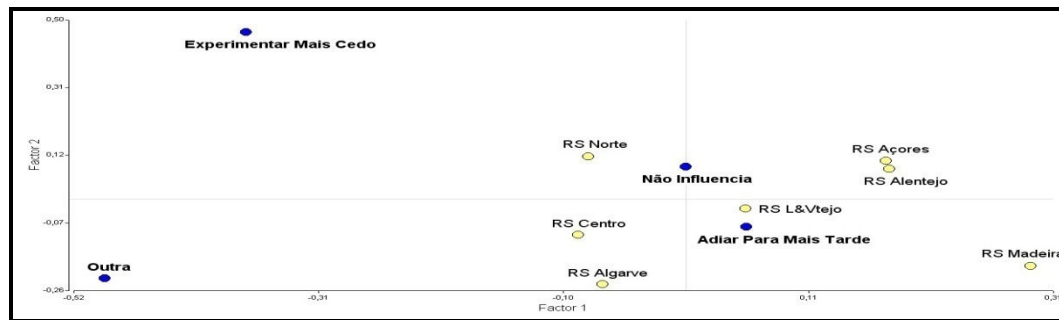
Tabela 149 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião do enfermeiro sobre a influência da informação sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,30	0,09	158,99	68,54	68,54
2	0,18	0,03	58,82	25,36	93,90
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	231,97	-----	100%

Anexo CLVII

Tabela 150 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião do enfermeiro sobre a influência da informação sobre sexualidade e as Regiões de Saúde.

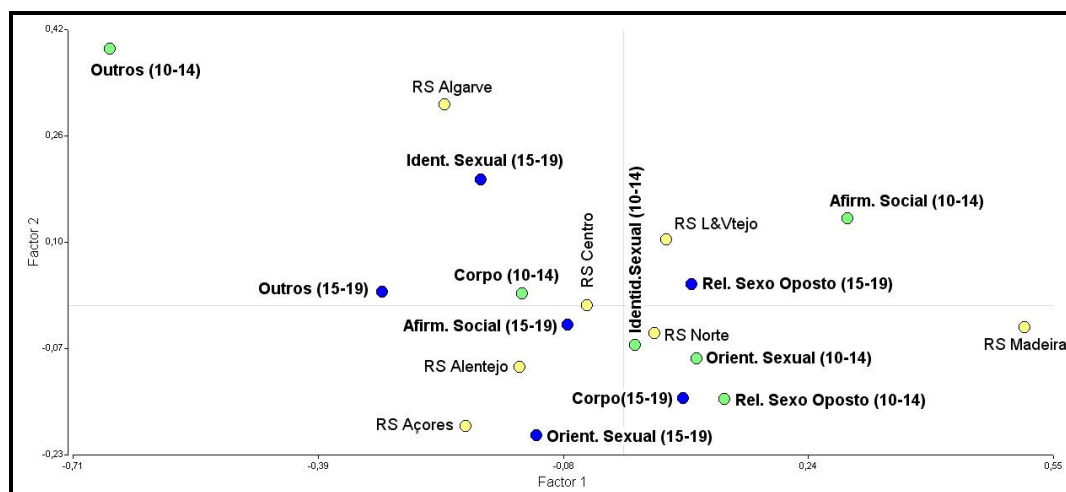
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,12	0,01	23,40	50,62	50,62
2	0,11	0,01	20,16	43,61	94,23
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	46,24	-----	100%

Anexo CLVIII**Gráfico 72 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência da informação acerca da sexualidade na adolescência e as Regiões de Saúde****Anexo CLIX****Tabela 152 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre os problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	89,47	23,54	23,54
2	0,15	0,02	80,75	21,25	44,79
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	380,10	-----	100%

Anexo CLX**Tabela 153 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião do enfermeiro sobre os problemas dos adolescentes na região e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,14	0,02	63,95	44,69	44,69
2	0,09	0,01	29,55	20,65	65,34
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	143,09	-----	100%

Anexo CLXI**Gráfico 74 – Análise Factorial de Correspondências Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre os problemas dos adolescentes da sua região e as Regiões de Saúde**

Anexo CLXII

Tabela 333 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos e 15-19 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,49	0,24	3171,18	9,82	9,82
2	0,46	0,21	2855,71	8,85	18,67
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	32285,20	-----	100%

Anexo CLXIII

Tabela 334 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre os grandes problemas dos adolescentes com 10-14 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Grande Problemas dos Adolescentes com 10-14 anos na esfera da sexualidade							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Local de Residência							
Madeira	26,0%	19,2%	11,0%	13,7%	30,1%	0,0%	$\chi^2=48,178$; g.l.=15; P<0,01 **
Açores	57,9%	15,8%	10,5%	8,8%	7,0%	0,0%	
Interior	52,7%	14,1%	12,1%	8,1%	12,8%	0,2%	
Litoral	55,3%	11,0%	7,7%	7,5%	18,0%	0,5%	
Total	52,9%	12,9%	10,0%	8,1%	15,7%	0,3%	
• Filhos Adolescentes							
Sim	52,6%	14,1%	8,0%	9,0%	15,7%	0,6%	$\chi^2=5,640$; g.l.=5; P=0,349 ns
Não	53,0%	12,4%	10,8%	7,7%	15,8%	0,2%	
Total	52,9%	12,9%	10,0%	8,1%	15,7%	0,3%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes							
Sim	52,9%	12,5%	9,8%	8,4%	16,1%	0,3%	$\chi^2=6,366$; g.l.=5; P=0,265 ns
Não	53,1%	16,6%	12,0%	5,1%	12,6%	0,6%	
Total	52,9%	12,9%	10,0%	8,1%	15,7%	0,3%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes							
Sim	57,9%	12,4%	9,5%	5,0%	15,0%	0,3%	$\chi^2=8,488$; g.l.=5; P=0,128 ns
Não	51,5%	13,1%	10,2%	8,9%	15,9%	0,4%	
Total	52,9%	12,9%	10,0%	8,1%	15,7%	0,3%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade							
Sim	62,3%	9,5%	8,0%	5,0%	14,6%	0,5%	$\chi^2=9,544$; g.l.=5; P=0,095 ns
Não	51,7%	13,3%	10,3%	8,5%	15,9%	0,3%	
Total	52,9%	12,9%	10,0%	8,1%	15,7%	0,3%	

**A – Corpo; B – Relações com o sexo oposto; C – Identidade sexual;
D – Orientação sexual; E – Afirmação social; F - Outros**

Anexo CLXIV

Tabela 337 – Regressão multinomial os grandes problemas dos adolescentes com 15-19 anos na esfera da sexualidade e o local de residência, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Grande Problemas dos Adolescentes com 15-19 anos na esfera da sexualidade								
Problemas / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Corpo (Modelo 1)	Intercepção	-2,625	0,361	52,934	1	0,000	-----	-----
	Residencia=1	0,033	0,431	0,006	1	0,938	1,034	0,444-2,408
	Residencia=2	0,914	0,496	3,400	1	0,065	2,495	0,944-6,594
	Residencia=3	0,286	0,199	2,080	1	0,149	1,332	0,902-1,965
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdol=0	0,653	0,237	7,614	1	0,006	1,921	1,208-3,055
	FilhosAdol=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdol=0	0,455	0,271	2,821	1	0,093	1,577	0,927-2,682
	HabLidAdol=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,007	0,271	0,001	1	0,980	0,993	0,584-1,691
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,088	0,372	0,056	1	0,813	1,092	0,527-2,265
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Identidade / Orientação Sexual (Modelo 2)	Intercepção	-0,709	0,200	12,524	1	0,000	-----	-----
	Residencia=1	-0,933	0,393	5,644	1	0,018	0,394	0,182-0,849
	Residencia=2	0,943	0,343	7,559	1	0,006	2,568	1,311-5,030
	Residencia=3	0,142	0,133	1,137	1	0,286	1,152	0,888-1,495
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdol=0	0,131	0,142	0,853	1	0,356	1,140	0,863-1,507
	FilhosAdol=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdol=0	-0,281	0,233	1,456	1	0,228	0,755	0,479-1,192
	HabLidAdol=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	-0,025	0,178	0,019	1	0,890	0,976	0,688-1,384
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	-0,296	0,222	1,771	1	0,183	0,744	0,481-1,150
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
Afirmação Social/Outros (Modelo 3)	Intercepção	-0,804	0,209	14,829	1	0,000	-----	-----
	Residencia=1	-1,379	0,412	11,173	1	0,001	0,252	0,112-0,565
	Residencia=2	0,361	0,367	0,966	1	0,326	1,434	0,699-2,944
	Residencia=3	-0,204	0,127	2,583	1	0,108	0,816	0,637-1,046
	Residencia=4	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FilhosAdol=0	0,048	0,136	0,126	1	0,723	1,049	0,804-1,369
	FilhosAdol=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	HabLidAdol=0	0,086	0,199	0,188	1	0,664	1,090	0,739-1,609
	HabLidAdol=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormLidAdo=0	0,164	0,177	0,859	1	0,354	1,178	0,833-1,665
	FormLidAdo=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----
	FormSex=0	0,026	0,231	0,013	1	0,909	1,027	0,652-1,616
	FormSex=1	0 ^(b)	-----	-----	0	-----	-----	-----

Anexo CLXV

Tabela 155 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência sobre a opinião dos enfermeiros relativamente aos problemas dos adolescentes na comunicação com eles por Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,23	0,05	88,86	57,05	57,05
2	0,13	0,02	30,17	19,37	76,42
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	155,75	-----	100%

Anexo CLXVI

Tabela 338 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem segundo a idade, sexo, estado civil, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,50	0,25	3288,24	11,02	11,02
2	0,46	0,18	2322,14	7,79	18,81
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	29826,47	-----	100%

Anexo CLXVII

Tabela 339 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre os grandes problemas de comunicação dos adolescentes para com os profissionais de enfermagem segundo a idade, sexo, estado civil, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes.

VD – Grandes problemas de comunicação dos adolescentes com os profissionais de enfermagem						
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	Testes
• Idade						
22 – 30 anos	9,0%	16,1%	69,9%	3,4%	1,5%	$\chi^2=25,384$; g.l.=12; P<0,05 *
31 – 37 anos	9,5%	20,0%	62,3%	7,8%	0,4%	
38 – 43 anos	8,5%	18,4%	62,9%	9,7%	0,5%	
44 – 68 anos	9,2%	21,6%	62,3%	6,4%	0,5%	
Total	9,0%	19,0%	64,5%	6,7%	0,7%	
• Sexo						
Masculino	10,3%	21,4%	53,0%	12,0%	3,4%	$\chi^2=24,166$; g.l.=4; P<0,01 **
Feminino	9,0%	18,8%	65,3%	6,4%	0,6%	
Total	9,0%	19,0%	64,5%	6,7%	0,7%	
• Estado Civil						
Solteiro	10,7%	18,9%	64,2%	4,1%	2,1%	$\chi^2=18,567$; g.l.=12; P=0,107 ns
Casado	8,8%	18,8%	64,7%	7,3%	0,4%	
Divorciado	7,7%	23,1%	59,0%	9,0%	1,3%	
Viúvo	5,9%	11,8%	76,5%	5,9%	0,0%	
Total	9,0%	19,0%	64,5%	6,7%	0,7%	
• Habilitações						
CGE & Bacharelato	8,6%	18,6%	68,0%	3,9%	0,9%	$\chi^2=45,059$; g.l.=12; P<0,01 **
Licenciatura	7,3%	18,3%	67,1%	6,5%	0,7%	
Especialidade	13,9%	21,1%	52,6%	11,8%	0,6%	
Mestrado	11,8%	17,6%	52,9%	17,6%	0,0%	
Total	9,0%	19,0%	64,5%	6,7%	0,7%	
• Filhos Adolescentes						
Sim	8,4%	23,5%	59,8%	8,0%	0,2%	$\chi^2=14,728$; g.l.=4; P<0,01 **
Não	9,3%	17,1%	66,4%	6,2%	1,0%	
Total	9,0%	19,0%	64,5%	6,7%	0,7%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes						
Sim	8,9%	19,0%	64,4%	6,9%	0,8%	$\chi^2=0,777$; g.l.=4; P=0,942 ns
Não	10,3%	18,3%	65,1%	5,7%	0,6%	
Total	9,0%	19,0%	64,5%	6,7%	0,7%	

A – Falta de abertura por parte dos profissionais; B – Medo de serem mal interpretados;

C – Medo de quebra de sigilo; D – Falta de conhecimentos; E – Outros

Anexo CLXVIII

Tabela 158 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual e as Regiões de Saúde.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	33,61	53,70	53,70
2	0,16	0,03	18,43	29,45	83,15
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	62,59	-----	100%

Anexo CLXIX

Tabela 157 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	61,77	38,84	38,84
2	0,16	0,03	46,39	29,17	68,02
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	159,02	-----	100%

Anexo CLXX

Gráfico 76 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião sobre as reacções habituais dos adolescentes face aos seus problemas de índole sexual e as Sub-regiões de Saúde.

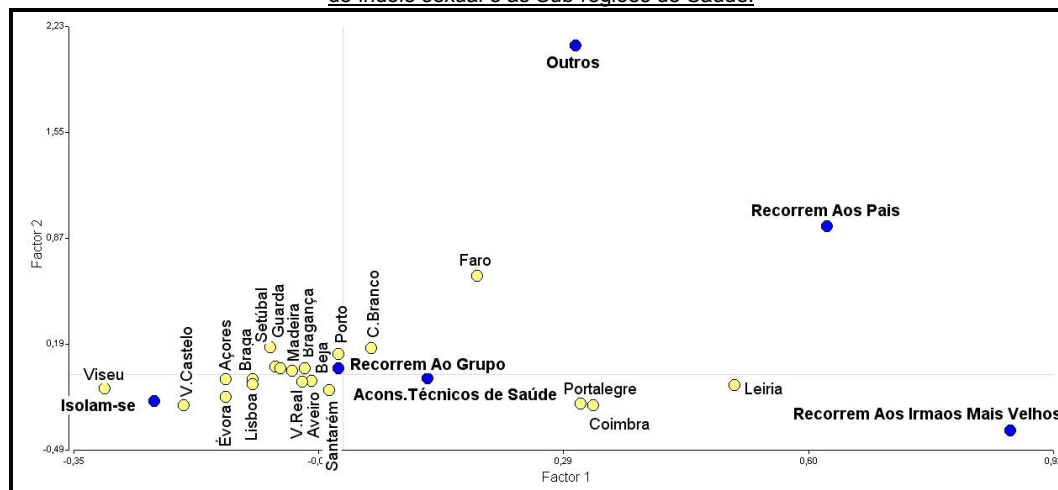
**Anexo CLXXI**

Tabela 341 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a forma dos adolescentes habitualmente lidarem com os seus problemas de índole sexual segundo a idade, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,52	0,27	4156,13	11,81	11,81
2	0,42	0,17	2716,03	7,72	19,53
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	35194,03	-----	100%

Anexo CLXXII

Tabela 342 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a forma dos adolescentes habitualmente lidarem com os seus problemas de índole sexual segundo a idade, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Forma dos adolescentes habitualmente lidarem com os seus problemas de índole sexual

Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• <i>Idade</i>							
22 – 30 anos	12,0%	79,6%	4,5%	0,0%	3,4%	0,4%	$\chi^2=39,582$; g.l.=15; P<0,01 **
31 – 37 anos	14,3%	79,4%	3,4%	0,2%	2,7%	0,0%	
38 – 43 anos	12,7%	74,9%	5,5%	2,0%	4,7%	0,2%	
44 – 68 anos	15,5%	74,3%	7,4%	0,0%	2,3%	0,5%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	
• <i>Local de Residência</i>							
Madeira	15,1%	76,7%	5,5%	1,4%	1,4%	0,0%	$\chi^2=17,693$; g.l.=15; P=0,279 ns
Açores	15,8%	82,5%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	
Interior	14,4%	77,1%	5,6%	0,1%	2,6%	0,1%	
Litoral	12,5%	77,0%	4,9%	0,9%	4,2%	0,5%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	
• <i>Habilitações</i>							
CGE & Bacharelato	14,9%	77,3%	3,5%	0,5%	3,3%	0,4%	$\chi^2=12,281$; g.l.=15; P=0,582 ns
Licenciatura	13,7%	76,5%	5,5%	0,4%	3,7%	0,2%	
Especialidade	11,2%	78,5%	6,9%	0,9%	2,1%	0,3%	
Mestrado	11,8%	82,4%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	
• <i>Filhos Adolescentes</i>							
Sim	13,1%	75,9%	5,4%	1,2%	3,8%	0,6%	$\chi^2=9,812$; g.l.=5; P=0,076 ns
Não	13,8%	77,8%	4,9%	0,2%	3,1%	0,2%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	
• <i>Hábito de Lidar Com Adolescentes</i>							
Sim	13,3%	77,6%	5,3%	0,4%	2,9%	0,3%	$\chi^2=10,373$; g.l.=5; P=0,065 ns
Não	16,0%	73,7%	2,9%	1,1%	6,3%	0,0%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	
• <i>Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes</i>							
Sim	12,4%	75,8%	5,8%	1,1%	3,9%	1,1%	$\chi^2=14,359$; g.l.=5; P<0,05 *
Não	13,9%	77,6%	4,9%	0,4%	3,1%	0,1%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	
• <i>Formação Específica Sobre Sexualidade</i>							
Sim	14,6%	73,9%	6,0%	0,0%	4,0%	1,5%	$\chi^2=14,024$; g.l.=5; P<0,05 *
Não	13,5%	77,7%	4,9%	0,6%	3,2%	0,1%	
Total	13,6%	77,2%	5,1%	0,5%	3,3%	0,3%	

A – Isolam-se; B – Recorrem ao grupo; C – Aconselham-se com técnicos de saúde; D – Recorrem aos pais; E – Recorrem a irmãos mais velhos; F – Outros

Anexo CLXXIII

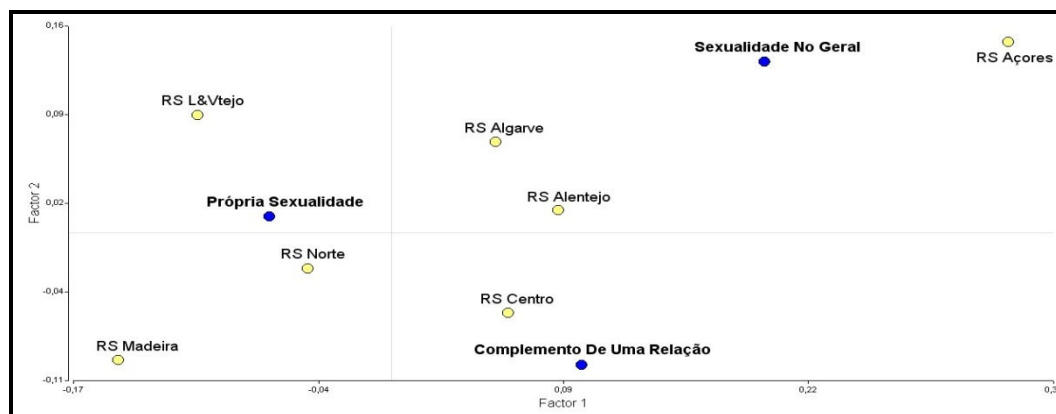
Tabela 160 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência acerca da opinião dos enfermeiros sobre a forma como os adolescentes pensam na sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	41,15	56,18	56,18
2	0,14	0,02	32,10	43,82	100,0
...	...	...	...	...	...
Total			62,59		100%

Anexo CLXXIV

Tabela 161 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião sobre a forma como os adolescentes pensam na sexualidade e as Regiões de Saúde

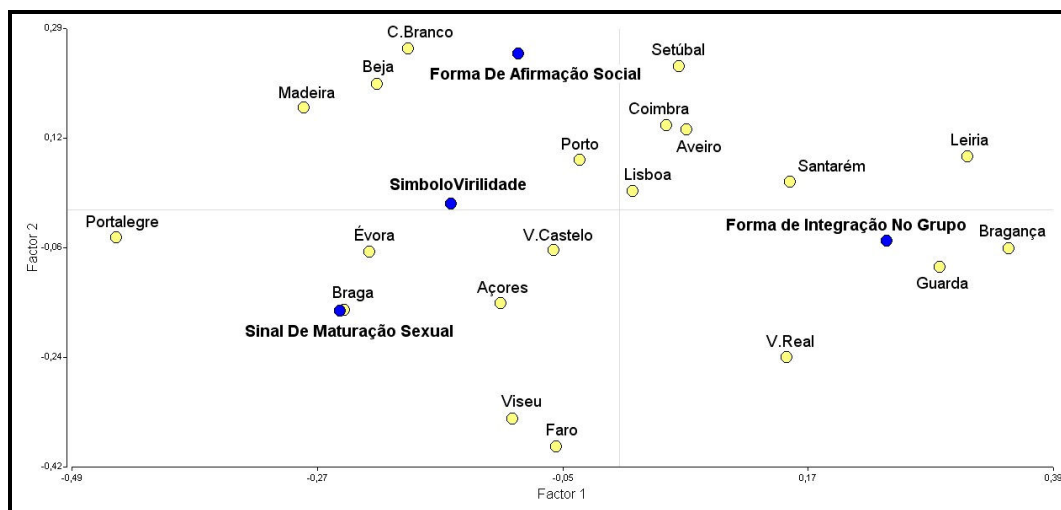
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	15,94	69,67	69,67
2	0,06	0,004	6,94	30,33	100,0
...	...	...	...	...	...
Total			22,89		100%

Anexo CLXXV**Gráfico 79 – Análise de Correspondências Simples entre a opinião sobre a forma como os adolescentes pensam na sexualidade e as Regiões de Saúde****Anexo CLXXVI****Tabela 344 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a forma como os adolescentes pensam na sexualidade, o local de residência, as habilitações, existência de filhos adolescentes, a formação específica para lidar com adolescentes e a formação específica sobre sexualidade.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,52	0,27	3591,34	14,51	14,51
2	0,41	0,17	2238,62	9,04	23,55
...	...	...	...	...	...
Total			24755,29		100%

Anexo CLXXVII**Tabela 163 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência sobre a opinião dos enfermeiros acerca da forma como os adolescentes veem a sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,21	0,04	74,83	54,80	54,80
2	0,15	0,02	41,31	30,25	85,05
...	...	...	...	...	...
Total			136,55		100%

Anexo CLXXVIII**Gráfico 80 – Análise de Correspondência Simples sobre a opinião dos enfermeiros acerca da forma como os adolescentes veem a sexualidade e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CLXXIX****Tabela 347 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a forma como os adolescentes veem hoje a sexualidade em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,55	0,30	4220,34	15,08	15,08
2	0,44	0,19	2725,42	9,74	24,82
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	27989,72	-----	100%

Anexo CLXXX

Tabela 349 – Regressão Multinomial da forma como os adolescentes veem hoje a sexualidade em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade.

VD – Como é que os adolescentes veem hoje a sexualidade?								
V.D / V. I.		B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Forma de afirmação social (Modelo 1)	Intercepção	-0,149	0,397	0,142	1	0,707	----	----
	Idade	-0,013	0,007	2,939	1	0,086	0,988	0,973-1,001
	Habilit=1/2	0,386	0,179	4,669	1	0,031	1,472	1,037-2,089
	Habilit=3/4	0(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhoAdo=0	-0,090	0,149	0,363	1	0,547	0,914	0,682-1,225
	FilhoAdo=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdo=0	-0,084	0,209	0,160	1	0,689	0,920	0,611-1,386
	HabLidAdo=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	0,109	0,177	0,376	1	0,540	1,115	0,788-1,578
	FormLidAdo=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	-0,233	0,231	1,025	1	0,311	0,792	0,504-1,244
	FormSex=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
Símbolo de virilidade / Maturação sexual (Modelo 2)	Intercepção	0,810	0,364	4,952	1	0,026	----	----
	Idade	-0,021	0,007	8,789	1	0,003	0,980	0,966-0,993
	Habilit=1/2	-0,027	0,154	0,031	1	0,860	0,973	0,720-1,316
	Habilit=3/4	0(b)	----	----	0	----	----	----
	FilhoAdo=0	-0,297	0,134	4,885	1	0,027	0,743	0,571-0,967
	FilhoAdo=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
	HabLidAdo=0	0,090	0,185	0,237	1	0,626	1,094	0,762-1,571
	HabLidAdo=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
	FormLidAdo=0	0,189	0,162	1,351	1	0,245	1,208	0,879-1,660
	FormLidAdo=1	0(b)	----	----	0	----	----	----
	FormSex=0	-0,201	0,209	0,928	1	0,335	0,818	0,543-1,232
	FormSex=1	0(b)	----	----	0	----	----	----

Anexo CLXXXI

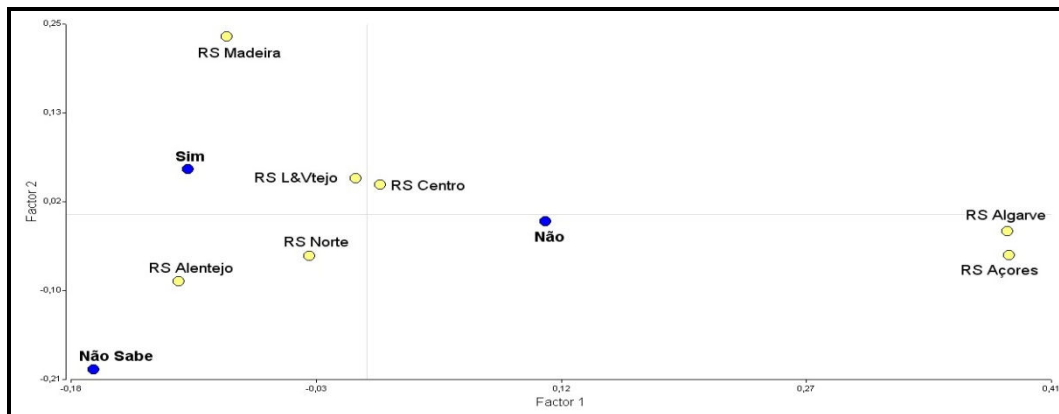
Tabela 164 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião sobre o símbolo da sexualidade dos adolescentes actuais e as sub-regiões

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	37,28	58,69	54,80
2	0,10	0,01	18,63	29,33	88,02
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	136,55	-----	100%

Anexo CLXXXII

Tabela 167 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua própria saúde e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,11	0,01	22,71	72,18	72,18
2	0,07	0,01	8,75	27,82	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	31,46	-----	100%

Anexo CLXXXIII**Gráfico 83 – Análise de Correspondência Simples acerca da opinião dos enfermeiros e a preocupação dos adolescentes com a sua própria saúde por Regiões de Saúde****Anexo CLXXXIV****Tabela 166 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião sobre a preocupação dos adolescentes sobre a sua própria sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	69,71	73,76	73,76
2	0,12	0,01	24,80	26,24	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	...	...	94,51	...	100%

Anexo CLXXXV**Tabela 170 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência acerca da opinião dos enfermeiros sobre a preocupação dos adolescentes com a sua imagem corporal e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	48,62	41,37	41,37
2	0,14	0,02	35,66	30,35	71,72
...	...	...	...	...	...
Total	...	...	117,52	...	100%

Anexo CLXXXVI**Tabela 173 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência sobre as atitudes dos enfermeiros acerca da forma de aconselhar um adolescente de 15 anos que queira iniciar a sua actividade sexual e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,12	0,01	49,78	62,07	62,07
2	0,08	0,01	22,14	27,60	89,67
...	...	...	...	...	...
Total	...	...	80,20	...	100%

Anexo CLXXXVII**Tabela 350 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a forma de aconselhar um jovem de 15 anos que se inicia a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,45	0,20	5164,48	7,66	7,66
2	0,43	0,18	4714,24	7,00	14,66
...	...	...	...	...	...
Total	...	...	67386,86	...	100%

Anexo CLXXXVIII

Tabela 351 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a forma de aconselhar uma jovem rapariga de 15 anos que se inicia a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.

VD – Forma de aconselhar uma jovem rapariga de 15 anos que inicia a sua actividade sexual

Variáveis Independentes		A	B	C	D	E	Testes
• Idade							
22 – 30 anos		2,4%	51,8%	34,2%	11,4%	0,2%	$\chi^2=16,701$; g.l.=12; P=0,130 ns
31 – 37 anos		1,7%	57,3%	28,0%	13,1%	0,0%	
38 – 43 anos		1,7%	56,0%	32,1%	10,2%	0,0%	
44 – 68 anos		2,5%	51,7%	37,4%	8,4%	0,0%	
Total		2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Habilitações							
CGE & Bacharelato		2,1%	54,3%	34,3%	9,3%	0,0%	$\chi^2=12,070$; g.l.=12; P= 0,354 ns
Licenciatura		2,7%	53,9%	32,0%	11,2%	0,1%	
Especialidade		0,6%	55,6%	31,7%	12,1%	0,0%	
Mestrado		0,0%	41,2%	35,3%	23,5%	0,0%	
Total		2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Filhos Adolescentes							
Sim		1,8%	58,2%	33,1%	6,8%	0,0%	$\chi^2=13,335$; g.l.=4; P<0,01 **
Não		2,2%	52,6%	32,6%	12,5%	0,1%	
Total		2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Hábito de Lidar Com Adolescentes							
Sim		1,8%	54,1%	32,9%	11,1%	0,1%	$\chi^2=6,676$; g.l.=4; P=0,179 ns
Não		4,6%	55,4%	30,9%	9,1%	0,0%	
Total		2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes							
Sim		2,1%	53,4%	34,5%	9,7%	0,3%	$\chi^2=4,673$; g.l.=4; P=0,333 ns
Não		2,1%	54,5%	32,3%	11,2%	0,0%	
Total		2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade							
Sim		0,5%	54,3%	37,7%	7,0%	0,5%	$\chi^2=15,152$; g.l.=4; P=0<0 01 **
Não		2,3%	54,2%	32,1%	11,4%	0,0%	
Total		2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	

A – Aconselhava-a adiar para mais tarde esta iniciativa; B – Tentava explicar os prós e os contras desta decisão; C – Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos; D – Apoiava a sua decisão embora com algumas sugestões; E – Desviava o assunto.

Anexo CLXXXIX

Tabela 351 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a forma de aconselhar uma jovem rapariga de 15 anos que se inicia a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual (Continuação)

VD – Forma de aconselhar uma jovem rapariga de 15 anos que se inicia a sua actividade sexual

Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	Testes
• Contexto de Iniciação da Actividade Sexual						
Num Flirt	3,3%	33,3%	48,3%	15,0%	0,0%	$\chi^2=47,984$; g.l.=16; P=0<0,05 *
Na Fase de Namoro	1,7%	55,5%	31,0%	11,8%	0,1%	
Depois/Viver Maritalmente	9,3%	48,8%	34,9%	7,0%	0,0%	
Depois/Casamento	1,9%	52,1%	40,8%	5,2%	0,0%	
Ainda Não Iniciou	9,4%	62,5%	21,9%	6,3%	0,0%	
Total	2,1%	54,3%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Realização Sexual Pessoal						
Muito Realizado	1,2%	51,7%	34,6%	12,5%	0,0%	$\chi^2=24,109$; g.l.=12; P= 0,119 ns
Realizado	2,1%	56,2%	31,8%	9,8%	0,1%	
Pouco Realizado	2,0%	51,0%	36,7%	10,2%	0,0%	
Não Realizado	0,0%	33,3%	58,3%	8,3%	0,0%	
Não Consegue Realizar-se	6,7%	52,9%	26,9%	13,5%	0,0%	
Total	2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	
• Opinião Sobre a Informação Do Adolescente Sobre Sexualidade						
Muito Informado	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	$\chi^2=19,571$; g.l.=4; P=0,185 ns
Informado	4,1%	48,5%	36,8%	10,6%	0,0%	
Pouco Informado	1,5%	55,6%	31,9%	10,9%	0,1%	
Não Informado	2,6%	55,3%	28,9%	13,2%	0,0%	
Total	2,1%	54,2%	32,7%	10,9%	0,1%	

A – Aconselhava-a adiar para mais tarde esta iniciativa; B – Tentava explicar os prós e os contras desta decisão; C – Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos; D – Apoiava a sua decisão embora com algumas sugestões; E – Desviava o assunto.

Anexo CXC

Tabela 352 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a forma de aconselhar uma jovem rapaz de 15 anos que se inicia a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.

VD –						
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	Testes
• <i>Idade</i>						
22 – 30 anos	1,9%	43,7%	41,7%	12,5%	0,2%	$\chi^2=12,354$; g.l.=12; P=0,406 ns
31 – 37 anos	1,5%	48,6%	36,2%	13,7%	0,0%	
38 – 43 anos	1,2%	44,8%	41,3%	12,7%	0,0%	
44 – 68 anos	2,5%	46,3%	41,7%	9,4%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	
• <i>Habilitações</i>						
CGE & Bacharelato	1,8%	45,0%	42,7%	10,5%	0,0%	$\chi^2=14,737$; g.l.=12; P= 0,193 ns
Licenciatura	2,3%	45,1%	40,5%	12,0%	0,1%	
Especialidade	0,6%	49,5%	35,0%	14,8%	0,0%	
Mestrado	0,0%	41,2%	35,3%	23,5%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	,1%	
• <i>Filhos Adolescentes</i>						
Sim	1,4%	49,0%	41,2%	8,4%	0,0%	$\chi^2=10,622$; g.l.=4; P<0,05 *
Não	1,9%	44,6%	39,7%	13,7%	0,1%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	
• <i>Hábito de Lidar Com Adolescentes</i>						
Sim	1,7%	45,6%	40,3%	12,4%	0,1%	$\chi^2=2,191$; g.l.=4; P=0,598 ns
Não	2,9%	48,0%	38,9%	10,3%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	
• <i>Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes</i>						
Sim	2,1%	45,5%	39,5%	12,6%	0,3%	$\chi^2=3,994$; g.l.=4; P=0,428 ns
Não	1,7%	46,0%	40,3%	12,0%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	
• <i>Formação Específica Sobre Sexualidade</i>						
Sim	0,5%	46,7%	40,2%	12,1%	0,5%	$\chi^2=9,832$; g.l.=4; P=0,080 ns
Não	2,0%	45,8%	40,1%	12,2%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	

A – Aconselhava-a adiar para mais tarde esta iniciativa; B – Tentava explicar os prós e os contras desta decisão; C – Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos; D – Apoiava a sua decisão embora com algumas sugestões; E – Desviava o assunto.

Anexo CXCI

Tabela 352 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a forma de aconselhar uma jovem rapaz de 15 anos que se inicia a sua actividade sexual em função da idade, habilitações, existência de filhos adolescentes, hábito de lidar com adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual (Continuação)

VD –						
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	Testes
• <i>Contexto de Iniciação da Actividade Sexual</i>						
Num Flirt	1,7%	35,0%	48,3%	15,0%	0,0%	$\chi^2=35,328$; g.l.=16; P=0,079 ns
Na Fase de Namoro	1,4%	47,1%	38,2%	13,2%	0,1%	
Depois/Viver Maritalmente	4,7%	41,9%	46,5%	7,0%	0,0%	
Depois/Casamento	2,3%	40,8%	50,2%	6,6%	0,0%	
Ainda Não Iniciou	9,4%	53,1%	31,3%	6,3%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	
• <i>Realização Sexual Pessoal</i>						
Muito Realizado	1,1%	46,4%	38,7%	13,9%	0,0%	$\chi^2=17,483$; g.l.=12; P= 0,257 ns
Realizado	1,8%	46,0%	40,9%	11,3%	0,1%	
Pouco Realizado	2,0%	40,8%	46,9%	10,2%	0,0%	
Não Realizado	0,0%	33,3%	58,3%	8,3%	0,0%	
Não Consegue Realizar-se	5,8%	46,2%	35,6%	12,5%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	,1%	
• <i>Opinião Sobre a Informação Do Adolescente Sobre Sexualidade</i>						
Muito Informado	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	$\chi^2=21,159$; g.l.=4; P=0,078 ns
Informado	2,7%	38,7%	46,3%	12,3%	0,05	
Pouco Informado	1,4%	47,9%	38,5%	12,1%	0,1%	
Não Informado	3,9%	42,1%	40,8%	13,2%	0,0%	
Total	1,8%	45,9%	40,1%	12,2%	0,1%	

A – Aconselhava-a adiar para mais tarde esta iniciativa; B – Tentava explicar os prós e os contras desta decisão; C – Informar da necessidade de usar métodos contraceptivos; D – Apoiava a sua decisão embora com algumas sugestões; E – Desviava o assunto.

Anexo XCII

Tabela 175 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre o significado da virgindade aos 20 anos e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	100,52	30,94	30,94
2	0,14	0,02	69,34	21,34	52,28
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	324,89	-----	100%

Anexo CXCIII

Tabela 177 – Tabela de frequências da igualdade da conotação da virgindade para os dois sexos segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	9	15,8%	48	84,2%	57	100%
Aveiro	21	21,2%	78	78,8%	99	100%
Beja	18	39,1%	28	60,9%	46	100%
Braga	22	24,7%	67	75,3%	89	100%
Bragança	35	27,8%	91	72,2%	126	100%
C. Branco	14	25,5%	41	74,5%	55	100%
Coimbra	12	19,0%	51	81,0%	63	100%
Évora	30	31,9%	64	68,1%	94	100%
Faro	20	29,9%	47	70,1%	67	100%
Guarda	20	26,7%	55	73,3%	75	100%
Leiria	31	27,0%	84	73,0%	115	100%
Lisboa	28	15,1%	157	84,9%	185	100%
Madeira	10	13,7%	63	86,3%	73	100%
Portalegre	14	17,1%	68	82,9%	82	100%
Porto	40	23,1%	133	76,9%	173	100%
Santarém	16	18,0%	73	82,0%	89	100%
Setúbal	18	21,4%	66	78,6%	84	100%
V. Castelo	11	25,6%	32	74,4%	43	100%
V. Real	23	28,4%	58	71,6%	81	100%
Viseu	11	28,2%	28	71,8%	39	100%
Total Geral	403	23,2%	1332	76,8%	1735	100%

Anexo CXCV

Tabela 180 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto por Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	82,18	35,25	35,25
2	0,12	0,01	47,73	20,47	55,71
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	233,18	-----	100%

Anexo CXCV

Tabela 181 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	31,86	41,01	41,01
2	0,08	0,01	20,69	25,86	66,87
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	77,69	-----	100%

Anexo CXCVI

Gráfico 89 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião do enfermeiro sobre a essência do relacionamento de jovens entre 16-19 anos com o sexo oposto e as Regiões de Saúde

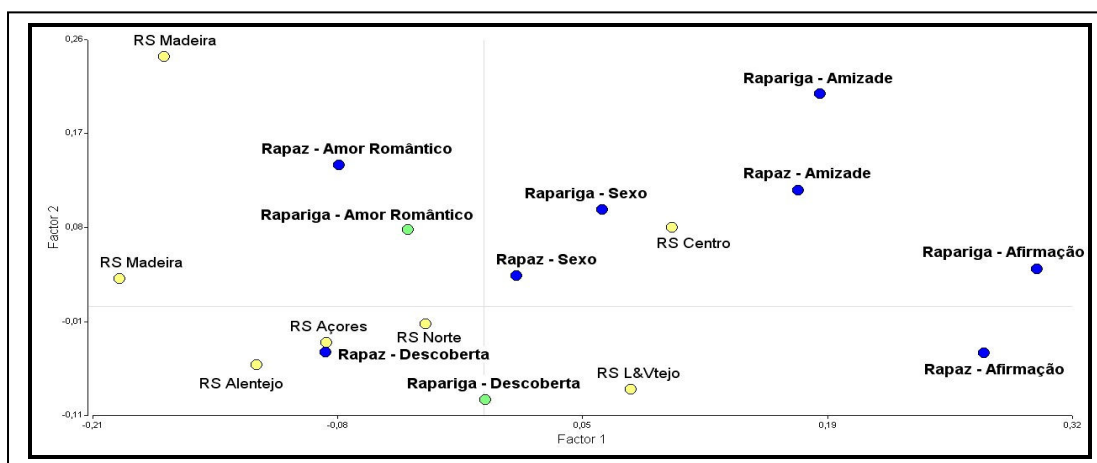
**Anexo CXCVII**

Tabela 184 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a classificação do dos adolescentes na área da sexualidade e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,14	0,02	65,95	36,16	36,16
2	0,12	0,02	53,25	29,20	65,36
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	182,38	-----	100%

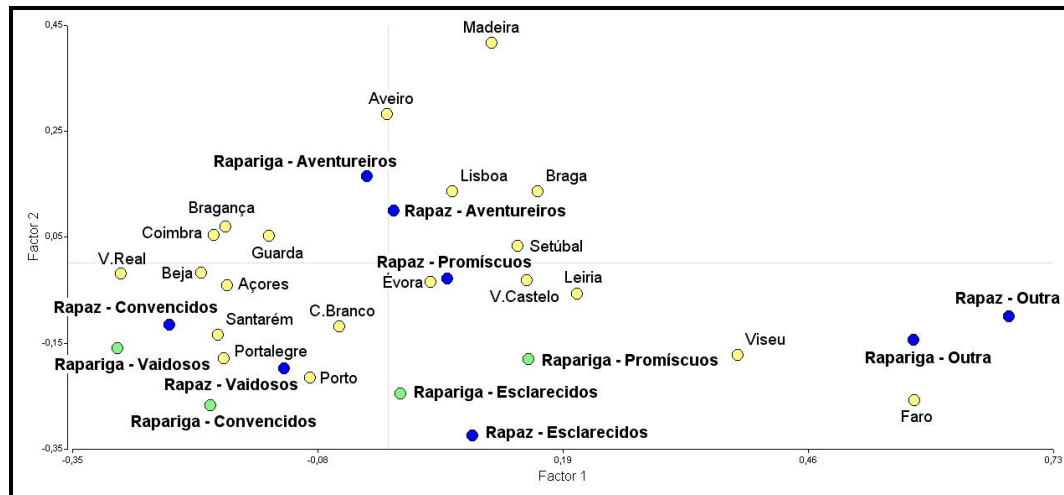
Anexo CXCVIII

Tabela 183 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a classificação do comportamento sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	131,14	29,80	29,80
2	0,16	0,03	92,91	21,11	50,91
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	440,12	-----	100%

Anexo CXCIX

Gráfico 90 – Análise de Correspondência Simples entre a classificação do comportamento sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde



Anexo CC

Tabela 186 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	125,93	35,33	35,33
2	0,15	0,02	72,84	20,44	55,77
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	356,23	-----	100%

Anexo CCI

Tabela 187 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	54,70	46,70	46,70
2	0,09	0,01	28,79	24,58	71,27
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	117,13	-----	100%

Anexo CCII

Gráfico 93 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a vivência da expressão sexual dos adolescentes e as Regiões de Saúde

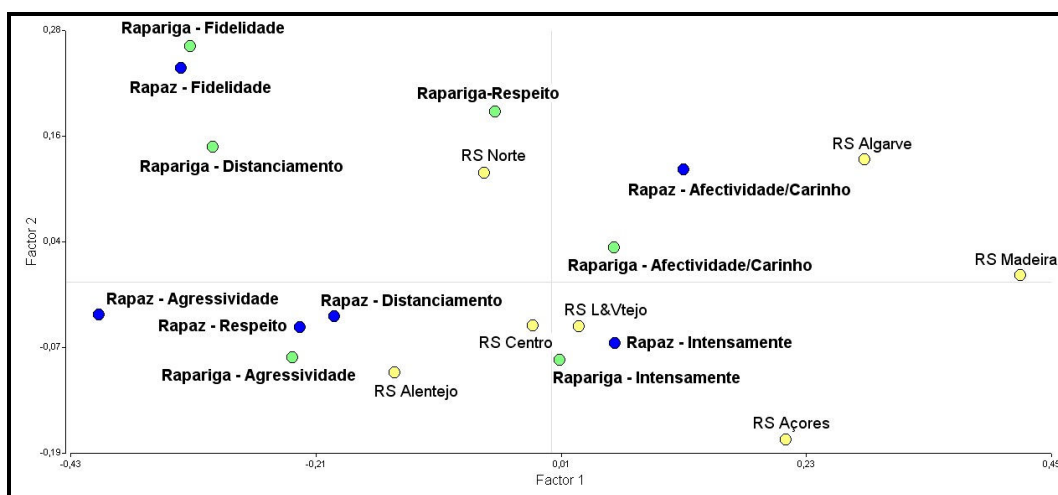
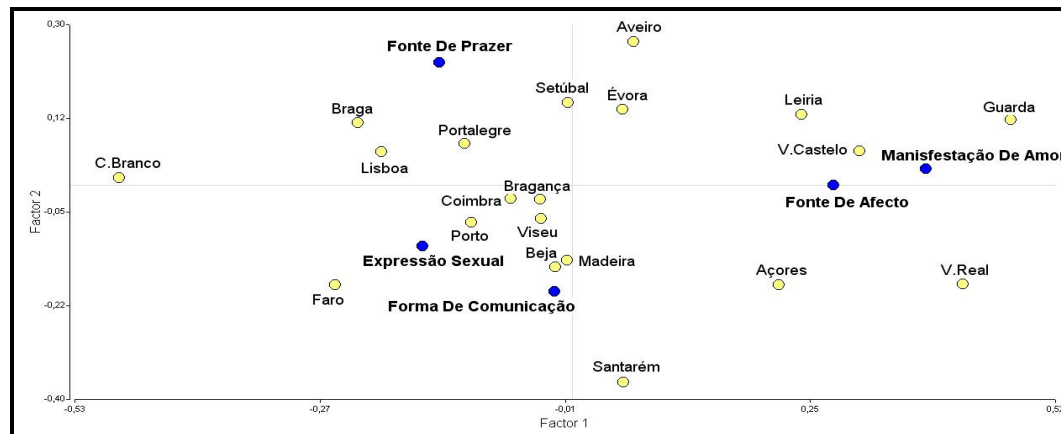
**Anexo CCIII**

Tabela 190 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre qual o significado da sexualidade para o adolescente e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	18,27	49,96	49,96
2	0,07	0,01	9,60	26,26	76,22
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	36,57	-----	100%

Anexo CCIV**Tabela 189 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a fonte da sexualidade para o adolescente e as Sub-regiões de Saúde**

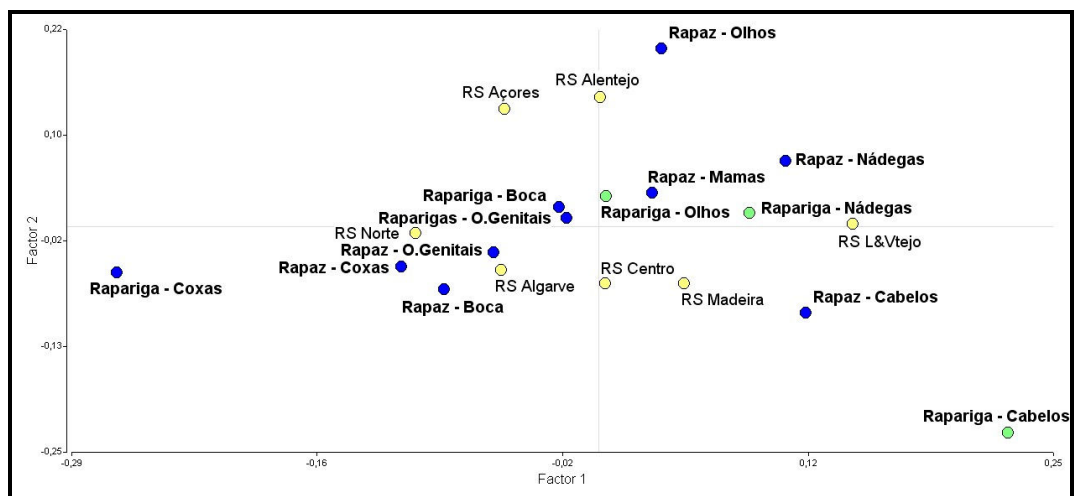
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,21	0,05	77,92	50,81	50,81
2	0,15	0,02	38,49	25,10	75,91
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	153,34	-----	100%

Anexo CCV**Gráfico 94 – Análise de Correspondência Simples entre a fonte da sexualidade para o adolescente e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CCVI****Tabela 192 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros sobre quais as principais zonas potencialmente erógenas dos adolescentes para com o sexo oposto e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	124,88	30,75	30,75
2	0,10	0,01	78,97	19,44	50,20
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	406,10	-----	100%

Anexo CCVII**Tabela 193 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre as principais zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto e as Regiões de Saúde**

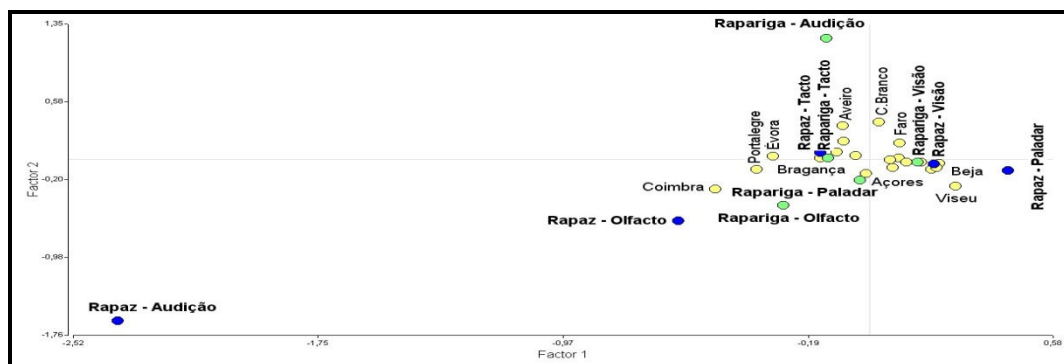
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,09	0,01	55,34	40,53	40,53
2	0,07	0,004	32,91	24,10	64,62
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	136,56	-----	100%

Anexo CCVIII**Gráfico 97 – Análise de Correspondência Simples entre as principais zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto e as Regiões de Saúde****Anexo CCIX****Tabela 196 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre qual o órgão dos sentidos do adolescente mais importante na esfera da sexualidade e a Região de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	38,19	39,70	37,68
2	0,09	0,01	30,30	31,50	71,19
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	96,20	-----	100%

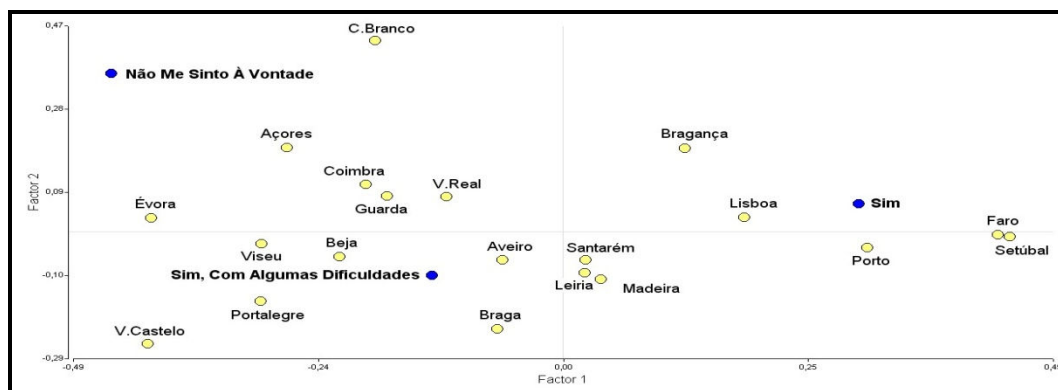
Anexo CCX**Tabela 195 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade e a Sub-região de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,03	120,17	37,68	37,68
2	0,14	0,02	71,57	22,44	60,13
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	318,89	-----	100%

Anexo CCXI**Gráfico 98 – Análise de Correspondência Simples entre o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Anexo CCXII**Tabela 198 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a preparação para falar sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,24	0,06	103,45	76,26	76,26
2	0,14	0,02	32,21	23,74	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	135,66	-----	100%

Anexo CCXIII**Gráfico 100 – Análise de Correspondência Simples entre a preparação para falar sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CCXIV****Tabela 199 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a preparação dos enfermeiros para falar sobre sexualidade aos adolescentes sobre sexualidade e as Regiões de Saúde**

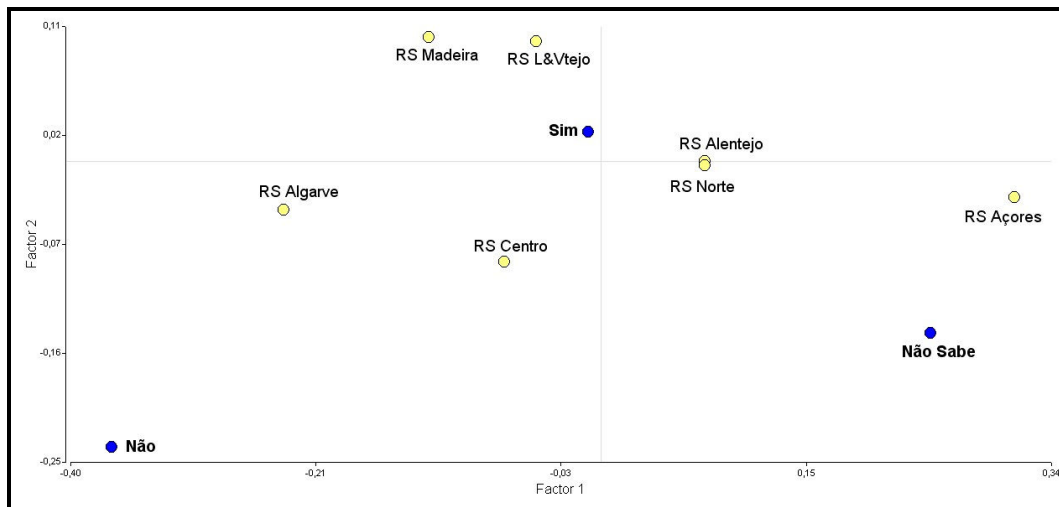
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	65,06	93,41	93,41
2	0,05	0,003	4,59	6,59	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	135,66	-----	100%

Anexo CCXV**Tabela 201 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia do amor / paixão na actividade química cerebral e as Sub-regiões de Saúde**

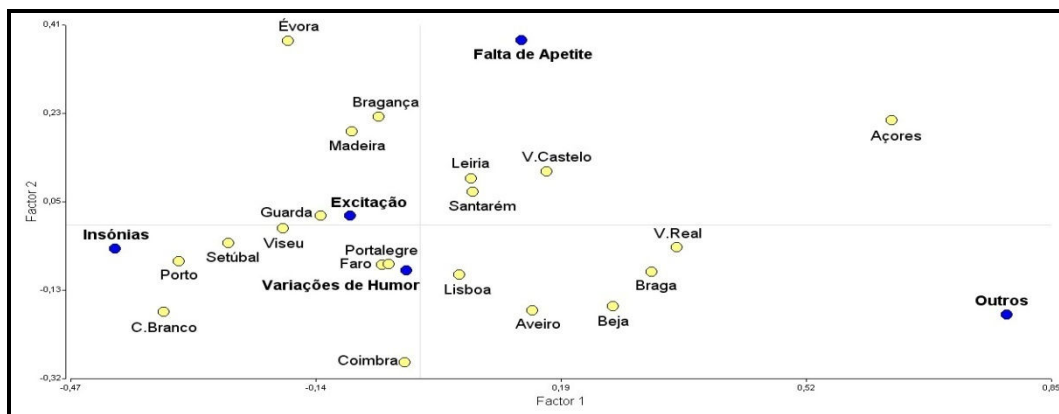
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	71,93	72,83	72,83
2	0,12	0,02	26,84	27,17	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	98,77	-----	100%

Anexo CCXVI**Tabela 202 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião sobre a influencia do amor / paixão na actividade química cerebral e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,10	0,01	17,90	70,66	70,66
2	0,07	0,003	7,43	29,34	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	25,33	-----	100%

Anexo CCXVII**Gráfico 103 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião sobre a influência do amor / paixão na actividade química cerebral e as Regiões de Saúde****Anexo CCXVIII****Tabela 204 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da Análise de Correspondência entre a opinião dos enfermeiros e os sintomas físicos / psíquicos do amor / paixão na adolescência por Sub-regiões**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,22	0,05	87,25	50,26	50,26
2	0,16	0,02	42,47	24,47	74,73
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	173,58	-----	100%

Anexo CCXIX**Gráfico 104 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião os sintomas físicos / psíquicos do amor / paixão na adolescência e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CCXX****Tabela 205 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre os sintomas físicos / psíquicos do amor / paixão na adolescência e as Regiões de Saúde**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	28,51	52,18	52,18
2	0,09	0,01	14,41	26,37	78,55
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	54,54	-----	100%

Anexo CCXXI

Tabela 207 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre quais os aspectos que devem caracterizar o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem e as Sub-regiões Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	69,60	47,00	47,00
2	0,15	0,02	36,27	24,50	71,50
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	148,08	-----	100%

Anexo CCXXII

Tabela 208 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a dos aspectos que caracterizam o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	28,04	56,11	56,11
2	0,09	0,01	13,23	26,48	82,59
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	49,97	-----	100%

Anexo CCXXIII

Gráfico 107 – Análise de Correspondência Simples entre os aspectos que caracterizam o atendimento dos adolescentes pelos profissionais de enfermagem e as Regiões de Saúde

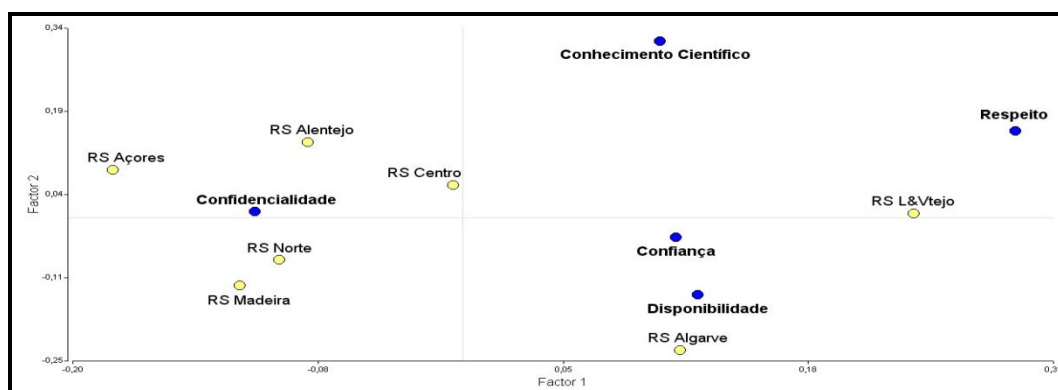
**Anexo CCXXIV**

Tabela 211 – Tabela de frequências da receptividade dos adolescentes à ajuda dos profissionais de enfermagem na resolução dos problemas de índole sexual segundo a Região de Saúde

Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
RS Norte	409	79,9%	103	20,1%	512	100%
RS Centro	359	80,5%	87	19,5%	446	100%
RS L.V. Tejo	322	89,9%	36	10,1%	358	100%
RS Alentejo	181	81,5%	41	18,5%	222	100%
RS Algarve	48	71,6%	19	28,4%	67	100%
RS Açores	45	78,9%	12	21,1%	57	100%
RS Madeira	54	74,0%	19	26,0%	73	100%
Total Geral	1418	81,7%	317	18,3%	512	100%

Anexo CCXXV

Tabela 214 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a conversa regular dos adolescentes com os seus pais e familiares sobre sexualidade e as Sub-regiões

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	40,75	68,09	68,09
2	0,10	0,01	19,10	31,91	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	59,85	-----	100%

Anexo CCXXVI

Tabela 215 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a conversa regular dos adolescentes com os seus pais e familiares sobre sexualidade e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,11	0,01	20,47	89,23	89,23
2	0,04	0,003	2,47	10,77	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	22,24	-----	100%

Anexo CCXXVII

Gráfico 109 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião dos enfermeiros sobre a conversa regular dos adolescentes com os seus familiares / pais sobre sexualidade e as Regiões de Saúde

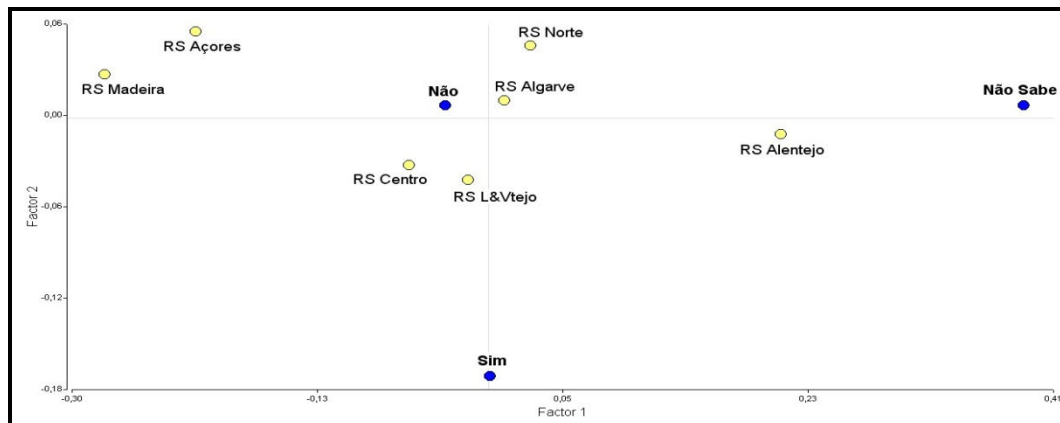
**Anexo CCXXVIII**

Tabela 217 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a facilidade dos enfermeiros em falar com jovens do mesmo sexo que o seu e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,03	60,00	80,94	80,94
2	0,09	0,01	14,13	19,03	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	74,13	-----	100%

Anexo CCXXIX

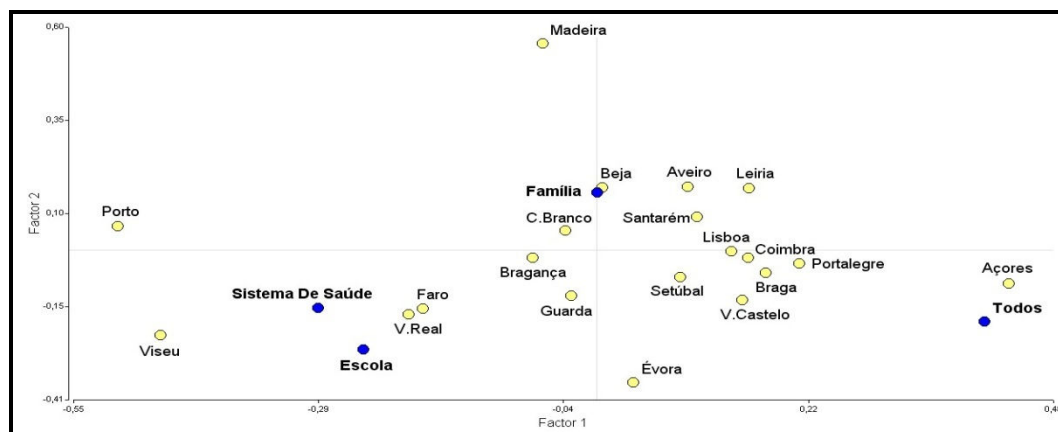
Tabela 220 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a instituição a quem mais compete a informação, educação e comunicação sobre sexualidade aos adolescentes segundo as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	38,35	52,12	52,12
2	0,13	0,02	29,82	40,52	92,64
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	73,59	-----	100%

Anexo CCXXX

Tabela 219 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião do agente mais competente para a informação, educação e comunicação sobre sexualidade sobre e as Sub-regiões de Saúde

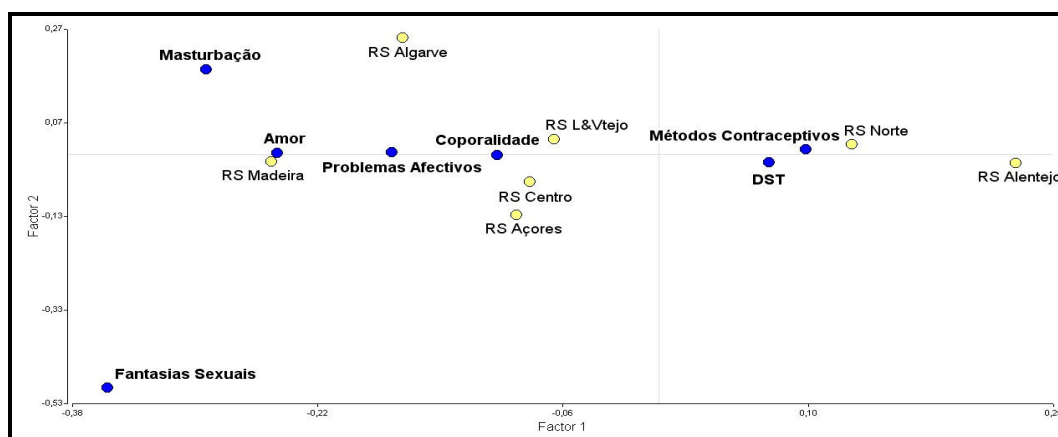
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,23	0,05	88,12	55,89	55,89
2	0,18	0,03	53,60	33,99	89,88
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	157,69	-----	100%

Anexo CCXXXI**Gráfico 111 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião do agente mais competente para a informação, educação e comunicação sobre sexualidade na adolescência e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CCXXXII****Tabela 222 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,15	0,02	92,98	45,47	45,47
2	0,10	0,01	43,67	21,36	66,83
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	204,48	-----	100%

Anexo CCXXXIII**Tabela 223 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade e as Regiões de Saúde**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,13	0,02	73,02	64,89	64,89
2	0,07	0,003	19,21	17,07	81,97
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	204,48	-----	100%

Anexo CCXXXIV**Gráfico 114 – Análise de Correspondência Simples entre os temas mais abordados ao falar com adolescentes sobre sexualidade e as regiões.**

Anexo CCXXXV**Tabela 225 – Tabela de frequências da existência de consulta para adolescentes no Centro de Saúde segundo as Sub-regiões de Saúde**

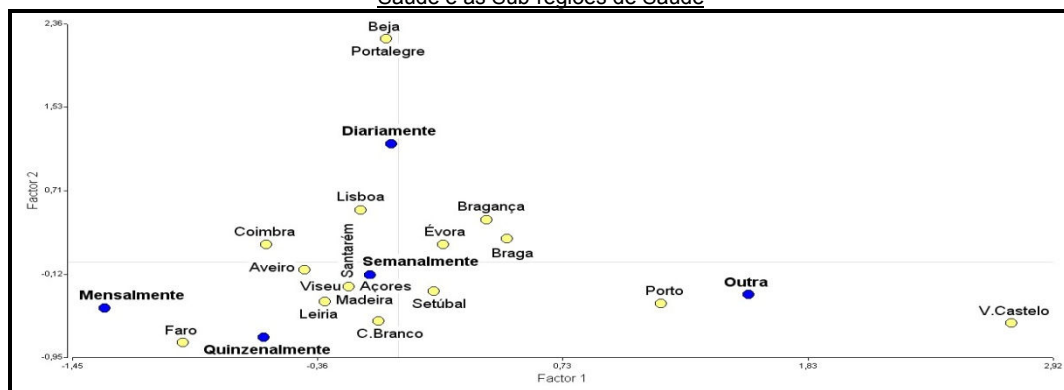
Sub-Regiões de Saúde	Sim		Não		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	11	19,3%	46	80,7%	57	100%
Aveiro	25	25,3%	74	74,7%	99	100%
Beja	6	13,0%	40	87,0%	46	100%
Braga	31	34,8%	58	65,2%	89	100%
Bragança	47	37,3%	79	62,7%	126	100%
C. Branco	43	78,2%	12	21,8%	55	100%
Coimbra	41	65,1%	22	34,9%	63	100%
Évora	56	59,6%	38	40,4%	94	100%
Faro	28	41,8%	39	58,2%	67	100%
Guarda	0	0,0%	75	100,0%	75	100%
Leiria	69	60,0%	46	40,0%	115	100%
Lisboa	100	54,1%	85	45,9%	185	100%
Madeira	18	24,7%	55	75,3%	73	100%
Portalegre	8	9,8%	74	90,2%	82	100%
Porto	34	19,7%	139	80,3%	173	100%
Santarém	27	30,3%	62	69,7%	89	100%
Setúbal	47	56,0%	37	44,0%	84	100%
V. Castelo	10	23,3%	33	76,7%	43	100%
V. Real	0	0,0%	81	100,0%	81	100%
Viseu	5	12,8%	34	87,2%	39	100%
Total Geral	606	34,9%	1129	65,1%	1735	100%

Anexo CCXXXVI**Tabela 229 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a existência e a periodicidade das consultas para adolescentes nos Centros de Saúde e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,52	0,27	163,66	55,92	55,92
2	0,37	0,14	84,30	28,81	84,73
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	292,66	-----	100%

Anexo CCXXXVII**Tabela 228 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a periodicidade das consultas para adolescentes e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,57	0,33	197,37	35,29	35,29
2	0,53	0,28	168,70	30,17	65,46
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	559,26	-----	100%

Anexo CCXXXVIII**Gráfico 115 – Análise de Correspondência Simples entre a periodicidade das consultas para adolescentes nos Centros de Saúde e as Sub-regiões de Saúde**

Anexo CCXLIV

Tabela 241 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a auto-avaliação dos enfermeiros sobre a informação que possuem sobre sexualidade e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	65,76	71,11	71,11
2	0,09	0,01	13,18	14,25	85,36
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	92,47	-----	100%

Anexo CCXLV

Tabela 240 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a auto-avaliação da informação possuída sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,22	0,05	82,05	45,92	45,92
2	0,16	0,02	44,91	23,81	69,73
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	178,68	-----	100%

Anexo CCXLVI

Gráfico 119 – Análise de Correspondência Simples entre a auto-avaliação da informação possuída sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

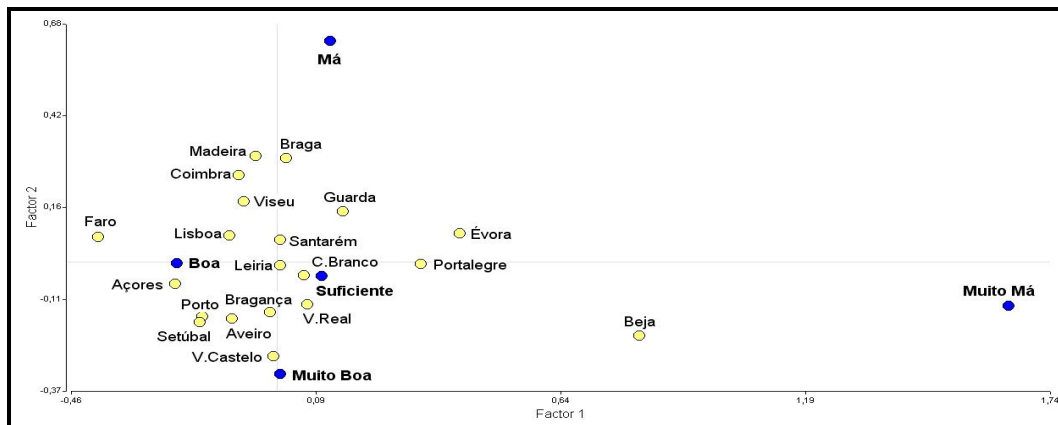
**Anexo CCXLVII**

Tabela 243 – Tabela de frequências da actualização da informação dos enfermeiros sobre sexualmente segundo as Sub-regiões de Saúde

Sub-Regiões de Saúde	Actualizada		Desactualizada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Açores	53	93,0%	4	7,0%	57	100%
Aveiro	95	96,0%	4	4,0%	99	100%
Beja	37	80,4%	9	19,6%	46	100%
Braga	76	85,4%	13	14,6%	89	100%
Bragança	119	94,4%	7	5,6%	126	100%
C. Branco	45	81,8%	10	18,2%	55	100%
Coimbra	55	87,3%	8	12,7%	63	100%
Évora	74	78,7%	20	21,3%	94	100%
Faro	61	91,0%	6	9,0%	67	100%
Guarda	68	90,7%	7	9,3%	75	100%
Leiria	102	88,7%	13	11,3%	115	100%
Lisboa	167	90,3%	18	9,7%	185	100%
Madeira	63	86,3%	10	13,7%	73	100%
Portalegre	67	81,7%	15	18,3%	82	100%
Porto	157	90,8%	16	9,2%	173	100%
Santarém	83	93,3%	6	6,7%	89	100%
Setúbal	76	90,5%	8	9,5%	84	100%
V. Castelo	42	97,7%	1	2,3%	43	100%
V. Real	77	95,1%	4	4,9%	81	100%
Viseu	35	89,7%	4	10,3%	39	100%
Total Geral	1552	89,5%	183	10,5%	1735	100%

Anexo CCXLVIII

Tabela 246 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a influência da SIDA nos comportamentos sexuais dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	63,86	76,49	76,49
2	0,11	0,01	19,63	23,51	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	83,49	-----	100%

Anexo CCXLIX

Tabela 247 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião sobre a influencia da SIDA sobre o reprimir dos comportamentos sexuais e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	46,21	83,29	83,29
2	0,07	0,01	9,27	16,71	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	55,48	-----	100%

Anexo CCL

Gráfico 122 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião sobre a influencia da SIDA sobre o reprimir dos comportamentos sexuais e as regiões.

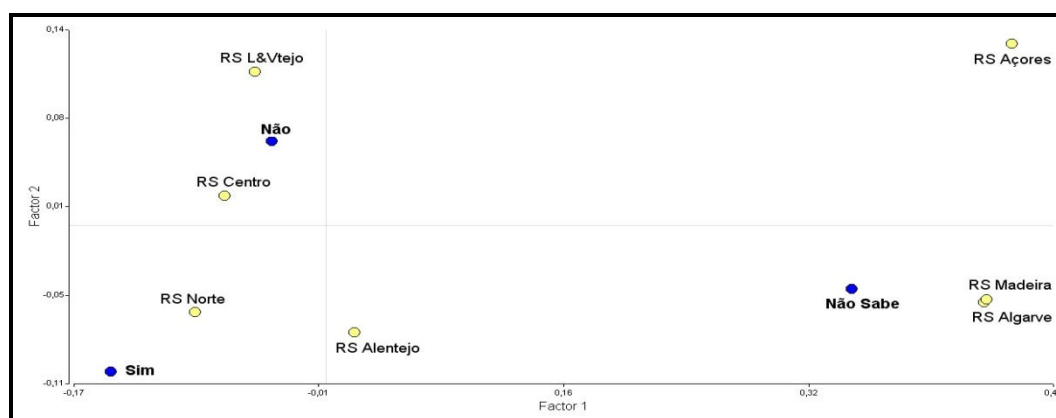
**Anexo CCLI**

Tabela 250 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a influencia da SIDA na facilidade de os adolescentes falarem mais livremente acerca da sexualidade e as Regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	47,01	78,06	78,06
2	0,09	0,01	13,22	21,94	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	60,23	-----	100%

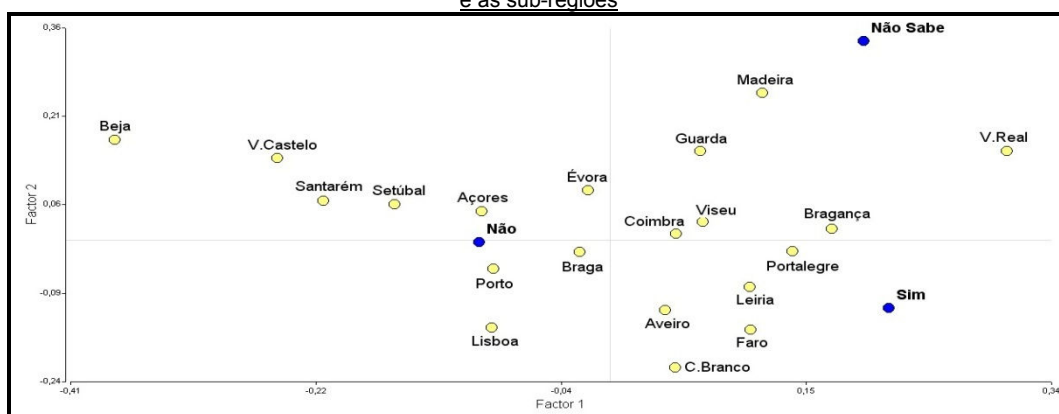
Anexo CCLII

Tabela 249 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião sobre a influencia da SIDA na facilidade de os adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,21	0,04	75,29	69,14	69,14
2	0,14	0,02	33,60	30,86	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	108,89	-----	100%

Anexo CCLIII**Gráfico 123 – Análise de Correspondência Simples entre a opinião sobre a influência da SIDA na facilidade de os adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CCLIV****Tabela 253 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião sobre a existência de idade ideal para se iniciar a vida sexual e as Sub-regiões de Saúde****Relação da variância explicada por cada um dos factores**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,14	0,02	35,74	60,77	60,77
2	0,12	0,01	23,07	39,23	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	58,81	-----	100%

Anexo CCLV**Gráfico 127 – Análise de Correspondência Simples a opinião sobre a existência de idade ideal para se iniciar a vida sexual e as sub-regiões****Anexo CCLVI****Tabela 254 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre a existência de idade ideal para se iniciar a vida sexual e as Regiões de Saúde****Relação da variância explicada por cada um dos factores**

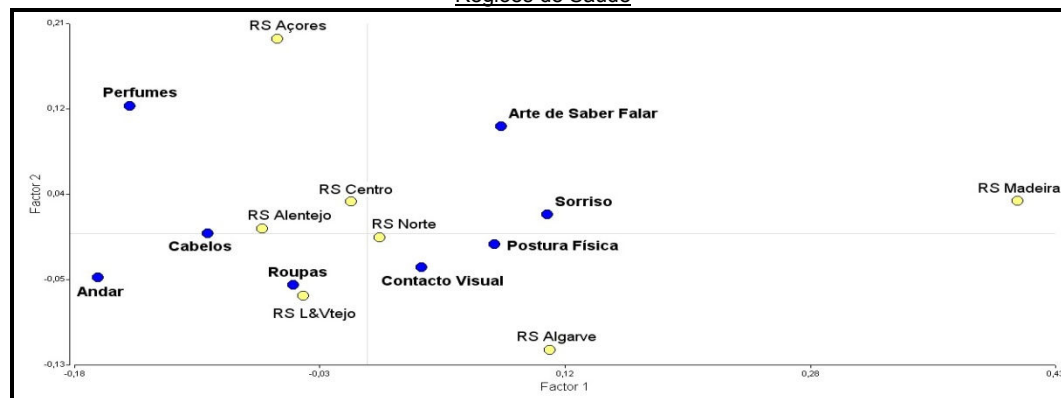
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,09	0,01	12,75	60,20	60,20
2	0,07	0,003	8,43	39,80	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	58,81	-----	100%

Anexo CCLVII**Tabela 256 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre quais as armas sensuais/sexuais dos adolescentes e as Sub-regiões de Saúde****Relação da variância explicada por cada um dos factores**

Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,12	0,01	69,32	41,13	41,13
2	0,09	0,01	38,39	22,78	63,91
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	168,53	-----	100%

Anexo CCLVIII**Tabela 257 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre as armas sensuais/sexuais dos enfermeiros e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,09	0,01	38,23	57,81	57,81
2	0,05	0,003	14,72	22,26	80,07
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	168,53	-----	100%

Anexo CCLIX**Gráfico 130 – Análise de Correspondência Simples a opinião sobre as armas sensuais/sexuais dos adolescentes e as Regiões de Saúde****Anexo CCLX****Tabela 259 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre qual dos sexos tem sonhos húmidos com maior frequência e as Sub-regiões de Saúde**

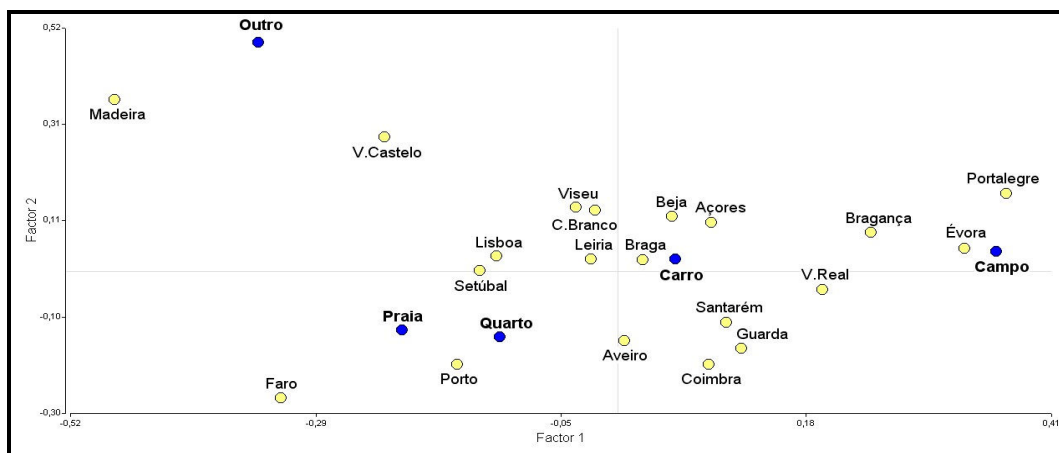
Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,20	0,04	70,42	81,89	81,89
2	0,09	0,01	15,58	18,11	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	86,00	-----	100%

Anexo CCLXI**Tabela 262 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre a opinião dos enfermeiros sobre os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor e as Regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,16	0,03	70,25	61,63	61,63
2	0,10	0,01	29,08	25,51	87,13
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	113,99	-----	100%

Anexo CCLXII**Tabela 261 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre os locais mais populares para fazer amor e as sub-regiões**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,19	0,04	103,18	45,92	45,92
2	0,15	0,02	60,13	26,76	72,68
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	86,00	-----	100%

Anexo CCLXIII**Gráfico 132 – Análise de Correspondência Simples entre o local mais popular para fazer amor e as Sub-regiões de Saúde****Anexo CCLXIV****Tabela 264 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da AC entre da opinião dos enfermeiros sobre a igualdade dos sexos para expressarem a sua sexualidade e as Sub-regiões de Saúde**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,17	0,03	53,04	62,95	62,95
2	0,13	0,02	31,22	37,05	100,0
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	84,26	-----	100%

Anexo CCLXV**Tabela 359 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre o significado da virgindade aos 20 anos do rapaz e rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,44	0,20	4450,06	7,47	7,47
2	0,40	0,16	3692,80	6,20	13,66
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	59589,54	-----	100%

Anexo CCLXVI

Tabela 360 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o significado da virgindade aos 20 anos da rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual

VD – Significado da virgindade para uma rapariga de 20 anos								
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	G	Testes
• Idade								
22 – 30 anos	0,0%	7,3%	44,5%	0,6%	46,5%	0,4%	0,6%	$\chi^2=24,418$; g.l.=18; P=0,135 ns
31 – 37 anos	0,6%	5,7%	50,1%	0,2%	43,2%	0,0%	0,2%	
38 – 43 anos	0,2%	6,5%	46,8%	0,7%	44,8%	1,0%	0,0%	
44 – 68 anos	0,5%	6,4%	47,6%	2,0%	42,2%	1,0%	0,3%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Sexo								
Masculino	0,0%	9,4%	46,2%	1,7%	39,3%	0,9%	2,6%	$\chi^2=26,587$; g.l.=6; P<0,01 **
Feminino	0,4%	6,2%	47,3%	0,8%	44,6%	0,6%	0,1%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Local de Residência								
Madeira	0,0%	4,1%	43,8%	0,0%	52,1%	0,0%	0,0%	$\chi^2=16,298$; g.l.=18; P=0,523 ns
Açores	0,0%	3,5%	56,1%	0,0%	38,6%	1,8%	0,0%	
Interior	0,6%	7,7%	47,3%	0,6%	42,8%	0,6%	0,4%	
Litoral	0,1%	5,6%	46,9%	1,2%	45,3%	0,5%	0,2%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Habilitações								
CGE/Bach.	0,7%	5,3%	51,7%	1,2%	40,4%	0,5%	0,2%	$\chi^2=32,837$; g.l.=18; P=0,061 ns
Licenciatura	0,2%	7,1%	44,3%	0,9%	46,3%	0,7%	0,5%	
Especialidade	0,0%	5,7%	47,4%	0,3%	46,2%	0,3%	0,0%	
Mestrado	0,0%	29,4%	41,2%	0,0%	29,4%	0,0%	0,0%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Filhos Adolescentes								
Sim	0,6%	6,8%	45,8%	0,4%	45,4%	0,8%	0,2%	$\chi^2=4,561$; g.l.=6; P=0,610 ns
Não	0,2%	6,3%	47,9%	1,1%	43,7%	0,5%	0,3%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	

A – Pureza; B – Não ter tido oportunidades; C – Opção de Vida; D – Medo de contrair doenças sexuais;
E – Esperar pelo momento e amor certo; F – Falta de Informação sobre a sexualidade humana; G – Outra.

Anexo CCLXVII

Tabela 360 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o significado da virgindade aos 20 anos da rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual (Continuação)

VD – Significado da virgindade para uma rapariga de 20 anos								
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	G	Testes
• Hábito de Lidar Com Adolescentes								
Sim	0,4%	6,3%	46,5%	,7%	45,1%	0,6%	0,3%	$\chi^2=10,747$; g.l.=6; P=0,103 ns
Não	0,0%	7,4%	53,7%	2,3%	36,0%	0,6%	0,0%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes								
Sim	0,3%	6,1%	51,6%	0,5%	40,5%	0,8%	0,3%	$\chi^2=4,666$; g.l.=6; P=0,591 ns
Não	0,4%	6,6%	46,1%	1,0%	45,2%	0,5%	0,3%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade								
Sim	0,0%	6,5%	47,7%	0,5%	44,2%	0,5%	0,5%	$\chi^2=1,511$; g.l.=6; P=0,978 ns
Não	0,4%	6,4%	47,2%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
Total	0,3%	6,5%	47,3%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	
• Contexto de Iniciação Sexual								
Num Flirt	1,7%	16,7%	45,0%	0,0%	33,3%	1,7%	1,7%	$\chi^2=36,283$; g.l.=24; P=0,110 ns
No Namoro	0,2%	6,6%	47,0%	0,9%	44,4%	0,6%	0,3%	
Dp. Maritalmente	0,0%	7,0%	58,1%	0,0%	34,9%	0,0%	0,0%	
Dp. Casamento	0,9%	3,8%	48,8%	0,9%	45,1%	0,5%	0,0%	
Não Iniciou	0,0%	0,0%	34,4%	0,0%	65,6%	0,0%	0,0%	
Total	0,3%	6,5%	47,2%	0,9%	44,2%	0,6%	0,3%	

A – Pureza; B – Não ter tido oportunidades; C – Opção de Vida; D – Medo de contrair doenças sexuais;
E – Esperar pelo momento e amor certo; F – Falta de Informação sobre a sexualidade humana; G – Outra

Anexo CCLXVIII

Tabela 361 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o significado da virgindade aos 20 anos do rapaz em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual

VD – Significado da virgindade para um rapaz de 20 anos							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Idade							
22 – 30 anos	0,2%	37,8%	39,1%	0,9%	21,7%	0,2%	$\chi^2=33,956$; g.l.=15; P<0,01 **
31 – 37 anos	0,2%	33,1%	41,5%	0,6%	24,4%	0,2%	
38 – 43 anos	0,0%	33,8%	37,8%	1,0%	25,9%	1,5%	
44 – 68 anos	0,3%	32,6%	40,2%	3,3%	21,4%	2,3%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Sexo							
Masculino	0,0%	44,4%	38,5%	0,9%	15,4%	0,9%	$\chi^2=7,616$; g.l.=5; P=0,173 ns
Feminino	0,2%	33,7%	39,8%	1,4%	23,9%	1,0%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Local de Residência							
Madeira	0,0%	39,7%	35,6%	1,4%	23,3%	0,0%	$\chi^2=14,956$; g.l.=15; P=0,431 ns
Açores	0,0%	29,8%	45,6%	1,8%	19,3%	3,5%	
Interior	0,1%	37,4%	38,3%	1,1%	22,3%	0,7%	
Litoral	0,2%	31,2%	41,1%	1,6%	24,7%	1,1%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Habilitações							
CGE/Bach.	0,2%	34,8%	43,6%	1,8%	18,5%	1,2%	$\chi^2=20,167$; g.l.=15; P=0,155 ns
Licenciatura	0,2%	35,1%	37,8%	1,2%	25,2%	0,5%	
Especialidade	0,0%	31,7%	38,1%	1,2%	27,2%	1,8%	
Mestrado	0,0%	41,2%	35,3%	0,0%	23,5%	0,0%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Filhos Adolescentes							
Sim	0,2%	30,7%	39,4%	1,8%	25,9%	2,0%	$\chi^2=13,218$; g.l.=5; P<0,05 *
Não	0,2%	35,9%	39,9%	1,2%	22,3%	0,6%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	

A – Pureza; B – Não ter tido oportunidades; C – Opção de Vida; D – Medo de contrair doenças sexuais;

E – Esperar pelo momento e amor certo; F – Falta de Informação sobre a sexualidade humana; G – Outra.

Anexo CCLXIX

Tabela 361 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre o significado da virgindade aos 20 anos do rapaz em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes, formação específica para lidar com adolescentes, formação específica sobre sexualidade e contexto de iniciação sexual (Continuação)

VD – Significado da virgindade para um rapaz de 20 anos							
Variáveis Independentes	A	B	C	D	E	F	Testes
• Hábito de Lidar Com Adolescentes							
Sim	0,2%	33,9%	39,4%	1,3%	24,2%	1,0%	$\chi^2=8,202$; g.l.=5; P=0,139 ns
Não	0,0%	38,9%	42,3%	2,3%	15,4%	1,1%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Formação Específica Para Lidar Com Adolescentes							
Sim	0,5%	33,2%	39,5%	1,8%	23,9%	1,1%	$\chi^2=4,586$; g.l.=5; P=0,478 ns
Não	0,1%	34,8%	39,8%	1,3%	23,2%	1,0%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Formação Específica Sobre Sexualidade							
Sim	0,5%	27,6%	40,2%	1,5%	29,6%	0,5%	$\chi^2=8,797$; g.l.=5; P=0,119 ns
Não	0,1%	35,3%	39,6%	1,4%	22,5%	1,0%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,3%	1,0%	
• Contexto de Iniciação Sexual							
Num Flirt	1,7%	50,0%	33,3%	3,3%	8,3%	3,3%	$\chi^2=41,720$; g.l.=20; P<0,05 *
No Namoro	0,1%	34,8%	39,5%	1,2%	23,7%	0,9%	
Dp. Maritalmente	0,0%	30,2%	48,8%	2,3%	18,6%	0,0%	
Dp. Casamento	0,5%	27,7%	44,1%	2,3%	23,9%	1,4%	
Não Iniciou	0,0%	37,5%	21,9%	0,0%	40,6%	0,0%	
Total	0,2%	34,4%	39,7%	1,4%	23,4%	1,0%	

A – Pureza; B – Não ter tido oportunidades; C – Opção de Vida; D – Medo de contrair doenças sexuais;

E – Esperar pelo momento e amor certo; F – Falta de Informação sobre a sexualidade humana; G – Outra.

Anexo CCLXX**Tabela 362 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a igualdade da conotação da virgindade na rapariga e no rapaz em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes.**

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,50	0,25	3349,20	13,65	13,65
2	0,43	0,18	2390,37	9,75	23,40
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	24529,18	-----	100%

Anexo CCLXXI**Tabela 363 – Teste de Independência de Qui-Quadrado entre a igualdade da conotação da virgindade para o rapaz e para a rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes**

VD – Igualdade da conotação da virgindade na rapariga e no rapaz				
Variáveis Independentes	Não	Sim	Testes	
• Idade				
22 – 30 anos	76,6%	23,4%	$\chi^2=10,211$; g.l.=3; P<0,05 *	
31 – 37 anos	77,9%	22,1%		
38 – 43 anos	80,8%	19,2%		
44 – 68 anos	71,5%	28,5%		
Total	76,8%	23,2%		
• Sexo				
Feminino	76,8%	23,2%	$\chi^2=0,035$; g.l.=1; P=0,852 ns	
Masculino	76,1%	23,9%		
Total	76,8%	23,2%		
• Local de Residência				
Madeira	86,3%	13,7%	$\chi^2=15,853$; g.l.=3; P<0,01**	
Açores	84,2%	15,8%		
Interior	72,8%	27,2%		
Litoral	79,4%	20,6%		
Total	76,8%	23,2%		
• Habilitações				
CGE/Bach.	75,4%	24,6%	$\chi^2=3,891$; g.l.=3; P=0,273 ns	
Licenciatura	76,3%	23,7%		
Especialidade	80,7%	19,3%		
Mestrado	70,6%	29,4%		
Total	76,8%	23,2%		
• Filhos Adolescentes				
Sim	78,9%	21,1%	$\chi^2=1,799$; g.l.=1; P=0,180 ns	
Não	75,9%	24,1%		
Total	76,8%	23,2%		
• Hábito de Lidar Com Adolescentes				
Sim	77,0%	23,0%	$\chi^2=0,400$; g.l.=1; P=0,527 ns	
Não	74,9%	25,1%		
Total	76,8%	23,2%		

Anexo CCLXXII**Tabela 364 – Regressão logística da igualdade da conotação da virgindade para o rapaz e para a rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes**

VD – Igualdade de conotação da virgindade para ambos os sexos							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade			10,712	3	0,013		
Idade(1)	-0,420	0,182	5,303	1	0,021	0,657	0,460-0,939
Idade(2)	-0,444	0,169	6,852	1	0,009	0,642	0,460-0,895
Idade(3)	-0,493	0,173	8,121	1	0,004	0,611	0,435-0,857
Habilitações			3,667	3	0,300		
Habilitações(1)	-0,342	0,550	0,387	1	0,534	0,710	0,241-2,088
Habilitações(2)	-0,309	0,550	0,316	1	0,574	0,734	0,250-2,156
Habilitações(3)	-0,614	0,557	1,216	1	0,270	0,541	0,182-1,612
Residência			14,028	3	0,003		
Residência(1)	-0,418	0,354	1,391	1	0,238	0,659	0,329-1,318
Residência(2)	-0,289	0,378	0,585	1	0,445	0,749	0,357-1,571
Residência(3)	0,362	0,119	9,240	1	0,002	1,437	1,137-1,815
FilhosAdol(1)	0,206	0,148	1,936	1	0,164	1,229	0,919-1,643
HabLidAdol.(1)	0,064	0,188	0,117	1	0,732	1,066	0,738-1,540
Sexo(1)	-0,028	0,228	0,015	1	0,902	0,972	0,622-1,520
Intercepção	-0,770	0,593	1,685	1	0,194	0,463	

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Habilitações: CGE & Bacharelato;
Residência: Madeira; Filhos Adolescentes: Não; Hábito de Lidar com adolescentes: Não; Sexo: Feminino)

Anexo CCLXXIII

Tabela 365 – Regressão logística da igualdade da conotação da virgindade para o rapaz e para a rapariga em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, filhos adolescentes e hábito de lidar com adolescentes (Método Forward: LR - Likelihood Ratio)

VD – Igualdade de conotação da virgindade para ambos os sexos							
Variáveis Independentes	B	Erro Padrão	χ^2 de Wald	g.l.	p	Exp(B)	IC 95% (Rácio)
Idade	-----	-----	9,141	3	0,027	-----	-----
Idade (1)	-0,234	0,157	2,216	1	0,137	0,791	0,581-1,077
Idade (2)	-0,321	0,158	4,138	1	0,042	0,725	0,532-0,988
Idade (3)	-0,496	0,170	8,556	1	0,003	0,609	0,436-0,849
Residência	-----	-----	14,700	3	0,002	-----	-----
Residência (1)	-0,472	0,352	1,797	1	0,180	0,624	0,313-1,244
Residência (2)	-0,321	0,375	0,734	1	0,392	0,725	0,348-1,512
Residência (3)	0,358	0,118	9,152	1	0,002	1,430	1,134-1,804
Intercepção	-1,088	0,130	69,705	1	0,000	0,337	-----

Categorias de Referência (VD: Não; Idade: 22-30 Anos; Residência: Madeira)

Anexo CCLXXIV

Tabela 366 – Relação da variância explicada por cada um dos factores resultantes da ACM entre a opinião sobre a essência do relacionamento de jovens entre os 16 e 19 anos com o sexo oposto em função da idade, sexo, local de residência, habilitações, hábito de lidar com adolescentes e formação específica sobre sexualidade

Relação da variância explicada por cada um dos factores					
Factor	Valor Próprio	Inércia	χ^2	%	$\Sigma\%$
1	0,46	0,21	3219,46	7,95	7,95
2	0,44	0,19	3004,05	7,42	15,38
...	...	...	...	...	...
Total	-----	-----	40474,49	-----	100%

2 – QUESTIONÁRIO

Ex.ma (o) Colega

O meu nome é **Manuel Alberto Morais Brás**, aluno de Doutoramento em Ciências Biomédicas/**Ciências de Enfermagem** no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, na Universidade do Porto.

No âmbito do estudo (trabalho de investigação), que conduzirá à elaboração da dissertação, pretendo realizar um estudo sobre “*A sexualidade do adolescente na perspectiva do profissional de enfermagem!...*”. Especificamente pretendo saber o que pensa dos comportamentos/atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Que tipo de relação que empreende com o Sujeito, que informação fornece, se acha que ainda tem conhecimentos suficientes e actualizados para lidar com esta problemática?

Acha que a informação fornecida é a indispensável para o equilíbrio socioafectivo e emocional do jovem?

Pelo que para levar a bom porto este estudo é indispensável a sua colaboração, a qual desde já agradeço.

O Colega agradecido

Manuel Alberto Morais Brás

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

1. O questionário é anónimo e absolutamente confidencial, pelo que não carece de assinatura.
2. Leia por favor todas as questões antes de responder.
3. Responda a todas as questões com o máximo de sinceridade.
4. As informações recolhidas destinam-se a tratamento estatístico.
5. Não deixe nenhuma questão por responder, pois deixará de ter interesse para o estudo.
6. Nas questões em que existe um ☐ responda, colocando uma X na resposta (s) que achar mais conveniente.
7. Nas questões de resposta aberta, responda no espaço que está destinado para o efeito.

Grato pela disponibilidade e apoio.

Muito atentamente

Manuel Alberto Morais Brás

Dados pessoais (tenha atenção, estes dados não o identificam, servem exclusivamente para tratamento estatístico).

1 – Idade.....anos

1.1 – Anos de profissão

2 – Sexo: 1 – Masculino..... ☐ 2 – Feminino.....☐

3 – Estado civil:

3.1 – Solteiro..... ☐

1 – Vive sem parceiro..... ☐

2 – Vive maritalmente ☐

3.2 – Casado (a)..... ☐

3.3 – Divorciado(a)..... ☐

1 – Vive sem parceiro..... ☐

2 – Vive maritalmente..... ☐

3.4 – Viúvo(a)..... ☐

1 – Vive sem parceiro..... ☐

2 – Vive maritalmente..... ☐

4 – Local de residência (mais que uma resposta é possível)

1 – Continente..... ☐

2 – Ilhas ☐

2.1 – Madeira ☐ Qual ? _____

2.2 – Açores..... ☐ Qual ? _____

3 – Interior..... ☐

4 – Litoral..... ☐

5 – Rural..... ☐

6 – Urbana..... ☐

5 – Habilitações**5.1 – Indicar a maior**

- 1 – Curso de Enfermagem Geral..... ☐
2 – Bacharelato em Enfermagem..... ☐
3 – Licenciatura em Enfermagem..... ☐
4 – Especialização em enfermagem..... ☐
5 – Mestre em ciências de enfermagem/outra..... ☐
6 – Outra formação..... ☐ Qual.....

5.2 – Se respondeu (5.1, 5.2 ou 5.3): - Que escola Superior de enfermagem frequentou ?

- 1 – Pública..... ☐ 2 – Privada..... ☐

5.3 – A sua escola proporcionou-lhe formação sobre sexualidade por si considerada como adequada?

- 1 – Sim..... ☐ 2 – Não..... ☐

6 – Categoria Profissional:

- 1 – Enfermeiro ☐
2 – Enfermeiro Graduado..... ☐
3 – Enfermeiro Especialista..... ☐
4 – Enfermeiro Chefe..... ☐
5 – Enfermeiro Supervisor..... ☐

7 – Local de Trabalho

- 1 – Sub-Região de Saúde de (a).....
2 – Centro de Saúde de
3 – Centro de Saúde Integrado de

8 – Tem filhos adolescentes?

- 1 – Sim ☐ 2 – Não..... ☐

9 – Costuma como profissional, lidar com adolescentes?1 – Sim..... ☐ 2 – Não ☐**9.1 – Se respondeu sim, tem contacto com eles ?**1 – Diariamente..... ☐ 2 – Uma vez por semana..... ☐3 – De 15 em quinze dias..... ☐ 4 – Uma vez por mês..... ☐**10 – Quais os grupos etários que mais frequentemente procuram os serviços de saúde por problemas de índole sexual ?**1 – Grupo menor que 12 anos..... ☐ 2 – Grupo entre os 12 a 15 anos..... ☐3 – Grupo maior de 15 e menor que 20 anos.... ☐**11 – Aparecem mais frequentemente no Centro de Saúde adolescentes do sexo?**1 – Feminino ☐ 2 – Masculino..... ☐3 – Ambos os sexos com igual frequência.. ☐

4 – Se feminino ou masculino, porquê ? _____

12 – Considera que os motivos de frequência do Centro de Saúde são os mesmos**para os dois sexos ?**1 – Sim ☐ 2 – Não ☐

3 – Senão quais as diferenças ? _____

13 – Possui formação específica para lidar com adolescentes?1 – Sim ☐ 2 – Não..... ☐**13.1 – Se respondeu sim, onde adquiriu essa formação?**1 – No curso de formação inicial/base..... ☐2 – Em cursos de formação pós-básica especializada..... ☐3 – Cursos sobre adolescência com duração igual ou superior a 100 horas..... ☐4 – Cursos sobre adolescência com duração inferior a 100 horas..... ☐5 – Cursos de ensino à distância sobre adolescência ☐6 – Estágios com adolescentes..... ☐7 – Curso de Sexologia..... ☐8 – Outros..... ☐ Quais? _____

14 – Sobre que assunto os adolescentes lhe costumam mais frequentemente**colocar questões ?** (indique por prioridade se responder mais do que uma “no máximo 3”)

- 1 – Substâncias aditivas (ex. droga)..... ☐ 2 – Sexualidade..... ☐
3 – Doenças Sexualmente transmissíveis..... ☐ 4 – Contracepção..... ☐
5 – Corporalidade..... ☐ 6 – Outras..... ☐ Quais? _____

15 – Tem obtido informação relevante para si de como lidar com adolescentes?

- 1 – Sim..... ☐ 2 – Não..... ☐

15.1 – Se sim como a obteve ?

- 1 – Congressos/seminários/jornadas..... ☐
2 – Panfletos desdobráveis..... ☐
3 – Revistas de domínio público/jornais..... ☐
5 – Revistas científicas (directrizes da Sub-região/ARS ou Ministério da Saúde)..... ☐
6 – Contacto com outros colegas ou profissionais..... ☐
7 – Outras..... ☐ Quais ? _____

16 – Possui formação específica sobre sexualidade ?

- 1 – Sim..... ☐ 2 – Não..... ☐

16.1 – Se sim como a adquiriu ?

- 1 – Curso de formação pós-básica especializada..... ☐
2 – Curso pós-graduado com duração igual ou superior a 100 horas... ☐
3 – Curso pós-graduado com duração inferior a 100 horas..... ☐
4 – Outra..... ☐ Qual ? _____

17 – Escolha uma palavra (ou frase) que para si defina a sexualidade dos adolescentes da sua região?

- 1 – Atracção física....☐ 2 – Envolvimento sentimental..... ☐
3 – Relação sexual...☐ 4 – Descoberta..... ☐
5 – Fascínio.....☐ 6 – Amor/paixão..... ☐
7 – Prazer.....☐ 8 – Desafio..... ☐
9 – Outra.....☐ Qual ? _____

18 – Pensa que as crenças e valores dos pais e da sociedade influenciam a liberdade sexual do adolescente?

- 1 – Sim porque ainda vivemos muito em função dos valores sociais instituídos..... ☐
- 2 – Sim especialmente nos pequenos meios..... ☐
- 3 – Não os adolescentes vivem os seus valores da maneira que lhes parece ser a mais adequada..... ☐
- 4 – Não sabe..... ☐

19 – Qual é em sua opinião o agente de socialização mais importante nos papéis sexuais do jovem adolescente?

- 1 – A família..... ☐
- 2 – Os pares..... ☐
- 3 – Os professores/educadores..... ☐
- 4 – Os modelos apresentados pelos média.... ☐
- 5 – Vedetas de filmes e desporto..... ☐
- 6 – Outros..... ☐ Quais? _____

20 – Acha que o adolescente fala mais facilmente de sexualidade com:

- 1 – Enfermeiro(a).. ☐ 2 – Médico(a)..... ☐
- 3 – Pais..... ☐ 4 – Amigos (grupo)..... ☐
- 5 – Irmãos..... ☐ 6 – Outros..... ☐ Quais? _____

21 – Iniciou a sua actividade sexual ?

- 1 – Num flirt (encontro ocasional)..... ☐
- 2 – Na fase do namoro ☐
- 3 – Depois de viver maritalmente ☐
- 4 – Depois do Casamento ☐
- 5 – Ainda não iniciou..... ☐

22 – Quando iniciou a sua actividade sexual, tinha conhecimentos sobre sexualidade?

- 1 – Sim ☐ 2 – Não ☐

23 – Considera-se uma pessoa sexualmente realizada?

- 1 – Muito realizado(a) ☐
2 – Realizado(a) ☐
3 – Pouco realizado(a) ☐
4 – Não realizado(a)..... ☐
5 – Não consegue situar-se..... ☐

24 – Considera a sua orientação sexual como:

- 1 – Heterossexual ☐
2 – Bissexual ☐
3 – Homossexual ☐
4 – Outra ☐ Qual ? _____

24.1 – Considera que uma relação homossexual pode ser uma relação amorosa como qualquer outra?

- 1 – Sim..... ☐ 2 – Não..... ☐ 3 – Não tem opinião..... ☐

25 – Considera o adolescente uma pessoa especialmente informada sobre sexualidade?

- 1 – Muito informada..... ☐
2 – Informada..... ☐
3 – Pouco informada..... ☐
4 – Não informada..... ☐

26 – Em sua opinião os adolescentes estão convenientemente esclarecidos quanto ao uso de métodos contraceptivos?

- 1 – Muito esclarecidos..... ☐
2 – Esclarecidos..... ☐
3 – Pouco esclarecidos..... ☐
4 – Não esclarecidos..... ☐

27 – Em sua opinião quais são os adolescentes que mais recorrem a métodos contraceptivos?

- 1 – Rapariga..... ☐ 2 – Rapaz..... ☐ 3 – Ambos os sexos por igual..... ☐

28 – Em sua opinião qual o método contraceptivo mais usado pelos jovens adolescentes?

- 1 – Preservativo.....☐ 2 – Pílula☐
 3 – DIU.....☐ 4 – Espermicidas..☐
 5 – Preservativo mais pílula.☐ 6 – Injectável.....☐
 7 – Outro.....☐ Qual ? _____

29 – Considera que os adolescentes se iniciam sexualmente:**29.1 – Rapariga com:**

- 1 – Parceiro mais velho.....☐
 2 – Parceiro mais novo.....☐
 3 – Parceiro próximo da sua idade..☐

29.2 – Rapaz com:

- 1 – Parceiro mais velho.....☐ 2 – Parceiro mais novo.....☐
 3 – Parceiro próximo da sua idade...☐

30 – Quais considera serem os jovens mais “promíscuos” no âmbito da sexualidade?

- 1 – Rapariga.....☐ 2 – Rapaz.....☐ 3 – Ambos os sexos por igual.....☐
 4 – Nenhum☐

31 – Considera que as gravidezes não planeadas, (na adolescência) ocorrem preferencialmente em:

- 1 – Classes com baixo nível socio-económico.....☐
 2 – Classes com médio nível socio-económico.....☐
 3 – Classes com médio-alto nível socio-económico.....☐
 4 – Classes com alto nível socio-económico.....☐
 5 – Em todas de igual maneira.....☐

32 – Em sua opinião a sexualidade também se aprende?

- 1 – Sim.....☐ 2 – Não.....☐

33 – Qual é em sua opinião o valor que os adolescentes dão à primeira relação sexual no contexto da sua vida sexual?**33.1 – As raparigas:**

- 1 – Muito valor.....☐ 2 – Algum valor.....☐
3 – Pouco valor.....☐ 4 – Não valorizam.....☐ 5 – Não sabe☐

33.2 – Os rapazes:

- 1 – Muito valor.....☐ 2 – Algum valor.....☐
3 – Pouco valor.....☐ 4 – Não valorizam.....☐ 5 – Não sabe ☐

34 – Considera que para o/a jovem adolescente a primeira relação sexual tem maior significado:

- 1 – Para o rapaz.....☐
2 – Para a rapariga.....☐
3 – Ambos os sexos de igual maneira....☐
4 – Não sabe.....☐

35 – Considera a masturbação na adolescência como: (assinale no máximo duas)

- 1 – Um acariciar dos órgãos genitais com o fim de obter prazer sexual ☐
2 – Uma expressão normal da sexualidade..... ☐
3 – Um acto que se deve reprimir na adolescência ☐
4 – Um acto inócuo ☐
5 – Uma forma de aliviar a tensão sexual /stress..... ☐
6 – Uma forma de descoberta a familiarização com o próprio corpo..... ☐
7 – Outra ☐ Qual ? _____

36 – A masturbação enquanto expressão normal da sexualidade é mais frequente?

- 1 – Na rapariga..... ☐ 2 – No rapaz..... ☐ 3 – Ambos os sexos..... ☐

37 – Considera a promoção da saúde sexual na adolescência (feita por profissionais avalizados) **como um acto:**

- 1 – Imprescindível ☐ 2 – Necessária ☐
 3 – Desaconselhada ☐ 4 – Que fomenta o apetite sexual ☐
 5 – Que contribui para o equilíbrio afectivo sexual do jovem..... ☐
 6 – Responsável pelo aparecimento de gravidezes indesejadas ☐
 7 – Outra..... ☐ Qual ? _____

38 – Considera que falar de sexualidade aos jovens adolescentes é incentivá-los a:

- 1 – Experimentar mais cedo..... ☐
 2 – Adiar para mais tarde a sua primeira experiência..... ☐
 3 – Não tem qualquer tipo de influência nas suas decisões deste cariz..... ☐
 4 – Outra ☐ Qual ? _____

39 – Quais pensa serem os grandes problemas dos adolescentes da sua região na esfera da sexualidade ? (assinale apenas uma das respostas)

39.1 – Faixa etária dos 10 – 14 anos:

- 1 – Corpo ☐ 2 – Relações com o sexo oposto ☐
 3 – Identidade sexual..... ☐ 4 – Orientação sexual ☐
 5 – Afirmação social..... ☐ 6 – Outros ☐ Quais ? _____

39.2 – Faixa etária dos 15 – 19 anos:

- 1 – Corpo ☐ 2 – Relações com o sexo oposto ☐
 3 – Identidade sexual..... ☐ 4 – Orientação sexual ☐
 5 – Afirmação social..... ☐ 6 – Outros ☐ Quais ? _____

40 – Qual pensa ser nesta esfera (sexualidade) o grande problema na comunicação dos adolescentes para com os profissionais de Enfermagem ?

- 1 – Falta de abertura por parte dos profissionais ☐
 2 – Medo de serem mal interpretados ☐
 3 – Medo da quebra de sigilo..... ☐
 4 – Falta de conhecimentos por parte dos profissionais para poderem falar livremente do assunto..... ☐
 5 – Outros ☐ Quais ? _____

41 – Como é que pensa que habitualmente os adolescentes lidam com os seus problemas de índole sexual ? (indicar apenas uma resposta)

- 1 – Isolam-se ☐ 2 – Recorrem ao grupo ☐
3 – Aconselham-se com técnicos de saúde ☐ 4 – Recorrem aos pais ☐
5 – Recorrem a irmãos mais velhos ☐
6 – Outros ☐ Quais ? _____

42 – Quando os adolescentes pensam na sexualidade é:

- 1 – Fundamentalmente a sua própria sexualidade ☐
2 – Fundamentalmente a sexualidade no geral ☐
3 – A sexualidade como complemento de uma relação ☐
4 – Outras ☐ Quais ? _____

43 – Como é que acha que os adolescentes veem hoje a sexualidade ?

(assinale apenas uma questão)

- 1 – Forma de afirmação social ☐
2 – Símbolo de virilidade ☐
3 – Sinal de maturação sexual ☐
4 – Forma de integração no grupo ☐
5 – Outra ☐ Qual ? _____

44 – Pensa que a maior parte dos adolescentes se preocupa com a sua própria saúde ?

- 1 – Sim..... ☐ 2 – Não..... ☐ 3 – Não sabe..... ☐

45 – Pensa que a maior parte dos adolescentes se preocupa com a doença?**45.1 – Sim:**

- 1 – Qualquer pequeno sinal ou sintoma o traz à consulta..... ☐
2 – Pois o seu corpo é o espelho da perfeição para si..... ☐
3 – Porque tem receio de falhar ou não ser aceite ☐
4 – Outra razão..... ☐ Qual ? _____

45.2 – Não:

- 1 – Normalmente o jovem pensa que ainda é muito novo para adoecer..... ☐
2 – Outra razão..... ☐ Qual ? _____

46 – Acha o adolescente uma pessoa preocupada com a sua imagem corporal?

(assinale apenas uma resposta)

- 1 – Sim o adolescente tem uma preocupação obsessiva com o seu corpo..... ☐
- 2 – Sim pois preocupa-o com quem se irá parecer no futuro ☐
- 3 – Sim pois existe uma preocupação constante em agradar..... ☐
- 4 – Sim devido às críticas dos amigos..... ☐
- 5 – Não se preocupa pois é normalmente uma fase da vida, onde impera o desleixo ☐
- 6 – Não porque tem antes preocupações mais importantes..... ☐

47 – Como aconselharia um (a) jovem de 15 anos que lhe pedisse ajuda porque estava para iniciar a sua actividade sexual ? (assinale apenas uma resposta)**47.1 – Rapariga:**

- 1 – Aconselhava-a a adiar para mais tarde esta iniciativa ☐
- 2 – Tentava explicar-lhe os prós e os contras desta decisão ☐
- 3 – Procurava informar a jovem da necessidade de usar métodos contraceptivos.... ☐
- 4 – Apoiava a sua decisão embora com algumas sugestões ☐
- 5 – Desviava o assunto..... ☐
- 6 – Outro..... ☐ Qual ? _____

47.2 – Rapaz:

- 1 – Aconselhava-a a adiar para mais tarde esta iniciativa ☐
- 2 – Tentava explicar-lhe os prós e os contras desta decisão ☐
- 3 – Procurava informar a jovem da necessidade de usar métodos contraceptivos.... ☐
- 4 – Apoiava a sua decisão embora com algumas sugestões ☐
- 5 – Desviava o assunto..... ☐
- 6 – Outro..... ☐ Qual ? _____

48 – Que significa para si, (rapaz ou rapariga) ser virgem aos 20 anos? (assinale apenas uma resposta)**48.1 – Para a rapariga significa:**

- 1 – Pureza ☐ 2 – Não ter tido oportunidades ☐
- 3 – Opção de vida ☐ 4 – Medo de contrair doenças sexuais..... ☐
- 5 – Esperar pelo momento e amor certo ☐
- 6 – Falta de Informação sobre a sexualidade humana ☐
- 7 – Outra ☐ Qual ? _____

48.2 – Para o rapaz significa:

- 1 – Pureza ☐ 2 – Não ter tido oportunidades ☐
3 – Opção de vida ☐ 4 – Medo de contrair doenças sexuais..... ☐
5 – Esperar pelo momento e amor certo ☐
6 – Falta de Informação sobre a sexualidade humana ☐
7 – Outra ☐ Qual ? _____

49 – Socialmente pensa que a virgindade na rapariga e no rapaz tem a mesma conotação?

- 1 – Sim não há diferenças ☐ Porquê? _____
2 – Não é a mesma coisa ☐ Porquê? _____

50 – O que pensa ser a essência do relacionamento de jovens entre os 16 – 19 anos com o sexo oposto? (indique a resposta que lhe parece ser mais adequada)**50.1 – Para a rapariga a essência é:**

- 1 – O amor romântico ☐ 2 – A descoberta do prazer da companhia do outro ☐
3 – O sexo ☐ 4 – A amizade..... ☐ 5 – A afirmação social..... ☐
6 – Outra ☐ Qual ? _____

50.2 – Para o rapaz a essência é:

- 1 – O amor romântico ☐ 2 – A descoberta do prazer da companhia do outro ☐
3 – O sexo ☐ 4 – A amizade..... ☐ 5 – A afirmação social..... ☐
6 – Outra ☐ Qual ? _____

51 – Considera os adolescentes na área da sexualidade? (escolha apenas uma das respostas)**51.1 – A rapariga:**

- 1 – Esclarecida ☐ 2 – Promíscua ☐
3 – Aventureira ☐ 4 – Vaidosa ☐
5 – Convencida ☐ 6 – Outra ☐ Qual ? _____

51.2 – O rapaz:

- 1 – Esclarecida ☐ 2 – Promíscua ☐
3 – Aventureira ☐ 4 – Vaidosa ☐
5 – Convencida ☐ 6 – Outra ☐ Qual ? _____

52 – Na sua opinião como vivenciam os adolescentes a sua expressão sexual ?**52.1 – A rapariga:**

- 1 – Com respeito pelo outro☐ 2 – Com afectividade e carinho☐
 3 – Com agressividade☐ 4 – Com distanciamento☐
 5 – Muito intensamente e com paixão.....☐ 6 – Com fidelidade pelo parceiro/a....☐
 7 – Outra☐ Qual ? _____

52.2 – O rapaz:

- 1 – Com respeito pelo outro☐ 2 – Com afectividade e carinho☐
 3 – Com agressividade☐ 4 – Com distanciamento☐
 5 – Muito intensamente e com paixão.....☐ 6 – Com fidelidade pelo parceiro/a....☐
 7 – Outra☐ Qual ? _____

53 – Em sua opinião a sexualidade é para o/a adolescente? (escolha apenas uma das respostas)

- 1 – Uma fonte de afecto☐
 2 – Uma forma de expressão sexual☐
 3 – Uma fonte de prazer☐
 4 – Uma forma de comunicação com o outro.....☐
 5 – Uma manifestação de amor☐
 6 – Uma forma de reprodução.....☐
 7 – Outra ☐ Qual ? _____

54 – Em sua opinião, quais pensa serem as principais zonas potencialmente erógenas para o sexo oposto?**54.1 – Quando a rapariga pensa no rapaz:**

- 1 – Boca.. ☐ 2 – Nádegas ☐ 3 – Órgãos genitais..... ☐
 4 – Olhos ☐ 5 – Coxas ☐ 6 – Cabelos..... ☐
 7 – Outras ☐ Quais ? _____

54.2 – Quando o rapaz pensa na rapariga:

- 1 – Boca.. ☐ 2 – Nádegas ☐ 3 – Órgãos genitais..... ☐
 4 – Olhos ☐ 5 – Coxas ☐ 6 – Cabelos..... ☐
 7 – Outras ☐ Quais ? _____

55 – Qual é a seu ver durante a adolescência o órgão dos sentidos mais importante na esfera da sexualidade?**55.1 – Para a rapariga:**

- 1 – Tacto..... ☐ 2 – Olfacto..... ☐ 3 – Visão..... ☐
4 – Audição..... ☐ 5 – Paladar..... ☐

55.2 – Para o rapaz:

- 1 – Tacto..... ☐ 2 – Olfacto..... ☐ 3 – Visão..... ☐
4 – Audição..... ☐ 5 – Paladar..... ☐

56 – Acha-se preparado (a) para falar com os jovens sobre qualquer tema na esfera da sexualidade?

- 1 – Sim ☐
2 – Sim com algumas dificuldades ☐
3 – Não me sinto à-vontade no tema ☐

57 – Considera que o amor/paixão influencia a actividade química cerebral ?

- 1 – Sim..... ☐ 2 – Não..... ☐ 3 – Não sabe..... ☐

58 – Enquanto profissional de saúde considera sobretudo sintomas físicos/psíquicos do amor/paixão na adolescência? (assinale apenas uma resposta)

- 1 – Excitação..... ☐ 2 – Insónias..... ☐
3 – Falta de apetite..... ☐ 4 – Variações do humor..... ☐
5 – Todos os anteriores..... ☐
6 – Outros ☐ Quais ? _____

59 – Indique o aspecto que na sua opinião deve sobretudo caracterizar o atendimento aos adolescentes, pelos profissionais de enfermagem ?

- 1 – Confidencialidade ☐ 2 – Confiança ☐
3 – Respeito ☐ 4 – Conhecimento científico..... ☐
5 – Disponibilidade ☐ 6 – Todos os anteriores..... ☐
7 – Outro ☐ Especifique ? _____

60 – A seu ver os adolescentes estão receptivos à ajuda que os profissionais de enfermagem lhes podem oferecer para resolver alguns dos seus problemas de índole sexual?

1 – Sim.....☐ Porquê ? _____.

2 – Não.....☐ Porquê ? _____.

61 – Acha que os adolescentes conversam regularmente com os seus familiares/pais sobre assuntos da sexualidade ?

1 – Sim ☐ 2 – Não ☐ 3 – Não sabe..... ☐

61.1 – Se não qual pensa ser a razão:

1 – Não é assunto para discutir com os pais ☐

2 – Têm vergonha de abordar o assunto ☐

3 – Porque os pais não têm informação sobre o tema ☐

4 – Simplesmente porque o sexo ainda continua a ser um grande tabú..... ☐

5 – Têm medo dos pais..... ☐

6 – Outro ☐ Especifique ? _____

62 – Sente-se mais “solto” (a) a falar de sexualidade com jovens do seu sexo?

1 – Sim ☐ 2 – Não ☐ 3 – É-me indiferente ☐

63 – Na sua opinião a informação/educação/comunicação sobre sexualidade compete mais à:

1 – Família ☐ 2 – Escola ☐

3 – Sistema de saúde (saúde escolar) ☐ 4 – Todos os anteriores..... ☐

5 – Outras ☐ Quem ? _____

64 – Quando fala de sexualidade com os adolescentes quais são os temas mais abordados?

- 1 – Métodos contraceptivos ☐
 2 – Doenças sexualmente transmissíveis ☐
 3 – Problemas de afectividade ☐
 4 – Fantasias sexuais ☐
 5 – Masturbação ☐
 6 – Amor ☐
 7 – Corporalidade ☐
 8 – Outros ☐ Quais ? _____

65 – No seu Centro de Saúde (ou assistida por profissionais de saúde do seu Centro) existe consulta para adolescentes ?

- 1 – Sim ☐ 2 – Não ☐

65.1 – Se sim, como funciona?

- 1 – Diariamente..... ☐ 2 – Semanalmente..... ☐
 3 – Quinzenalmente..... ☐ 4 – Mensalmente..... ☐
 5 – Outra ☐ Qual ? _____

66 – O Centro de Saúde a que pertence tem algum projecto na área da adolescência ?

- 1 – Sim ☐ 2 – Não ☐

66.1 – Se sim que profissional (ais) estão envolvidos ?

- 1 – Enfermeiros ☐ 2 – Médicos..... ☐ 3 – Assistente social..... ☐
 4 – Psicólogo..... ☐ 5 – Outros..... ☐ Quais? _____

66.2 – Faz com regularidade Educação Para a Saúde em grupo (ex. escola; Centro de Saúde) sobre temas na esfera da sexualidade?

- 1 – Sim ☐ 2 – Não ☐

67 – Considera a informação que possuiu sobre sexualidade?

- 1 – Muito boa ☐ 2 – Boa ☐
 3 – Suficiente ☐ 4 – Má ☐
 5 – Muito má ☐

67.1 – Actualizada ☐

67.2 – desactualizada..... ☐

68 – Considera que a SIDA veio *refrear* os comportamentos sexuais dos jovens adolescentes?

- 1 – Sim..... ☐ Porquê? _____
- 2 – Não..... ☐ Porquê? _____
- 3 – Não sabe..... ☐

69 – Considera que a SIDA veio dar a possibilidade de os adolescentes falarem mais livremente sobre sexualidade?

- 1 – Sim..... ☐ Porquê? _____
- 2 – Não..... ☐ Porquê? _____
- 3 – Não sabe..... ☐

70 – Em sua opinião com que idade se deve começar a namorar?

- 1 – Rapariga..... _____ anos
- 2 – Rapaz..... _____ anos

71 – Em sua opinião há idade para se iniciar a vida sexual?

- 1 – Sim..... ☐ Porquê? _____.
- 2 – Não..... ☐ Porquê? _____
- 3 – Não sabe..... ☐

72 – Em sua opinião no adolescente são sobretudo armas “sensuais/sexuais” aspectos como:

- 1 – Cabelos..... ☐ 2 – Roupas..... ☐ 3 – Perfumes..... ☐
- 4 – Arte de saber falar..... ☐ 5 – Postura física.... ☐ 6 – Sorriso ☐
- 7 – Contacto visual..... ☐ 8 – Andar..... ☐
- 9 – Outros..... ☐ Quais?..... _____

73 – Em sua opinião quem tem sonhos húmidos com maior frequência (na adolescência)?

- 1 – A rapariga.... ☐ 2 – O rapaz.... ☐ 3 – Ambos os sexos com igual frequência.. ☐

74 – Quais considera serem os locais mais populares para os adolescentes fazerem amor?

- 1 – Quarto..... ☐ 2 – Carro..... ☐ 3 – Praia..... ☐
4 – Campo..... ☐ 5 – Outros ☐ Quais ? _____

75 – Considera que a rapariga e o rapaz têm a mesma forma de expressar a sua sexualidade?

- 1 – Sim.....☐ Porquê? _____
2 – Não.....☐ Porquê? _____
3 – Não sabe.....☐

76 – Considera que a idade da primeira relação sexual?**76.1 – Na rapariga:**

- 1 – É cada vez mais precoce.....☐
2 – É cada vez mais tardia.....☐
3 – Se tem mantido ao longo do tempo.....☐

76.2 – No rapaz:

- 1 – É cada vez mais precoce.....☐
2 – É cada vez mais tardia.....☐
3 – Se tem mantido ao longo do tempo.....☐

77 – Responda a todos os itens (sobre sexualidade) a seguir apresentados de forma espontânea e honesta. Assinale com uma (X) no quadro ☐ a resposta que lhe parecer mais adequada.

RESPOSTAS ITENS	1 – Concordo totalmente	2 - Concordo	3 – Nem concordo nem discordo	4 – Não concordo	5 – Discordo totalmente
1 – A sexualidade (na adolescência) deve ser acompanhada de ternura e amor	☐	☐	☐	☐	☐
2 – A afectividade (na adolescência) tem a ver com a sexualidade	☐	☐	☐	☐	☐
3 – A sexualidade (na adolescência) contribui para o bem estar físico e emocional	☐	☐	☐	☐	☐
4 – A sexualidade (na adolescência) deve ser vivida de uma forma responsável, partilhada em igualdade	☐	☐	☐	☐	☐
5 – O desejo e excitação sexual são normais nos rapazes e raparigas adolescentes	☐	☐	☐	☐	☐
6 – A troca de carícias são importantes fontes de prazer nos adolescentes	☐	☐	☐	☐	☐
7 – Os rapazes só devem ter relações sexuais após o casamento	☐	☐	☐	☐	☐
8 – As raparigas só devem ter relações sexuais após o casamento	☐	☐	☐	☐	☐
9 – As relações sexuais devem ser compreendidas apenas como forma de reprodução	☐	☐	☐	☐	☐
10 – As relações sexuais devem ser compreendidas como uma atitude que recusa as formas de dominação de um sexo por outro	☐	☐	☐	☐	☐
11 – A sexualidade deve ser compreendida como uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos (as) outros (as)	☐	☐	☐	☐	☐
12 – A informação sexual deve contribuir para um desenvolvimento no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados	☐	☐	☐	☐	☐

3 – AUTORIZAÇÕES